



**“ACTITUDES AFINES CON ESTILOS DE VIDA SALUDABLES,
ESTUDIO COMPARATIVO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN EDUCACIÓN

PRESENTA:

TERESA VIEYRA REYES

ASESOR:

DR. FILIBERTO RIVERA TECORRAL

REVISOR:

DR. JULIO ALBERTO MONTOYA PÉREZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, MAYO DE 2019.

Dedicatoria

Agradezco a Dios la bendición de haberme puesto en este camino de la docencia.

A mis padres, por el amor incondicional recibido, sus consejos, grandes enseñanzas y su ejemplo de perseverancia y esfuerzo.

A mi familia, Arturo y Altair, mis grandes amores en la vida y mi motor para ser mejor en todos los aspectos de mi persona y por su gran apoyo para el logro de este sueño.

A mis profesores que me han compartido sus aprendizajes, experiencias y han enriquecido mi vida.

Índice

| | |
|---|----|
| Justificación | 10 |
| Descripción del contexto educativo donde se presenta la problemática. | 14 |
| Zona Geográfica. | 14 |
| Contexto escolar | 15 |
| Preguntas científicas de la investigación | 16 |
| Objetivo general | 17 |
| Objetivos específicos | 17 |
| Capítulo 1 | 18 |
| 1.1 Antecedentes Internacionales | 18 |
| 1.1 Antecedentes Nacionales | 20 |
| 1.3 Antecedentes locales | 21 |
| 1.4 Ubicación contextual | 23 |
| 1.4.1. Nombre del área | 23 |
| 1.4.2. Historia | 23 |
| Objetivos del área | 24 |
| Misión | 25 |
| Visión | 25 |
| Valores | 25 |
| 2 Funciones: del promotor de EPS | 26 |
| 2.1.1 Función genérica | 26 |
| 2.1.2 Funciones específica | 26 |
| Organigrama | 29 |
| 2.2 Salud y enfermedad | 30 |
| 2.3 Historia Natural de la Enfermedad | 35 |
| Niveles de atención | 36 |
| 2.4 Estilos de vida saludables | 38 |
| 2.4.1 Conceptualización | 39 |
| 2.5 Indicadores de los estilos de vida saludables | 45 |
| 2.5.1 Higiene personal | 45 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 2.5.2 | Prevención de enfermedades | 46 |
| 2.5.3 | Adicciones | 47 |
| 2.5.4 | Seguridad | 48 |
| 2.5.5 | Sexualidad | 49 |
| 2.5.6 | Convivencia escolar | 50 |
| 2.5.7 | Alimentación y nutrición | 50 |
| 2.5.8 | Deporte | 51 |
| 2.5.9 | Descanso | 52 |
| 2.6 | DETERMINANTES DE LA SALUD | 53 |
| 2.6.1 | La teoría psicosocial: | 53 |
| 2.6.2 | La producción social de la enfermedad y/o economía política de salud | 54 |
| 2.6.3 | La teoría ecosocial y de los marcos conceptuales multi-nivel relacionados | 55 |
| 2.7 | ACTITUD, CONDUCTA Y COMPORTAMIENTO | 60 |
| 2.7.1 | Actitud. | 60 |
| 2.7.2 | Componentes de las actitudes | 64 |
| 2.7.3 | Medición de las variables de personalidad | 68 |
| 2.8 | Conducta. | 68 |
| 2.9 | Comportamiento. | 71 |
| 2.10 | Actitudes en EPS | 73 |
| 2.11 | Los valores en Educación para la Salud | 83 |
| 2.12 | Medición de las actitudes | 88 |
| 3 | Educación | 92 |
| 3.1 | Concepto | 94 |
| 3.2 | Ley de Educación del Estado de México | 98 |
| 3.3 | Reforma Educativa | 99 |
| 3.3.1 | Reforma Integral de la Educación Básica en México | 99 |
| 3.4 | Reformas al artículo 3o constitucional | 101 |
| 3.5 | Nuevo modelo educativos 2017 para la educación obligatoria | 103 |
| 3.5.1 | Planteamiento curricular. | 104 |
| 3.5.2 | La Escuela al Centro del Sistema Educativo. | 104 |

| | | |
|---------------------|---|-----|
| 3.5.3 | Formación y desarrollo profesional docente. | 105 |
| 3.5.4 | Inclusión y equidad. | 105 |
| 3.5.5 | La gobernanza del sistema educativo. | 105 |
| 3.5.6 | Los fines de la educación | 106 |
| 3.5.7 | La Vigencia del Humanismo | 106 |
| 3.6 | Educación para la Salud (EPS) | 107 |
| 3.6.1 | Concepto | 109 |
| 3.6.2 | La Educación para la Salud en el Estado de México | 113 |
| 3.7 | Intervención en Educación para la Salud | 115 |
| 3.7.1 | Intervención en EPS | 119 |
| 3.7.2 | Características de la investigación-acción | 121 |
| 3.7.3 | Modelos de investigación acción: | 122 |
| CAPÍTULO 3 | | 125 |
| 3.8 | Tipo de investigación | 125 |
| 3.9 | Etapas de la investigación | 128 |
| 3.10 | Técnica e Instrumentos de Recolección de Información | 128 |
| 3.11 | Validez del instrumento | 130 |
| 3.11.1 | Análisis de resultados de la fase prepueba | 130 |
| 3.11.2 | Confiabilidad del instrumento | 133 |
| | Criterio para evaluar al Coeficiente Alfa de Cronbach | 134 |
| 3.11.3 | Población y muestra | 135 |
| 3.11.4 | Tabulación, Análisis y resultados | 135 |
| 3.12 | RESULTADOS | 136 |
| 3.13 | CONCLUSIONES: | 151 |
| 3.14 | Propuesta de intervención dirigida al promotor de EPS | 161 |
| BIBLIOGRAFÍA | | 165 |
| ANEXOS | | 171 |

Resumen Ejecutivo

El presente trabajo está orientado hacia la promoción de estilos de vida saludables en los escolares de sexto grado de primaria en la ciudad de Toluca, Estado de México, a través de un diagnóstico de la situación actual en la que se encuentran después de haber contado con la asesoría del promotor de Educación para la Salud durante seis años, así como en alumnos que no contaron con dicha asesoría, realizando un análisis y la identificación de los factores que no se han logrado concretar en el tema, llegando a la elaboración de una propuesta de trabajo dirigido al desarrollo y fortalecimiento de Estilos de Vida Saludables.

El presente trabajo de investigación es de campo, transversal y descriptivo.

La muestra corresponde a los alumnos de educación primaria que cursan el sexto grado, con edades que oscilan entre los 11 y los 13 años de edad. El proceso se realizó mediante la aplicación de un cuestionario diseñado en escala de Likert, integrado por enunciados que nos brindaron información para determinar las actitudes de los alumnos dirigidas a los estilos de vida saludables y con ello poder determinar la situación actual que oriente al área de Educación para la Salud a la integración de una propuesta que le brinde la oportunidad al promotor de incidir sobre situaciones reales que le faltan a los alumnos para el desarrollo de estilos de vida saludables.

Una vez integrada la propuesta se pondrá a consideración del grupo de promotores para el diseño de su proyecto de intervención de las escuelas bajo su responsabilidad..

Palabras clave: Actitudes, conductas, comportamientos, estilos de vida saludables y Educación para la Salud.

ABSTRACT

The present work is oriented towards the promotion of healthy lifestyles in sixth grade primary school students in the city of Toluca, State of Mexico, through a diagnosis of the current situation in which they are found after having had the advice of the promoter of Education for Health for six years, as well as in students who did not have such advice, making an analysis and identifying the factors that have not been achieved in the subject, arriving at the elaboration of a proposal of work aimed at the development and strengthening of Healthy Lifestyles.

The present research work is of field, transversal and descriptive.

The sample corresponds to the students of primary education who attend the sixth grade, with ages ranging between 11 and 13 years of age. The process was carried out through the application of a questionnaire designed on a Likert scale, composed of statements that provided information to determine the attitudes of students aimed at healthy lifestyles and thus determine the current situation that guides the area of Education for Health to the integration of a proposal that gives the opportunity to the promoter to influence real situations that students lack for the development of healthy lifestyles

Once the proposal is integrated, it will be considered by the group of promoters for the design of its intervention project of the schools under its responsibility.

Keywords: Attitudes, behaviors, behaviors, healthy lifestyles and Health Education.

INTRODUCCIÓN

La identificación de las actitudes enfocadas al desarrollo de estilos de vida saludables es trascendente en los escolares, debido a que en ellos se van formando hábitos y conductas dirigidas al cuidado de la salud tanto en forma individual como colectiva; en la actualidad las principales causas de muerte ya no son derivadas de enfermedades infecciosas sino de las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables que conllevan a la presencia de factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónico degenerativas, del consumo de sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco, el sobrepeso, la obesidad, accidentes viales y violencia entre otros. Los estilos de vida se ven modificados por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico a los que deben enfrentarse los alumnos durante todo su proceso de formación, ocasionando esto diferentes problemas en el alumno que se reflejan en su estado de salud y que a su vez puede repercutir en su rendimiento escolar.

En el capítulo I de este trabajo de investigación se incluye el Marco Contextual en donde se integran los antecedentes internacionales, antecedentes nacionales y los antecedentes locales, la ubicación contextual, justificación, planteamiento del problema, el objetivo general y los objetivos específicos; con la finalidad de brindar un panorama general de los estilos de vida y el contexto en donde se ubica la exploración de la tarea que nos ocupa.

En lo que se refiere al capítulo 2, en el que se establece el Marco Teórico, el cual se desarrolla en base a los diferentes conceptos que determinan a los estilos de vida o bien que tienen relación, como la es la Salud Pública, la Educación, la Educación para la Salud entre otros, así como los comportamientos, conductas y actitudes que influyen en su desarrollo y fortalecimiento, relacionados con los conocimientos que van adquiriendo los alumnos de acuerdo a su nivel de formación y que deben transformarse hacia la responsabilidad y el compromiso para un plan de acción y se genere con ello una

conducta promotora de salud que favorezca una mejor calidad de vida en su contexto social.

En el capítulo 3, se integra el Marco Metodológico de la investigación, en el que se describe el tipo de trabajo realizado, la población a la cual va dirigido y sus características, de corte cualitativo.

Posteriormente se presentan los resultados, su análisis y las conclusiones del trabajo de investigación que nos llevan a la identificación de los factores de riesgo reales y presentes en los alumnos de educación primaria, para lo que se hace necesario replantear la forma de trabajo del promotor del área de Educación para la Salud en la búsqueda de estrategias que favorezcan comportamientos, hábitos y conductas a favor de estilos de vida saludables en la comunidad escolar.

Por último se presenta una propuesta de trabajo dirigida a los promotores del área de EPS, que apoye en la identificación de factores de riesgo en los planteles escolares bajo su responsabilidad y la búsqueda de estrategias que permitan brindar un servicio más asertivo y concreto hacía el desarrollo de estilos de vida saludables de los alumnos en atención y que ellos mismos sean promotores en sus hogares y la comunidad con la finalidad de disminuir enfermedades que pueden ser prevenidas a través de comportamientos y conductas saludables.

Justificación

La salud de los niños se encuentra en el centro de las preocupaciones de la agenda global en salud. Aproximadamente según la OMS (mayo de 2016) uno de cada 6 habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años en el mundo y las tasas de mortalidad y morbilidad a esa edad están aumentando debido al consumo de alcohol y tabaco, la falta de actividad física, la exposición a la violencia y las relaciones sexuales sin protección entre otros problemas ponen en riesgo la salud de los adolescentes. Falleciendo por accidentes de tránsito, en 2012 un promedio de 330 adolescentes al día en el mundo, cada año se registran en el mundo 49 nacimientos por cada 1000 chicas de 15 a 19 años. Otras de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes son el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal.

Datos del ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) indican que **uno de cada tres adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad**. Para los escolares, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ascendió un promedio del 26% para ambos sexos, lo cual representa más de 4.1 millones de escolares conviviendo con este problema.

Actualmente, la diabetes es el mayor problema al que se enfrenta el sistema nacional de salud: siendo la principal causa de muerte en adultos, la primera causa de demanda de atención médica y la enfermedad que consume el mayor porcentaje de gastos en las instituciones públicas.

La diabetes mellitus, es una enfermedad crónica degenerativa que se presenta cuando el páncreas no produce insulina, o bien, la que se produce no es utilizada de manera eficiente por el organismo; ésta es la hormona responsable de que la glucosa de los alimentos sea absorbida por las células y dotar de energía al organismo (IDF, 2013b).

Por otro lado la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) arroja los resultados en los menores de 5 años que muestran una prevalencia en las Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) de un 14.7%, en lo que respecta a las Infección Respiratoria

Aguda (IRA) se presentó en un 37.5% en los menores de 10 años de edad, la presentación de accidentes en un 4.3%. Se estimó que 12.9% de la población adolescente del Estado de México ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, con un porcentaje mayor en hombres (16.5%) que en mujeres (9.2%) El 14.9% inició a los 12 años o antes, mientras que 79.9% inició entre los 13 y los 19 años.

En lo que se refiere al inicio de la vida sexual activa los adolescentes entre 12 y 19 años de edad declararon haber iniciado vida sexual, el total de adolescentes que no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual es del 22.1%, por otro lado la presentación de la violencia 4.7% de los adolescentes entre 10 y 19 años de edad del Estado de México sufrió algún robo, agresión o violencia, según resultados de las encuestas aplicadas en el Estado de México.

Los resultados anteriores de diferentes fuentes de información internacionales, nacionales y estatales invitan a reflexionar sobre la importancia que tiene el contar en el Estado de México en el sector educativo de Educación Básica con promotores de Educación para la Salud, cuya función es la de asesorar, orientar, dirigir y organizar mediante pláticas, conferencias, cursos, talleres, clases directas, consultorías, entre otras, al titular del grupo, alumnos, padres de familia y comunidad en general; respecto a los contenidos programáticos relacionados al área de Educación para la Salud; en los niveles de preescolar y primaria, esto desde hace ya más de 30 años, siendo el único Estado en el país que cuenta con esta figura en la educación básica y que sin embargo, no ha impactado lo suficiente en la conducta de los preescolares, escolares y sus familias en la elección de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades graves que dañan al individuo, no solo en su vida adulta, sino también en los niños y niñas en los que el problema de la diabetes se ha ido incrementando debido a una alimentación inadecuada y que requiere de grandes costos tanto para los Estados y las familias, para poder mantener a los enfermos con una mejor calidad de vida con diferentes problemas crónico degenerativos, accidentes, violencia, alcoholismo y/o drogadicción entre otras. Por todo ello, se hace indispensable diseñar una propuesta basada en una metodología de

actitudes en el área de Educación para la Salud para la mejora de la intervención de los promotores en las escuelas en atención pertenecientes a la coordinación de área de la zona L023, con la finalidad de poder impactar en la toma de decisiones en los individuos desde su infancia, que conlleve a un cambio de actitudes en torno a su salud individual y colectiva, mejorando con ello su entorno y previniendo la aparición de enfermedades a temprana edad, lo que les va a permitir una mejor calidad de vida, ya que es una etapa receptiva a la adquisición de comportamientos positivos para la salud, física, mental y social del individuo, siendo la escuela entonces la principal formadora de las conductas y los hábitos decisivos en la personalidad de las niñas y los niños.

Planteamiento del problema

Siendo la Educación para la Salud uno de los pilares fundamentales de la Salud Pública cuya finalidad es lograr una conducta que mejore las condiciones de vida y de salud del individuo y colectividad, desprendiéndose de ella la Promoción de la Salud, entendida como un proceso de capacitación de la comunidad (Educación para la Salud) para obtener estilos de vida saludables y agregando que para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, individuos y grupos deben ser capaces de identificar los factores de riesgo que pueden afectar su salud y por consecuencia su vida, esto debiendo ser desarrollado desde la infancia para que a través del tiempo el individuo se forme en actitudes favorables que le permitan el disfrute de una vida plena y saludable contribuyendo con ello a una mejor calidad de vida de la sociedad a la que pertenece.

La promoción de la salud se realiza mediante la labor de los promotores de Educación para la Salud (EPLS) pertenecientes a la Subdirección de Apoyo a la Educación adscrita a la Secretaría de Educación del Estado de México; los cuales son distribuidos por coordinaciones de área, atendiendo escuelas del nivel de preescolar y primaria ya sea en zonas rurales, semirurales, semiurbanas y urbanas. Los promotores de Educación para la

Salud tienen realizan acciones de promoción y el fomento a la salud a través de asesorías, pláticas, talleres y diversas actividades comunitarias, todo esto en apego a los contenidos de los planes y programas de estudio vigentes, mediante acciones y prácticas que favorezcan el desarrollo de hábitos, destrezas, habilidades y conductas, es decir el desarrollo de las competencias indispensables en pro de la salud individual y de la comunidad.

Sin embargo, a pesar de estar integrada la Educación para la Salud en la Educación Básica (preescolar y primaria) por más de 30 años en el Estado de México, no se ha logrado incidir favorablemente en la conducta de los individuos hacia la prevención de accidentes, embarazos no deseados, alcoholismo, drogadicción, sobrepeso, obesidad y trastornos de la alimentación, entre otros. Observándose que las actitudes dirigidas hacia la prevención de diferentes problemas de salud son debidas a una mala toma de decisiones en la mayoría de los casos, debido a que no se han logrado desarrollar en los escolares en nuestro caso, las competencias que favorecen el cuidado de la salud, debido a que se presentan actitudes de apatía, indiferencia, ignorancia, así como la falta de valores de responsabilidad, compromiso, solidaridad y empatía con la comunidad a la que pertenecemos, tirando desechos de residuos y materia fecal de animales domésticos en la vía pública, contaminación del aire por el transporte particular y público sin importar las consecuencias a la salud, accidentes viales por exceso de velocidad, por uso del celular, por conducir en estado de ebriedad o por adicciones, siendo los padres de familia nuestro principal obstáculo al influir sobre sus hijos con patrones de conducta que no favorecen la salud como el sedentarismo, la violencia, la contaminación, los diferentes paradigmas en torno a la salud, prejuicios y algo mucho más importante en estos momentos, los valores humanos de los que cada día estamos más distantes y que diariamente los medios de comunicación mencionan en noticias desastrosas de homicidios, narcotráfico y secuestros. Aunado a esto los altos costos económicos que conllevan los tratamientos tanto para la familia como para los estados a través de las instituciones de salud, por ejemplo para las enfermedades crónicas degenerativas como

la diabetes, hipertensión arterial, arterioesclerosis y otras más que se han venido incrementando debido a los diferentes estilos de vida que prevalecen en la actualidad.

Por todo lo anterior se hace necesario investigar e identificar ¿qué estilos de vida prevalecen en el alumnado?, ¿cuáles son los estilos de vida más frecuentes en los alumnos de sexto grado de primaria?, ¿cómo modificar las actitudes negativas de los alumnos hacía el cuidado de su salud?; con la finalidad de orientar al personal del área para actuar en el campo con nuevas estrategias de intervención que influyan de forma permanente en el individuo y la colectividad para la preservación de la salud al elegir desde la infancia estilos de vida saludables que redunden en una mejor calidad de vida en la etapa adulta.

Descripción del contexto educativo donde se presenta la problemática.

Zona Geográfica.

La localidad de San Mateo Otzacatipan está ubicada en el municipio de Toluca, Estado de México, de origen matlazinca, en náhuatl Otzacatipan quiere decir “En el camino del zacatal”; está a unos siete kilómetros al norte y este de la ciudad de Toluca. La principal actividad económica de San Mateo Otzacatipan fue la pesca, practicada en bordos y ríos de la zona, siendo el principal producto de ésta actividad los charales, por ello durante mucho tiempo a la población se le denominaba extraoficialmente “*San Mateo de los Pescadores*” y a sus habitantes como “*charales*”.

Actualmente en San Mateo Otzacatipan se encuentra el Aeropuerto Internacional Lic. Adolfo López Mateos, la Central de Abastos y el Parque Industrial Toluca 2000, lo cual ha diversificado y dinamizado la economía de la población, así mismo su creciente integración a la capital del estado la ha convertido en una población residencial, parte de cuyos habitantes se trasladan diariamente a estudiar o trabajar al centro de la ciudad de Toluca.

San Mateo Oztacatipan cuenta con 22 656 habitantes según datos del INEGI 2010, con 11, 193 hombres y 11, 463 mujeres; 13, 545 son adultos, y 1,150 son mayores de 60 años; 11, 461 habitantes son derechohabientes a alguna institución de salud

(51%), con un índice de fecundidad de 2,44 hijos por mujer; el 5.82% (1,319 personas) de la población viene de fuera del Estado de México, el 4.1 (1,091) de la población es analfabeta. El 4.04 % entre los 6 y los 14 años no asiste a la escuela; el 43.99% (9,966) de la población de 15 años y más tienen educación básica incompleta.

En lo que se refiere a vivienda, existen 4 854 viviendas, de las cuales 4 797 son habitadas y de estas 281 consisten en un cuarto y 347 tienen piso de tierra. 720 hogares tienen una o más computadoras que corresponde a un 15%. 4 525 viviendas cuentan con una o más televisiones propias.

La localidad carece del suministro de agua por lo menos tres veces a la semana, cuenta con servicios de luz, agua potable, guarniciones aunque no en su totalidad, existe drenaje casi en toda la localidad, sin embargo existen aún drenajes a cielo abierto, cuenta con línea telefónica, transporte público y áreas de pequeños comerciantes, aunque aún existen pequeños terrenos de cultivo. Los residentes se dedican a ser obreros, empleados y al comercio en su mayoría, no existen fuentes de empleo en la comunidad a excepción de los pequeños establecimientos comerciales, su nivel socioeconómico es medio bajo y bajo, predominando este último. En lo que se refiere a la problemática detectada existe violencia intrafamiliar, machismo, desempleo, maltrato infantil, desintegración familiar, vandalismo, migración, tabaquismo, drogadicción y alcoholismo, predominando este último.

Contexto escolar

En esta localidad se encuentra la Escuela Primaria en la cual se realizó el estudio, la escuela cuenta con una infraestructura de 36 aulas, 4 módulos de sanitarios, 2 módulos para docentes, 1 dirección escolar, 1 salón de coros, 1 salón blanco, 1 patio escolar, canchas de básquetbol, 4 bodegas y dos establecimientos de consumo escolar semifijos

(tiendas escolares). La escuela cuenta con una matrícula de 1575 alumnos, 36 docentes, 1 director, 1 subdirector, 2 promotores de educación física, 2 maestros de educación artística, 3 maestras de USAER y un promotor de educación para la salud, 4 personas en el mantenimiento de la escuela.

Los padres de familia de la comunidad se dedican en su mayoría al comercio, obreros, amas de casa, el poco interés que demuestran ante las actividades que se realizan en la institución impide una falta de compromiso que conlleva al cuidado en la presentación de los alumnos con respecto a su higiene personal así como en ocasiones influyendo en su estado de salud actual.

El no tener en ocasiones un sentido de compromiso consigo mismo desde su hogar el cuidado y respeto a las instalaciones que ofrece la institución se ven afectadas por aquellas conductas negativas que impiden que el alumno se desarrolle física, social y emocionalmente de una forma positiva acompañada de un mejor aprovechamiento y desarrollo académico siendo indispensable el acompañamiento y apoyo por parte de los padres de familia. Presentándose al interior de la escuela relaciones hostiles y de agresividad en los alumnos.

Preguntas científicas de la investigación

1. ¿Cuáles son los estilos de vida que prevalecen en los alumnos de sexto grado de primaria, después de haber tenido durante seis años asesorías del promotor de EPLS?
2. ¿Qué estilos de vida prevalecen en los alumnos que no han contado con asesorías del promotor de EPLS?
3. ¿Cuáles son las acciones emergentes a considerar en la propuesta de intervención para el promotor con la finalidad de mejorar las estrategias encaminadas al fortalecimiento de los estilos de vida saludables?

Objetivo general

Identificar las actitudes de los alumnos de sexto grado de primaria dirigidas a estilos de vida saludables que orienten a la mejora de la intervención de los promotores de Educación para la Salud en la escuela.

Objetivos específicos

- Investigar las actitudes dirigidas a estilos de vida saludables de alumnos de sexto grado que han contado con la intervención del promotor de EPL durante los 6 grados de educación primaria.
- Investigar las actitudes dirigidas a estilos de vida saludables de alumnos de sexto grado que no han contado con la intervención del promotor de EPL durante los 6 grados de educación primaria.
- Analizar los resultados obtenidos e identificar las actitudes negativas que predominan en los alumnos de sexto grado en el desarrollo de estilos de vida saludables.
- Integrar una propuesta que permita mejorar la intervención del promotor en la escuela dirigida hacia la modificación de actitudes positivas al desarrollo de estilos de vida saludables.

Capítulo 1

MARCO CONTEXTUAL

1.1 Antecedentes Internacionales

Uno de los estudio revisados es el realizado por Ángel Vazquez y María Antonia Manassero de la Universidad de las Islas Baleares, denominado “**El declive de las actitudes hacia la ciencia de los estudiantes: un indicador inquietante para la educación científica**” (2008) (1), es un análisis empírico de la hipótesis del los estudiantes. Los factores actitudinales estudiados comprenden un conjunto de variables sobre imagen de la ciencia, preservación del medio ambiente y aspectos de la ciencia escolar, que se han analizado en una muestra de estudiantes de diversas edades desde el cuarto curso de primaria en adelante. La evolución temporal de las respuestas de los estudiantes demuestra el descenso global de las actitudes con la edad y el sexo: en los primeros años son más positivas y van disminuyendo al aumentar la edad y los chicos tienen mejores actitudes que las chicas. Principalmente, este descenso afecta a las actitudes hacia algunos aspectos de la ciencia escolar, mientras los aspectos generales de la imagen de la ciencia y la tecnología o la preservación del medio ambiente no exhiben este deterioro. Se discuten las implicaciones de los resultados para la educación científica en la escuela, así como las limitaciones del estudio y las potenciales mejoras del mismo.

La muestra de este estudio es opinática, pues está extraída de visitantes a la Feria de la Ciencia 2007 de las Islas Baleares. No obstante, la gran mayoría de los cuestionarios fueron contestados por clases completas de estudiantes bajo la supervisión de sus profesores. La muestra final está integrada por 693 personas que respondieron válidamente el cuestionario, la edad de los participantes fue de los 9 a los 59 años, siendo en su mayoría (96%) de estudiantes entre 9 y 17 años, un poco más de la mitad de la muestra son chicos.

El instrumento de investigación utilizado es un cuestionario de actitudes hacia la ciencia, formado por 24 cuestiones con valoraciones de diversos rasgos acerca de la ciencia, la ciencia escolar y el medio ambiente.

El resultado general permite afirmar que los rasgos de imagen de la ciencia y medio ambiente no sufren modificación sustancial a lo largo de la escolaridad obligatoria, es decir, que la educación científica recibida en seis años no modifica sustancialmente la imagen de la ciencia y la tecnología y las actitudes hacia el medio ambiente contenidas en el cuestionario aplicado. El análisis de los perfiles y patrones de los grupos en las sucesivas etapas y grados mostrados en este estudio confirman con claridad la hipótesis planteada: las actitudes de los jóvenes decrecen desde las más positivas actitudes manifestadas entre los más jóvenes estudiantes (grado 4, 10 años) hasta las menos positivas manifestadas por los estudiantes mayores (grado 9, 15 años). En consecuencia, la hipótesis del declive actitudinal quedaría centrada en las actitudes relativas a la ciencia escolar, cuyas diferencias estadísticamente significativas son las únicas que hacen posible la verificación de la hipótesis.

Por otro lado, el declive mostrado acredita una gran paradoja educativa que debería mover a una profunda reflexión (desde la perspectiva implícita que la educación debe generar atracción hacia el aprendizaje): tras varios años de estudiar ciencia en la escuela, los estudiantes disminuyen drásticamente sus actitudes hacia la CyT. El mensaje de esta paradoja es duro, pero ya ha sido denunciado por autoridades de la didáctica de la ciencia como Peter Fensham (2004): el desinterés hacia la ciencia escolar es el problema más dramático de la educación científica; este estudio apoya esta afirmación con una confirmación empírica. Su solución depende de una especial y vigorosa atención a los aspectos actitudinales, afectivos y emocionales en el aula de ciencias, en lugar de su relegación u olvido (Vázquez y Manassero, 2007a, 2007b y 2007c). Urge cambiar la ciencia en la escuela, al menos, para evitar el declive actitudinal hacia la ciencia y la tecnología y que los alumnos se alejen de la ciencia por aborrecimiento. El objetivo debe ser generar curiosidad y motivar el aprendizaje, mediante un currículo y actividades escolares apropiadas, que sean, a la vez, interesantes y relevantes para los

estudiantes y para la sociedad, como han venido sugiriendo desde diversas orientaciones de ciencia, tecnología y sociedad, alfabetización científica o humanísticas (Aikenhead, 2003; Millar y Osborne, 1998; Vázquez, Acevedo y Manassero, 2005).

Numero

1.1 Antecedentes Nacionales

Existen pocos estudios relacionados con las actitudes y los estilos de vida en diferentes etapas escolares, un estudio relacionado con el tema es un artículo denominado: **“Estrategia para modificar conocimientos y actitudes en niños escolares: un programa de educación para la salud”** por Irma Aída Torres Fermán del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana (2007) quien menciona en el artículo que la promoción de la salud es insuficiente en México considerando que la higiene no se aborda de una manera adecuada como contenido curricular en la educación básica según las necesidades de salud de la población en las etapas infantiles y juveniles, sustentado en estadísticas de la Secretaría de salud del Estado de Veracruz, en las que se tienen registrados 349,450 casos de personas que han padecido enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo como fiebre tifoidea, paratifoidea, salmonelosis, shigelosis, cólera e intoxicación por bacterias; además de que en los libros de texto no se presenta la información adecuada, lo que no permite lograr los objetivos en el plan y programas de estudio vigentes mermando con ello la solución a las problemáticas de salud de la población por lo que se realizó un manual de higiene para niños escolares (Torres y Beltrán 2003) para conocer su efectividad como estrategia de educación para la salud y como una herramienta de aprendizaje que ayude a modificar los conocimientos sobre el tema de higiene tienen los estudiantes de la muestra estudiada, utilizándose una evaluación de proceso de cuatro grupos de preprueba y de posprueba, dos de control y dos experimentales, afirmándose con los resultados que los pequeños sometidos al programa adquirieron conocimientos relevantes significativos sobre salud, higiene, alimentación, limpieza de los alimentos y del cuerpo, siendo las diferencias entre los grupos muy significativas; lo que permite aseverar que la escuela es un contexto idóneo para la instrumentación de la educación

para la salud como estrategia de la implementación de hábitos y conductas saludables en los escolares

1.3 Antecedentes locales

Por último se menciona el artículo denominado **“Educación para la Salud, desde la teoría de la acción, en educación primaria del Estado de México”** por Armeaga Gómez Silvia, del Instituto Superior de Ciencias de la Educación del estado de México, 2014 en donde se hace énfasis que a pesar de estar inserta la educación para la Salud en la escuela primaria desde la década de los ochentas en los indicadores nacionales y estatales no se ha reflejado en forma determinante un impacto de la Educación para la Salud en los alumnos del nivel de preescolar y primaria a través de los diferentes ciclos escolares, motivo por el cual se llevó a cabo un estudio de cuarto a sexto grado en educación primaria para identificar y contrastar con las acciones que los padres o tutores consideran que realizan sus hijos.

La población objeto de estudio se realizó en una escuelas del Estado de México, en alumnos de tercero, cuarto, quinto y sexto grado de nivel primaria del ciclo escolar 2013 – 2014, de la zona escolar L021, siendo participes los alumnos de la asesoría de promotores de Educación para la Salud en su trayectoria escolar, La muestra total incluyó a 2902 entrevistados, de los cuales 1451 fueron alumnos –723 niños y 733 niñas–. Por grado académico: 334 de tercer grado, 357 de cuarto grado, 362 de quinto grado y 403 de sexto grado, además de 1451 padres o tutores, 704 padres o tutores de niños, y 747 con padres o tutores de niñas.

El instrumento utilizado fue un cuestionario construido por con base en el acto de unidad de la teoría de la acción y por otro lado, en concordancia con la temática del programa de Educación para la Salud que se sigue en la educación primaria.

Los resultados obtenidos dan cuenta de que los alumnos manifiestan un nivel alto de acciones de higiene personal (bañarse, cepillarse los dientes y lavarse las manos) en un total del 80% de los entrevistados, debiendo haberse presentado al 100% puesto que son acciones básicas de higiene en los seres humanos, notando que en grados de quinto y

sexto grado hay un ligero decremento de esas acciones, en cuanto a los hábitos alimenticios se observa que la generalidad de los alumnos desayuna y llevan un refrigerio a la escuela, sin embargo existe un alto índice de ingesta de dulces y golosinas en un porcentaje del 30%, presentando un mayor porcentaje los alumnos de quinto y sexto grados.

La mayoría (ocho de cada 10) de niñas y niños acostumbran tirar la basura en el bote; sin embargo, sólo cuatro de cada 10 la separan en orgánica e inorgánica.

Conforme los niños y las niñas van creciendo se presenta una disminución porcentual en cuanto al hábito de no tirar basura. Casi nunca realizan simulacros en casa, pero sí participan en simulacros en la escuela.

En cuanto a adicciones, 5% de los alumnos reconoció haber consumido bebidas alcohólicas y 2% haber fumado, a pesar de su corta edad.

Más de la mitad de los alumnos refiere un uso excesivo de medios electrónicos como forma de entretenimiento, el cual no contribuye positivamente para una buena salud mental ni para las relaciones interpersonales, 5% de la muestra de alumnos manifiesta algún grado de emoción negativa respecto a su familia, a sus maestros y a sus compañeros. Casi 30% admite ser agredido constantemente por sus compañeros en la escuela, un índice bastante alto, que da cuenta de una mala convivencia escolar y posibles casos de acoso escolar.

Los padres de familia y/o tutores dan información diferente en todas las dimensiones evaluadas a las de sus hijos, lo que da cuenta de una deficiente supervisión por su parte en relación a la salud de sus hijos. Además de observarse que tampoco han sido observadas y evaluadas por los docentes que llevan a cabo las acciones de Educación para la Salud en la escuela lo que nos dice que el programa no está cumpliendo su cometido, por inferencia de los resultados obtenidos.

Concluyéndose en el estudio que hace falta revalorar las acciones de Educación para la Salud en los programas del sector Educativo y de salud, promoviendo la interdependencia entre padres, maestros y alumnos, para que estos últimos conserven una salud física y mental adecuada, creando verdaderamente una cultura en prevención de la salud como lo dice Nutbeam, 2000.

Como se puede observar las actitudes con respecto a la ciencia y en nuestro caso a la Educación para la Salud, cobran relevancia las actitudes de los individuos en relación a la toma de decisiones para la preservación de su salud, ya que aún cuando se han instruido en la ciencia y la tecnología, sus actitudes van en declive conforme avanzan en edad, a pesar de las diferentes acciones realizadas en la escuela y de los diferentes programas político sociales implementados para el cuidado de la salud de la ciudadanía, no se observan resultados favorables; haciéndose necesario revalorar los programas y las estrategias empleadas, en este caso en Educación para la Salud en el nivel de educación primaria, que nos permita identificar las actitudes que prevalecen en el estudiantado de 6° grado y que son desfavorables para el desarrollo de estilos de vida saludables tanto individuales como colectivos que no reflejan el gran esfuerzo del personal por orientarlos y dirigirlos a un bienestar común, una vez identificadas las actitudes que prevalecen en los alumnos en torno a su salud los resultados permitirán reorientar las estrategias didácticas a emplear que favorezcan la toma de decisiones de los estudiantes a favor de la salud individual y colectiva, en la búsqueda y logro de estilos de vida saludables.

1.4 Ubicación contextual

1.4.1. Nombre del área

Educación para la Salud (EPS), en el Estado de México

1.4.2. Historia

En el año de 1977 en el Estado de México se crea el Departamento de Educación para la Salud durante el sexenio del Dr. Jorge Jiménez Cantú (Gobernador en ese momento) integrado a la Educación Básica (preescolar, primaria y secundaria), quien se encargaría de asesorar, impulsar y promover el programa de Educación para la salud a través de los Asesores (ahora coordinadores de área) y promotores (promovedores de la salud) en las instituciones de Educación Básica, dirigiéndose tanto a los docentes, alumnos y padres de familia; brindándose hasta la fecha este servicio por medio de la Subdirección de Apoyo a la Educación; los promotores de EPS actualmente laboran en

una o hasta cinco escuelas a la semana, según el número de matrícula de cada plantel escolar (labora un promotor toda la semana en escuelas de más de 20 grupos, de 12 a 19 grupos dos o tres días a la semana y de 6 a 12 grupos un día a la semana, según sea el caso), en un horario de 5 horas al día (de 9:00 a 14 hrs para preescolar y de 8:00 a 13:00 hrs para primaria), siendo en total 25 horas laborables a la semana, los promotores dependen de las coordinaciones de área, atendiendo escuelas ya sea en zonas rurales, semirurales, semiurbanas y urbanas; los coordinadores tienen asignada determinadas zonas escolares en las que se encuentran laborando los promotores. Para este caso en la coordinación de área de EPS L023, se encuentra integrada por 21 promotores, un asesor metodológico y un coordinador de área, atendiendo un total de 15 preescolares y 42 escuelas primarias, con un total aproximado de 20, 754 alumnos de ambos niveles educativos. Los contextos de las localidades en atención son en su mayoría de tipo urbano con un nivel socioeconómico bajo, medio bajo y medio, los padres de familia se dedican en su gran mayoría al comercio, otros llevan a cabo distintos oficios como albañilería, plomería, carpintería y mecánica automotriz, pocos padres son profesionistas y son pocas escuelas suburbanas las que se atienden.

Objetivos del área

- *Educación Ambiental y Ecología:* Contribuir al mejoramiento de las condiciones ambientales de la comunidad a través del cuidado y la conservación de los recursos naturales disponibles en el medio.
- *Prevención de enfermedades:* Incidir favorablemente en la salud de la comunidad escolar a través de la implementación de medidas de carácter práctico para evitar las enfermedades infectocontagiosas, la malnutrición y la prevalencia de la caries dental y parodontopatías.
- *Emergencias y primeros auxilios:* Promover la participación activa de la comunidad escolar en el que hacer en caso de emergencia y catástrofe, así como de disminuir el número de accidentes y la gravedad de sus consecuencias en la escuela, hogar y vía pública.

- *Salud mental y educación de la sexualidad:* desarrollar actividades tendientes a la conservación de la salud mental y a la educación de la sexualidad que coadyuven en el desarrollo del educando.
- *Contenidos programáticos:* Asesorar a los docentes de Educación Elemental, para el manejo y desarrollo de contenidos programáticos relacionados con Educación Ambiental y Salud, a través de actividades teórico-prácticas.

Misión

Lograr una cultura del auto cuidado de la salud a través del desarrollo de competencias para la vida, que permitan formar individuos críticos, reflexivos, autosuficientes y comprometidos con la comunidad a la que pertenecen.

Visión

El Área de Educación para la Salud ofrece un servicio de calidad que contribuye al desarrollo integral del individuo, en el ámbito educativo, procurando mediante el aprendizaje significativo, favorecer en los niños el desarrollo físico y estilos de vida saludables.

Valores

La situación social, económica, política y militar que vive la humanidad ha provocado que se vuelva la mirada nuevamente hacia los valores, siendo la educación el instrumento privilegiado para enfrentar las angustiantes circunstancias de esta época agobio del género humano, motivo por el cual se requiere de una educación liberadora, participativa, reflexiva y democrática para reemplazar la cultura de violencia y guerra por una cultura de salud y de paz. En este contexto la educación para la salud concebida como un proceso de salud óptima en el individuo, pretende inculcar valores como el respeto, la responsabilidad, la solidaridad, la lealtad, la honestidad, la tolerancia y la libertad, que desde la coordinación de área y a través del personal de promotoría fomenten una cultura de democracia y paz social, que redunde en el bienestar de la niñez mexiquense.

2 Funciones: del promotor de EPS

2.1.1 Función genérica

Es el responsable de asesorar mediante pláticas, conferencias, cursos, talleres, clases directas, consultorías, entre otras, al titular del grupo, padres de familia y comunidad en general; respecto a los contenidos programáticos relacionados al área de Educación para la Salud; en los niveles de preescolar y primaria.

2.1.2 Funciones específica

Planeación:

- Elaborar y operar el plan anual en común acuerdo con el Coordinador de Área y Directores Escolares donde se ofrece el servicio.
- Realizar y operar la planeación diaria o semanal, para el desarrollo de sus acciones, basada en los contenidos de aprendizaje, la cual debe ser valorada conjuntamente con el director escolar, visada y autorizada por el Coordinador de Área.

Académicas:

- Orientar y desarrollar de manera teórica y práctica los contenidos de aprendizaje de Educación para la Salud con los alumnos de preescolar y primaria, considerando la participación activa de los titulares de grupo.
- Elaborar el material didáctico que requiera su práctica docente o considerar los recursos didácticos, tecnológicos y financieros que tenga la escuela o disponga el propio promotor.
- Participar en los consejos técnicos organizados y realizados por la escuela a la que está asignado o en acuerdo con el Coordinador de Área, participar en la que tenga mayor matrícula y apoyar en las otras donde se proporciona el servicio.
- Participar en los cursos y jornadas de actualización y capacitación, convocadas por el Coordinador de Área, Subdirección Regional, Subdirección de Apoyo a la Educación o cualquier otra instancia educativa del Subsistema Educativo.

- Participar con los Consejos Técnicos por área de atención, a fin de intercambiar experiencias que permitan mejorar la calidad académica y administrativa del servicio de apoyo a la educación en los niveles de preescolar y primaria
- Apoyar técnicamente y asistir a eventos cívicos, culturales y de salud según el área correspondiente, los cuales sean organizados por diversas dependencias del Gobierno del Estado.
- Atender peticiones y sugerencias relacionadas con el servicio que se presta, emanado de las autoridades educativas del plantel y/o supervisión; sin menoscabo de la autorización de su coordinador de área.

De seguimiento:

- Informar oportunamente del avance mensual del Plan Anual, así como de aquellas no consideradas.
- Dar seguimiento a las actividades programadas y proponer alternativas de solución en caso necesario.
- Evaluar el trabajo del área, desarrollado durante el ciclo escolar, con la finalidad de retroalimentar la práctica docente.
- Elaborar el informe final de actividades que corresponda según la programación anual.

Administrativas:

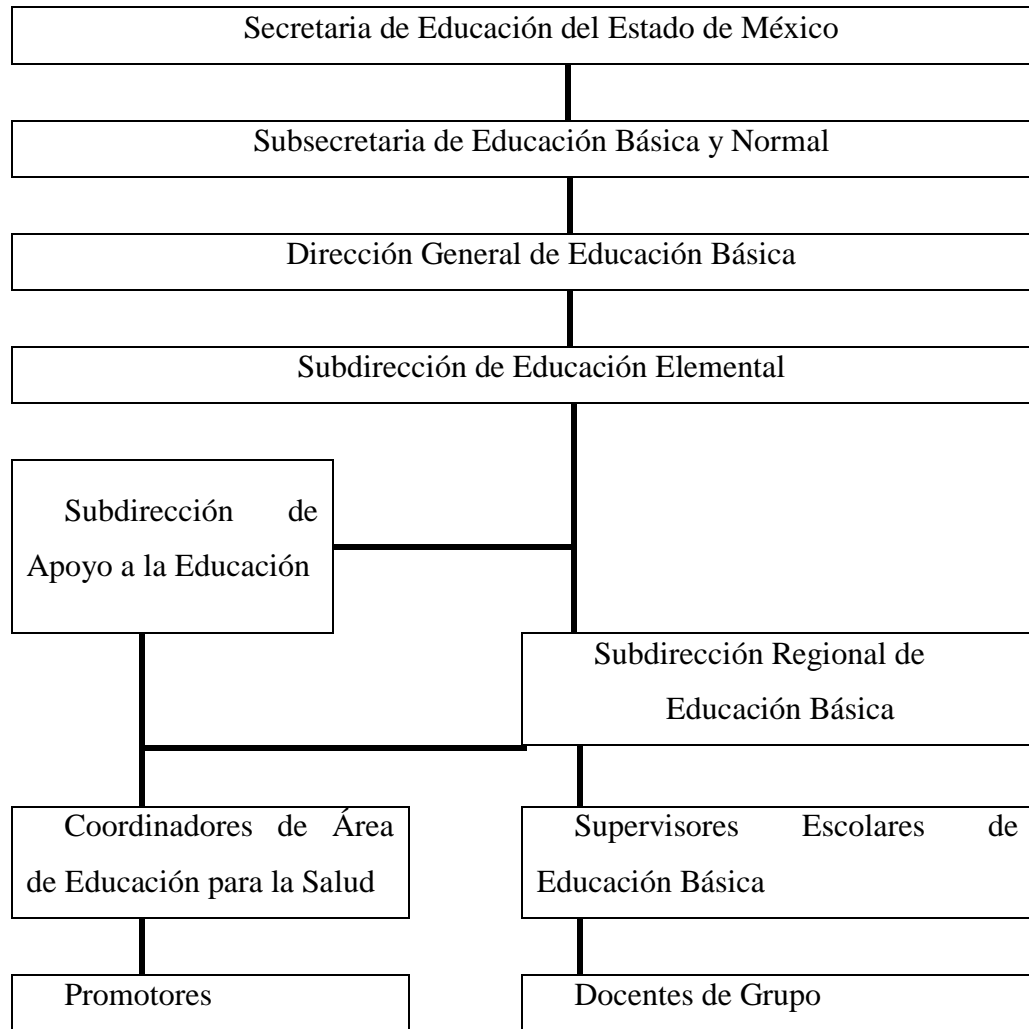
- Apoyar y asesorar a Directivos, Supervisores Escolares o al Subdirección Regional en la gestión de espacios y recursos materiales apropiados en escuelas de educación Preescolar y Primaria para el desarrollo de las actividades competentes a la Educación para la Salud.
- Cumplir con la normatividad educativa conforme a las responsabilidades, funciones y actividades que le fueron asignadas
- Registrar la entrada y salida en el libro de asistencias de la institución según su nombramiento la cual será validada por el director escolar.
- Acordar con su autoridad inmediata, la necesidad de realizar trámites personales, con apego a derecho

De difusión:

- Promover los libros y materiales de apoyo didáctico relacionados con el área de Educación para la Salud; así como los existentes en las bibliotecas de aula y escolares, correspondientes al área de atención.
- Promover y difundir la aplicación de los contenidos de aprendizaje a través de eventos con proyección a la comunidad escolar.
- Orientar y canalizar alumnos detectados con alguna deficiencia a instituciones del sector salud.

Cumplir con las comisiones asignadas por las autoridades educativas, las actividades inherentes al área de su competencia y las realizadas por la Subdirección Regional y de Apoyo a la Educación e informar al director escolar donde se ofrece el servicio de la comisión otorgada.

Organigrama



CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.2 Salud y enfermedad

La salud es considerada como un derecho que tiene la persona como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, el respeto a su concepto del proceso salud - enfermedad y a su forma de ver y entender el mundo. Este derecho es fundamental para el ser humano, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. Para que las personas puedan ejercer este derecho, se debe considerar los principios de accesibilidad y equidad, es decir debe existir el acercamiento de las instituciones de salud a las comunidades y ese servicio debe ser otorgado a cualquier individuo que lo necesite. Sin embargo descuidamos nuestra salud en todo momento, ya sea con una inadecuada alimentación, someterse a altos niveles de estrés, estar expuestos a accidentes, la violencia, las adicciones y un sinnúmero de situaciones que se viven día a día y que repercuten en nuestro organismo, y es cuando enfermos añoramos esos momentos de bienestar físico, mental y social que han mermado, es por ello que la salud se debe conservar y es entonces que a través del tiempo el concepto de salud ha tenido diferentes concepciones desde la perspectiva que se defina, debido a que es un concepto que está estrechamente relacionado con el bienestar y la calidad de vida del ser humano, por lo que se han propuesto diversos conceptos al respecto a través de la historia con la intención de exponer las diferentes formas de comportamiento de las personas y las políticas públicas relacionadas que se han generado en el mundo occidental.

En 1941, Sigerist fundador de la escuela moderna de análisis sociológico de la historia de la medicina “definía la salud partiendo de que no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”, al parecer esta idea motivo a Sampar para construir el concepto que propuso a la Organización Mundial de la Salud

(OMS) en 1946 y que aparece en su carta constitutiva en 1948, misma que daba como concepto universal de salud como **“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.”**, estableciéndose en ese documento que la salud es un derecho inalienable de todo individuo, independientemente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural; este concepto fue trascendente, debido a la incorporación del término “social” en el que la salud no solamente depende de la sanidad, sino que se integra al mundo social, siendo responsabilidad también de ella su cuidado, incorporándose también el área de “salud mental”, siendo considerada la salud como un estado en términos positivos, siendo de bienestar y no solamente la ausencia de enfermedad. Esta definición fue rechazada por diversos autores por considerarla utópica, estática y subjetiva (Salleras, 1985). Utópica porque no existe un estado completo de salud; estática porque no considera que la salud es algo dinámico y cambiante y subjetiva porque la idea de bien o malestar depende del propio individuo y de su percepción (Gil, 2001).

Posteriormente, en 1956 para **René Dubos** "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado", planteando que la salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona desarrollar sus actividades en el ambiente en el que viven a lo largo del mayor tiempo posible, dando un **concepto de salud bidimensional**, mismo que aumentara en 1959 por Herbert Dunn, al incluir la **dimensión social** al concepto de salud, considerando que la salud tiene tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social. En esta nueva concepción, más positiva y **holística**, se han incluido diferentes dimensiones como el bienestar, el ajuste psicosocial, la calidad de vida, la capacidad de funcionamiento, la protección hacia posibles riesgos de enfermedad, el desarrollo personal, entre otras (Godoy, 1999; Singer & Ryff, 2001). Se dice que la salud es holística porque posee las siguientes características:

- *Positiva*. Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.

- *Bienestar*. Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- *Unicidad*. El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- *Integridad*. No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- *Vida Saludable*. Su filosofía/propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Introduciendo la salud holística dos componentes: emocional y espiritual, sin los cuales no existe la salud. Alessandro Seppilli (1971) menciona que la “Salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social”. Milton Terris (1975) enfatizo en esta tercera dimensión social a la definición de salud. Este define salud como sigue: "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Entendiéndose entonces la salud como un proceso dinámico, responsable, equilibrado y participativo con la finalidad de acercarse a un estado ideal al que podemos avanzar siempre cada vez más. Incidiendo sobre todo la actitud y comportamiento de los individuos para su logro.

Es por ello que antes que pensar en otros aspectos importantes en nuestra vida, debemos pensar en permanecer sanos para así realizar todas las actividades personales, familiares, laborales, sociales, económicas y sociales. Por todo esto se hace necesario educar a los niños, niñas y adolescentes en el cuidado de su salud, no para que acudan al servicio médico cuando se enfermen, más bien para que no exista la necesidad de que acudan a él, la salud se va construyendo en el día a día con una sana alimentación, actividad física, con prevención de accidentes, el cuidado del medio ambiente, y otras más actividades para tenerla y mantenerla, aunque claro también están presentes los factores genéticos y ambientales que pueden ocasionar enfermedad, sin embargo para eso se hace necesario educar a la población escolar en la prevención de enfermedades a través de la Educación para la Salud.

Concordando con Guerrero (2008), quien menciona “El concepto de salud debe estar teñido de una visión holística del mundo, de ecología profunda, basada en “una nueva comprensión científica de la vida en todos los niveles de los sistemas vivientes”

(Capra, 1998:25). Esta visión sistémica de la vida adquiere especial importancia debido a que se considera que la salud es el resultado de la interacción y adaptación entre los individuos y el medio ambiente físico y social. En consecuencia, de lo anterior se derivó el concepto de *calidad de vida*, de origen reciente, mismo que incluye un conjunto de factores psicológicos, afectivos, físicos, sociales, cognitivos y espirituales”. El término es aplicado a los campos de la salud física y ambiental, extendiéndose a los campos de la salud psíquica y servicios sociales, formando parte de las ciencias sociales, siendo la meta del desarrollo a nivel mundial. El concepto de calidad de vida viene a ser el resultado de la relación entre las condiciones objetivas de la vida humana y la percepción de ellas por parte del sujeto (Cabedo 2003,p)

Hablando de salud y enfermedad, es un término confuso desde el punto de vista médico, el ser humano no siempre está sano y tampoco siempre está enfermo; el paso de uno a otro en ocasiones es imperceptible ya que realmente no existe un estado de salud total y tampoco es absoluto, es por ello que se habla de un proceso de salud-enfermedad, la enfermedad forma parte de nuestra vida y es un concepto que como el de salud no se ha logrado definir desde la antigüedad hasta nuestros tiempos, dándosele un motivo mágico a ambos hasta conceptos actuales que a la fecha no han sido totalmente aceptados, siendo la enfermedad consecuencia de un mal funcionamiento del organismo y que si es continuo puede llegar a producir la muerte y por lo tanto el motivo de un sinnúmero de modalidades medicas a favor de revertir el proceso y regresar a un estado de salud al individuo, algunos estudiosos sobre el tema lo llaman “desequilibrio disarmónico”, es decir hay armonía si hay salud, pero en cuanto se presenta un proceso de enfermedad se vuelve disarmónico, o bien se presenta un desequilibrio funcional del organismo.

Enfermedad es aquella situación del ser humano en la que como consecuencia de una alteración orgánica o funcional no puede realizar una actividad normal (Gómez, 2000, p20), es decir que cuando una persona enferma o adolece de algo, esta no puede realizar sus actividades cotidianas, la enfermedad le impide laborar, divertirse, realizar ejercicio, etc. disminuyendo su rendimiento en todos los aspectos de su vida ya sea

físico, mental o social. Para tal caso es la Medicina la que se encarga de estudiar al ser humano en relación a las enfermedades que este padece, siendo la Patología quien se encarga de estudiar las enfermedades en forma científica.

Intervienen en este proceso de salud-enfermedad la genética, el comportamiento y las exposiciones ambientales del individuo, así lo menciona Torkamani en la revista High-Definition Medicine, 2017; es decir que la presentación de la enfermedad puede ser de origen hereditario por lo que se debe indagar la historia familiar como una medida contundente, así como las exposiciones ambientales ante las que se encuentra el individuo y los comportamientos contundentes del individuo dirigidos hacia la presentación y diagnóstico de la enfermedad, es decir su estilo de vida que favorezca o no su salud. La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo, es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo, su percepción, el significado que el mismo individuo le da y la evaluación de ese padecimiento, son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse, es valorada positivamente, entonces se espera que se desarrolle el rol de enfermo/a, en este caso el rol del enfermo, es un concepto definido por el sociólogo Parsons en 1951 para indicar esas expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma:

- a) Relevación de las responsabilidades diarias;
- b) Búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud,
y
- c) Conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible.

Por lo tanto el proceso de salud-enfermedad y atención se enmarca en una construcción individual y social mediante la cual el sujeto identifica que tiene un padecimiento y ello le hace buscar ayuda según su contexto en base a valores, creencias y comportamientos del medio sociocultural al que pertenece y de las condiciones económicas de vida, es decir que se enferma según se vive, de ahí la importancia de la

prevención de los factores y /o los agentes que causan la enfermedad y *muy relacionados con los hábitos de vida* y el manejo de las circunstancias de quien la padece. Las actitudes y comportamientos relacionados con la salud se deben formar desde el nacimiento por la familia cercana al niño o niña, mismos que continuaran haciéndolo según sus costumbres y los contextos en los que se desarrollen, hasta llegar a determinar la forma de actuar, de ser, pensar y sentir en edades en las que tomen sus propias decisiones hacía la conservación y el cuidado de la salud, tarea que también ejerce la escuela en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

2.3 Historia Natural de la Enfermedad

Como se mencionaba en el apartado anterior el individuo siempre está sometido a un cambio constante entre la salud y la enfermedad, siendo la Epidemiología la que proporciona el modelo para el análisis de las enfermedades a través de la historia natural de la enfermedad que desarrollaron Leavell y Clark, con la finalidad de explicar en forma multicausal la aparición de la enfermedad en el individuo, mismo que rige la práctica médica hasta ahora. Este modelo enfoca su atención al origen de las infecciones, los mecanismos de transmisión y su relación entre el agente, huésped y el medio ambiente (conocido como la triada ecológica), factores que se hallan interrelacionados en un constante equilibrio, lo que permite observar el cambio de un relativo “estado de salud” (existe un equilibrio en la triada ecológica) en el llamado *periodo prepatogénico* al dirigirse a un *periodo patogénico* o de *enfermedad* en el que se rompe dicho equilibrio de la triada ecológica a partir de un factor desencadenante en los que pueden mencionarse ciertos factores del medio ambiente, ya sea el frío, el calor, la humedad, etc. lo que propicia el ataque del agente (virus, bacterias, parásitos, hongos entre otros) al huésped (individuo) el cual pasa a un “estado de enfermedad”, este proceso continúa hasta la aparición del *horizonte clínico*, que es una línea hipotética que separa la *etapa preclínica* (no se aprecia enfermedad ni objetiva ni subjetivamente) de la *etapa clínica* (la enfermedad se manifiesta) en el periodo patogénico y que se manifiesta por la aparición en el sujeto de las lesiones celulares y tisulares , conjuntamente con otro tipo de alteraciones bioquímicas y fisiológicas; observándose

entonces un claro desequilibrio produciendo la incapacidad o la inadaptación manifiesta del sujeto, conocido también como proceso mórbido, el cual puede pasar a un estado de recuperación a través de la recuperación del equilibrio entre huésped, agente y medio ambiente, es decir logrando una fase de recuperación que lo lleva nuevamente a un “estado de salud” y normalidad; o bien el proceso mórbido se hace crónico pudiendo dejar algunas secuelas llevando al sujeto a ciertas fases de inadaptación al desarrollo normal del individuo y su familia y como última consecuencia puede resultar en la muerte al existir una pérdida total del equilibrio, siendo un proceso irreversible.

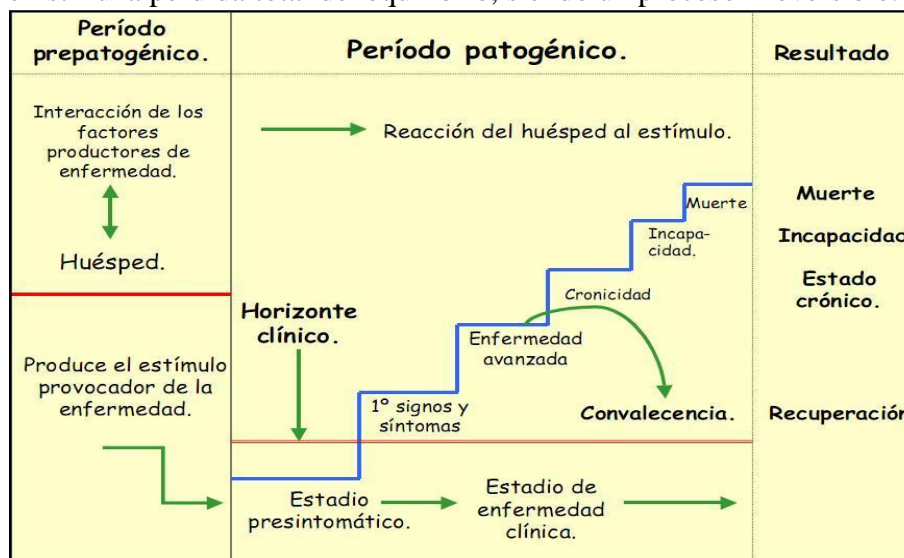


Figura 1. Representación gráfica de la Historia Natural de la Enfermedad

En este esquema se observan las diferentes fases de la Historia Natural de la Enfermedad, iniciando con el período prepatogénico, pasando posteriormente al patogénico con el horizonte clínico que es una línea hipotética que separa la etapa preclínica de la clínica con sus resultados. Retomado

Niveles de atención

Para cada parte del proceso de la Historia Natural de la Enfermedad se establecen diferentes acciones conocidas como los niveles de atención de Leavell y Clark; en el periodo prepatogénico las acciones a realizar son aquellas encaminadas a evitar que el proceso se inicie, conocida como la *prevención primaria*, misma que incluye aquellas medidas preventivas que se llevan a cabo en la etapa prepatogénica y que incluye a la promoción de la salud, en la que se encuentra la Educación para la Salud, y la protección específica (inmunizaciones, atención a la higiene en general, etc.). La etapa de

prevención secundaria es aquella que se realiza a través de un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado (etapa curativa). Por último la etapa de *prevención terciaria* la cual incluye la limitación del daño, es decir de las secuelas y la rehabilitación a través de una atención médica especializada.

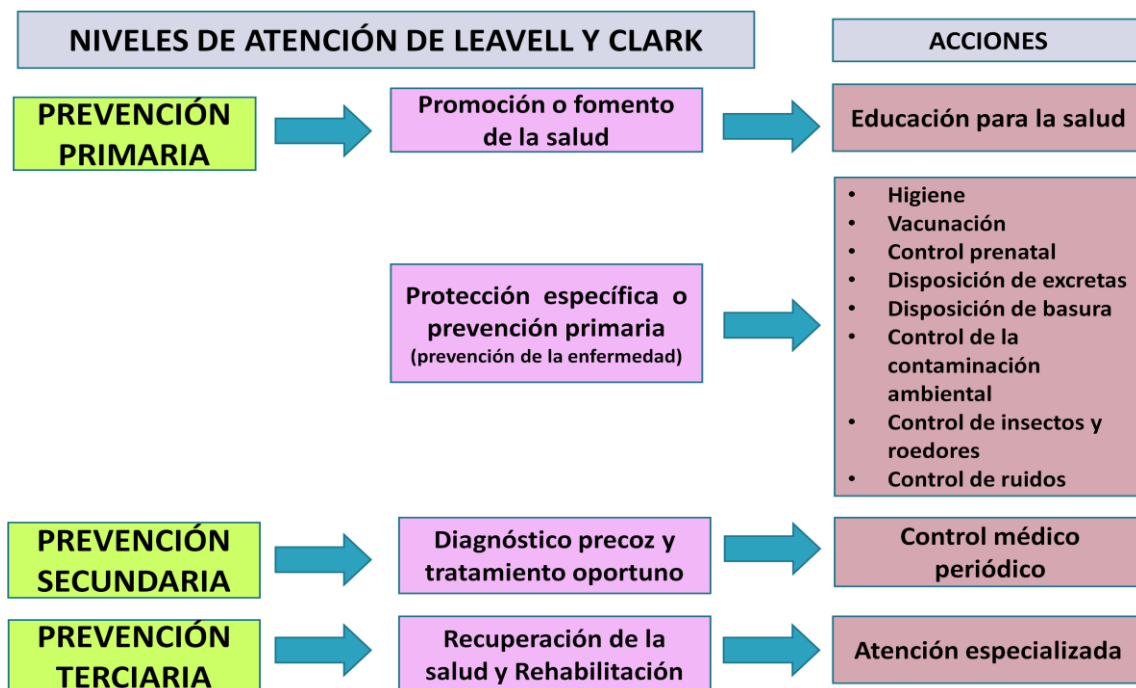


Figura 2. Representación gráfica de los Niveles de Atención de Leavell y Clark, en el que se visualiza los tres niveles de atención y las acciones que cada uno de ellos. Elaboración propia.

Es precisamente en el primer nivel de atención donde el área de Educación para la Salud en el Estado de México, incide y tiene una gran responsabilidad en los escolares de los niveles de preescolar y primaria, en donde los alumnos desarrollan hábitos y habilidades enfocadas al cuidado de su salud a través de los diferentes contenidos programáticos y del ambiente sociocultural al que pertenecen, teniendo la oportunidad de que los estudiantes manifiesten comportamientos y actitudes favorables para el desarrollo de estilos de vida saludables, que les permitan contar con una mejor calidad de vida.

2.4 Estilos de vida saludables

La salud puede verse afectada por el estilo y condiciones de vida, comprendiendo el estilo de vida *actitudes y valores* que son expresados por ciertos *comportamientos* del individuo en las diferentes áreas de su vida, como pueden ser las horas de descanso, la alimentación cotidiana, la higiene, el consumo de cigarro o alcohol y la actividad física entre otros, a esto se le denomina hábitos o comportamientos sostenidos, de entre los cuales existen dos categorías, los **que ayudan a mantener la salud y promueven la longevidad** y aquellos que por el contrario **reducen la esperanza de vida por ser dañinos o perjudiciales para la salud**, a este tipo de comportamientos se les conoce como factores *protectivos y conductas de riesgo* (Jenkins, 2005 p.209-217; Barrios, 2007 p.6-7). Teniendo en consideración estos aspectos vemos que el binomio salud-enfermedad puede presentarse entonces debido a la toma de malas decisiones en cuanto a los comportamientos y hábitos que cada uno de nosotros emplea en su vida diaria, sumando a ello el nivel social, económico, el aspecto cultural y el entorno físico en el que se desarrolla, todo ello impacta en la vida del ser humano ocasionando la presencia de enfermedad, en la mayoría de los casos. Mirándolo desde este punto de vista el primer contacto para adoptar ciertos estilos de vida es la familia, el modelo a seguir, posteriormente es la escuela quien se ocupa en preparar a sus alumnos mediante los diferentes temas relacionados con la salud, en enseñar, orientar y prepararlos para que el individuo vaya haciéndose responsable del “auto cuidado de su salud”, otros modelos que están en contacto con el ser humano son el grupo de amigos a los cuales pertenece y es a través de ellos que aprenden algunos comportamientos poco saludables, como son beber alcohol, el fumar, el uso de drogas adictivas prohibidas, etc., otros modelos a seguir pueden ser los que se promueven en los medios de comunicación como la televisión, la radio y el Internet, entre otros medios, modas de ciertas bebidas poco sanas, de sexualidad, delgadez, violencia y otro tipo de comportamientos que no apuntan hacia estilos de vida adecuados en los individuos y como consecuencia se dirigen a una imitación de comportamientos y actitudes dañinas para la salud.

2.4.1 Conceptualización

El término estilos de vida es referido a patrones de comportamiento que se llevan a cabo de forma organizada y que cuando se transforman en una constante en el individuo se transforman en un hábito lo que se traduce en la forma y el estilo de vivir relacionado con aspectos de la salud.

El concepto de estilos de vida se remonta a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones para su estudio, se remontan a filósofos como Karl Marx, y Max Weber. Karl Marx entiende que el estilo de vida es un producto de las condiciones socioeconómicas a las que se hallan sometidos los individuos. Weber admite que el estilo de vida está determinado en parte por los aspectos socioeconómicos, pero a su vez el estilo de vida que adopten los individuos influye e incluso determina la estratificación social (Abel,1991), ofreciendo ellos una visión sociológica del estilo de vida en los que enfatizaron los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Existiendo en sus conceptos el estilo de vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos adoptan por voluntad propia entre varias opciones que se encuentran en su contexto social.

Para la segunda mitad del siglo XX la aplicación al término *estilo de vida* se le da una orientación por Alfred Adler con su psicología individual, quien define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha por conseguir la superioridad (Adler,1973)

Desde el área de la medicina, se le da un enfoque biológico a los estilos de vida, mencionando que los individuos tienen formas de vida sana o no, debido a su propia voluntad, recayendo está en el individuo y no en las instituciones (Erben, Franzkowiak y Wenzel, 1992). Desde este paradigma biomédico se culpabiliza en exceso a los ciudadanos de su pérdida de la salud, ya que se coloca en el sujeto la responsabilidad de su enfermedad y no se reconoce la importancia del contexto social ni de otros factores como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Todo ello, constituye una variante de la “culpabilización de la víctima”, que no sólo coloca la responsabilidad de la desnutrición exclusivamente en el desnutrido, sino que correlativamente exime de

responsabilidades que le son propias a los gobiernos y reduce la responsabilidad de las empresas productoras de enfermedades (Mechanic, 1979).

El concepto de estilo de vida se utiliza más en el área de la salud que desde otros ámbitos de estudio (Coreil, Levin & Jaco, 1992).

En epidemiología se encuentran tres aproximaciones al concepto de *estilos de vida*, Singer (1982) dice que es: “una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día”. Mientras que Ardell (1979) lo refiere como: “Aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud”.

Para Abel (1991) establece que: “Los estilos de vida en salud comprenden patrones de conducta relacionados con la salud, y valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico”, siendo este un concepto que integra la socialización y que ha sido considerado en los objetivos de las OMS.

Un tercer intento es el de un “enfoque pragmático” que parte de la evidencia empírica que demuestra que, para la salud, ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras, es decir que su definición se centra en pautas de comportamiento cuyo efecto es la promoción de la salud o la potenciación de los riesgos. Intentando fijar los componentes del estilo de vida que sean relevantes para la salud, sin embargo no se ha logrado acordar sobre cuáles son las conductas que las promueven, participando en este enfoque Mechanic (1986) y Matarazzo (1984).

La OMS, en la 31 sesión de su comité regional para Europa, definió “estilo de vida” como 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 condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Además, se comentó la necesidad de diferenciar entre estilo de vida y estilo de vida saludable y se enfatizó sobre la importancia de abordar el estudio del estilo de vida saludable desde un enfoque más social que médico (Kickbusch, 1986).

A lo largo de su existencia, las personas desarrollan ciertos estilos de vida que se van sistematizando como un proceso de aprendizaje por asimilación o imitación de modelos, patrones familiares o de grupo; esto orienta las concepciones, criterios y decisiones de los individuos, su tiempo, energía física y psíquica, además de sus relaciones con otras esferas de su vida (Flórez, 1994). Encontrando en esta premisa **estilos de vida salutogénicos** (favorables para la salud) como el ejercicio físico, métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, dietas balanceadas, autocuidado y cuidados médicos, prácticas adecuadas de higiene y habilidades sociales entre otras, al contrario de esto también se pueden encontrar **estilos de vida patogénicos** (propician enfermedad en el sujeto) como el sedentarismo que propicia enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, obesidad; el consumo de tabaco y alcohol, conductas sexuales de riesgo y el consumo excesivo de grasas saturadas entre otros. Son las creencias sobre la salud y enfermedad las que desempeñan un papel importante y a veces incluso determinante en la toma de decisiones para modificar los estilos de vida y convertirlos de patogénicos en salutogénicos.

Si bien es cierto es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. En los estilos de vida incluyen como ya se ha venido comentando, diferentes factores como son el nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral, que harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida (OMS, 1998)

Otros conceptos más actuales incluyen a Duchan & Black (2001) refiriendo que “los estilos de vida saludables son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida [...] por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social” (p37)

El estilo de vida puede ir cambiando, aunque cuenta con la estabilidad propia de los hábitos o las costumbres, es móvil y dinámico, pues está influido por el ambiente, las

experiencias y las decisiones de las personas (Fernández del Valle, 1996; García et al., 2009; Trujillo, Tovar y Lozano, 2004).

En diversas investigaciones se ha encontrado que los cambios en el estilo de vida de la sociedad contemporánea, tales como la disminución de la actividad física, aumento de peso y el consumo exacerbado de bebidas alcohólicas, se asocian con enfermedades crónico-degenerativas y una calidad de vida pobre en los adultos (Brown et al., 2003; Chen, Sekine, Hamanishi, Yamagami y Kagamimori, 2005; Huang, Frangakis y Wu, 2006; Organização Panamericana da Saúde [OPS]. Al respecto Bazargan, Makar, Bazargan-Hejazi y Wolf (2009) encontraron, en un estudio realizado con 1875 médicos que ejercen en California, que un número excesivo de horas de trabajo (más de sesenta y cinco horas por semana) se asoció con la falta de ejercicio, no tomar el desayuno y dormir menos de seis horas por noche, lo que afecta tanto la calidad como el estilo de vida de las personas en forma significativa, concluyendo con esto en que entre más ejercicio físico experimente una persona, menores serán los síntomas físicos y psicológicos que manifieste (Remor y Perez-Llantada, 2007).

Vives (2007), quien dice que “el estilo de vida se refleja tanto por las condiciones económico-sociales de la vida de la sociedad como por las peculiaridades y las tradiciones a un lugar en concreto, siendo la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida”.

Barrios (2007, p.6), se inclina por la elección voluntaria al afirmar “Estilo de vida saludable, es un patrón de comportamiento consciente, que se aprende mediante la practica persistente del conocimiento adquirido, para el cultivo de la sabiduría o disfrute de mayor salud y bienestar humano”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la salud de la población ha implementado acciones cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables con la finalidad de la mejora de la calidad de vida de los individuos. Desde esta visión se propone un nuevo paradigma en la salud pública dominante en el

mundo industrializado, el cual hace alusión a la prevención de enfermedades a través de la modificación de los estilos de vida, proponiendo socializar el concepto, en el que no solo es responsabilidad del individuo, sino también de las políticas públicas en materia de salud, compartiendo dicha responsabilidad con la cultura y la educación.

Perea (2004) en su libro Educación para la Salud menciona que el estilo de vida no es un concepto que pueda ser modificado en forma voluntaria, por el contrario el concepto se desarrolla en estrecha interacción con las condiciones de vida, expresado esto en el documento de la OMS *Prácticas Saludables para Todos...* <...el estilo de vida no es una simple decisión individual...Existen límites a las opciones abiertas al individuo, límites impuestos por el medio social y cultural y por los medios económicos> (OMS, Salud para Todos).

En este sentido existen en el ambiente circundante dos formas que influyen en la salud del individuo, diríamos que primero sería de una *forma directa*, en la que puede darse como ejemplo la contaminación atmosférica la cual puede provocar un aumento de las enfermedades y reduce la calidad de vida en las áreas urbanas, pero a su vez puede actuar en segundo lugar de una *forma indirecta* cuando por ejemplo en un medio estresante va disminuyendo la energía que pudiera emplearse para modificar la conducta con la finalidad de promover nuevas formas para promover la salud o bien cuando las influencias económicas afectan las posibilidades de poder elegir alimentos saludables. Es por eso que se hace necesario introducir a la escuela un trabajo que sea sistemático para introducir acciones con respecto a la educación de estilos y a las condiciones de vida, en el sentido de que los integrantes de la sociedad se hagan conscientes de que ellos mismos pueden apoyar en cambiar dichas condiciones.

Hasta aquí podemos decir que los estilos de vida están estrechamente en relación con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (diabetes,

enfermedades cardiovasculares, cáncer, entre otras) (Del Aguila, 2012), es decir que los estilos de vida se van conformando a través de un proceso de formación que incluyen al seno familiar, la escuela y la sociedad, así como la toma de decisiones del individuo o bien del grupo al que pertenece y que está integrado por un conjunto de hábitos, conductas, costumbres, actividades y actitudes en las acciones ante las que se enfrenta día a día y las que elige el mismo individuo o grupo para su bienestar o no, teniendo la oportunidad de modificar los estilos aprendidos y re-aprender otros que sean más convenientes para una vida más saludable, lo que se le denomina el auto-cuidado, se puede decir que el “El auto cuidado son las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que se presentan” (Reyes, 2011).

La premisa es simple: a través de su conducta, las personas se exponen a una cierta combinación de factores que actúan independientemente o sinérgicamente para causar la enfermedad. La búsqueda epidemiológica se orientó a las diferencias en el estilo de vida entre los individuos, en la creencia de que los cambios en la conducta personal llevarían a una disminución en la exposición y riesgo de enfermedad, y de que tal cambio es posible (Barragan, 2007).

Es importante decir que para el auto-cuidado es imprescindible que este se adquiera de forma paulatina en la escuela, debido que es a través de ella que se pueden revertir conductas que sean perjudiciales para las personas, siendo la escuela el lugar primordial para la promoción y el fomento de comportamientos de vida sana que se relacionan con la Educación para la Salud y que dará como resultado un mayor conocimiento y responsabilidad en la toma de decisiones con respecto a la elección de los estilos de vida y sus consecuencias en un momento dado.

Por lo tanto los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud (OMS, 1986).

2.5 Indicadores de los estilos de vida saludables

2.5.1 Higiene personal

“La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del

Aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo” (Delgado J. , 2014)

Higiene y Educación se buscan, atraen y completan. La Higiene educa, la Educación higieniza; sin Educación no hay Higiene, sin Higiene, la educación es deficiente. La Higiene persigue esencialmente la salud, la Educación tiende a poseer la verdad, ambas por su acción moral, que se llama virtud. Si el individuo es sano y bueno, los pueblos serán fuertes, adelantados, grandes y prósperos, que fortaleza, progreso, grandeza y prosperidad son los frutos con que Higiene y Educación premian a los que rinden fervoroso y racional culto (Borobio, 1915, p. 188-189). Citado por (Viñao, 2010).

La higiene personal es sumamente importante en el cuidado del ser humano, gracias a ella evitamos la presencia de distintas enfermedades como lo es la pediculosis (piojo de cabeza y de pubis), la escabiasis (sarna), en el caso de la cavidad bucal, evitamos con el cepillado dental la aparición de la caries y enfermedades parodontales, con la correcta técnica del lavado de manos evitamos la presencia de enfermedades gastrointestinales, etc... Es por ello que en la escuela se debe formar y vigilar a los alumnos en una adecuada higiene personal con la finalidad de evitar la aparición de distintas enfermedades por una deficiente higiene personal. Paris (2010), señala que la higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo, y como es lógico los hábitos higiénicos no son algo aislado sino que guardan relación con las demás actividades fundamentales que a diario ocupan al niño.

“Investigaciones médicas realizadas en distintos campos ponen de manifiesto que la adopción de hábitos saludables entre la población infantil permite no sólo que nuestros pequeños estén más sanos, sino que sean también adultos más sanos, con una mejor calidad de vida”. (Fuster, 2010, p.6).

Como señala Paris (2010), un informe publicado por la entidad de la Organización de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, en el año 2000, recoge seis recomendaciones elementales para favorecer la promoción de hábitos higiénicos tanto en la familia como en la escuela:

- Predicar con el ejemplo, tanto en la higiene personal como en la ambiental,
- Inculcar hábitos desde pequeños, repitiendo frecuentemente el por qué de la higiene,
- Repetir los hábitos con regularidad, diariamente,
- Crear un ambiente favorable, en el que los artículos de higiene estén al alcance de los niños,
- Convertir el momento del aseo en una situación placentera; no castigar sino mostrar los beneficios de la higiene y
- Ser pacientes, creativos e inventar actividades, métodos y estrategias novedosas.

La Educación para la salud se auto-atribuye un triple objetivo: informar sobre los temas que le conciernen, formar hábitos saludables e influir en la conducta de los sujetos en beneficio de su salud (García; Saénz; Escarbajal, 2000, p. 37). Citado por (Viñao, 2010)

2.5.2 Prevención de enfermedades

La prevención de enfermedades agudas, como lo son las infecciosas y parasitarias, así como las enfermedades crónico-degenerativas, son parte de la educación en el ser humano desde la familia y la escuela, el hecho de la presencia de enfermedades infecciosas agudas como las gripes, resfriados comunes, faringitis, amigdalitis, influenza, bronquitis y neumonías para el caso de las enfermedades de vías respiratorias, para evitar este tipo de enfermedades se deben considerar el uso de cubre bocas para no esparcir los microbios al toser o estornudar, no compartir alimentos, evitar el saludo de beso, etc., así como de

enfermedades gastrointestinales como las diarreicas virales, infecciosas y parasitarias que ocasionan una alta incidencia de muertes infantiles antes de los 5 años de edad, y que se evitan con el correcto lavado de manos, consumir alimentos higiénicamente preparados, el mantenerlos en refrigeración, etc., el evitar la presencia de caries y parodontopatías que tienen que ver con la higiene dental y así sucesivamente podemos enunciar una serie de enfermedades infecciosas y parasitarias que se pueden evitar con acciones muy sencillas pero muy importantes.

“Un estilo de vida saludable es aquel que incluye hábitos de prevención frente a los factores de riesgo para la salud y es compatible con la calidad del medio” (contemporaneo, 2011).

2.5.3 Adicciones

Las adicciones al tabaco, alcohol y a las drogas ocasionan un gran daño a la salud del individuo, desafortunadamente la televisión, algunas películas y a veces en la familia se promueve su consumo, en especial de tabaco y alcohol, sin darse cuenta que en algún momento los adolescentes imitan esos patrones de comportamiento y se vuelve un “hábito” su consumo, cuando la familia se da cuenta en ocasiones ya es demasiado tarde para poder actuar y se requiere de tratamientos muy específicos y de rehabilitación para poder dejar las adicciones.

“Ser adicto implica que la persona que padece este mal, pierde el control sobre sus patrones de comportamiento. Romper con una adicción es mucho más complicado, que abandonar un hábito. Llevar un estilo de vida saludable es incompatible con tener adicciones, según indican los médicos e investigadores del tema.” (Ecoticias.com, 2017)

La escuela además de la familia son los espacios de formación en los que se debe hablar y orientar hacia la prevención de estas adicciones en las que los adolescentes son muy susceptibles de caer por sus intereses, su pertenencia a ciertos grupos y sobre todo su sentir, que en ese “probar” alcohol, tabaco o droga se pueden sentir identificados con un bienestar que a la larga se hará un malestar

para ellos mismos y para la sociedad, con una respuesta de negación y de alteración orgánica que conlleva a un sinnúmero de problemas tanto para quien las consume como el sufrir las consecuencias de ello en la familia.

2.5.4 Seguridad

El Gobierno Federal, en coordinación con los gobiernos estatales y municipales, lleva a cabo acciones que fomentan el desarrollo social, promueven mejores condiciones de vida y previenen conductas delictivas para garantizar que los mexicanos disfruten plenamente de sus derechos. En la actual coyuntura de inseguridad que enfrenta nuestro país, las escuelas de educación básica siguen siendo uno de los espacios más seguros con que cuenta la sociedad, donde las niñas, los niños y los jóvenes crecen y se desarrollan física, emocional y socialmente. Para asegurar que así continúen, las autoridades de los tres órdenes de gobierno se han propuesto reforzar la seguridad y la cultura de la prevención en las escuelas, con la participación del personal directivo, docente, alumnos, madres y padres de familia. En el marco de este propósito, las autoridades educativas del país acordaron dotar a todas las escuelas de un **Manual de Seguridad Escolar** que proporcione lineamientos para realizar acciones pertinentes ante situaciones críticas derivadas de riesgos que eventualmente podrían ocurrir en los planteles escolares o en sus entornos (SEP, 2011).

Es a partir de este documento y de los diferentes acontecimientos que se presentan en nuestro país como lo ha sido el sismo de 1985 y ahora el de 2017, mismos que han traído una gran cantidad de muertes y pérdidas económicas a las familias afectadas y al país, así como algunos otros fenómenos ambientales que se vienen presentando a raíz del calentamiento global como lluvias torrenciales que ocasionan inundaciones, deslaves, contaminación de ríos por las fábricas y algunas otras como tiroteos que se han presentado en el norte del país en las afueras de las escuelas, y algunas otras situaciones que ponen en riesgo la integridad de la comunidad escolar se hace necesario formar hábitos que les permitan salvaguardar la vida a través de la realización de simulacros ante

sismos, ante incendios y/o inundaciones, o bien ante tiroteos para formar un plan que les permita organizarse y estar preparados ante cualquier eventualidad.

2.5.5 Sexualidad

La educación para la sexualidad resulta ser un tema de mucha controversia en la sociedad debido a los tabúes que existen en las familias en las que desafortunadamente no tocan el tema o bien lo hacen pero es muy limitada.

Actualmente se ha comprobado mediante estudios sociales en las instituciones de educación que muchos adolescentes carecen de una educación sexual que pueda ayudarles a mantener una sexualidad sana. Para poder abordar el tema adecuadamente, se deben señalar los principales puntos de información y educación en los que se desenvuelve un adolescente, los cuales son, en primer lugar la familia y su entorno (amigos y personas con las que comparten experiencias diarias) y en segundo lugar las instituciones como son la escuela o institutos. Los medios de comunicación actuales, así como la música, la publicidad, los programas televisivos, abogan por una conducta hedonista, la búsqueda del placer y en muchas ocasiones dan una imagen de la sexualidad equivocada pudiendo llegar a ser peligrosa para quien no esté bien informado y la tome como la realidad.

Se le debe dar a la educación sexual en esta etapa la importancia que tiene, que es mucha, debido a que en esta etapa el adolescente empieza a interactuar consigo mismo y con los que le rodean, es un error común confundir la educación sexual con la mera información sobre el funcionamiento de los genitales y de las relaciones sexuales, para ello hay que comprender que la sexualidad es mucho más que un acto hedonista, en esta también está incluida la educación en el respeto hacia uno mismo y hacia los demás, se debe incluir también la educación y orientación en la identidad sexual, esto es muy importante para poder erradicar el **machismo y la homofobia** en las aulas haciendo (Rodríguez M. , 2017).

2.5.6 Convivencia escolar

Considerando el papel central que juegan las emociones en la facultad que tienen los individuos de aprender y su capacidad para relacionarse, los contenidos del **Programa Nacional de Convivencia Escolar**, contribuyen al desarrollo emocional y social de los alumnos, bajo un esquema de implementación transversal, es decir, la aplicación de los temas del PNCE con los contenidos de las asignaturas para fortalecerlas. Estos contenidos se vinculan con un espacio del currículo que corresponde al Componente Desarrollo Personal y Social del Modelo Educativo 2016, con el fin de alcanzar una formación integral de los educandos y el logro de los aprendizajes.

Es un programa educativo de carácter preventivo y formativo que se implementa en la Educación Básica, con el objetivo de favorecer el establecimiento de ambientes de convivencia escolar sana y pacífica que coadyuven a prevenir situaciones de acoso escolar en escuelas públicas de educación básica, propiciando condiciones para mejorar el aprovechamiento escolar (SEP, PNCE, 2016)

Este programa es implementado por los docentes con apoyo de los promotores de EPS, además el área de salud realiza la creación de diferentes talleres que a través de diversas sesiones se lleva al alumno a la reflexión y el análisis de casos de violencia y la importancia de manejarlos con inteligencia emocional y de esa forma poder resolver los conflictos de forma pacífica.

2.5.7 Alimentación y nutrición

La formación de hábitos alimentarios y de nutrición son elementales en la escuela para poder contribuir a un sano desarrollo de los estudiantes y además de conducir al abandono de prácticas de alimentación que son dañinas para la salud y que sin embargo se siguen realizando debido a las conductas, tradiciones familiares y del contexto en el que se desenvuelve el alumno.

La promoción, formación y consolidación de los hábitos alimentarios y estilos de vida saludables de forma sistemática contribuye a:

- Prevenir desde las primeras etapas de la vida la aparición de trastornos y enfermedades vinculadas con la alimentación y nutrición, que se pueden manifestar a corto plazo y posteriormente en la edad escolar, adolescencia y hasta en la edad adulta.
- Lograr que los conocimientos en materia de salud, nutrición y estilos de vida saludables sean adaptados al nivel de aprendizaje de los niños, las niñas, docentes y adultos significativos, para su aplicación en la rutina escolar, familiar y en la comunidad. (Educación, (s/f))
- Formar rutinas que favorezcan una relación alimentaria sana y estimulen actitudes positivas de los niños y las niñas hacia una alimentación saludable.
- Valorar y aprender las pautas de conducta y actitudes que contribuyan a estimular la protección y cuidado responsable de su salud integral.
- Fomentar el bienestar integral y seguridad alimentaria de la familia y de cada uno de sus integrantes, especialmente los niños y las niñas.

Es un hecho que comer tiene consecuencias en los aspectos biológicos, psíquicos, y sociales del individuo. Por lo tanto una alimentación sana promueve el desarrollo y el crecimiento adecuados y además influye en el funcionamiento armónico de todos los sistemas del organismo, fomentando un equilibrio tanto de las funciones psicológicas simples como complejas (ejemplo: el aprendizaje, la memoria, la motivación y la percepción) (Díaz, 2010)

2.5.8 Deporte

El hábito de realizar actividad física desde edades tempranas proporciona un gran impacto en la mortalidad y la longevidad. La actividad física regular ayuda a mantener una óptima función metabólica, reduciendo los síntomas de depresión, estrés, y ansiedad e incrementa la confianza en sí mismo, la autoestima, los niveles de energía, la calidad del sueño y la habilidad para concentrarse (Hills, 2007). Disminuye la grasa visceral, la concentración del colesterol total, lipoproteínas de baja densidad y la inflamación, a su

vez aumenta la sensibilidad a la insulina y la concentración de lipoproteínas de alta densidad. Así mismo no hacer educación física en forma regular sumado a una alimentación poco sana, se asocia con incremento de sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia. Los niños y adolescentes con obesidad se encuentran en mayor riesgo de desarrollar pseudotumor cerebral, asma, y apnea del sueño, resistencia a la insulina, hiperandrogenismo, deslizamiento epifisiario, formación de cálculos biliares, a la vez que se convierte en una herramienta para prevenir el sobrepeso (Díaz, 2010).

2.5.9 Descanso

El descanso mental y físico, como todos sabemos, es una necesidad fisiológica. Todos necesitamos descansar y dormir, la no satisfacción de esta necesidad es incompatible con la vida. El sueño se considera el descanso por excelencia. No se le da la importancia que requiere pero, por término medio, una persona adulta se pasará un tercio de su vida durmiendo o descansando. Nadie puede seguir su ritmo de actividad cotidiana sin posteriormente irse a dormir (García & González, 2004).

El sueño juega un papel fundamental en el desarrollo infantil, de manera que el normal desarrollo de esta actividad neurovegetativa otorga antecedentes invaluable para estimar la calidad de vida de los niños. Por lo tanto, es conveniente tener en consideración algunos rasgos característicos, como: a menor edad es mayor la profundidad de sueño. El tiempo de latencia va disminuyendo con la edad y el niño presenta movimientos, cambios de posición y algunos sobresaltos. De la etapa del ciclo vital y de las características de los niños. Es así como los recién nacidos duermen entre 16-18 hrs. al día. A partir de los 2-3 meses comienzan a disminuir las horas de sueño A los 12 meses, la media de sueño es de unas 12-13 hrs. al día. A los 24 meses, se duerme alrededor de 13 hrs. de sueño al día, período que se reduce hasta las 10-12 hrs. a los 3-5 años de edad, para llegar a los 5 años, en los que el niño duerme unas 11 hrs. al día. Entre los 6-10 años, el promedio de hrs. de sueño es de 10 horas al día. Los problemas

del sueño en los niños, a diferencia de lo que les sucede a los adultos, tendrán un impacto negativo en el desarrollo infantil, referido al comportamiento, al rendimiento académico y el crecimiento. Sin duda que también esto afectara la dinámica y la calidad de vida familiar (Masalán & Sequeida, 2013).

2.6 DETERMINANTES DE LA SALUD

Los determinantes son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998). Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud (Barragán, 2007).

La “epidemiología social”, se distingue por su empeño en investigar explícitamente los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos (Krieger, 2002). En la que se identifican tres teorías:

- a) La teoría psicosocial
- b) La producción social de la enfermedad y/o economía política de salud
- c) La teoría ecosocial y de los marcos conceptuales multi-nivel relacionados

2.6.1 La teoría psicosocial:

En donde se menciona que en las condiciones sociales que viven los seres humanos influyen muy fuertemente en sus posibilidades de tener una buena salud, esto debido a que existen diferentes aspectos como la pobreza, la discriminación, las desigualdades, la inseguridad alimentaria, una infancia con condiciones poco saludables y la falta de

trabajo, siendo parte de las enfermedades y muertes, tanto dentro de un país, como fuera de él.

Dentro de los factores que intervienen en la salud de las personas, se incluyen los siguientes: el “**potencial del estrés psicológico** para dañar la salud”, “generado por circunstancias desesperantes, tareas insuperables o falta de apoyo social”. El “**ambiente social**” comprende los factores psicosociales generados por la interacción humana: jerarquías dominantes, desorganización social, cambio social rápido, marginalidad, incluyendo el aislamiento social (Barragán, 2007). Considerado lo anterior se enfatiza que la mayoría de las intervenciones para reducir la enfermedad deberían mejorar y fortalecer los apoyos sociales en lugar de reducir la exposición a los factores estresantes, según esta teoría.

2.6.2 La producción social de la enfermedad y/o economía política de salud

La hipótesis de esta teoría dice que son “las desigualdades sociales” las causas fundamentales de los problemas que se presentan en la salud, debido a los determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de la enfermedad en una sociedad y entre diferentes sociedades. Es decir, *El ingreso económico*, a mayor ingreso económico es mayor la posibilidad de salud de la población. *Educación*, una educación limitada se relaciona con una salud mayormente deteriorada. *Entorno físico* mientras mejores sean las condiciones de trabajo, vivienda, servicios públicos y empleos entre otros, estos son factores que influyen en una mejor salud del individuo.

Desafortunadamente esta teoría no ofrece principios para ofrecer intervenciones específicas de Salud Pública para atacar las desigualdades sociales en salud.

Tanto las intervenciones sobre las condiciones de vida como las no económicas (aunque con costos y consecuencias económicas) importan. Se requieren para ello marcos conceptuales multi-nivel, que integren el razonamiento social y biológico y la historia.

2.6.3 La teoría ecosocial y de los marcos conceptuales multi-nivel relacionados

Este abordaje ecosocial integra la perspectiva de la producción social de la enfermedad, al mismo tiempo que apunta a un rico análisis biológico y ecológico. Estudiando la evolución de las relaciones entre los organismos vivos, la materia inanimada y la energía a través del tiempo y el espacio. Incluye el nivel de organización desde el individuo, la población y el ecosistema. Magnitud, la cuantificación de los fenómenos observados. Estados dinámicos, de entradas y salidas combinadas animadas e inanimadas (factores relevantes para investigar por ejemplo la temperatura del ser humano y la temperatura global de la tierra). Y modelos matemáticos, empleados para entender cómo los grupos de organismos y los procesos trabajan conjuntamente. Comprensión de fenómenos únicos en relación con procesos generales: en el caso de poblaciones, por ejemplo, no hay dos conjuntos completamente idénticos, aunque compartan importantes rasgos y procesos en común, relevantes para entender su génesis, longevidad, y degradación o declive.

En la expresión biológica de la desigualdad social se tiene como ejemplo a las expresiones biológicas de la pobreza y de diversos tipos de discriminación, como los basados en la raza/etnia, el género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. Que estas expresiones biológicas de la desigualdad social se interpreten como la expresión de características innatas o impuestas, individuales o sociales, depende en parte de las mismas desigualdades sociales que modelan la salud de la población

Un concepto que revolucionó estas teorías de los determinantes en salud fue el informe solicitado por **Marc Lalonde, en 1974** quien desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá, es el resultado de un estudio epidemiológico que se encargó a diferentes investigadores con la finalidad de que estudiaran en una muestra representativa las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Informando los resultados a través de un informe denominado: “New perspectives on the health of Canadians” quien marco uno de los acontecimientos más significativos en la Salud Pública.

“El informe era un diagnóstico de la situación de salud del país y, entre otros hechos relevantes, mostraba evidencias del gran número de muertes prematuras e incapacidades que afectaban a los canadienses, y que siendo evitables, no se estaban previniendo” (Marquez, 2002)

En dicho informe se presenta el modelo o concepto del campo de la salud, en la que se identifican cuatro determinantes del estado de salud de la población humana:

1. **La biología humana** (envejecimiento, herencia genética)
2. **El medio ambiente físico y social** (factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común,)
3. **Los estilos de vida** (Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.)
4. **Los servicios de salud** (tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones)

Se denominan *determinantes de la salud* al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.

Lalonde con ello, transformo “el punto de vista tradicional” en el que se culpaba a los servicios sanitarios como factor determinante de la salud de la población. Introduciendo la propuesta de entender a la *salud como un derecho humano fundamental*, asumiendo como condiciones la paz, la vivienda, la educación la renta, la alimentación, la justicia social y la equidad. Con base en esta propuesta y con vistas a ofrecer una herramienta para guiar a las entidades responsables en el análisis de los problemas de salud bajo esta perspectiva, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud (CDSS) elaboró el Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de Salud (dss) determinants of

health (draft).April 2007.(Acceso 10 dic 2013). Disponible en:http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

Denver estudiando las causas de muerte en su conjunto y ponderando según el número de fallecimientos producidos, determina la importancia de cada factor. Llegando a la conclusión que el número de fallecidos en 1978 se relaciona en un 43% con los estilos de vida, en un 27% con la biología humana, el 19% con el medio ambiente y el 11% con los servicios sanitarios.

Dentro de las propiedades de dichos determinantes sociales, se encuentran: Que cada factor tiene interrelación el uno con el otro, aún así cada uno es importante por sí mismo, la influencia combinada de cada factor determina el estado de salud del individuo. Son factores acumulativos, actuando a múltiples niveles: individual, familiar, local, comunitario o social. Actúan bidireccionalmente tanto como protectores como causales, de forma directa o indirecta.



Figura 3, Factores que determinan la salud-enfermedad según Lalonde
Corresponde a los factores que influyen en el estado de salud- enfermedad de las personas. Retomado.

Dichas conclusiones de Lalonde siguen vigentes, aún con los cambios que se han presentado en la actualidad.

En el siglo XX, varios países hicieron notables esfuerzos orientándose hacia las dimensiones sociales de salud en la década de 1990 y primeros años del 2000. Las raíces directas de los esfuerzos contemporáneos para identificar y atacar las desigualdades de salud socialmente-determinadas se encuentran en el Informe Lalonde (1974) y el Informe Negro en el Reino Unido (1980) (WHO, 2005).

Actualmente se integran 12 factores determinantes de la salud, formando parte de lo que se le denomina “abordaje de salud de la población” en los que se considera el rango completo de factores y condiciones individuales y colectivas y sus interrelaciones con el estado de salud, mismos que pueden evolucionar según las investigaciones que se realicen posteriormente, dichos determinantes se muestran en el siguiente cuadro.

| Determinantes de la Salud |
|--|
| 1. El ingreso y el estatus social |
| 2. Las redes de apoyo social |
| 3. La educación |
| 4. El empleo/las condiciones de trabajo |
| 5. Los ambientes sociales |
| 6. Los ambientes físicos |
| 7. La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse |
| 8. El desarrollo infantil saludable |
| 9. La biología y la dotación genética |
| 10. Los servicios de salud |
| 11. El género |
| 12. La cultura |
| (Public Health Agency of Canada) |

Figura 4, en la que se muestran los doce factores determinantes de la salud y la enfermedad. Elaboración propia.

En el año 2003, La OMS Regional de Europa publicó la segunda edición de “Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes”, editada por Richard Wilkinson y Michael Marmot (WHO, 2003).

Perea (2009) menciona que los Profesores Sáez Crespo, Arroyo y del Rey (2006:3) señalan que dentro de las principales causas de mortalidad, enfermedad e invalidez

pueden ser prevenidas si se consideran las seis categorías de conductas de riesgo que comienzan en la edad escolar:

1. El uso del tabaco
2. Las conductas que producen accidentes y violencia
3. El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas
4. La dieta inadecuada
5. El sedentarismo
6. La conducta sexual que conduce al embarazo precoz y a enfermedades de transmisión sexual

Las 10 principales causas de mortalidad en el mundo, según la OMS en 2015

En el siguiente cuadro podemos observar las 10 causas principales de muerte en el mundo y de las cuales podemos decir que hay siete enfermedades que son consideradas como crónicas y que estas pueden ser prevenidas en el individuo a través de la educación desde la infancia, la educación en la familia y en la comunidad, con la finalidad de disminuir dichos porcentajes de enfermedad que le causan al mundo un desgaste económico exagerado debido a lo que implica un tratamiento efectivo, así como su seguimiento y su rehabilitación en un momento dado.

| Causas | Porcentajes de muertes (%) |
|---|----------------------------|
| 1. Enfermedades isquémicas del corazón (<i>Enfermedad crónica</i>) | 9.21 |
| 2. Enfermedades cerebro vasculares (<i>Enfermedad crónica</i>) | 7.70 |
| 3. Diabetes Mellitus (<i>Enfermedad crónica</i>) | 6.54 |
| 4. Influenza y neumonía | 4.54 |
| 5. Insuficiencia cardiaca (<i>Enfermedad crónica</i>) | 3.56 |
| 6. Agresiones homicidios | 3.45 |
| 7. Enfermedades hipertensivas (<i>Enfermedad crónica</i>) | 3.45 |
| 8. <i>Enfermedades crónicas</i> de las vías respiratorias inferiores | 3.30 |
| 9. Cirrosis y otras enfermedades del hígado (<i>Enfermedad crónica</i>) | 3.06% |
| 10. Accidentes de transporte terrestre | 3.02 |

Figura 5, donde se muestran las 10 causas principales de muerte en el mundo y que pueden ser prevenidas a través de la educación desde la infancia. Elaboración propia.

La esperanza de vida según la OMS en 2015, da a conocer que la esperanza de vida aumenta a los 71 años de edad. La esperanza de vida refleja la edad que

aproximadamente vivirá un niño nacido bajo las condiciones que existen en ese año. Las características que han hecho posible este aumento en la esperanza de vida son: las inmunizaciones, una mejor calidad del agua y saneamiento, la disminución de casos de SIDA tuberculosis y/o malaria, así como la disminución en el uso del tabaco han contribuido a largar la vida de los adultos. Siendo la mujer la que vive más años que los hombres en una estadística mundial (EFE, 2015).

De tal suerte que en la situación actual de la humanidad el vivir una vida sana sin riesgos es muy importante ya que se traduce en una mejor esperanza de vida en la población, alcanzando a vivir de un 30 a un 40% más de la longevidad actual (San Martín, 1997).

Sin embargo el mantener estilos de vida saludables no lo es todo, en una investigación sobre las personas mayores se encontraron diversos factores asociados a una supervivencia más larga, siendo uno de ellos en la vejez los estados de ánimo positivos, los contactos sociales, la actividad, que han puesto de manifiesto en las dos últimas décadas la importancia del desarrollo de una educación social para la última etapa de la vida (Lehr, 1980).

2.7 ACTITUD, CONDUCTA Y COMPORTAMIENTO

2.7.1 Actitud.

Según la Real Academia Española se incluyen tres definiciones de la palabra actitud la primera nos dice que *“la actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera (como una actitud conciliadora)”*, las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: *del cuerpo de una persona* (Cuando transmite algo de manera eficaz o cuando la postura se halla asociada a la disposición anímica) *o de un animal* (cuando logra concertar atención por alguna cuestión). La actitud también ha sido definida como un **estado de la disposición nerviosa y mental**, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos (Pérez, 2012).

Actitud es una palabra que proviene del latín “Actitudo“. Se trata de una capacidad propia de los seres humanos con la que enfrentan el mundo y las circunstancias que se

les podrían presentar en la vida real. La actitud de una persona frente a una vicisitud marca la diferencia, pues, cuando algo inesperado sucede no todos tienen la misma respuesta, por lo que la actitud nos demuestra la capacidad del hombre de superar o afrontar cierta situación. La actitud desde un punto de vista más general puede ser simplemente buena o mala, la correspondencia de esto está estrechamente relacionada con la personalidad de cada quien (ConceptoDefinición.de, 2018).

Gordon Allport, definió a la actitud como “Un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con las que está relacionado” (Fernández, 2014).

Aroldo Rodríguez definió la actitud como “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto” (Fernández, 2014), una de las definiciones más acertadas hasta ahora.

Las actitudes han sido objeto de estudio por muchos años. Antonak y Livneth, (1988), mencionan que son: aprendidas mediante la experiencia e interacción con los demás; son complejas y con múltiples componentes; pueden ser estables (debido a la resistencia al cambio natural de los seres humanos); guardan un objeto social específico, ya sea: personas, eventos, ideas, etcétera; son variables en cuanto a su calidad y cantidad, dependiendo de la motivación (intensidad) y la dirección o carga (a favor o en contra), y por tanto, son manifestaciones del comportamiento que guarda la predisposición a desenvolverse de cierta forma cuando la persona está frente al referente hacia el cual proyecta esa actitud (Estrada, 2012).

Por lo tanto podemos decir hasta aquí, que las actitudes son solamente un “indicador” de la conducta pero no es la conducta en sí misma, debido a esto no deben las actitudes ser considerados como hechos (Olivares, 2015).

Las actitudes tienen ciertas funciones que resultan ser indispensables: Estas funciones adaptativas se pueden agrupar en cuatro grupos:

1. En primer lugar, es necesario que toda la información procedente de nuestro entorno, este organizada de un modo optimo para poder valorar todos estos estímulos de un modo coherente y delimitar lo que es percibido de un modo negativo o de un modo positivo.

Esta **función de control o de estructuración**, se cumple gracias a la aportación efectuada por las actitudes, ya que a la hora de percibir estímulos inéditos hasta el momento, nuestras actitudes nos van a permitir pronosticar que esperar de estas situaciones novedosas y evitar tensiones a nuestras cogniciones. A esta función se le conoce como la función de organización del conocimiento o función cognoscitiva.

2. Después tenemos a la función **instrumental o utilitaria**.

Según esta función, las actitudes sirven de ayuda a las personas a alcanzar aquellos objetos o aquellos objetivos que les reporten unas recompensas o unos beneficios y a evitar aquellos otros, que les proporcionen aspectos indeseados. Por ello, asociamos a las actitudes positivas a aquellos estímulos deseados y que nos proporcionan beneficios, mientras que desarrollamos una actitud negativa frente a aquellos estímulos cuyas consecuencias sean el castigo.

3. Como tercer función esta la **opinión**; las personas expresan su opinión sobre los temas que van afectando a su vida cotidiana o su vida personal. Esta expresión de opiniones, a menudo viene aparejado de un comportamiento hacia los propios asuntos que van a permitir a los demás y a nosotros mismos, conocer nuestras actitudes y así poder identificarnos con aquellos grupos que cuenten con pensamientos y sentimientos similares y satisfacer lo que Baumeister y Leary y Brewer llamaron, la necesidad básica de aceptación y pertenencia grupal. Esta función que obtenemos con las actitudes tiene el nombre de función de expresión de valores.
4. Para finalizar, la última de las funciones que cumplen las actitudes es la de conservar tanto nuestra propia **autoestima**, perteneciente al grupo en el cual nos

sentimos identificados. No todo es positivo en esta función, ya que el mantenimiento de nuestra autoestima o la autoestima de nuestro grupo, puede llevarnos a hacer estimaciones negativas de personas pertenecientes a grupos con distintos valores y principios que el propio y por lo tanto, dar lugar a actitudes basadas en prejuicios hacia los mismos (Fernández, 2014).

Por lo tanto, la actitud es más bien una **motivación social** antes que una motivación biológica. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos, es por eso que la psicología social es la que se encarga de estudiar las actitudes de los seres humanos con la finalidad de predecir sus conductas, sin embargo es a través del tiempo que el concepto se ha ido modificando según las diferentes tendencias teóricas; las actitudes entonces han sido conceptualizadas como una predisposición a actuar hacia un objeto de una determinada manera, partiendo del supuesto de cierta coherencia entre el pensamiento, las emociones y la acción de las personas, teniendo entonces la conducta un carácter dinámico u orientador: esperamos que la gente sea congruente con sus actitudes a la hora de actuar (relación entre lo que la gente piensa, siente, dice y hace).

Se identifican dentro de las actitudes dos características importantes, la primera de ellas es su dirección, que puede ser **“positiva”** o **“negativa”**, “favorable” o “desfavorable” y en segundo lugar su intensidad, la cual puede ser “alta” o “baja”.. Refiriéndose a una actitud positiva cuando implica los principios de igualdad tolerancia y paciencia. Con respecto a las actitudes negativas, estas son predisposiciones o conductas convertidas en malas intenciones que presenta una persona ante la sociedad (ConceptoDefinición.de, 2018).

Algo muy importante a considerar es que el concepto de actitud es un constructo teórico, no es algo que pueda ser observado directamente más bien es subjetiva, puede ser considerada como una variable intermediaria o una estructura hipotética que se infiere a través de conductas observables (Ibáñez, 2011).

En la definición anterior hay que destacar cinco ideas o aspectos:

1. Las creencias son la base de las actitudes.
2. Las actitudes se pueden referir a “objetos ” y “situaciones”
3. Las actitudes son predisposiciones a actuar a partir de la experiencia
4. Son predisposiciones que necesitan de estímulos socioculturales
5. El núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los “valores” que orientan el comportamiento y son “la fuerza motivacional”

La actitud es concebida entonces como una predisposición del sujeto para pensar, sentir y comportarse ante algún objeto. Si bien es cierto que no es lo mismo pensar y sentir que comportarse, se debe concebir la actitud como una organización psicológica particular que cuenta con diferentes procesos.

2.7.2 Componentes de las actitudes

Existen diferentes posturas o teorías ante el concepto de actitud, el primero es el triple componente de las actitudes, conocido como el **Modelo de Tres Componentes**, Sulbarán (2009). Este modelo presenta en contra la posibilidad de estar desconectados los tres elementos o factores lo que llevaría a diferir entre creencias, actitudes, intenciones y conductas. De este modo se pueden diferenciar tres dimensiones que configuran la actitud:

- a) Cognitiva (opiniones e ideas acerca del objeto)
- b) Afectiva (sentimientos evaluativos de agrado o desagrado)
- c) Conductual (tendencias de acción)

En la actitud influyen las creencias del individuo como las opiniones emitidas acerca del objeto de actitud, es decir su evaluación positiva o negativa con respecto al objeto. Según Allport se debe diferenciar la actitud de entre algunos conceptos cercanos a ella, como pueden ser:

- *El sentimiento*, este se centra en su objeto, en tanto la actitud puede ser más difusa.

- *El sentimiento* es consciente en tanto la actitud cubre aspectos conscientes y reprimidos (Allport, 1968, pp.63-64).

Otra de las diferencias que se debe establecer es entre Actitud y Rasgo de Personalidad (Allport, 1970, pp.311).

- El *objeto de una actitud* es definido en tanto el rasgo de personalidad es una manera general de comportamiento del individuo.
- *Las actitudes* pueden ser específicas o generales en tanto los rasgos de personalidad son siempre generales.
- *La actitud* entraña aceptación o rechazo, mientras los rasgos no poseen una dirección definida

Otro de los conceptos a diferenciar es entre *actitudes* y *opiniones*, siendo la opinión un juicio general sobre un objeto y por último la diferenciación entre *actitudes* y *valores*, debiendo considerar lo siguiente:

- El valor es una creencia individual, en tanto la actitud es una organización de varias creencias focalizadas en un objeto o situación.
- El valor trasciende objetos y situaciones, mientras la actitud se centra en un objeto o situaciones concretos.
- El valor tiene carácter normativo, la actitud no.
- Los valores son más centrales que las actitudes en el sistema de personalidad del individuo.

El segundo es el **Modelo de Expectativa Valor**: refiriéndose este a la relación entre creencias y actitudes, en el que la actitud se comprende primariamente formada sobre la base de información cognitiva (Zanna & Rempel 1975), en donde la actitud de una persona hacia la conducta está determinada por los valores o evaluaciones subjetivas de los resultados asociados con la conducta y por la fuerza de esta asociación; estas asociaciones estímulo respuesta son aprendidas a través de procesos de condicionamiento; la fuerza de una asociación debe ser entonces una función del número de ensayos de condicionamientos.

En tercer lugar como una extensión del modelo antes expuesto surge el **Modelo de Acción Razonada** de Ajzen & Fishbein (1980) que es la teoría principal de la relación entre actitud y conducta en la que se plantea que las personas van a valorar las implicaciones de sus acciones antes de determinar si van a actuar o no de un modo específico, este modelo permite obtener mayor seguridad en la medición de los factores determinantes de la conducta. Considerándose dentro de este modelo factores tanto individuales como grupales, siendo esta una de las grandes ventajas técnicas, otro elemento importante en este modelo es la consideración en el abordaje del **contexto** donde tienen lugar dichos factores con suficiente flexibilidad para permitir distinguirlos y medir su ocurrencia. Esta teoría se considera como un predictor, un juicio probabilístico en el que puede estimarse la intención hacía la conducta directamente mediante una escala de probabilidad, siendo utilizada para explicar diferentes comportamientos en contextos distintos o desiguales, como pueden ser de salud, cultura, laboral, el propiamente social entre otros. Otra de las ventajas de este modelo es que presenta la oportunidad para aquellos investigadores que les interesa indagar el comportamiento específico de personas y grupos en situaciones actuales, permitiendo de alguna forma al ser mas fundamentada y sistematizada su utilización para el campo de acción en la planeación de intervenciones mejor estructuradas y dirigidas a los campos de comportamiento institucional de interés (Reyes, 2007).

Reyes (2007) menciona también que en este momento la institución escolar requiere brindar un servicio que realmente cubra las necesidades de los usuarios, debiendo conocer antes sus comportamientos, actitudes, y conductas para planificar acciones que lleven a la escuela a ser más competitiva.

Otra teoría de la Conducta Interpersonal de Triandis (1997, 1980), demanda que la conducta humana puede ser predicha por una combinación de la intención la cual está basada en la actitud y la norma, incluyéndose aquí el habito, en donde en la medida en que una conducta se realiza con más frecuencia, es menos dependiente de la intención de actuar. Representando a la actitud como emociones activadas al pensar en la conducta

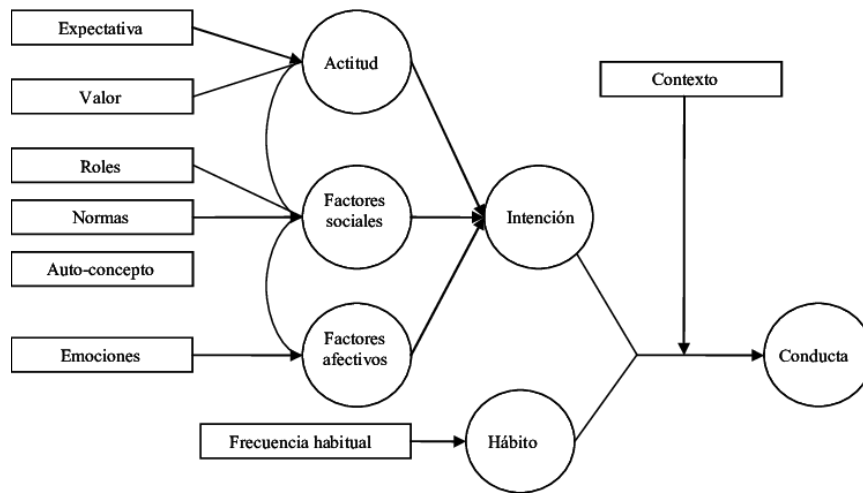


Figura 6, Teoría del Comportamiento Interpersonal de Triandis (TIB) (adaptado de Jackson, 2004). Retomado. En donde se muestran los factores que intervienen para la generación del comportamiento del individuo.

Esta teoría incluye los siguientes factores en su integración:

Actitudes: Corresponden a la valoración y expectativa sobre el resultado de una conducta

- **Factores sociales:** Incluyen normas, roles y autoconcepto.
- **Factores afectivos:** Determinados por las respuestas emocionales ante un estímulo.

El **hábito** es referido a un comportamiento realizado varias veces, de tal forma que tiende a repetirse sin una deliberación previa y sin dar espacio a considerar un comportamiento alternativo distinto al realizado. También puede definirse como una predisposición a actuar de cierta manera y mientras más frecuente sea, ésta deja de ser deliberada (Bamberg et al., 2003).

Para que se vuelva un hábito, la conducta debe ser realizada muchas veces de tal forma que una vez integrada al individuo exista resistencia para modificarlo, es por ello que los comportamientos habituales son difíciles de cambiar (Transport, 2006).

2.7.3 Medición de las variables de personalidad

Para incorporar las variables de personalidad en los modelos de elección es necesario medirlas adecuadamente, lo que requiere de instrumentos de medición que capturen las características de éstas. Esto se realiza debido a la naturaleza de estas variables, que no se pueden medir directamente. Capítulo 2: Teoría de Triandis y métodos estadísticos. Este tipo de variables se conoce como variables latentes. Por ello, estos instrumentos tratan de capturar el efecto que genera estas variables en el comportamiento, más que la variable en sí. Esto último se realizó a través de una encuesta ad-hoc. Los métodos de medición, aplicados a través de encuestas, junto con la referencia para mayor información se resumen en la siguiente tabla:

| Variables de Personalidad | Apoyo Teórico | Método de medición |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| Actitud | Reeve, 1994 | Escala de Likert de 5 puntos (Likert, 1934) |
| Norma Social | Bamberg y Schmidt (2003) | |
| Rol | Bamberg y Schmidt (2003) | |
| Autoconcepto | La Rosa (1991) | Diferencial semántico de Osgood de 7 puntos (Osgood <i>et al.</i> , 1976) |
| Valoración afectiva | Corraliza (1987) | |
| Hábito | Verplanken (1994) | Cuestionario de respuesta-frecuencia de Verplanken |

Figura 7, Métodos de medición de variables de personalidad (Américo, 2016)

En donde se presentan las variables de medición de personalidad que pueden ser utilizadas en los estudios o investigaciones de medición de variables de personalidad.

2.8 Conducta.

Por otro lado nos referiremos al **concepto de conducta** que se refiere a las acciones de las personas en relación con su entorno y por tanto con su mundo de estímulos (Camilo, 1998).

Etimológicamente la palabra conducta proviene del latín significando conducida o guiada; es decir, que todas las manifestaciones que se comprenden dentro de sí suponen que son conducidas por algo que bien pudiera ser interno o externo. Partiendo de esta idea y de las diferentes soluciones que se dedican al problema psicofísico, la conducta puede ser guiada tanto por los fenómenos psíquicos como por la influencia que ejerce el medio social sobre el sujeto; desde una perspectiva idealista se sugiere que la conducta

es el resultado de los fenómenos psíquicos que se expresan mediante manifestaciones corporales en el medio externo donde el sujeto se desarrolla (Delgado, 2006).

Sin embargo existe una contraposición contra dicha teoría, que es la *concepción materialista* quien dice que la conducta es un resultado de la influencia social a la que el sujeto está sometido y que se expresa a partir de las condiciones psíquicas del mismo.

Con respecto a la conducta tenemos la escuela del Behaviorismo (del término inglés behavior o behaviour = conducta), lo cual denota su origen anglosajón, concretamente de Estados Unidos, durante el siglo XX cuyo objeto de estudio es el conductismo y como el propio término indica, es la conducta, y no la mente o psique. La conducta es un hecho o fenómeno observable, empírico, al contrario que la mente o psique. La conducta se estudia por medio de la observación, el registro y la verificación.

Posteriormente Watson define la conducta como lo que el organismo hace o dice incluyendo en su concepto tanto la actividad interna como la externa, dirigiendo su estudio a la estructura observable del ser humano.

El ser humano está inmerso en una dinámica de estimulación consiente e inconsciente por el ambiente que le rodea en la que Maier llamaba *experiencia*, siendo a través de ella que en su ejercicio la conducta del ser humano va cambiando hasta tomar forma, dichos cambios deben ser persistentes para que pueda lograrse un aprendizaje aunque estos no son definitivos, cuando son aprendizajes profundos la conducta tiende a desaparecer, al respecto Watson definió la personalidad en términos de conducta. Las conductas habituales constituyen la personalidad y estas son expandidas y/o modificadas a lo largo de la vida; es decir que el cambio de personalidad se produce por medio del aprendizaje que es más adquirido al inicio de la vida, cuando se están formando los patrones de hábitos (Richards, 1986; Watson, 1924/1970). Algunas de las suposiciones que se derivan de dicho pensamiento son:

- La conducta (y por tanto la personalidad) se determinan por factores externos en el ambiente, específicamente los reforzamientos y los estímulos discriminativos.

- El conductismo afirma que es posible influir en la gente para que mejore cambiando las condiciones ambientales, incluyendo los cambios sociales.
- El conductismo asevera que el cambio puede ocurrir a lo largo de la vida de una persona
- El conductismo estudia a la persona individual. No supone que los factores que influyen en una persona necesariamente tendrán influencias similares en alguien más. (Cloninger, 2003)

El conductismo es una corriente psicológica que se centra en la conducta de las personas con respecto a sus acciones, nunca en los fenómenos internos que la impulsan, fundamentando su teoría en que a un estímulo le sigue una respuesta siendo el resultado una interacción entre el medio y el sujeto.

Existen según lo expuesto anteriormente tres tipos de conductas:

1. **Conducta agresiva:** son personas con don de mando y que siempre quieren tener la razón, tienden a humillar a las personas, su agresividad se representa en su lenguaje verbal y corporal.
2. **Conducta pasiva:** son personas tímidas, inseguras, de las que muchos tratan de aprovecharse
3. **Conducta asertiva:** cumplen con lo que prometen, reconocen sus aciertos y desaciertos, se sienten bien consigo mismos y hacen sentir bien a las personas que les rodean.

Según los conductistas, tan sólo cabe hacer ciencia de lo observable o empírico, porque sólo esto es objetivo. Por eso piensan que el psicoanálisis carece de rigor científico. Los conductistas pretenden hacer un estudio del comportamiento humano tal como la física lo hace de los cuerpos naturales, algunos estudiosos del conductismo son Ausbel, Piaget, Vigotstky, Pavlov y Watson.

Según diferentes teóricos que han investigado con respecto al tema de la conducta, siendo este un hecho anímico, en la que el sujeto proyecta lo que es de manera espontánea, siendo la reacción a determinados estímulos o acciones, la conducta

condicionada por factores internos y externos, por lo que han incluido en sus conceptos algunos factores que influyen directamente en la conducta, como son los ambientales, los biológicos y los sociales, en la que los *factores biológicos* están relacionados con la genética de los individuos y los *factores ambientales y sociales* que son aquellos que influyen en la conducta del ser humano ya sea para bien o para mal, ya que muchas conductas y sobre todo en los jóvenes se imitan sin tener realmente un aprendizaje con respecto a alguna experiencia que ocasione dicha conducta. Sin embargo la definición de conducta ha tenido muchos contrastes por la integración de fenómenos que pueden ser observables o bien que se pueden detectar, es decir que es un concepto que puede ser observado y detectado según leyes de carácter mecanicista.

2.9 Comportamiento.

El **comportamiento humano** es el conjunto de actos exhibidos por el ser humano y determinados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona y los valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética.

Se diferencia el comportamiento de la conducta en cuanto a que esta última, se asienta en la propia estructura personal, está determinada por el mundo exterior a través de ciertos fenómenos psíquicos y la influencia de factores ambientales y sociales, surgiendo y desarrollándose en la actividad psíquica de la persona, convirtiéndose en un reflejo de esa persona, la conducta posee un carácter replicador. A diferencia del comportamiento que es la forma de conducirse, de comportarse o de proceder del ser humano ante diversos estímulos, en relación con su contexto y cuando se desarrolla este con patrones estables se habla entonces de conducta, es decir que el comportamiento es una expresión de la personalidad en el que se ponen de manifiesto aprendizajes y experiencias en un ambiente determinado (Coach-Coaching, 2014).

El comportamiento es un hecho de elaboración mental (consciente o inconsciente) en su esencia, pero realizado con una rigurosa intención y libre de todo condicionamiento; es decir que representa el ejercicio de la autonomía personal de la posesión de una capacidad para autodeterminar cada uno sus acciones, pues el propósito del sujeto se

plasma en acciones controladas por la voluntad (fuerza volitiva), siendo consecuencia de un reconocimiento previo, de una disposición afectiva anterior a la actuación. Es decir, una cosa es golpear con un puño y otra muy distinta lo que significa para quién lo hace de la manera cómo lo hace (furia, humillación, broma, jugando). (Soto, 2018)

El escenario del comportamiento en el deporte es la vida de equipo, en tanto que la conducta se asienta en la propia estructura personal de él como jugador; el carácter pedagógico, tiene, por tanto, un medio de ostentarse plenamente, en el adecuado encauzamiento de la conducta espontánea del jugador, hacia objetivos de elevada significación en el deporte, a través de un comportamiento responsable y constructivo a la vez. (León S. , 2015)

El hecho de que poseemos actitudes el relación con ciertos objetos sociales y con ciertas situaciones en las que estos están involucrados, explica ciertas incongruencias aparentemente existentes entre la actitud y la conducta.

“Por tanto llegamos a la conclusión, de acuerdo con Newcomb, Turner y Converse (1965) que la conducta es la resultante de múltiples actitudes”. (Asmar, 2002).

Un importante factor que modera la relación entre las actitudes y comportamiento son las restricciones situacionales. Algunas veces, las personas no pueden expresar sus actitudes porque si lo hacen serían contrarias a las normas en una determinada situación social. Varias investigaciones proporcionan apoyo a esta perspectiva (Ajzen & Fishbein, 1980; Fazio & Roskos---Ewoldsen, 1994) (citado en (Ortego, Consultado en 2018).

2.10 Actitudes en EPS

Las teorías sobre lo que sea la actitud han estado marcadas por el concepto que se tenga de la persona, desde hace bastantes años se sostiene (Escámez, J; Ortega, P. 1986. Escámez 1989, 1990), que en la base de cualquier decisión de un sujeto para una acción o tipo de acciones está presente la consideración de las **consecuencias favorables o desfavorables** que le ocasionará tal conducta, de acuerdo a la información que en ese momento dispone. La actitud consiste en la evaluación favorable o desfavorable que hace un sujeto sobre las consecuencias que le va a reportar su conducta respecto a un objeto o situación social; cuando la evaluación es favorable, la actitud es positiva, y cuando es desfavorable, la actitud es negativa.

Las actitudes dependen, en gran medida, de las convicciones importantes o centrales que tiene una persona y, bajo determinadas condiciones, predicen sus conductas. De ahí que las actitudes de una persona tengan relación con sus valores y comportamientos.

Existen diversas explicaciones que tratan de revelar las razones por las que las diversas conductas que conforman los estilos de vida correlacionan de forma clara durante la adolescencia. Elliot (1993) recoge cinco explicaciones diferentes:

1. Las conductas tienen una causa común, como pueden ser rasgos de personalidad, desorden clínico, orientación social o proceso de desarrollo.
2. Las conductas están vinculadas con la experiencia social y se aprenden en grupo, unas unidas a otras.
3. Las conductas constituyen medios alternativos para alcanzar algunas metas personales.
4. Las conductas se hallan vinculadas con las expectativas normativas de grupos particulares o culturas.
5. Las conductas están vinculadas causalmente unas con otras (Salud, 2018)

En el caso de EPS las actitudes a desarrollar en los alumnos de primaria están referidas a los **hábitos de higiene personal**, punto clave para evitar diferentes enfermedades en el individuo en todas las etapas de su vida; la **prevención de enfermedades**, como el evitar infecciones de vías respiratorias, así como

gastrointestinales, dentales e infecciones infecto-contagiosas propias de la infancia como lo es la varicela, parotiditis, el sarampión y pediculosis entre otras, la importancia de la vacunación y el fortalecimiento de actitudes dirigidas al auto-cuidado de la salud. Por otro lado la **prevención de adicciones** que en estos momentos es tan importante debido a la vulnerabilidad de los adolescentes en la toma de malas decisiones en lo referente a las drogas que tanto daño ocasiona al individuo y a la sociedad y las secuelas tan graves que dejan, al igual que el consumo de tabaco y alcohol. Otro aspecto muy importante es la **seguridad** del individuo, en la que a través de diversos temas se lleva al alumno a aprender a resguardarse en caso de alguna contingencia que ponga en peligro su vida como lo puede ser un sismo, una inundación o bien un incendio, entre otras contingencias ambientales. El tema de la **educación para la sexualidad** no deja de ser menos importante, ya que las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen una elevada presentación en los adolescentes debido a su desconocimiento y falta de protección, sobre todo en los casos de SIDA. Otro de los temas de moda ahora debido a su alta presentación de violencia en nuestro país es la **convivencia escolar** de la que a pesar de los programas insertados en la educación básica no han dado los resultados esperados, como consecuencia de los altos índices de violencia que se viven en el país y a una serie de factores socio-culturales del contexto en el que está inserto el individuo, presentándose en forma importante en los alumnos del nivel de educación primaria. Otras actitudes a favorecer son las relacionadas a la **alimentación y nutrición**, ya que nuestro país se encuentra ocupando el segundo lugar en obesidad infantil, esto debido a los hábitos de alimentación muy arraigados del país del consumo de dietas abundantes en carbohidratos y grasas, así como carentes de proteínas o viceversa, con una carencia importante en el consumo de vitaminas y minerales y por otro lado el consumo de comida rápida de influencia americana que ha ocasionado un aumento importante de sobrepeso en los estudiantes. La realización de **actividades deportivas** que se han estado promoviendo y fortaleciendo en los medios de comunicación masiva, así como por las instituciones internacionales, con la finalidad de mantener un cuerpo sano en una mente sana y por último y no por ello menos importante el **descanso**, mismo que se ha venido dejando de lado debido a las múltiples actividades de hoy en día, como el uso de

la tecnología, las reuniones de tipo social muy características de los jóvenes y claro también de los adultos, el uso exagerado de Smartphone o teléfonos celulares y la televisión, ocasionando que los alumnos lleguen cansados a la escuela, con sueño y sin ganas de trabajar a pesar de la motivación del docente.

La importancia de la EPS en el desarrollo y fortalecimiento de actitudes en el alumno y que van encaminadas al desarrollo de estilos de vida saludables en la comunidad escolar (incluye docentes, alumnos y padres de familia), van integrando experiencias de aprendizaje a partir de una base conceptual basada en la curricula del nivel y el grado escolar, con temas que se relacionan con la salud, a través de diversas estrategias que intentan llevar de la mano al alumno y al promotor del área.

Sin embargo se ha visto a través de los años de experiencia en la labor de EPS (27 años) que no ha funcionado del todo bien las estrategias que se han implementado en el logro de los objetivos de EPS en el área de desempeño, debido a que observamos comportamientos nada favorables en los alumnos, en este caso de educación primaria que los lleven al desarrollo de estilos de vida saludables, esto debido a la influencia del contexto como lo menciona Montenegro (1994) la adolescencia se constituye actualmente en un factor de riesgo para la adquisición de conductas inadecuadas, porque los y las adolescentes creen que les permite adquirir una identidad y lo utilizan como recurso de escape a situaciones estresantes. Así, la tendencia propia del o la adolescente a experimentar varias actitudes y conductas ligadas al riesgo, desligándose de a poco del control de los padres pueden dar origen a situaciones riesgosas que impidan un sano crecimiento personal. Sin embargo no siempre se debe asumir que si el adolescente es un delincuente es porque viene de una familia disfuncional, el chico no solo vive en familia, este individuo se relaciona y pertenece a otros grupos o instituciones, los cuales tienen influencias positivas o negativas sobre esa persona. Es importante mencionar en este apartado que las causas de conductas desviadas y/o negativas como el ingerir bebidas alcohólicas, ser un delincuente o consumir drogas inmediatamente se pone la mirada en la familia, pero no debe asumirse la idea que detrás de un o una adolescente delincuente,

hay una familia disfuncional, ya que éste no sólo vive en familia, sino que se relaciona y/o pertenece a otros grupos o instituciones que también funcionan como agencias socializadoras. Aunque sobre la familia existe un gran peso en las conductas de alto riesgo a través de la práctica de estilos educativos inadecuados, como el autoritarismo excesivo, la falta de comunicación, falta de límites que establecen la disciplina en el grupo familiar, lazos afectivos dañados, todo ello pone en riesgo el desarrollo del adolescente, un ejemplo de ello lo podemos establecer cuando se da un divorcio en una familia, los adolescentes tienden a bajar su rendimiento académico desviándose hacia el consumo de alcohol y drogas en la búsqueda de aliviar sus sentimientos hacia esa separación de sus padres.

Al mismo tiempo la escuela tiene una responsabilidad muy importante como agente socializador en la formación de los niños y adolescentes, quien ejerce la enseñanza de la disciplina y el orden, en el desarrollo del conocimiento y de la interacción del medio físico y social adquiriendo además pautas socioculturales de su entorno que guían al individuo a la toma de decisiones para su beneficio o bien de riesgo para su vida y su salud.

Es importante, entonces voltear la mirada al contexto en donde se desarrolla el niño y/ o el adolescente, esto es que durante el período de la adolescencia se construye la propia realidad psíquica, por la reconstrucción de los vínculos con el mundo exterior y por la identidad adquieren un especial valor. María José Díaz-Aguado (2005) plantea, muy acertadamente, que en la adolescencia construye una identidad diferenciada, elabora el propio proyecto vital, averiguando qué quieren hacer con su vida, origina un alto nivel de incertidumbre que, sumado al que implican los actuales cambios sociales, puede resultar en algunos casos difícil de soportar; especialmente cuando los y las adolescentes no han desarrollado la tolerancia a la incertidumbre (Aguilar & Catalán, 2005).

El proceso de socialización e individuación humana exige la incorporación de la cultura en la que vive, y la cultura es algo que no está preformado en el individuo, sino

que le es ajena. Su interiorización exige una ruptura con la evolución biológica, para dar paso a una nueva forma de evolución, la histórica. “Las formas de trabajo, los estilos de vida y, sobre todo, el lenguaje de la comunidad tienen que ser incorporados al organismo, para que éste sea además un individuo, es decir, un ser humano y, por lo tanto, incorporado a la sociedad y a la historia. La socialización entonces es el proceso por el cual el individuo adquiere los elementos socio-culturales de su medio ambiente, los integra en la estructura de su personalidad a través de los agentes sociales y de esta forma los integra en el seno de la sociedad en que le ha tocado vivir (Flores, 2010). Dando con todo esto la formación de actitudes, conductas y comportamientos del individuo dirigidos hacia el desarrollo de su bienestar o satisfacción de ciertos factores que harán de él o ella en un futuro un adulto inmerso en un contexto socio cultural que lo ha formado y que tendrá influencia sobre sus descendientes, influyendo en ese individuo además de la familia y los grupos a los cuales pertenece, el nivel económico, educativo y cultural en el que se desenvuelve.

Así mismo se hace importante trascender y motivar a la comunidad educativa (docentes, alumnos y padres de familia) a una modificación de conductas dirigidas a la salud que tengan como base una conceptualización y práctica de aprendizajes formales que le proporcionen al niño y/o adolescente en conjunto con la escuela y su familia un cambio en caso necesario de sus formas de comportamiento dirigidas hacia su salud, para ello nos basaremos en el modelo de **cambio conceptual**, es decir las nuevas ideas deben reunir las condiciones de ser *inteligibles* (comprensible), *plausibles* (aceptable, válido o creíble) y *fructíferas* (productora de beneficios) (Hewson, 1992). Estas condiciones son otorgadas por la persona que aprende, desde la posición que ocupan sus esquemas mentales y sus actitudes, concediéndoles el status necesario para hacerlas interesantes y lograr su aprehensión. Para tal caso las actitudes son necesarias para cualquier aprendizaje y se mantienen y refuerzan por la valoración positiva de éste. En este sentido, *la actitud puede considerarse causa y efecto del aprendizaje*. No obstante, entender que las actitudes están exclusivamente ligadas a determinados contenidos sería equipararlas a la motivación y, por tanto, reducir sus dimensiones. Las actitudes poseen

otro objetivo: contribuir al desarrollo personal del individuo mediante la adquisición de valores, que son principios de norma, es decir, la guía de conducta ante situaciones que implican elección, predisposiciones estables y positivas de la personalidad (Bolívar, 1992; Escamez 1993). Consideraremos entonces las dos clases de actitudes: las que están directamente relacionadas con los contenidos de aprendizaje y las que se refieren a la creación de valores. Esto lo hará tanto el alumnado como el profesorado, pues entendemos que la enseñanza no tiene sentido si no es en función del aprendizaje, por lo que la atención en la generación de actitudes debe recaer en ambos.

Se hace necesario intervenir ante la actitud “negativa” o bien actitudes que son consideradas no aptas para el desarrollo sano de un individuo, es entonces que debe dirigirse hacia un cambio conductual en la necesidad de poner en práctica diversas teorías y modelos educativos que puedan utilizarse en un modelo de intervención basado en la modificación de actitudes que contribuyan a la prevención de enfermedades y el cuidado de la salud. La OMS identificó que las principales causas de muerte a nivel mundial no son accidentes o enfermedades contagiosas, sino las enfermedades cardiovasculares. Se calcula que en el año 2005 un 30% de los fallecimientos fueron provocados por accidentes cardiovasculares. Las causas más importantes son los llamados "factores riesgo modificables": dieta alta en grasas, sedentarismo y consumo de tabaco.

Los efectos de estos factores de riesgo se manifiestan como "factores de riesgo intermedios", es decir, se observa un aumento de la tensión arterial y del azúcar y los lípidos de la sangre, sobrepeso y obesidad. Estos factores modificables son responsables de un 80% de los casos de enfermedad cerebro vascular.

Otras formas de socialización son los medios de comunicación entre los que se encuentran la televisión, el internet y los videojuegos, que transmiten ciertos mensajes de agresividad, moda, sexualidad e ingesta de bebidas alcohólicas y que los chicos tienden a imitar esos patrones de comportamiento al no ser utilizados bajo vigilancia y conducidos a un análisis de las conductas observadas, se vuelve un eje solamente de imitación y desconocimiento de las consecuencias de dichas formas de actuar. Por lo

anterior se hace necesario modificar esas conductas de riesgo en la escuela y dirigir las hacia la obtención de conductas sanas, lo que hasta aquí podemos basarnos en la teoría del aprendizaje social, que es una de las teorías que ha impactado más en el aprendizaje dirigida hacia la salud, la cual implica entender el desarrollo o cambio de un individuo como un proceso dado a través de la interacción de este con otros individuos, grupos o realidades sociales, es decir su medio social (Castro, F., Rabazo, M. y Fajardo, M., 1995, p.332).

Uno de los autores que profundizó en esta teoría es Albert Bandura quien desarrolló la teoría del aprendizaje social durante la década de los setenta, intentando entregar un marco integral sobre el comportamiento humano, suponiendo un paso intermedio entre el conductismo y el cognitivismo, siendo una teoría que es dominante, que se emplea en el comportamiento de salud y la promoción de la salud (Bascur, 2005) Esta teoría señala que el comportamiento humano puede ser explicado a través de una teoría dinámica, recíproca y de tres vías donde los *factores personales*, *las influencias ambientales* y el *comportamiento* interactúan continuamente, donde una de las premisas básicas es que las personas no aprenden tan solo basadas en sus propias experiencias, sino también en las de las demás. (Prades, A., s.f.).

La mirada psicosocial viene dada entonces por la compleja interacción que establecen personas, comportamiento y entornos que se ha dado en denominar “Determinismo recíproco” (Gutiérrez, 2005; Prades, s/f) donde el cambio o *el estudio del comportamiento debe considerar el entorno en el que se mueven las personas y que es fuente de influencia para ellas*, logrando de esta forma, por ejemplo, relacionar actitudes hacia comportamientos riesgosos con el entorno en el que el sujeto se encuentra inmerso, donde estos pueden ser incentivados a aparecer por el grupo social de referencia de las personas.

Una de las premisas básicas de esta teoría, es que las personas no aprenden solamente por su propia experiencia sino también de las acciones de otros y los resultados de dichas acciones (Gutiérrez, s/f, Hernández, 2004).

Para que se produzca el aprendizaje vicario (o por observación), según Bandura, tienen que cumplirse tres condiciones (en *El Aprendizaje y la Conducta Humana*, s/f):

- **Decodificación:** el observador tiene que comprender por qué el modelo realiza la conducta que va a ser imitada por él. Es necesario que el observador que ve realizar una conducta entienda el valor de esa conducta en términos de causa-efecto, es decir, que entienda las ventajas que obtiene el modelo como consecuencia de realizar la acción.
- **Evaluación:** entendidas las consecuencias ventajosas que le produce al modelo la acción que está realizando, el observador hace un ejercicio de evaluación, valorando si le resulta conveniente llevar a cabo esa misma acción. Si el observador hace una evaluación positiva, es decir, si considera que a él también le produciría beneficios actuar de ese modo, ya sólo será necesario un tercer elemento para que la acción quede aprendida.
- **Ejecución:** la última condición es que el observador realice la conducta observada en el modelo.

Bandura (1987) concibe el aprendizaje como una actividad de procesamiento de información, en la que esta es transformada en representaciones simbólicas que sirven de guía para el comportamiento. Según este autor, el aprendizaje por observación se encontraría regulado por cuatro procesos distintos:

a) **Procesos de atención,** Lo primero que debe suceder para que ocurra el aprendizaje por observación es atender y percibir, lo más precisamente posible, los aspectos relevantes de la conducta modelada. El individuo selecciona la información que resultará útil para en un futuro realizar las conductas modeladas, se incluye la exploración del entorno y la construcción, a partir de los acontecimientos modelados momentáneos, de percepciones significativas (Bandura, 1987). 36 b)

b) **Procesos de retención,** Poco pueden influir en un individuo actividades modeladas que no son recordadas. Para que un aprendizaje por observación sea exitoso es necesario también que lo atendido se retenga en la memoria. Incluye la transformación activa y reestructuración de la información que se dispone sobre los acontecimientos. El aprendizaje por observación tiene a la base dos sistemas de

representación, la construcción de imágenes y las construcciones verbales (por ejemplos, calificar la situación en términos de tensión, entretención, etc.).

c) **Procesos de producción**, Luego que las actuaciones de un modelo son representadas y codificadas como conceptualizaciones simbólicas, es necesario que éstas se puedan llevar a cabo a través de acciones adecuadas. Según Bandura la mayoría de las actividades modeladas se representan de forma abstracta en forma de conceptos y reglas de acción que determinan en forma específica la forma de comportarse. La emisión de conducta se consigue organizando las respuestas espacial y temporalmente de acuerdo con la concepción de la actividad.

d) **Procesos de motivación**: la teoría cognitiva social distingue entre adquisición y ejecución. Esta diferencia está apoyada por el hecho de que las personas no realizan todo lo que aprenden. Pueden llegar a adquirir y a retener las capacidades necesarias para ejecutar adecuadamente las actividades modeladas, pero no desarrolladas nunca o en contadas ocasiones. Las discrepancias entre aprendizaje y ejecución se producen con mayor frecuencia cuando la conducta adquirida tiene escaso valor funcional o comporta un elevado riesgo de castigo. (Bascur, 2005).

La teoría del aprendizaje social puede tener una serie de aplicaciones prácticas, por ejemplo, puede utilizarse para ayudar a los investigadores a comprender cómo la agresión y la violencia pueden transmitirse a través del aprendizaje observacional

Pero el aprendizaje social también se puede utilizar para enseñar a las personas comportamientos positivos. Los investigadores pueden utilizar la teoría del aprendizaje social para investigar y comprender las formas en que se pueden utilizar modelos positivos para fomentar comportamientos deseables y facilitar el cambio social. Gran parte de nuestra vida está enraizada en sus experiencias sociales, por lo que no es de extrañar que observar a otros desempeña un papel tan vital en la forma de adquirir nuevos conocimientos y habilidades.

Bandura modificó su teoría y en 1986, renombró su Teoría del Aprendizaje Social como Teoría Cognitiva Social, como una mejor descripción de cómo aprendemos de nuestras experiencias sociales. (Actualidad en psicología, 2018). Bandura tiene claro,

que las consecuencias de la conducta (tanto refuerzos como castigos), tienen un importante grado de influencia para aumentar o disminuir una conducta (respectivamente), así mismo dice que el pensamiento es un elemento clave en la conducta. Cuando un niño aprende, es muy importante que construya representaciones simbólicas conceptuales. Es decir, que entienda el contexto, la conducta y el por qué, de lo contrario si un niño no es consciente de las consecuencias de su conducta, no aprenderá correctamente (Sánchez P. , 2017).

Desde la perspectiva de la teoría cognitiva social de aprendizaje, podríamos aplicarlo al aula en distintas direcciones. Es aconsejable que los niños perciban al profesor o educador como alguien que presenta constantemente modelos conductuales, verbales y simbólicos a los alumnos. Su eficacia dependerá de la consistencia entre los modelos, la adecuación de éstos a las competencias de los alumnos, la valencia afectiva entre éstos y el propio educador, y la efectividad de los procedimientos que el educador ponga en juego en la presentación de los modelos. Por otra parte, los alumnos no sólo obtienen oportunidades de aprendizaje observacional de lo que hacen y dicen los educadores, sino también de sus compañeros. El empleo sistemático de formas estructuradas de presentación de modelos entre compañeros puede convertirse en un recurso educativo de gran importancia (Sánchez P. , 2017).

La generación de actitudes hacia la salud en las primeras edades de los alumnos y alumnas tiene lugar por imitación de las personas que les sirven como referencia (madres, padres, familias, profesorado, etc.) y aceptando, sin cuestionar, las normas existente. En esta etapa, más que intentar la conceptualización de sus comportamientos, lo que importa es la adquisición de hábitos saludables. Hay que desarrollar actitudes hacia los contenidos de salud, estudiar el entorno para comprobar hasta qué punto condiciona nuestra conducta, generar actitudes que incidan en los valores relativos al desarrollo personal y realizar actuaciones que intervengan en la creación de un clima social favorable a determinados procederes.

2.11 Los valores en Educación para la Salud

Algo sumamente importante que se relaciona con las actitudes son los valores, ambos son rasgos centrales en el ámbito afectivo y se utilizan con frecuencia en nuestra vida cotidiana, ambos implican un importante componente evaluativo entre los seres humanos, lo que es bueno o malo para la sociedad.

Entendiendo los valores como las cualidades que las personas poseen que configuran un sistema de convicciones de las personas y las comunidades sobre los que es estimable y merece sus esfuerzos (Escámez, 2018).

Otro concepto de valor, es la creencia firme de que algo es importante y preferible a otras alternativas, hablando en este sentido de la jerarquía de valores como una jerarquía de preferencias, que son en última instancia, las que gobiernan nuestras conductas y sobre todo nuestras decisiones importantes (Serrano, 2002).

Tipología de características afectivas:

| | |
|---|--|
| <p>Actitudes: Favorable - desfavorable</p> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Predisposición</i> a responder y a valorar de manera favorable o desfavorable ante determinados estímulos (personas, ideas, grupos, actividades, etc.) • <i>Componentes:</i> cognitivo-afectivo-conativo • <i>Características:</i> aprendidas (asociación entre sentimiento y objeto); más o menos <i>complejas</i> (componente cognitivo); más o menos <i>intensas</i> (componente afectivo); más o menos <i>centrales</i> (generadoras de otras actitudes); resistentes al cambio (más las intensas, centrales...). |
| <p>Valores: Importante - No importante</p> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Creencias</i> sobre lo que es importante, deseable, etc. (importante-no importante, correcto-incorreto, aceptable-no aceptable, etc.) • Características: Intensidad alta, estabilidad, aprendidos, influyen en actitudes e intereses, orientan la vida, etc. Cumplen además una función <i>normativa</i> (juzgamos desde nuestros valores...) |
| <p>Intereses:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Disposición para buscar (objetos, actividades, aprendizajes, etc.): intensidad alta, orientados a la acción. |
| <p>Autoestima: Positiva – negativa</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Percepción valorativa que uno tiene de <i>sí mismo</i> • Relacionada con variables importantes (motivación, rendimiento, etc.) • Depende en gran parte de cómo nos valoran los demás (actitud aprendida) • Puede considerarse como <i>global</i> (quisiera ser distinto, etc.) pero más frecuentemente suelen distinguirse <i>dimensiones</i> según situaciones o contextos; por ejemplo autoestima <i>familiar</i> (me quieren, feliz en casa, etc.), <i>social</i> (soy popular, aceptado, etc.), <i>académica</i> (soy capaz, valgo, etc.) |
| <p>Autoeficacia</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Es un aspecto de la autoestima, pero de especial relevancia • La autoeficacia es la <i>conciencia y seguridad que uno tiene sobre su propia capacidad</i> para desempeñar con |

| | |
|--|---|
| | éxito una tarea <ul style="list-style-type: none"> • La <i>autoeficacia</i> es aprendida (por medio del refuerzo positivo, modelos, etc.), está relacionada con el éxito. • |
| Locus of control Interno - externo | <ul style="list-style-type: none"> • Preferencia por <i>aceptar la propia responsabilidad</i> en éxitos y fracasos (inteligencia, esfuerzo, constancia, propias decisiones, etc.), o <i>rechazar la propia responsabilidad</i> y situarla <i>fuera</i> (la suerte, los demás, etc.). • Objeto propio: la <i>propia conducta y sus consecuencias</i> |
| Motivación: Alta - baja | <ul style="list-style-type: none"> • Impulso, deseo que lleva a la acción • Todas las características afectivas son motivaciones en la medida en que son intensas. |

Figura 8, Tipología de características afectivas, retomada de Serrano (2002)

Esta tipología representa una serie de rasgos personales de gran importancia en todo tipo de proyectos educativos, así como tratar la evaluación y los métodos de evaluación que se van a sugerir a propósito de actitudes y valores son válidos para medir y evaluar prácticamente todos los rasgos y variantes del ámbito afectivo (Serrano, 2002).

Para Ramos (2007), las actitudes y los valores son los contenidos implícitos en la educación, las actitudes tienen como característica la tendencia a ser permanentes y estables, dirigidas hacia un objetivo, o idea específica y tienen un componente emocional, en cambio los valores suelen ser más amplios y abstractos, las actitudes forman el marco referencial con los valores.

Las actitudes tienen una función *cognitiva*, cuando ayudan a conocer mejor el entorno, una función *adaptativa* o de ajuste social que permite la relación adecuada, y una tercera función como *expresión de los valores* que posee una persona, conceptualizándose los valores como creencias de las cuales surge una actitud, es decir que la actitud ayuda a interpretar, clasificar y ordenar la realidad que vivimos, ayuda a ubicarse en el entorno social y expresa los valores que el individuo posee y por los que libremente ha optado, configurando la personalidad y formando el autoconcepto. (Ramos, 2007)

Los valores sirven de punto de referencia y por lo tanto marcan la pauta de actuación ante distintas situaciones. Estos valores serán especialmente importantes en la adolescencia, donde se ha de conseguir que la presión de grupo no sea negativa sino positiva.

La salud no es solo un asunto individual, sino que implica también a la comunidad; es necesario orientar nuestra tarea educativa, reforzando la responsabilidad individual y la colectiva. Hay que incorporar la salud a la educación en una triple orientación: como contenido educativo estricto, como tema de debate ético y como escenario para tomar decisiones. Como contenido educativo, la educación para la salud ha de formar parte de los programas educativos en todos los niveles y tener como base esa educación sanitaria que llevará a las madres, a los niños y a toda la sociedad a una medicina preventiva. La salud como tema de debate ético significa que niños y adultos han de saber reconocer sus prejuicios sobre la salud y admitir la variedad de creencias asociadas a la salud, pero sobre todo que la sociedad actual plantea retos constantes sobre los cuales hay que tener una posición tomada, con toda la flexibilidad que se quiera, pero siempre a partir de unos referentes determinados. Hay que entender que la educación para la salud tiene que preparar para la toma de decisiones, tiene que ayudar en la adquisición de habilidades que nos faciliten la toma de decisiones de manera autónoma y responsable y siempre en contextos sociales (Estrella., 2013)

La salud es un valor y hay que tener en cuenta además de la dimensión personal (cómo sentimos e interpretamos la realidad que nos rodea), la dimensión social, ya que la última finalidad de la educación para la salud es el respeto y adaptación a una sociedad democrática, abierta plural y sana.

Se trata de que los jóvenes asuman valores que les sirvan para desarrollar una buena salud mental, y que funcionen como factores de protección para gestionar de una manera saludable situaciones de riesgo. El objetivo último es conseguir desarrollar actitudes asertivas y valores tanto personales como grupales (Naturaleza educativa, 2018)

Cely (2002), manifiesta que el primero de todos los valores humanos es la vida misma y la primera obligación ética que tenemos los seres humanos es vivir lo más sanamente posible, como condición previa para poder hacer realidad cualquier otra aspiración al bienestar y la felicidad.

Vicens (1995), opina que la salud debe ser internalizada en los seres humanos desde la infancia a través de la Educación, siendo una práctica antigua que ha variado su

enfoque ideológico y metodológico, a raíz de los cambios paradigmáticos en relación y vinculado a la salud. En otras palabras, de un concepto de salud como no enfermedad hacia otro más general, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico-psíquico -espiritual y social.

De tal manera, la Educación para la Salud, constituye un proceso de formación de responsabilidad del individuo, a fin de que adquiera conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva.

La autora Stolkiner (1994), opina que a través de una educación para la salud, se transformaría el concepto negativo de salud a una visión positiva, donde las acciones deberán estar dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo que había prevalecido en años atrás. Paralelamente, a lo expresado anteriormente, se ha producido un cambio terminológico: de la tradicional denominación de Educación Sanitaria a la actual Educación para la Salu (Caricote & Figueroa, 2006).

Para Escámez (2006) Dentro de los valores a desarrollar en EPS están la dignidad humana, refiriéndose al respetar su conciencia, su intimidad, sus características diferenciales y el rechazo a toda forma de violencia, con una responsabilidad moral de respetar su vida al igual que su autonomía moral y política. Otro valor es la responsabilidad (por uno mismo, por las otras persona como individuos, por la comunidad y por la naturaleza), es decir la autonomía de lo que soy capaz de alcanzar pensamientos que puedo justificar y tomar decisiones de las que puedo dar cuenta a los demás y a mí mismo, de nuestras acciones se derivan efectos o consecuencias positivas o negativas para nosotros y para los demás, trasladándose a una dimensión ética, transformando con ello los escenarios sociales y por último el valor de la solidaridad (con la vida, con los otros actuales y con las generaciones futuras) en la que su autentica dimensión ética como imperativo moral cuando nos damos cuenta que todos los seres humanos somos interdependientes, la misma que genera una obligación de vivir juntos, de mantener y y mejorar las condiciones de vida en el pequeño y castigado planeta en el que vivimos, la solidaridad es un sentimiento que tiene mucho que ver por la compasión por los otros, teniendo que ver con la gratitud, es un valor que engarza la vida privada con la vida pública, ya que se trata de ser un modo en común con los otros

La salud es un aspecto fundamental para el desarrollo de la persona. La importancia de este tema transversal en el currículo educativo radica en crear en los alumnos buenos hábitos promoviendo estilos de vida saludables. De acuerdo con esta última finalidad, la Cruz Roja Española, en su guía Promoción y Educación para la Salud proponen los siguientes objetivos:

- Promover la salud como un valor fundamenta y un recurso básico para el desarrollo personal y social.
- Estimular la adquisición de actitudes y hábitos de conducta saludables.
- Eliminar o reducir al máximo aquellos comportamientos que conllevan un riesgo para la salud.
- Toma de conciencia sobre la influencia de los factores ambientales y sociales sobre nuestra salud, promocionando activamente la salud para nosotros y el entorno.
- Conocer las características y comportamientos humanos en lo que a la sexualidad se refiere.
- Llevar a cabo programas de educación efectivos en el aula y hacerlos tolerantes con respecto la sexualidad de los otros.
- Hacer conscientes al alumnado del riesgo que conlleva la práctica de ciertas prácticas sexuales sin tener en cuenta aspectos preventivos.
- Concienciar de la importancia que para la seguridad del ciudadano tiene el respeto a las normas y señales de tráfico.
- Generar hábitos de comportamiento ante los accidentes de tráfico, así como ser conocedores de Primeros Auxilios.
- Fomentar acciones para la creación de un sentido vial en la ciudadanía.
- Crear habilidades en las decisiones relacionadas con el consumo
- Generar modelos de consumos responsable valorando las consecuencias del mismo sobre el medio ambiente.

- Tener conocimientos sobre los derechos del consumidor ante situaciones de desagravio (Trujillo, 2010)

Considerando los valores y teniendo los objetivos muy claros en la salud tendremos una población estudiantil más involucrada en el bienestar salutogénico de su comunidad y como consecuencia habrá una mayor responsabilidad y solidaridad en la tarea de un beneficio propio en busca de los recursos necesarios que nos brinden un ambiente natural y social con una mejor calidad de vida.

“La salud es el mejor instrumento para el desarrollo y más aún, la mejor plataforma para la paz. La protección y promoción de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico-social duradero y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial (OMS, 1946, Carta Constitucional)

2.12 Medición de las actitudes

Una característica de las actitudes es que, en sí misma, no son directamente observables, sino que es una variable latente que inferimos a través de la conducta, o de las declaraciones verbales de las personas, lo cual dificulta el proceso de medida (Ortego, Consultado en 2018).

La medida de las actitudes es que si el sujeto a investigar sabe que está siendo medido con respecto a sus actitudes puede modificar sus respuestas o comportamientos en base a lo que sabe que se considera deseable en la sociedad o bien responder en base a lo que el investigador espera de él , a esta expresión se le conoce como reactividad (Cueva, Consultado en 2018).

Las acciones que se dirigen hacia la medida de las actitudes es a través de diversos instrumentos diseñados para tal fin dirigidos hacia su análisis, las cuales pueden ser:

- Directas (el sujeto sabe que sus actitudes están siendo medidas)
- Indirectas (el sujeto no sabe que sus actitudes están siendo medidas o evaluadas)

En las escalas se mide la fuerza del componente afectivo es decir miden la intensidad del sentimiento del individuo, a favor o en contra de algún objeto o situación social.

Los objetivos de medición de una escala de actitudes son tres:

1. Como instrumento de evaluación de las características de una variable,
2. Como instrumento de medición de la dirección de la actitud (positiva o negativa, favorable o desfavorable), y de la intensidad de la actitud (alta o baja).
3. Técnica indirecta de acercamiento a temas sensibles o de difícil manejo a través de otras técnicas de recolección de información

Entre todos los instrumentos que se emplean para medir las actitudes destacan cuatro:

1. Escala tipo Thurstone: El psicólogo norteamericano León I. Thurstone (1887 – 1955) quien consiguió cuantificar objetos propios del estudio de las ciencias sociales, prescindiendo de cualquier referencia a objetos físicos. Thurstone (1928) consideraba la opinión como la expresión verbal de la actitud. No podemos acceder directamente a la observación de la actitud, pero la opinión verbal expresada de los sujetos puede servir como indicador de la actitud. Un índice de medida para la aceptación o rechazo de las opiniones de las personas permite obtener, indirectamente, una medida de sus actitudes, independiente de lo que esas personas "sientan en realidad" o de sus acciones. (G38, Consultado en 2018).

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Si mi actitud hacia el aborto es desfavorable, probablemente no abortaría o no participaría en un aborto. Si mi actitud es favorable a un partido político, lo más probable es que vote por él en las próximas elecciones. Desde luego, las actitudes sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” y no como “hechos” (Padua, 1979)

2. Escala tipo Likert

La escala de Likert o método de evaluaciones sumarias, se denomina así por Rensis Likert, quién publicó en 1932 un informe donde describía su uso. Es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de

uso más amplio en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. Al responder a una pregunta de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración (elemento, ítem o reactivo o pregunta).

La escala de Likert es un método de escala bipolar que mide tanto el grado positivo como neutral y negativo de cada enunciado, al ser una escala que mide actitudes, es importante que pueda aceptar que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras a las cosas y situaciones lo cual es perfectamente normal en términos de información. Debido a ello es importante considerar siempre que una escala de actitud puede y debe estar abierta a la posibilidad de aceptar opciones de respuesta neutrales (totalmente de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo).

Ventajas y desventajas

- Ventajas: Es una escala fácil y rápida de construir.
- Desventajas : Dos personas pueden obtener el mismo puntaje partiendo de elecciones distintas (Sánchez F. , 1998)

3. El escalograma de Guttman

En el escalograma de Guttman se le presenta al sujeto una serie de cuestiones jerarquizadas de mayor a menor y se pide su veracidad en cada caso. Parte de la idea de que las actitudes son “escalables” y se trata de saber hasta dónde llega el encuestado en esa escala. De esta forma, si un sujeto acepta una proposición se supone que también lo hace en las inferiores a él. Por ejemplo, se pregunta si tienen estudios universitarios, si tiene estudios medios, primarios, etc. Se entiende que si tiene estudios universitarios tendrá todos los demás. Aquí, frente a las escalas valorativas, es objetivo ordenar a las personas encuestadas, no a los objetos de estudio

4. La escala de diferenciales semánticos }

El Diferencial Semántico es un procedimiento destinado a medir la significación que tienen ciertos objetos, hechos, situaciones o personas para los encuestados. Concretamente se mide esa significación a partir de la situación del concepto del objeto analizado en un espacio semántico de dimensiones valorativas. Así, por ejemplo, el concepto de “concierto de rock” puede tener dos significados diferentes para dos personas, A y B, en un espacio semántico definido por las coordenadas: culturalidad y agresividad (Barbero & Garcia, 1988; Fernandez, 1992; Keats, 1974; López, 1985; Quiles et al., 1998; Ros, 1985; Seoane & Rechea, 1987).

3 Educación

Los desafíos de la educación en el presente son muy distintos a los del pasado, así como el papel y el lugar de la educación se han venido modificando a través de los años con la implementación de tendencias y alternativas válidas para enfrentar con éxito los nuevos retos que se presentan en la educación. El papel de la educación en la formación de los individuos y en el desarrollo de la sociedad es incuestionable. La globalización ha implicado reformas en la educación. Las necesidades actuales requieren que la educación responda al mismo ritmo de las transformaciones sociales y culturales. (Castillo y Gamboa, 2012, 55). Es por esto que el tema de educación ocupa un lugar muy importante en la agenda de desarrollo mundial, en los objetivos del Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y en el informe sobre el desarrollo mundial 2018 del Banco Mundial, en el que se concluye de manera consistente que la “educación” se percibe en los diferentes como un aspecto fundamental para el desarrollo (Markova, 2017).

La educación es un importante motor del desarrollo, así como uno de los instrumentos más eficaces para reducir la pobreza y mejorar la salud, y lograr la igualdad de género, la paz y la estabilidad. La educación conlleva beneficios considerables y sistemáticos en materia de ingresos, y contrarresta el aumento de la desigualdad. En el caso de las personas, promueve el empleo, los ingresos, la salud y la reducción de la pobreza. En el caso de las sociedades, contribuye al desarrollo económico a largo plazo, promueve la innovación, fortalece las instituciones y fomenta la cohesión social. Existen cada vez más evidencias de que lo que genera crecimiento y prepara a las personas para el trabajo y la vida son las capacidades adquiridas en la escuela. Sin aprendizaje, la educación no alcanza a cumplir la promesa de ser un elemento central que permite eliminar la pobreza e impulsar la prosperidad compartida. La escolarización sin aprendizaje no es solo una oportunidad desaprovechada, sino también una injusticia para los niños que más la necesitan. (Banco Mundial, 2017).

La educación, tal y como se recoge en el Informe del Foro Mundial Dakar (2000) es: Un derecho humano fundamental y, como tal, es un elemento clave del desarrollo sostenible y de la paz y estabilidad en cada país y entre las naciones y, por consiguiente,

un medio indispensable para participar en los sistemas sociales y económicos del siglo XXI (p.8). La educación escolar tiene como objetivo final desarrollar en los alumnos las capacidades necesarias para desenvolverse como ciudadanos de pleno derecho en la sociedad en la que habitan. Acorde a la Declaración Mundial sobre Educación de la Unesco, Artículo1, párrafo1 (2000): “Las necesidades básicas de aprendizaje abarcan tanto las herramientas esenciales para el aprendizaje como los contenidos básicos del aprendizaje necesarios para que los seres humanos puedan sobrevivir, desarrollar plenamente sus capacidades, vivir y trabajar con dignidad, participar plenamente en el desarrollo, mejorar la calidad de vida, tomar decisiones fundamentales y continuar aprendiendo”

El mundo cuenta con una nueva y audaz Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la comunidad internacional en septiembre de 2015 y cuyo objetivo es erradicar la pobreza de aquí a 2030 mediante 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estos ambiciosos Objetivos fueron aprobados por unanimidad por los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas, que son los principales responsables de cumplirlos. La educación se recoge en un objetivo – el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4 –, consistente en “garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos”, pero es fundamental para el logro de todos los demás Objetivos de Desarrollo Sostenible (UNESCO, 2017)

Lo anterior está acorde con lo que menciona el artículo Tercero Constitucional en nuestro país:

“Toda persona tiene derecho a recibir educación. El Estado -Federación, Estados, Ciudad de México y Municipios-, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. La educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica; ésta y la media superior serán obligatorias”.

3.1 Concepto

Se considera a la educación como uno de los factores que permiten el desarrollo en el contexto de una comunidad que ha mostrado una capacidad de organización importante para la consecución de sus objetivos” (UNESCO, 1996: 12 [Informe de la Comisión mundial de Cultura y Desarrollo]).

Refiriéndose el concepto a todo un complejo proceso en el cual intervienen diferentes factores, dentro de los que podemos encontrar la escuela, la familia, factores económicos y sociales que influyen en tal fin, de tal manera que el individuo sea en un momento dado el que ponga en práctica lo aprendido según el contexto en el que se encuentre.

Para el teórico Piaget educación es:

“Forjar individuos capaces de autonomía intelectual y moral; que respeten esa autonomía en el prójimo, en virtud precisamente de la regla de la reciprocidad”. Wenceslao (2002). Educación. Consultado el 22 de febrero de 2008 en www.slideshare.net/wenceslao/qu_es_educacion/.

Es decir él habla de moldear individuos capaces de tomar decisiones sin la ayuda de otros, mediante la utilización de las experiencias y conocimientos aprendidos, de tal manera que se ponga en práctica su fundamento y la razón propia de su legalidad, dirigiendo las propias acciones sin ofender a otros y respetándolos, en el dar y recibir.

Para Jacques Maritain (2000) expresado en su libro “La educación en este momento crucial”:

“Es pues evidente que la educación del hombre debe ser la preocupación del grupo social y preparar a la persona para que desempeñe en dicha sociedad el papel que le corresponde. Formar al hombre para que lleve una vida normal, útil y de servicio a la comunidad, dicho de otro modo, guiar el desenvolvimiento de la persona humana en la esfera social, despertando y fortaleciendo el sentido de su libertad, así como el de sus obligaciones, derechos y responsabilidades.”. Siendo esto el objeto esencial de la

educación. Este autor le da mayor importancia al desempeño del individuo en la sociedad, el cual aportara elementos importantes y tal vez indispensables en el desarrollo económico, político y cultural de su contexto social en el que participe, siendo este un aspecto muy importante en la vida del ser humano.

Por otro lado en el Artículo Tercero Constitucional ya antes mencionado se establece que la educación mexicana tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano, el amor a la patria y la conciencia de solidaridad internacional en la independencia y la justicia. Con base en estos principios generales se busca asegurar la formación de ciudadanos críticos, reflexivos y nacionalistas, capaces de transformar su realidad y de impulsar el desarrollo económico y social.

Lo cual va de la mano en lo establecido en la Ley General de Educación, de 1993, en su Artículo 7° fracción II, menciona que la Educación debe contribuir al desarrollo integral del individuo:

“Favorecer el desarrollo de facultades para adquirir conocimientos, así como capacidades de observación análisis y reflexión críticos”.

Mencionando en su fracción:

X.- Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias; (Ley General de Educación, 1993)

Fracción reformada DOF 15-07-2008, 28-01-2011.

Definiendo a la educación como un proceso constructivo y permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, haciendo hincapié en la formación del hombre con un sentido de solidaridad social, ratificando los principios de justicia social y de equidad. Educación Superior (1997). *Exámenes de las Políticas Nacionales de Educación*. México: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.

De esta manera la educación básica en nuestro país puede definirse como:

Un proceso educativo que se orienta hacia la formación integral de la persona humana, mediante el desarrollo de habilidades y destrezas básicas, la asimilación de aprendizajes necesarios y la promoción de hábitos, actitudes y valores que contribuyen a mejorar las condiciones y calidad de la vida humana y a preparar a los ciudadanos para su vida familiar, social, económica, política y cultural. (1999). Revista Latinoamericana, XXIX, No. 2.

Dando una concepción de la escuela que se amplía a la comunidad educativa como una instancia social de educación que no reduce su función formadora solamente a la transmisión de información sino que potencia el desarrollo de análisis, síntesis, observación, pensamiento científico y creatividad, así como de las habilidades de lectura, escritura y cálculo, todas entendidas como herramientas y lenguajes básicos para un mejor desempeño social de las personas. Adem

El primer informe de la UNESCO titulado *Aprender a Ser* publicado en la década de los 70s, o también llamado *Informe Faure* por el nombre del presidente de la comisión internacional que redactó el documento, marca tradicionalmente el hecho educativo que ponía su acento en la instrucción y en la concepción de que el aprendiz o alumno debía ser un sujeto pasivo en la recepción de conocimientos, siendo el profesor el administrador de la educación que se impartía; papel que se ha venido modificando hasta el hecho de que ahora el alumno, es el centro del hecho educativo, debiendo aprender a ser persona, ciudadano de sujeto de derechos y deberes es un sujeto activo de su propio desarrollo, incorporando en este informe como eje de la política educativa el concepto de Educación Permanente en el que todas las personas son sujetas de aprender durante toda la vida y pueden decidir qué, cómo y cuándo aprender.

Otro documento importante para este tema es el segundo informe de la UNESCO titulado *La Educación Encierra un Tesoro*, publicado en 1996, en el que se pueden

resaltar dos aspectos fundamentales, siendo el primero que habla de la filosofía de la Educación, entendiendo que ésta no es meramente un medio, un capital humano para el crecimiento económico, sino que el aprendizaje es esencial al desarrollo humano y por tanto es un fin en sí mismo.

“La Educación debe facilitar a todos, lo antes posible el pasaporte para la vida, que le permitirá comprenderse mejor a sí mismo, entender a los demás y participar así en la obra colectiva y la vida en sociedad” (Delors 1996).

El segundo aspecto importante de ese documento se refiere a los principios de la Educación:

La educación a lo largo de la vida se basa en **cuatro pilares: *Aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a ser.*** Aprender a conocer, combinando una cultura general suficientemente amplia con la posibilidad de profundizar los conocimientos en un pequeño número de materias. Aprender a hacer a fin de adquirir no solo una calificación profesional, sino más generalmente, una competencia que capacite al individuo para hacer frente a gran número de situaciones y a trabajar en equipo. Aprender a vivir juntos desarrollando la comprensión del otro y la percepción de las formas de interdependencia respetando los valores del pluralismo, comprensión mutua y paz. Aprender a ser para que florezca mejor la propia personalidad y se esté en condiciones de obrar con creciente capacidad de autonomía, de juicio y de responsabilidad personal. Mientras los sistemas educativos formales propenden a dar prioridad a la adquisición de conocimientos, en detrimento de otras formas de aprendizaje, importa concebir la educación como un todo. En esta concepción deben buscar inspiración y orientación las reformas educativas, tanto en la elaboración de los programas como en la definición de las nuevas políticas pedagógicas. Jacques Delors (1993). La educación encierra un tesoro. Consultado en febrero 22, 2008 en http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF.

En el mismo tenor, Esquivel (2005) argumenta que la educación es un proceso de acumulación de capital humano mediante el cual los individuos poseedores de éste recurso pueden alcanzar mejores niveles de bienestar y con ello ser capaces de asimilar tecnologías y ser partícipes de la innovación. Así mismo, es necesario considerar que la educación cumple diferentes funciones al interior de la sociedad ya sea la de otorgar reconocimiento o estatus al interior de ciertos grupos o la de ser un elemento en la micro-economía que reduce la presión en el mercado laboral (Esquivel, 2005:85).

3.2 Ley de Educación del Estado de México

En la Ley de Educación del Estado de México (2018) dice en su exposición de motivos que la educación es un derecho constitucional, es libertad y un derecho humano, es fundamental en la erradicación de la violencia, la corrupción y la impunidad como causas de inestabilidad y tensión social; reafirma lo que por esencia es nuestra identidad y transforma lo ordinario para hacerlo útil, para actualizar lo tradicional; sus objetivas son la formación y el enriquecimiento de los valores culturales y morales comunes, competencias y capacidades básicas.

Es entonces que la educación transforma y potencia al hombre natural para hacer emerger un hombre distinto. Lo hace sabio, inteligente, conocedor, industrial, prudente, independiente, seguro, indagador, amoroso, disciplinado, honesto, alegre, ético sabiendo la diferencia entre el bien y el mal, proclive al bien, a la ciencia y al conocimiento, así entenderá la justicia y la equidad y se acercará al bien y se alegrará de lo que es virtuoso, y físicamente fuerte para soportar las inclemencias del tiempo y las exigencias del trabajo (León A. , 2007).

Hasta aquí a través de diferentes definiciones vemos la importancia que se le da a la educación tanto a nivel internacional como nacional y es así como se han venido generando una serie de reformas tanto en el ámbito mundial como en nuestro país.

3.3 Reforma Educativa

En América Latina, desde los años 80, se vienen implementando una serie de reformas educativas, con distintos propósitos e impactos.

Según Gimeno (1997:26) las reformas educativas son proyectos políticos educativos de reorientación de componentes del sistema educativo, son acciones a través de las cuales el Estado establece elementos para orientar las políticas de educación en los aspectos: curricular, profesión docente, y de gestión.

Para Gimeno (1997), las Reformas son también referentes llamativos, para analizar los proyectos políticos, económicos, sociales y culturales de quienes la proponen y del momento histórico en el que surgen.

En el Sistema Educativo Nacional, después de la creación de la SEP (1921), se han llevado a cabo varias reformas educativas con dos finalidades primordiales: una, lograr la cobertura del sistema educativo para toda la población en edad escolar, y otra, enfocada en optimizar el proceso educativo. La calidad se convierte en estandarte de las políticas educativas a partir de los noventa, desde entonces todo cambio educativo se justifica por la búsqueda de la calidad.

En 1989 durante el gobierno del entonces Presidente de la República Lic. Carlos Salinas de Gortari, se pone en marcha el Programa para la Reforma Educativa 1989-1994. Con este programa, se buscaba superar los problemas en que había caído el sistema educativo, tales como: el rezago, el crecimiento demográfico, el avance científico y tecnológico etcétera, y de ello dependía el más importante objetivo del programa: lograr la calidad de la educación. A partir de ese momento se realizaron más acciones tendientes a concretar la calidad educativa; una de las más importantes fue el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, suscrito en mayo de 1992.

3.3.1 Reforma Integral de la Educación Básica en México

La Reforma Integral de la Educación Básica 2009 (RIEB) es parte de la política educativa nacional con la que se culmina el proyecto de articulación curricular, que inició con la reforma de preescolar en 2004 y continuó con la de secundaria en 2006, este programa se orienta a elevar la calidad de la educación y busca que los estudiantes mejoren su nivel de logro educativo (más no de aprendizaje) y que contribuyan al desarrollo nacional (Programa Sectorial de Educación, 2007:11).

Por lo tanto, lograr que la educación primaria contribuya a la formación de ciudadanos con esas características, implica plantear el desarrollo de competencias como un propósito educativo central, en el cual, la competencia es un saber hacer (aplicación de estrategias) con saber (conocimiento), así como la valoración del ser y las consecuencias de ese hacer (valores y actitudes). Por lo que la manifestación de una competencia revela la puesta en juego de conocimientos, habilidades, actitudes, y valores para el logro de propósitos en un contexto dado (RIEB 2009).

La reforma curricular realizada en México posee otras complicaciones que no pueden dejar de mencionarse. Por una parte, se trata de una reforma nacional, ya que los planes de estudio de la educación básica en nuestro país están centralizados, pese a la federalización realizada para la educación en los años noventa; pero, además, se trata de una reforma sistémica, esto es, una reforma que afecta al sistema educativo en su conjunto. A partir de ella se buscó articular, por primera vez, la educación básica, estableciendo campos formativos comunes desde el nivel preescolar hasta la secundaria, aunque en etapas (2004 preescolar, 2006 secundaria y 2009 primaria), para, finalmente, impulsar una idea de integración en 2011 con el Acuerdo 592 que emitió la Secretaría de Educación Pública, donde se establece formalmente la articulación curricular de la educación básica en México (sep, 2011).

La reforma constitucional en materia educativa, aprobada por el Congreso Constituyente Permanente y promulgada por EPN, representó el inicio de un proceso que sienta las bases para dotar al Sistema Educativo Nacional de los elementos que impulsen su mejoramiento y fortalezcan la equidad. Asegura la obligación del Estado de garantizar la calidad de la educación pública obligatoria (preescolar, primaria,

secundaria y media superior); la creación de un servicio profesional docente; el establecimiento del Sistema Nacional de Evaluación Educativa, y la autonomía del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), como órgano constitucional autónomo y máxima autoridad en materia de evaluación. Los tres objetivos de la reforma educativa son:

- Responder al reclamo social de mejorar la calidad de la educación básica y media superior. Para ello se trabajará en la profesionalización de la función docente, el establecimiento de estándares mínimos de funcionamiento de las escuelas, el mejoramiento de los planes y programas de estudio, el fortalecimiento de los programas destinados a mejorar instalaciones, la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, así como la realización de evaluaciones periódicas de todos los componentes del sistema educativo.
- Reducir la desigualdad en el acceso a la educación reforzando los programas que brindan asistencia a las escuelas que se encuentran en zonas con altos niveles de marginación, así como a los estudiantes con necesidades educativas especiales.
- Involucrar a los padres de familia y a la sociedad mexicana en su conjunto en la transformación de la educación por medio de consejos de participación a nivel nacional, estatal, municipal y en los planteles educativos, así como con la realización de foros de consulta sobre la planeación del sistema educativo y las necesidades educativas regionales. El 26 de febrero de 2013 en el DOF se publica el decreto por el cual se reforman los artículos 3° en sus fracciones III, IV y VIII; y el artículo 73 fracción XXV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

3.4 Reformas al artículo 3o constitucional

Entre las principales reformas a este artículo destacan:

- La intención del Ejecutivo Federal para determinar los planes y programas de estudio de la educación preescolar, primaria, secundaria y normal para toda la República.

- El que la ley reglamentaria deberá establecer los mecanismos de evaluación obligatoria para el ingreso, promoción, reconocimiento y permanencia en el servicio de los maestros de educación básica y media superior.
- El Congreso de la Unión expedirá las leyes necesarias, destinadas a distribuir la función social educativa entre la Federación, los Estados y los Municipios; fijará las aportaciones económicas correspondientes a ese servicio público y a señalar las sanciones aplicables a los funcionarios que no cumplan o no hagan cumplir las disposiciones relativas, lo mismo que a todos aquellos que las infrinjan.
- Se le dota de autonomía al Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación a quien corresponderá evaluar el desempeño y resultados del sistema educativo nacional en la educación preescolar, primaria, secundaria y media superior.

En el Plan y Programa de Estudio 2011 de Educación Primaria en la asignatura de Ciencias Naturales se favorece la ***cultura de la prevención*** como uno de sus ejes prioritarios al favorecer la *toma de decisiones responsables* e informadas a favor de la salud y el ambiente, dando prioridad a la prevención de quemaduras y otros accidentes mediante la práctica de hábitos, utilizando el análisis y la inferencia de situaciones de riesgo, sus causas y consecuencias. En lo que se refiere al campo de formación: Desarrollo personal y para la convivencia presenta como finalidad que el estudiante aprenda a actuar con *juicio crítico* a favor de la democracia, la libertad, la paz, el respeto a las personas, a la legalidad y a los derechos humanos, así como manejar armónicamente las relaciones personales y afectivas para desarrollar la identidad personal para la construcción de la identidad y justicia social. Para lo que en el Estado de México los *promotores de Educación para la Salud* realizan funciones de asesoría, orientación, prevención, promoción y fomento de la salud, con el propósito de proporcionar a la población los elementos necesarios para evitar la presencia de enfermedades y de riesgos a la salud de la comunidad escolar mediante el fortalecimiento y mejora *de hábitos y actitudes* hacía el ***desarrollo de estilos de vida saludables***, sin embargo se observa que las actitudes que prevalecen en los alumnos de educación primaria en torno a la salud son limitadas para la elección de estilos de vida

saludables, por lo que con el presente estudio se pretende investigar las actitudes hacía el cuidado de la salud de los escolares del 6° grado de primaria, que nos orienten hacía la mejora de la intervención del promotor para realizar una mejor intervención del área e incidir favorablemente en la comunidad escolar

3.5 Nuevo modelo educativos 2017 para la educación obligatoria

(Antes modelo educativo 2016).

El modelo que se deriva de la Reforma Educativa, es decir, la forma en que se articulan los componentes del sistema desde la gestión hasta el planteamiento curricular y pedagógico, tiene como fin último colocar una educación de calidad con equidad donde se pongan los aprendizajes y la formación de niñas, niños y jóvenes en el centro de todos los esfuerzos educativos. En cumplimiento del Artículo 12° transitorio de la Ley General de Educación y con base en un proceso de diagnóstico, discusión y deliberación pública, la **SEP da a conocer el Modelo Educativo para la educación obligatoria**, que explica cómo la reorganización del sistema educativo en cinco grandes ejes contribuirá a que niñas, niños y jóvenes de nuestro país desarrollen su potencial para ser exitosos en el siglo XXI.

3.5.1 Planteamiento curricular.

Se plasma un perfil de egreso que indica la progresión de lo aprendido desde el preescolar hasta el bachillerato, que implica también el primer ejercicio de articulación formal para la educación obligatoria.

A partir de un enfoque humanista, y con base en hallazgos de la investigación educativa, se introducen las directrices del nuevo currículo de la educación básica, el cual se concentra en el desarrollo de aprendizajes clave, es decir, aquellos que contribuyen al desarrollo integral de los estudiantes y que les permiten aprender a lo largo de la vida.

Adicional a los campos de la formación académica, se incorpora el desarrollo personal y social de los estudiantes como parte integral del currículo, con énfasis especial en el desarrollo de las habilidades socioemocionales.

Al mismo tiempo, se otorga a las escuelas un margen inédito de autonomía curricular, con lo cual podrán adaptar los contenidos educativos a las necesidades y contextos específicos de sus estudiantes y su medio. Finalmente, para la educación media superior se diseñó un proceso de actualización a fin de que el Marco Curricular Común tenga una mejor selección de contenidos y se concrete en el desarrollo de los aprendizajes clave.

3.5.2 La Escuela al Centro del Sistema Educativo.

Se plantea que la escuela es la unidad básica de organización del sistema educativo y debe enfocarse en alcanzar el máximo logro de aprendizaje de todos sus estudiantes. Por ello es indispensable pasar gradualmente de un sistema educativo que históricamente se ha organizado de manera vertical a uno más horizontal, para gradualmente construir un sistema compuesto por escuelas con mayor autonomía de gestión, es decir, con más capacidades, facultades y recursos: plantillas de maestros y directivos fortalecidas, liderazgo directivo, trabajo colegiado, menor carga administrativa, infraestructura digna, acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación, conectividad, un presupuesto propio, asistencia técnico-pedagógica de calidad, y mayor participación de los padres y madres de familia.

3.5.3 Formación y desarrollo profesional docente.

Se concibe al docente como un profesional centrado en el aprendizaje de sus estudiantes, que genera ambientes de aprendizaje incluyentes, comprometido con la mejora constante de su práctica y capaz de adaptar el currículo a su contexto específico. Para lograrlo, se plantea el Servicio Profesional Docente como un sistema de desarrollo profesional basado en el mérito, anclado en una formación inicial fortalecida, con procesos de evaluación que permiten ofrecer una formación continua pertinente y de calidad.

3.5.4 Inclusión y equidad.

El sistema educativo en su conjunto debe eliminar las barreras para el acceso, la participación, la permanencia, el egreso y el aprendizaje de todos los estudiantes. Mediante el reconocimiento de su contexto social y cultural, la educación debe ofrecer las bases para que independientemente de su lengua materna, origen étnico, género, condición socioeconómica, aptitudes sobresalientes o discapacidad de cualquier tipo, los estudiantes cuenten con oportunidades efectivas para el desarrollo de sus potencialidades. *La inclusión y la equidad* deben ser principios básicos generales que conduzcan al funcionamiento del sistema, al mismo tiempo que se toman medidas compensatorias para aquellos estudiantes que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

3.5.5 La gobernanza del sistema educativo.

Se definen los mecanismos institucionales para una gobernanza efectiva, basada en la participación de distintos actores y sectores de la sociedad en el proceso educativo y la coordinación entre ellos: el gobierno federal, las autoridades educativas locales, el INEE, el sindicato, las escuelas, los docentes, los padres de familia, la sociedad civil y el Poder Legislativo.

3.5.6 Los fines de la educación

El Modelo Educativo parte de una visión clara de los fines que debe tener la educación en el siglo XXI, y refrenda los principios que la Constitución establece en su Artículo 3° y que la Ley General de Educación desarrolla en sus Artículos 7° y 8°, al igual que los Artículos 57°, 58° y 59° de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. En un mundo cada vez más interconectado, complejo y desafiante, existen numerosos retos para construir un México más libre, justo y próspero. En este contexto, la educación presenta una gran oportunidad para que cada mexicana y mexicano, y por ende nuestra nación, alcancen su máximo potencial. Para lograrlo, la educación debe buscar la formación integral de todas las niñas, niños y jóvenes, al mismo tiempo que cultive la convicción y la capacidad necesarias para contribuir a la construcción de una sociedad más justa e incluyente.

El propósito de la educación básica y la media superior es contribuir a *formar ciudadanos libres, participativos, responsables e informados, capaces de ejercer y defender sus derechos, que concurren activamente en la vida social, económica y política de México y el mundo*. En otras palabras, el Modelo Educativo busca educar a personas que tengan la motivación y la capacidad de lograr su desarrollo personal, laboral y familiar, dispuestas a mejorar su entorno social y natural, así como continuar con su formación académica y profesional.

3.5.7 La Vigencia del Humanismo

Desde el enfoque humanista, la educación tiene la finalidad de contribuir a desarrollar las facultades y el potencial de todas las personas, en lo cognitivo, físico, social y afectivo, en condiciones de igualdad; para que éstas, a su vez, se realicen plenamente y participen activa, creativa y responsablemente en las tareas que nos conciernen como sociedad, en los planos local y global. Por ello, es indispensable identificar los conocimientos, habilidades, *actitudes y valores* que niñas, niños y jóvenes requieren para alcanzar su pleno potencial. La vida en sociedad requiere aprender a convivir, y supone principios compartidos entre todas las personas. Por lo tanto la fraternidad y la igualdad, la promoción y el respeto a los derechos humanos, la democracia y la justicia,

la equidad, la paz, la inclusión y la no discriminación son principios que deben traducirse en actitudes y prácticas que sustenten, inspiren y legitimen el quehacer educativo. Educar a partir de valores humanistas implica formar en el respeto y la convivencia, en la diversidad, en el aprecio por la dignidad humana sin distinción alguna, en las relaciones que promueven la solidaridad, y en el rechazo a todas las formas de discriminación y violencia, siendo preciso que los estudiantes aprendan a reconocerse como personas que actúan en lo local, forman parte de una sociedad global y plural, y habitan un planeta cuya preservación es responsabilidad de todos. Esta visión se concreta en un contexto de constantes cambios y acelerada transformación de los conocimientos, culturas y procesos productivos.

3.6 Educación para la Salud (EPS)

La EPS tiene su origen a partir de la salud pública como se describe en el apartado de la Historia Natural de la Enfermedad. *La Salud Pública* es una disciplina médico científica que se define actualmente como la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado (Figueroa, 2000). De acuerdo con la FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública) El concepto de Salud Pública en el que se basa la definición es el de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. .

Dentro de las Funciones Esenciales de la Salud Pública se encuentra la número 3, que corresponde a la *Promoción de la Salud*, en cuya definición podemos encontrar los siguientes elementos:

- El fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- El fortalecimiento de las alianzas intersectoriales con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción.

- La evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- *El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.*
- La reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar unos modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud. (OPS, 2002)

De una forma más explícita, la Salud Pública preocupada y ocupada en la salud de la población, tiene dentro de sus funciones la **Promoción de la Salud**, que vimos en el apartado de la Historia Natural de la Enfermedad, se encuentra en el primer nivel de atención, que corresponde a la **prevención primaria**, misma que incluye aquellas medidas preventivas que se llevan a cabo en la etapa prepatogénica, es decir antes de que se presente la enfermedad, de la cual se desprende como acción de la promoción de la salud la **Educación para la Salud**, que tiene como función educar a la población en la **prevención de enfermedades** y la **promoción de la salud**.

Como respuesta a las necesidades de gobierno, “El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988” establece a la Educación para la Salud, como una de las políticas para mejorar el nivel de salud de la población.

La Educación para la Salud (EPS) es una materia transversal por su contenido interdisciplinario, trabajándose en ella contenidos de diferentes áreas del conocimiento; destinado este programa a los alumnos de educación básica (preescolar y primaria) en el caso del Estado de México, consignado a este nivel de educación debido a que los estudiantes están en un momento muy propicio para trabajar aspectos personales y sociales que en el transcurso de su desarrollo individual les facilitará la adopción de su propio estilo de vida, comprendiendo temas de Educación Ambiental y Ecología, Prevención de Enfermedades, Emergencias y primeros Auxilios, Salud Mental y Educación de la Sexualidad. La educación para la salud debe ser un proceso dinámico y positivo en el que se trabaje simultáneamente desde una perspectiva personal y colectiva.

3.6.1 Concepto

Dentro de la historia el concepto de Educación para la Salud (EPS) se remonta a los tratados de salud pública de los años veinte, cuando Winslow lo definió como el vínculo entre los esfuerzos de la comunidad y las políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de la población.

La Educación para la Salud es un concepto relativamente reciente. En 1920 el término de educación sanitaria se asociaba a la salud pública (Winslow, 1920), y la idea de *salud comunitaria* no aparece hasta más tarde (Schwartz, 1974) y con ella la Educación para la Salud.

En la década de los años setenta eventos como la reunión en Alma Ata y diversos documentos como el informe *La Londe* (1974) y el informe *Healthy People* (1979) tuvieron gran influencia en la teoría y la práctica de la salud pública.

En la “*Declaración de Alma-Ata*” se reconoce que más de la mitad de la población mundial no recibía asistencia de salud adecuada, existía una injusta distribución de los recursos de salud entre los países y dentro de ellos, y el estado de salud de millones de personas en el mundo era inaceptable, especialmente en los países en desarrollo. Bajo las consideraciones de que la salud es un derecho fundamental, un objetivo social para el mundo entero, y que el desarrollo socio-económico, basado en un “Nuevo Orden Económico Internacional”, constituye un elemento esencial para lograr el mayor grado de salud para las personas, la Declaración consideró como una obligación y una acción prioritaria por parte de todos los gobiernos, la protección de la salud de sus pueblos mediante la ***adopción estrategias como la promoción de la salud y la atención primaria de salud***, como herramientas claves para que todas las personas del mundo alcanzaran en el año 2000, “*un nivel de salud que les permitiera llevar un desarrollo económico y social sostenido*”, que contribuyera a mejorar la calidad de vida de las personas (OMS, 1978).

La Declaración de Alma Ata define los componentes y alcances de la ***atención primaria de salud*** como:

“... *La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria...*” (OMS,1978)

De forma paralela a estos acontecimientos, se gestaba una “*Tercera Revolución Epidemiológica*” en la década de los ochenta del siglo XX, caracterizada por un aumento en la prevalencia de depresión a nivel mundial y mortalidad por fármacodependencia, muertes violentas y suicidios, así como una marcada “*polarización*”, en donde los padecimientos que aquejan a los países desarrollados se relacionan con la llamada “*epidemia de obesidad*”, VIH/-SIDA y escaso éxito en el combate de ciertos tipos de cáncer de pulmón (broncogénico), mientras que en los países de bajos ingresos se registraba un aumento en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, mortalidad por VIH/SIDA, tuberculosis y enfermedades transmitidas por vectores (Villanueva Domínguez, 2007).

En 1986, la OMS junto a la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, organizaron la “*Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*” donde fue emitida el día 21 de noviembre de 1986, la “*Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*”, la cual tomaba en cuenta los progresos alcanzados a partir de la *Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria de Salud* (1978), y exhortaba hacia la movilización de los recursos para alcanzar el objetivo de “*Salud para Todos en el año 2000*” (OMS, 1986). En este sentido, la Promoción de la Salud surge como “*una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo*” (OMS, 1986) y además como una nueva forma de impulsar los procesos políticos y de acción intersectorial, necesarios para mejorar las condiciones de salud en el mundo (Restrepo y Málaga, 2001).

La Carta de Ottawa representa una integración de los enfoques orientados hacia las causas o determinantes generales y particulares del estado de salud de los individuos y las poblaciones observados desde el siglo XIX por investigadores como Virchow, Snow, Villermé y Chadwick, quienes además de evidenciar un “*origen social*” de muchas de los padecimientos de su época, recomendaron a sus gobiernos pautas para mejorar la salud de la población, que fueron retomadas en la época contemporánea a través de los requisitos para la salud que describe la Carta de Ottawa: “paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad” (Terris, 1996).

Este documento alude no solo a los singulares avances propuestos por los investigadores de la “*medicina social*” del siglo XIX, sino que también plasma referentes del siglo XX como los trabajos de Thomas McKeown (1912- 1988), de forma que sus gestores apuntaban hacia un abordaje que tomara en cuenta no solo las acciones curativas y actuaciones preventivas sobre conductas individuales que se popularizaron en los años cincuenta, sino que introducen un nuevo punto de análisis en donde la salud pasaba de ser “un estado de bienestar completo” o el resultado del “*impacto de los determinantes de la salud*”, a ser considerado un elemento en sí mismo o “un recurso para vivir” (Kickbusch, 2007).

Desde esta perspectiva, la Carta de Ottawa y su concepto de salud se han considerado como parte de la “*Tercera Revolución en Salud*” (Breslow, 1999), al plantear que la ***promoción de la salud*** toma en cuenta la perspectiva del anterior enfoque de la salud basado en los llamados *determinantes de la salud*.

Es en esta parte donde debemos indicar que la **Educación para la Salud**, en el ámbito sanitario, está descrita como *Educación Sanitaria*, y para (Salleras, 1990) es un proceso que informe, forme, motive y ayude a la población a adoptar y mantener conductas y estilos de vida saludables, y propugne los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos.

Y así, la OMS en 1983 define **Educación para la Salud** como “Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la

que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite.”

Y más tarde, la Organización Mundial de la Salud define en su Glosario (WHO, 1998): “**La Educación para la Salud** comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, 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.”

Es muy probable que las *prácticas de educación para la salud* sean tan antiguas como la misma preocupación del hombre por la conservación y mejora de la salud, por la superación de la enfermedad. Dando un gran salto en el tiempo, es preciso destacar el papel desempeñado hasta época reciente y aún en la actualidad por los médicos rurales como difusores de cultura médica entre la población... En nuestros días también, los profesionales de la medicina continúan siendo un agente educador de primer orden a través de los centros de atención primaria, de las escuelas ubicadas en los hospitales, de los servicios de rehabilitación de los mismos, de las consultas situadas en las penitenciarías o de los gabinetes médicos en los centros de atención a drogodependientes, etc. (Pino,2001; Piédrola, 2003; Vigarello, 2009). Citado por (Rosales, 2014). Citado en: (OPS, 2002).

Concluyendo, la salud y la educación son, pues dos conceptos no sólo compatibles sino tan interrelacionados que no puede existir el uno sin el otro. Cuando se habla del pleno desarrollo de las personas se contemplan tanto los aspectos físicos y psíquicos como los sociales. Los objetivos de la educación coinciden en esta perspectiva con las metas de la promoción de la salud.

En la Declaración de Bogotá (1992), se menciona que: "La promoción de la salud de América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general

como propósito fundamental del desarrollo." En ese documento se destaca la necesidad de impulsar políticas sociales, que reduzcan las inequidades en esta región.

3.6.2 La Educación para la Salud en el Estado de México

A raíz de la preocupación por el entonces gobernador del Estado de México Dr. Jorge Jiménez Cantú (período comprendido de 1975-1981) de incluir en la Educación Básica asesorías por profesionales del área médica para que atendieran problemas de salud de los escolares y que promovieran el cuidado de su salud, por lo que en el año de 1977 en el Estado de México se crea el Departamento de Educación para la Salud, quien se encargaría de asesorar, impulsar y promover el programa de Educación para la salud a través de los Asesores (ahora coordinadores de área) y promotores (promovedores de la salud) en las instituciones de Educación Básica, dirigiéndose tanto a los docentes, alumnos y padres de familia; creando relaciones interinstitucionales con la Secretaría de Salubridad, IMSS y Centros de Integración Juvenil.

De 1987 a 1993 el Departamento de se concentra en las áreas siguientes:

- Educación ambiental y ecología
- Prevención de enfermedades
- Emergencias y primeros auxilios
- Salud mental y educación de la sexualidad

Este periodo se caracterizó por tomar como base los planes y programas de estudio de la SEP para relacionarlos con las actividades de intervención en la comunidad a través de la integración del diagnóstico escolar de salud, que permitió la adecuada planeación y puesta en marcha de las actividades, tomando en cuenta las características de cada institución educativa (Esquivel, 2014). En el año de 1994 dicho Departamento modifica su nombre al de Departamento de Educación Ambiental y Salud en donde se incluyen las siguientes acciones:

- Apoyo a contenidos programáticos.

- Actividades comunitarias en apoyo a las acciones inicialmente emprendidas

Alrededor del año 2000 se fusiona el Departamento de Educación Ambiental y Salud con el Departamento de Educación Artística y Educación Física, denominándose entonces Departamento de Educación Complementaria, en 2004 cambia nuevamente su denominación al Departamento de Apoyo a la Educación que hasta la fecha se le denomina Subdirección de Apoyo a la Educación a partir del año 2011. La ahora Subdirección de Apoyo a la Educación brinda atención a todos los municipios del estado de México en los niveles de educación preescolar y primaria, conservando hasta la fecha la esencia de su misión, que de acuerdo con la Subdirección es la siguiente: “Somos un grupo de profesionales en salud que contribuye a educar para la vida y fomentar la observancia de los valores universales”, pretendiendo mediante la misión: “Ser un equipo de educación para la salud que promuevan estilos de vida saludables en la comunidad” (Departamento de apoyo a la educación, 2005, s/p)..

- Apoyo a contenidos programáticos de preescolar y primaria
- Educación ambiental y ecología
- Prevención de enfermedades
- Emergencias y primeros auxilios
- Salud mental y educación para la sexualidad
- Programa de bosques y viveros (Esquivel, 2014)

Siendo la Educación para la Salud una práctica social concreta, que se establece entre determinados sujetos profesionales y usuarios (grupos) que actúan en el interior de las instituciones, en busca de autonomía, capaces de elegir y tomar decisiones, considerando valores éticos de justicia, solidaridad, productividad y equidad, actuando como educadores (promotores de Educación para la Salud) en su relación con el otro (individuo, grupo, comunidad), favoreciendo entornos saludables y estilos de vida para poder ofrecerse en sí mismos una mejor calidad de vida.

3.7 Intervención en Educación para la Salud

La intervención en el área de EPS se ha venido dando en el área desde sus inicios en una planeación anual a través de la cual se programaban alrededor de 100 a 150 actividades a desarrollar en todo un ciclo escolar en las instituciones educativas que cuentan con el servicio del área, en base a los temas del programa curricular tanto del nivel educativo (preescolar o primaria) como del grado en atención, desde hace aproximadamente cuatro años se vienen programando las actividades en un plan de intervención en el que destaca la elaboración de un diagnóstico más concreto de las necesidades de la escuela y la comunidad, basando la intervención en la metodología de investigación acción, la cual ha dado mayores resultados, puesto que permite llevar un seguimiento más preciso de los avances, sin embargo debido a la alta matrícula en atención del promotor del área dichas acciones no tienen el impacto deseado en la comunidad escolar, además las ocupaciones de los padres de familia no les permiten en la mayoría de las ocasiones asistir a las actividades de asesoría, taller u orientación que imparte el promotor del área por lo que no se empatan los conocimientos y se vuelve una discordancia entre lo que enseña la escuela y lo que enseña la familia.

En lo que se refiere al tema se hace necesario identificar lo que significa el *término intervención* que hace referencia a la acción de participar o tomar parte en alguna situación o en alguna cuestión. La intervención puede ser muy variada dependiendo de cada caso particular pero siempre supone algún tipo de compromiso o interés. En términos generales, la palabra intervenir como verbo hace referencia siempre a la acción que una persona, una entidad, una institución, una fuerza o grupo de personas realizan ante un evento. *Esa intervención tiene un objetivo específico* y no es casual si no que por lo general está *dirigida a un fin particular*. La intervención es normalmente voluntaria ya sea por cuestión solidaria o porque quien la lleva a cabo tiene un interés o una responsabilidad sobre ese acto. Así, es común hablar de intervenciones en muchos ámbitos, como lo es en medicina, la milicia, la política, etc. (ABC, 2018).

En lo que se refiere a la **intervención en la salud**, se refiere a todo aquel esfuerzo que tiene como objeto promover buenos comportamientos relacionados con la salud (como, por ejemplo, realizar ejercicio físico) o prevenir o evitar malos comportamientos

relacionados con la salud (por ejemplo, promoviendo la interrupción del consumo de tabaco o desalentando el consumo de sustancias ilícitas o el consumo excesivo de bebidas alcohólicas). Las intervenciones en la salud pueden aplicarse a distintos tipos de organizaciones: instituciones de salud y organizaciones de la iniciativa privada (Wikipedia, 2018). En nuestro caso lo realiza el área de EPS en el Estado de México.

El abordaje integral implica la implementación de intervenciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para los problemas de salud. Se requiere la aplicación de actividades educativas en diferentes niveles de acuerdo con la naturaleza del problema. Por lo tanto una intervención en un problema de salud puede requerir de la aplicación de la educación para la salud en los siguientes niveles, conocidos como niveles de intervención de EPS:

1. Educación masiva
2. Educación grupal
3. Educación individual

Un ejemplo de estos niveles de intervención es una Campaña contra el Dengue, en la educación masiva que se daría a partir de la promoción de carteles, trípticos, medios de comunicación como la radio, la televisión, otra forma es el Internet. En lo que se refiere a la educación grupal, esta consiste en impartir pláticas y/o asesorías a las comunidades de alto riesgo, así como aquellas cercanas y en las escuelas de las comunidades que padecen el problema, la educación individual va dirigida a la educación del paciente con dengue y a su familia sobre el manejo del paciente y la prevención de la enfermedad en el resto de la familia.

Sin embargo como lo dice Cardaci (s/f) “Es difícil convencer a alguien de que deje un hábito, ya que cuando se le dice que abandone algo, aparentemente tan simple como un riesgo para la salud definido médicamente, en realidad se le está pidiendo que renuncie a algo altamente complejo de su vida que puede estar teniendo para él los más variados significados”.

La promoción de la salud va más allá de aconsejar, evitar u orientar a la población a hacer o dejar de hacer ciertas actividades individuales o grupales, la promoción de la

salud debe consistir en una intervención de convencimiento, análisis, crítica, reflexión de lo que el individuo o la población están haciendo y que los está poniendo en riesgo de padecer ciertas enfermedades que ellos mismos pueden evitar, como pueden ser infecciones gastrointestinales, respiratorias, infecto-contagiosas, etc., además de considerar la influencia de factores sociales, políticos, económicos y medioambientales en sus problemas de salud, esto no es tan fácil de realizar debido a los contextos en los que se desenvuelve el individuo y a su sistema de creencias y valores que práctica, sin embargo tampoco es imposible modificar los comportamientos negativos hacia los estilos de vida saludables, es cuestión de *educación*, una educación basada en una serie de estrategias que le permitan al educador llegar a la sensibilización del individuo llevándolo al aprendizaje y experiencias para lograr un cambio de conducta y como consecuencia de actitudes y comportamientos, a lo que se le debe dar un seguimiento, observar y medir que tanto se avanza, para poder realizar una evaluación de los logros obtenidos en base a los objetivos planteados.

Desde una perspectiva de promoción de la salud, la salud y la ausencia de enfermedad no son realidades equiparables, ya que introduce además variables ecológicas y de capacitación personal, cuestionando la validez de una referencia exclusiva a la enfermedad. Costa y López (2008; 43) citan a Kickbusch (1984) quien afirma que “Conservar el estado de salud, objetivo prioritario de la prevención, no parece estar en sintonía con una visión positiva de una salud que mejora y avanza, sino más bien con una salud que pretende quedarse como está”, y sostienen lo siguiente: Las limitaciones del enfoque preventivo han dado paso a un modelo educativo cuyos objetivos son la capacitación, potenciación o empoderamiento (Albee, 1980; Rappaport, 1981; Costa y López, 1986, 2006; Wallerstein, 2006) de los recursos personales y del contexto y el poder y el control de las personas y los grupos para decidir e influir en todo aquello que afecte a su vida, a su salud y a su bienestar (Modelo de Potenciación o de Competencia) Citado por (Díez, 2014).

En esta perspectiva, la salud es un concepto positivo que implica potenciación del individuo para desarrollarse e influir positivamente en su entorno. El concepto de

potenciación (dar poder) se refiere a la capacidad de la gente para tomar decisiones que afectan a sus vidas y a los determinantes personales y ambientales de salud, así como para asegurar su adaptación continua a nuevas y cambiantes exigencias del entorno. Desde esta perspectiva, los objetivos de la EpS se orientarían a capacitar a los individuos para: a) definir sus propios problemas y necesidades; b) comprender lo que pueden hacer acerca de esos problemas con sus propios recursos y apoyos externos, y c) promover las acciones más apropiadas para fomentar una vida sana y el bienestar de la comunidad (Costa y López, 1996; 32).

De hecho, las prácticas de salud y/o de riesgo no son conductas aisladas. Por el contrario, entrañan verdaderas constelaciones de comportamientos más o menos organizados, más o menos complejos y coherentes, más o menos estables y duraderos y, todos ellos, fuertemente impregnados del contexto en el que viven los niños y adolescentes. A estas constelaciones de comportamientos las denominamos estilos de vida.

En este sentido, para Perea Quesada (2004; 18):

“La Educación para la Salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en un entramado de comportamientos que forman los estilos de vida saludable”

La necesidad de realizar intervenciones de Educación para la Salud en las escuelas viene avalada por muchas iniciativas internacionales impulsadas por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES) y otras. Durante estas dos últimas décadas han ido evolucionando una serie de estrategias y programas, con nombres tan diversos como Escuelas Promotoras de Salud, Salud Escolar Integral o la Iniciativa Focusing Resources on Effective School Health(FRESH). (Díez, 2014)

3.7.1 Intervención en EPS

Para el caso de la EPS en el estado de México, en la escuela la intervención grupal va dirigida a la población escolar, en la que después de indagar las condiciones de salud en las que se encuentra la comunidad educativa, se realiza un plan de intervención basado en la **Investigación Acción**. La investigación acción basada en el autor de A. Latorre, quien define la educación como:

“La educación se concibe como una acción intencional, propositiva, que se rige por reglas sociales, no por leyes científicas. La enseñanza deja de ser una técnica, un saber aplicar la teoría, para constituirse en un proceso reflexivo sobre la propia práctica que lleva a una mayor comprensión de las prácticas y contextos institucionales”.

En lo relacionado a la investigación en el profesorado dice A.Latorre:

“...un profesorado con capacidad para reflexionar sobre la práctica y para adaptarse a las situaciones cambiantes del aula y del contexto social; la figura de un profesorado intelectual, crítico, capaz de cuestionar, indagar, analizar e interpretar las prácticas y situaciones académicas que el quehacer docente conlleva. Esta idea es la que vamos a desarrollar más adelante: la de un profesorado investigador, reflexivo, crítico e innovador de su práctica educativa”.

Es decir un docente que esté dispuesto a la investigación tendrá la oportunidad de identificar en donde se encuentran los problemas o las dificultades en su práctica docente, indagar sobre ellos, reflexionar sobre ellos y proponer acciones de intervención que den solución a los hechos que dificultan el avance, lo que lo llevara a la mejora de su práctica educativa. Es por ello que en EPS nos basamos en esta postura, en la que buscamos la mejora de las actitudes de los alumnos rumbo a estilos de vida que les permitan una mejor calidad de vida ahora y cuando sean adultos. Para lograrlo se guía y orienta a los promotores del área en la investigación de las dificultades que existen para lograr realizar una práctica de EPS más profunda, basada en hechos reales que realmente lleve al alumno a reflexionar, analizar y comprender las consecuencias de sus comportamientos y lo importante que es modificar sus actitudes para evitar padecer

enfermedades que pueden ser prevenibles y no solo eso, realizar acciones que favorezcan el goce pleno de su salud, la de su familia y la de su comunidad.

Dicha postura no es nueva, no estamos descubriendo nada, es simplemente el ejercer una práctica docente un tanto diferente a la tradicional y que es más específica, por lo tanto genera un mayor avance y como consecuencia mejores resultados.

Lo que hace A. Latorre es basarse en la reflexión en la acción como epistemología, que parte de la propia acción docente y que capacita a los profesionales para comprender mejor los problemas, desarrollando la habilidad de examinar y explorar aquellas partes inciertas de la práctica, lo que resultara en nuevas estrategias de acción, con nuevas formas de búsqueda, teorías y categorías de comprensión para afrontar y definir las situaciones problemáticas.

Sin lugar a dudas, desde la profesionalización del docente, entendida ésta como el proceso a través del cual adquiere una formación epistemológica, teórica, metodológica y estratégica para estudiar, comprender y transformar su práctica educativa, optamos por *la investigación-acción*. Pensamos que no todas las metodologías de investigación sirven para indagar la práctica profesional; dependerá de los propósitos y de las metas que deseemos alcanzar. En el caso del profesorado, la finalidad es mejorar, innovar, comprender los contextos educativos, teniendo como meta la calidad de la educación

El término "investigación acción" proviene del autor Kurt Lewis y fue utilizado por primera vez en 1944. Describía una forma de investigación que podía ligar el enfoque experimental de la ciencia social con programas de acción social que respondiera a los problemas sociales principales de ese entonces. Mediante la investigación -acción, Lewis argumentaba que se podía lograr en forma simultáneas avances teóricos y cambios sociales. Para la función de EPS nos acercamos más a la definición que da Elliot (1993), definiendo la investigación –acción como:

“Un estudio de la situación social con el fin de mejorar la calidad de la acción dentro de la misma”

Entendiéndola como una reflexión sobre las acciones humanas y las situaciones sociales vividas por el profesorado que tiene como objetivo ampliar la comprensión (diagnóstico) de los docentes de sus problemas prácticos (Rodríguez & Herráiz, 2011)

Lewin (1946) contempla la necesidad de la investigación, de la acción y de la formación como tres elementos esenciales para el desarrollo profesional. Los tres vértices del ángulo deben permanecer unidos en beneficio de sus tres componentes.



Figura 9, La investigación – acción. Retomada de (Rodríguez & Herráiz, 2011)
Según este autor la investigación acción tiene un doble propósito, de acción para cambiar una organización o institución, y de investigación para generar conocimiento y comprensión.

3.7.2 Características de la investigación-acción

Kemmis y McTaggart (1988) han descrito con amplitud las características de la investigación-acción. Las líneas que siguen son una síntesis de su exposición. Como rasgos más destacados de la investigación-acción reseñamos los siguientes:

- Es participativa. Las personas trabajan con la intención de mejorar sus propias prácticas.
- La investigación sigue una espiral introspectiva: una espiral de ciclos de planificación, acción, observación y reflexión.
- Es colaborativa, se realiza en grupo por las personas implicadas.
- Crea comunidades autocríticas de personas que participan y colaboran en todas las fases del proceso de investigación.
- Es un proceso sistemático de aprendizaje, orientado a la praxis (acción críticamente informada y comprometida).
- Induce a teorizar sobre la práctica.
- Somete a prueba las prácticas, las ideas y las suposiciones.
- Implica registrar, recopilar, analizar nuestros propios juicios, reacciones e impresiones en torno a lo que ocurre; exige llevar un diario personal en el que se registran nuestras reflexiones.

- Es un proceso político porque implica cambios que afectan a las personas.
- Realiza análisis críticos de las situaciones.
- Procede progresivamente a cambios más amplios.
- Empieza con pequeños ciclos de planificación, acción, observación y reflexión, avanzando hacia problemas de más envergadura; la inician pequeños grupos de colaboradores, expandiéndose gradualmente a un número mayor de personas (Latorre, 2003)

Dentro de los propósitos de la investigación-acción, esta:

- Mejorar y/o transformar la práctica social y/o educativa, a la vez que procurar una mejor comprensión de dicha práctica.
- Articular de manera permanente la investigación, la acción y la formación.
- Acercarse a la realidad: vinculando el cambio y el conocimiento.
- Convertir a los prácticos en investigadores.

3.7.3 Modelos de investigación acción:

En la literatura que abordan el tema de la investigación-acción señalan tres tipos de investigación-acción: técnica, práctica y crítica emancipadora, que corresponden a tres visiones diferentes de la investigación-acción:

1. **La investigación-acción técnica**, cuyo propósito sería hacer más eficaces las prácticas sociales, mediante la participación del profesorado en programas de trabajo diseñados por personas expertas o un equipo, en los que aparecen prefijados los propósitos del mismo y el desarrollo metodológico que hay que seguir.
2. **La investigación-acción práctica** implica *transformación de la conciencia* de los participantes así como *cambio en las prácticas sociales*. La persona experta es un consultor del proceso, participa en el diálogo para apoyar la cooperación de los participantes, la participación activa y las prácticas sociales.
3. **La investigación-acción crítica, emancipatoria** incorpora las ideas de la teoría crítica. Se centra en la praxis educativa, intentando profundizar en la emancipación del profesorado (sus propósitos, prácticas rutinarias, creencias), a la vez que trata de vincular su acción a las coordenadas sociales y contextuales

en las que se desenvuelven, así como ampliar el cambio a otros ámbitos sociales. La investigación-acción emancipadora está íntimamente comprometida con la transformación de la organización y práctica educativa, pero también con la organización y práctica social. Para Carr y Kemmis (1986) sólo este tipo de investigación-acción es la verdadera (Latorre, 2003).

Al mismo tiempo se reconocen dos grandes vertientes o tendencias que se han diferenciado en las investigaciones llevadas a cabo con esta metodología, ellas son la *vertiente o tendencia sociológica* protagonizada principalmente por Fals Borda en Colombia y la *tendencia o vertiente educativa*, cuya paternidad se le asigna a Stenhouse y cuyo continuador es Elliott en Inglaterra. A su vez estas dos vertientes se han venido desarrollando en diferentes latitudes, dando origen a corrientes tales como la anglosajona, francesa, norteamericana, australiana y española entre otras. Toda esta gama de tendencias, modalidades y vertientes convierte a esta metodología en una opción que permite abordar diferentes problemáticas y en distintos escenarios, y muy especialmente en el contexto educativo, así como también lograr una contextualización de las investigaciones asumiendo la corriente que más se adecúe al ámbito social dónde se llevará a cabo dicha investigación y dónde se pretenden propiciar los cambios o transformaciones que es el propósito central de esta metodología (Colemanes & Piñero, 2008).

Los pasos para la investigación acción según Latorre (2003) son:

1. Identificación inicial de un problema, tema o propósito sobre el que indagar (analizar con cierto detalle la propia realidad para captar cómo ocurre y comprender por qué).
2. Elaborar un plan estratégico razonado de actuación (crear las condiciones para llevarlo a la práctica y realizarlo), controlar el curso, incidencias, consecuencias y resultados de su desarrollo.
3. Reflexionar críticamente sobre lo que sucedió, intentando elaborar una cierta teoría situacional y personal de todo el proceso.

En la intención de fortalecer y desarrollar estilos de vida saludables, EPS implementa un plan de intervención basado en la investigación-acción en un modelo práctico que conlleve a hacer una transformación en la conciencia de los participantes y se dé un cambio en las prácticas sociales de la comunidad educativa que brinde a toda la comunidad escolar una mejor calidad de vida a través de la práctica de actitudes positivas en el auto-cuidado de su salud.

CAPÍTULO 3

Marco Metodológico

3.8 Tipo de investigación

Esta investigación tendrá un **enfoque cualitativo** con un interaccionismo simbólico, en el enfoque cualitativo según los autores Blasco y Pérez (2007:25), señalan que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas, es la que produce datos **descriptivos**, empleada en la investigación de las ciencias sociales y busca la **comprensión** detallada de las perspectivas de otras personas. El interaccionismo simbólico (Herbert Blumer (1969) postula que la conducta humana solo puede comprenderse y explicarse en relación con los significados que las personas dan a las cosas y a sus acciones, también conocida como la “teoría del actor” que plantea la comprensión interpretativa de su realidad social., en la que la acción de las personas solo se puede comprender por la búsqueda de la significación que la acción reviste para ellos.

Además también en esta investigación se utilizará un **enfoque cuantitativo**, con una pretensión **explicativa**, derivándose de ella la predicción, la manipulación técnica y el control sobre los acontecimientos y hechos (Monjes, Álvarez A. Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa. Universidad Surcolombiana. Neiva 2011)

Pretendiéndose describir, comprender y explicar en el presente estudio las conductas que prevalecen en los escolares de sexto grado de primaria en tono a los estilos de salud que prevalecen en ellos, identificarlas y analizarlas a través de la observación y la aplicación de cuestionarios, por lo que también se empleara el enfoque cuantitativo para que de esa forma se puedan orientar a la mejorar de la intervención del promotor de Educación para la Salud, de tal forma que impacte en las actitudes de los escolares para la elección de estilos de vida saludables que les permitan tener una mejor calidad de vida.

Este trabajo de investigación se desarrollará mediante un **estudio descriptivo**, ya que según su definición por Dankhe (1986), “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier

otro fenómeno que sea sometido a análisis”, describir es medir; la investigación se realizará mediante la aplicación de las siguientes etapas:

1. Descripción del problema
2. Definición y formulación de hipótesis
3. Marco teórico
4. Selección de técnicas de recolección de datos
 - a) La población estará compuesta por escolares de 6° grado de primaria en escuelas de la coordinación de área de Educación para la Salud en la zona L023, de la ciudad de Toluca, estando incluidos en la muestra a 151 alumnos del turno matutino y a 68 alumnos del turno vespertino de la escuela primaria de San Mateo Otzacatipan, de la ciudad de Toluca, Estado de México.
 - b) La muestra se realizará en aproximadamente en 219 escolares de 6° grado de primaria de la coordinación de área L023, mediante la selección de una muestra, a través de la formula $n = \frac{N^2}{1 + N^2 e^2}$ donde n es el tamaño de la muestra que se obtiene, N es el número de elementos de la población y e es el error máximo que se tiene con un intervalo de confianza del 95.44%
5. Categorías de datos
6. Verificación de validez de instrumentos
7. Descripción, análisis e interpretación de datos

La investigación se realizará por el estudio de la aplicación de encuesta (tipo Likert). Todo ello con el deseo de describir, comprender y explicar en el presente estudio las conductas y actitudes que prevalecen en los escolares de sexto grado de primaria, identificarlas y analizarlas a través de la aplicación de cuestionarios, para que los resultados puedan orientar a la mejorar de la intervención del promotor de Educación para la Salud, de tal forma que impacte en las actitudes de los escolares para la elección de estilos de vida saludables que les permitan tener una mejor calidad de vida.

Presentándose a continuación en forma organizada la organización de la escala tipo Lickert.

| Objetivo: Identificar las actitudes de los alumnos de sexto grado de primaria dirigidas a estilos de vida saludables que orienten a la mejora de la intervención de los promotores de Educación para la Salud en la escuela. | | | | | |
|--|----------------------------|-------------------------------|----------------|---|-------------------------------------|
| Objetivos específicos | Indicador | Dimensión | Indicador | Preguntas del cuestionario | |
| Identificación de actitudes relacionadas con estilos de vida saludables de alumnos de sexto grado que han contado con asesorías del promotor de EPL durante seis años de haber cursado el nivel de primaria contrastado con la identificación de las mismas actitudes en alumnos que no han contado con las asesorías del promotor de EPS, con la finalidad de identificar las actitudes no favorables dirigidas a estilos de vida saludables. | Higiene | Actividades permanentes | | Hábitos de higiene personal | 1,2,3,4,5,6,7 y 8 |
| | Prevención de enfermedades | Prevención de enfermedades | de | Infecciones, vacunación atención médica. | 9,10,11,12,13 y 14 |
| | Adicciones | Salud (prevención adicciones) | mental de | Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo | 15,16,17 y 18 |
| | Seguridad | Emergencias primeros auxilios | y | Prevención de accidentes en la calle, en la casa y ante la presencia de un sismo | 19,20,21,22 y 23 |
| | Sexualidad | Salud educación sexualidad | mental y de la | SIDA, uso de preservativo, embarazo a temprana edad | 24,25 y 26 |
| | Convivencia escolar | Salud (convivencia armónica) | mental | Resolución de conflictos | 27 y 28 |
| | Alimentación y nutrición | Prevención de enfermedades | de | Obesidad, trastornos de la alimentación, refrigerio escolar, ingesta de refresco, consumo de alimentos industrializados, consumo de alimentos en la calle, desayuno, plato del bien comer, desinfección de verduras | 29,30,31,32,33,34, 35,36,37,38 y 39 |
| | Deporte | Salud (recreación) | mental | Ejercicio físico | 40 y 41 |
| | Descanso | Salud mental | | Uso del tiempo libre Hábitos de sueño | 42,43 y 44 |

Figura 10, en la que se muestra la estructura del origen de los enunciados en la Escala de tipo Lickert. Elaboración propia.

3.9 Etapas de la investigación

| ETAPA | DESCRIPCIÓN | ACTIVIDADES | ACTORES |
|---|--|---|--------------------------------------|
| <i>Delimitación del problema de estudio</i> | Definir el objeto de estudio y elegir una metodología adecuada | Revisión de investigaciones | Investigador |
| Revisión teórica | Ubicar el objeto de estudio en el marco del conocimiento desarrollado en el área | Consulta de fuentes hemerográficas, bibliográficas y digitales. | Investigador |
| Elaboración de instrumento | Establecer criterios organizados de los datos que se necesitan para la investigación | Elaboración del cuestionario , su validación y su diseño final | Investigador |
| Aplicación de instrumento | Acercarse a la realidad a través de la recolección de datos | Aplicación del cuestionario | Investigador Expertos Pilotaje |
| Análisis de datos | Agrupar resultados de acuerdo con los resultados que permitan inferir la situación real de la cuestión | Capturar y tabular los datos obtenidos Inferir conclusiones | Investigador |
| Redacción de resultados | Extraer resultados de investigación y ordenarlos en un todo coherente y comprensible | Redacción de resultados obtenidos | Investigador |

Figura 11, en la que se muestran las etapas de la investigación. Elaboración propia

3.10 Técnica e Instrumentos de Recolección de Información

Dónde, cuándo y cómo obtendremos la información

Siguiendo a Tejada (1997), es necesario considerar tres variables en la recogida de la información: lugar, tiempo y procedimiento. Para este caso la aplicación del cuestionario se realizara en el horario de trabajo de la promotora del área de Educación para la Salud con los alumnos objeto de estudio, con la finalidad de no distraer al docente y a los alumnos en su horario de clase.

Quién obtendrá los datos

Dadas las condiciones en la que se realizará la investigación los datos serán recogidos por el propio investigador.

Con qué instrumento obtendrá la información

Hernández, Fernández y Baptista (Ob. Cit.) define el instrumento como

“...aquel que registra datos observables que representan verdaderamente a los conceptos o variables que el investigador tiene en mente” (p. 242).

Se infiere que, el instrumento debe acercarse más al investigador a la realidad de los sujetos; es decir, aporta la mayor posibilidad a la representación fiel de las variables a estudiar. En nuestro caso utilizamos la técnica de la encuesta, bajo la modalidad de cuestionario como instrumento de registro diseñado para tal fin.

Esta investigación por lo tanto comprenderá la descripción, registro, análisis e interpretación del objeto de estudio, con la presentación de los resultados obtenidos de la aplicación de cuestionarios; el cuestionario es una técnica de recolección de información en la que el encuestado ha de responder a una serie de cuestiones acerca de sus opiniones, actitudes o conductas (McMillan y Schumacher, 2005); que para el caso de el presente estudio se utilizara la escala Likert, este tipo de escala originalmente fue creada por el psicólogo Rensis Likert.

La escala de Likert admite que la fuerza e intensidad de la experiencia es lineal, yendo desde un totalmente de acuerdo a un totalmente en desacuerdo (Likert, 1932 citado por Casas, 1999). Asumiendo que las actitudes pueden ser medidas. En lo que se refiere a las respuestas pueden ser ofrecidas en diferentes niveles de medición, permitiendo escalas de 5, 7 y 9 elementos configurados previamente. Siempre se debe tener un elemento neutral para aquellos usuarios que no estén ni de acuerdo ni en desacuerdo. Dicha escala está destinada a medir actitudes; predisposiciones individuales a actuar de cierta manera y en ciertos contextos específicos.

Los pasos que se siguen en la construcción de una escala de Likert, son:

1. Descripción de la actitud o variable que se va a medir.
2. Construcción de una serie de ítems relevantes a la actitud que se quiere medir. Este paso se conoce también con el término de “operacionalización de la variable”.

3. Administración de los ítems a una muestra de sujetos que van a actuar como jueces, para que les asignen puntajes, según su sentido positivo o negativo.
4. Se asignan los puntajes totales a los sujetos de acuerdo al tipo de respuesta en cada ítem (la suma es algebraica).
5. Aplicación de la escala provisoria a una muestra apropiada. Cálculo de los puntajes escalares individuales.
6. Análisis de los ítems utilizados para eliminar los que resulten inadecuados.
7. Construcción de la escala final, con base en los ítems seleccionados.
8. Categorización jerárquica de la escala.
9. Cálculo de la confiabilidad y validez de la escala.

Los cuestionamientos presentados en escala Likert, son enunciados concretos sobre la realidad objeto de estudio. Se redactaron de manera sencilla para que no exista ningún tipo de ambigüedad en tercera persona para que el encuestado pueda responderlas de manera sincera y clara sin sentirse identificado o agredido con el planteamiento de los enunciados, de forma que logren ser analizadas, tabuladas e interpretadas con facilidad.

Una vez que sabemos cuáles son las variables que intervendrán en nuestro estudio, habrá que establecer su tipo y definir para cada una de ellas los valores, escalas de medida y categorías que pueden tomar.

Un instrumento de medición debe cubrir dos requisitos: confiabilidad y validez.

3.11 Validez del instrumento

3.11.1 Análisis de resultados de la fase prepeba

Todo instrumento de medición debe cubrir dos requisitos esenciales: validez y confiabilidad. El referente metodológico para el proceso de validez se retomó principalmente de la propuesta de Escobar y Cuervo (2008), quienes elaboraron una plantilla de cuatro categorías: claridad, coherencia, relevancia y suficiencia; asimismo, definieron la validez de contenido por juicio de expertos como "una

opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones" (p. 29). De esa forma, resulta trascendente la elección de los jueces, ya que es importante dilucidar si se trata de personas conecedoras de la temática por su formación académica o su experiencia laboral. Aunado a ello, cabe considerar sus ocupaciones y concertar los tiempos para la realización de la tarea de validación (Alarcon, 2017).

La evaluación mediante el juicio de experto consiste, básicamente, en solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza, o su opinión respecto a un aspecto concreto (C, 2013). Como estrategia de evaluación presenta una serie de ventajas, como son: la teórica calidad de la respuesta que obtenemos de la persona, el nivel de profundización de la valoración que se nos ofrece, su facilidad de puesta en acción, la no exigencia de muchos requisitos técnicos y humanos para su ejecución, el poder utilizar en ella diferentes estrategias para recoger la información es de gran utilidad para determinar el conocimiento sobre contenidos y temáticas difíciles, complejas y novedosas o poco estudiadas, y la posibilidad de obtener información pormenorizada sobre el tema sometido a estudio, para lo cual es necesario poder contar con diferentes tipos de expertos (Cabero, 2001; Lanoy y Procaccia, 2001; Barroso y Cabero, 2011). En cuanto al número de expertos no hay un consenso establecido entre los autores, pero la mayoría recomienda un número no menor a 10 y no mayor a 50.

Este tipo de pruebas son de uso habitual en las Ciencias Sociales, y en este caso, permite obtener los rangos de variabilidad en la concordancia entre expertos, y en el caso de obtener un bajo nivel de concordancia, el ítem puede ajustarse o eliminarse hasta lograr el objetivo de medición deseado (Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, A., 2008).

En este sentido, la validez de contenido del instrumento fue expresada por profesionales, los coordinadores y promotores de EPLS, quienes revisaron e

hicieron las debidas correcciones en cuanto a claridad, coherencia, relevancia y suficiencia y otros aspectos que consideraron necesario realizar mejoras. Realizándose con 10 personas expertas en el área de EPS, de las cuales fueron cuatro coordinadores de área y seis promotores de EPS con gran experiencia en el campo, a las cuales se les solicito la revisión de cada enunciado, quienes según su criterio, su experiencia, el aspecto teórico de cada ítem, su pertinencia, la evaluación de la comprensión del instrumento de acuerdo a la edad de los alumnos y el número de enunciados. Las personas expertas profesionales del área de la salud, psicólogos, odontólogos, nutriólogos y médicos, tienen experiencia tanto en el sistema educativo como en el área de Educación para la Salud (entre 12 y 30 años de servicio en el área); siendo además cuatro personas con grado de Maestría, dos con Doctorado y 4 personas con especialidad en el área de la salud.

La validez de contenido se alcanza cuando los ítems que componen un instrumento representan el contenido que interesa medir, es decir, realmente contienen aspectos relevantes propios a cada subconstructo, los cuales, a su vez, definen al constructo latente. El instrumento que se entregó a las personas expertas estaba constituido por 44 ítems.

Parar lograr una estandarización en el trabajo que debía realizar con cada persona jueza se entregó el referente teórico y las orientaciones metodológicas. Para obtener la validez se realizaron ciertas correcciones al instrumento de investigación en cuanto al planteamiento de los enunciados, así como en el orden de los mismos.

Interpretación de resultados de la fase preprueba, del grupo control y preprueba del grupo experimental.

Una vez recopilado el criterio de las personas juezas se procedió a la sistematización y análisis de los aportes emitidos. Se utilizó una matriz de recopilación de datos. Se seleccionaron aquellos ítems en los que al menos cuatro personas juezas tuvieran un acuerdo con relación al subconstructo y al indicador

actitudinal que media; se corrigieron 7 ítems, porque, según el criterio de jueces, los enunciados no eran comprensibles para la edad de los alumnos del grupo en estudio, al igual que se incorporaron las recomendaciones relacionadas con aspectos de forma y redacción de cada ítem.

Para las personas expertas, el instrumento para medir actitud con 44 ítems explican el constructo latente “Actitud ante los estilos de vida saludables” mediante los subconstructos de higiene personal, adicciones y sexualidad dentro de los indicadores de actitud.

Al cumplirse éste procedimiento, las observaciones y sugerencias de los expertos, permitieron el rediseño del instrumento de medición, para luego someterlo a la confiabilidad.

3.11.2 Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad se refiere al grado de la aplicación repetida de un instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Silva, 2009)

Para fines de este estudio se utilizó la técnica de Alfa de Cronbach's, que se refiere a la homogeneidad de los ítems con escala tipo Lickert. Es el más común de los métodos usados para medir la consistencia interna, propuesto desde 1951 por Cronbach, cuyo procedimiento es la correlación a través de la varianza de cada ítem asociado por variables y la varianza de las puntuaciones totales, aplicable en escalas de estimación, escala de Lickert, cuestionario de preguntas cerradas con opciones policotómicas, test de aptitud verbal, test de aptitud no verbal y test psicológico.

Su fórmula estadística es la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_t^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

Criterio para evaluar al Coeficiente Alfa de Cronbach

Como criterio general, se sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los resultados del *Coeficientes de Alfa de Cronbach*:

Coeficiente alfa de Cronbach mayor a 0,9 es **Excelente**

Coeficiente alfa de Cronbach mayor a 0,8 y menor a 0,9 es **Bueno**

Coeficiente alfa de Cronbach mayor a 0,7 y menor a 0,8 **Aceptable**

Coeficiente alfa de Cronbach mayor a 0,6 y menor a 0,7 **Cuestionable**

Coeficiente alfa de Cronbach mayor a 0,5 y menor a 0,6 **Pobre**

Coeficiente alfa de Cronbach menor a 0,5 es **Inaceptable**

(Asesoría de tesis y trabajo de grado, 2014)

Para la ejecución del procedimiento metodológico entonces se aplicó la prueba piloto ya validada a 31 estudiantes de sexto grado de primaria de la escuela primaria “Jaime Nunó” que respondieran a la versión preliminar del instrumento que incorporaba las observaciones de las personas jueces. También, se les solicitó que indicaran problemas en la comprensión de un ítem. Este ejercicio permitió identificar que el tiempo de aplicación sería aproximadamente entre 30 y 40 minutos.

El grupo de estudiantes no presentó ninguna dificultad ni dudas ante las respuestas de los enunciados, lo que nos dio que los ítems estaban bien planteados, obteniéndose un puntaje de acuerdo a los criterios de Cronbach del 0.87, teniéndose un nivel bueno determinándose con ello la confiabilidad del instrumento en la investigación.

3.11.3 Población y muestra

Los datos serán suministrados por 151 alumnos de sexto grado de primaria del turno matutino y 68 alumnos del turno vespertino, dando un total de 219 alumnos encuestados, adscritos administrativamente a la Subdirección Regional de Educación Básica Toluca

3.11.4 Tabulación, Análisis y resultados

Se pretende examinar y analizar los resultados obtenidos en la investigación mediante el análisis de resultados de los cuestionarios aplicados a los alumnos de educación primaria de sexto grado de la escuela seleccionada, para poder explicarlos, comparar con el conocimiento previo del tema, que dé respuesta a la pregunta de investigación y compruebe o no la hipótesis establecida, determinando las limitantes del estudio

La investigación desarrollada es de tipo descriptivo. Se incluyó en este estudio a 151 alumnos en forma aleatoria del turno matutino que cuentan con la asesoría de una promotora de EPS y a 68 alumnos del turno vespertino que no cuentan dicha asesoría, en total se aplicaron cuestionarios a 219 alumnos de sexto grado de educación primaria, entre los 11 y los 13 años de edad y que asistieron en la fecha de aplicación del cuestionario a la escuela en el mes de abril de 2018.

Para la aplicación del instrumento, se les explico a los alumnos la finalidad del estudio, la importancia de su participación y en que consistía la aplicación del instrumento, la sinceridad en sus opiniones y la discrecionalidad de sus respuestas al no tener que registrar su nombre ni edad en el mismo. Posteriormente se procedió a la aplicación del cuestionario, generado en una escala de tipo Lickert, para determinar las actitudes en los que se definieran los estilos de vida en relación a la higiene, la prevención de enfermedades, las adicciones, la seguridad, sexualidad, convivencia escolar, la alimentación y nutrición, el deporte y el descanso, con la finalidad de diseñar una propuesta para reorientar la intervención del promotor de Educación para la Salud a favor de la comunidad escolar.

Al terminar la aplicación del instrumento de investigación, se procedió a realizar el análisis de los datos mediante estadística descriptiva. Para el procesamiento de la información se tomó como porcentaje el 100%, el cual correspondió a la frecuencia relativa (FR) y el número de estudiantes correspondió a la frecuencia absoluta (FA). Estadísticamente se realizó una distribución de frecuencias, para determinar el promedio aritmético.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.

3.12 RESULTADOS

1. Indicador 1. **HIGIENE PERSONAL**

En lo que respecta a este indicador, los resultados se resumen en la siguiente tabla:

| Media de puntuación del indicador Higiene con asesoría de EPS | | | | | Media de puntuación del indicador Higiene sin asesoría EPS | | | | | |
|--|---------------|------------|------------|-------------------|---|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Desfavorable | 1 | .7 | .7 | .7 | Desfavorable | 1 | .5 | .5 | 1.5 |
| | Favorable | 8 | 5.0 | 5.0 | 53.6 | Favorable | 3 | 4.4 | 4.4 | 5.9 |
| | Muy favorable | 7 | 4.0 | 4.0 | 10.0 | Muy favorable | 3 | 4.1 | 4.1 | 10.0 |
| | Total | 1 | 1 | 1 | | Total | 6 | 1 | 1 | |
| | | 51 | 100.0 | 100 | | | 8 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 1. HIGIENE

Como podemos apreciar en lo que respecta a los hábitos de higiene personal de los alumnos de sexto grado de primaria, como lo es el baño diario, *el uso adecuado de instalaciones sanitarias, la limpieza de habitaciones, el cepillado dental, el depósito de residuos sólidos y el uso correcto de la técnica de lavado de manos*, que corresponden a los ítems del 1 al 8, se tiene como resultado que las respuestas en un 46.4% son muy

favorables y en un 53% es favorable, dando una suma total del 99.3%, solamente un .7 % es desfavorable dando un total del 100% lo que nos indica que los alumnos de sexto grado del turno matutino que son los que cuentan con las asesorías de EPS, tienen actitudes saludables hacia el indicador de higiene personal, como lo es el baño diario, el cepillado dental, la correcta técnica del lavado de manos y el uso correcto de los sanitarios.

Comparado con los alumnos encuestados de sexto grado de primaria del mismo plantel escolar pero del turno vespertino que no cuentan con la asesoría de EPS, se observan cambios importantes como es el aumento a 1.5 en el aspecto de higiene desfavorable, además de un aumento importante en la sumatoria de 98.5% en lo que corresponde a las actitudes favorables y muy favorables, con una pequeña diferencia porcentual del .8% en cuanto a las actitudes dirigidas a la higiene personal. No se observan diferencias en forma significativa debido a que también los docentes trabajan dentro del aula con la formación y el fortalecimiento de los hábitos de higiene personal, situación que favorece en mucho hacia un comportamiento de los alumnos más acertado hacia este indicador.

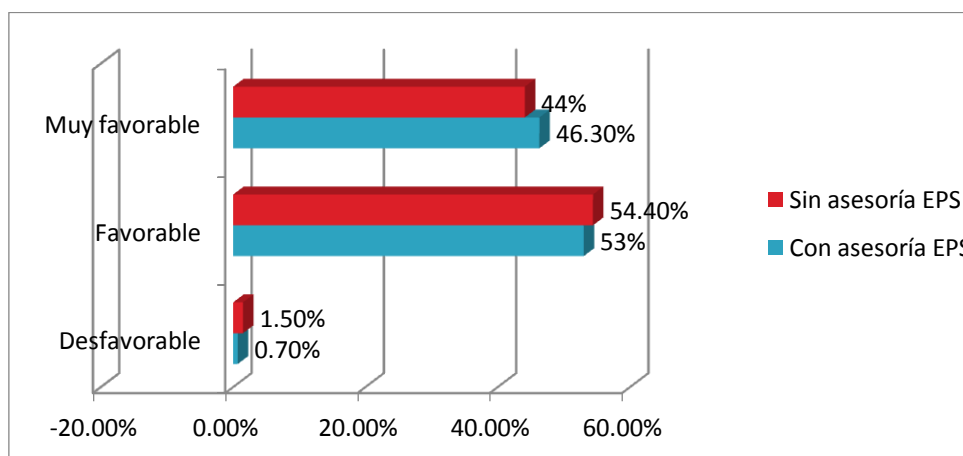


Ilustración 1. Indicador Higiene personal

Como podemos identificar en la ilustración 1 las actitudes de los alumnos con asesoría de EPS y sin asesoría son mínimas pero con ello se determina que los alumnos tienen como comportamiento definido hacia el cuidado por su higiene personal.

2. Indicador 2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Encontramos lo siguiente:

Media de puntuación del indicador Prevención de Enfermedades

con asesoría EPS

| Valido | | Frecuen | Porcent | Porcent | Porcent |
|--------|-----------|---------|---------|---------|---------|
| | | aje | aje | aje | aje |
| Valido | Desfavora | 6 | 4. | 4. | 4.0 |
| | ble | | 0 | 0 | |
| Valido | Favorable | 6 | 45 | 45 | 49. |
| | | 8 | .0 | .0 | 0 |
| Valido | Muy | 7 | 51 | 51 | 10 |
| | favorable | 7 | .0 | .0 | 0.0 |
| Valido | Total | 1 | 10 | 10 | |
| | | 51 | 0.0 | 0.0 | |

Media de puntuación del indicador Prevención de Enfermedades

sin asesoría de EPS

| Valido | | Frecuen | Porcentaj | Porcentaj | Porcentaj |
|--------|--------------|---------|-----------|-----------|-----------|
| | | e | e | e | e |
| Valido | Desfavorable | 1 | 1. | 1. | 1 |
| | | | 5 | 5 | .5 |
| Valido | Favorable | 3 | 5 | 5 | 5 |
| | | 6 | 2.9 | 2.9 | 4.4 |
| Valido | Muy | 3 | 4 | 4 | 1 |
| | favorable | 1 | 5.6 | 5.6 | 00.0 |
| Valido | Total | 6 | 1 | 1 | |
| | | 8 | 00.0 | 00.0 | |

Tabla 2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

En la tabla 2, comparativa, podemos identificar los resultados, observándose que en lo que se refiere a las actitudes de prevención de enfermedades que incluyen que corresponden a los ítems del 9 al 14 del cuestionario aplicado, incluyendo *la prevención de infecciones que causan enfermedades respiratorias agudas, el consumo de medicamento sin indicación médica, la atención dental por lo menos dos veces al año, la vacunación y la importancia del cuidado de la salud*; de los alumnos con asesoría existe una diferencia importante en lo que se refiere a la actitud desfavorable, para los alumnos sin asesoría es del 4%, mientras que para los alumnos sin asesoría es de 1.5%, llama la atención la diferencia, lo que nos hace ver que las asesorías de EPS no son de significancia para el alumnado. Por otro lado en lo que se refiere a la suma de actitudes favorables y muy favorables es del 96% para los alumnos con asesoría y del 98.5 para los alumnos sin asesoría, con una diferencia ponderal de 2.5% a favor del grupo en estudio sin asesoría de EPS.

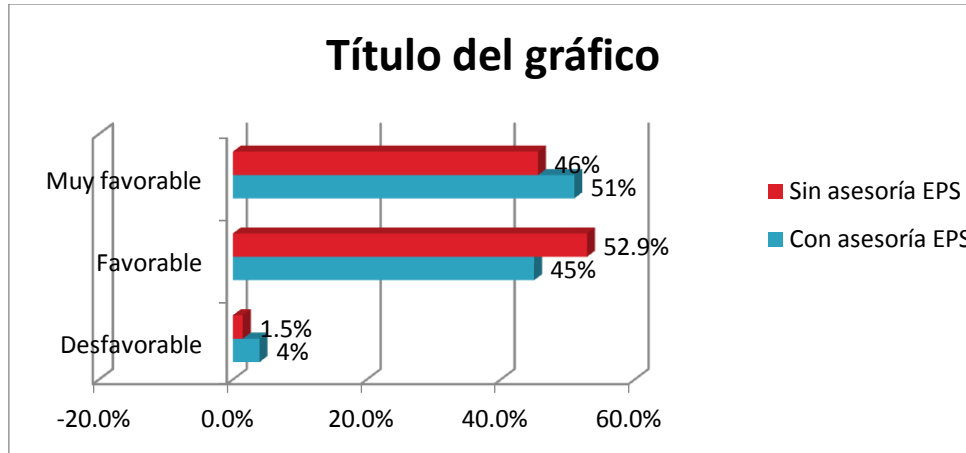


Ilustración 2. Indicador Prevención de enfermedades

En esta ilustración podemos observar las actitudes que predominan que son las “favorables” y “muy favorables”, lo que nos hace pensar que las acciones implementadas por parte del área han sido por un lado exitosas pero desde otra óptica se hace necesario identificar los factores que obstaculizan una mejora en el logro de los objetivos planteados por EPS.

3. Indicador 3. **PREVENCIÓN DE ADICCIONES.**

**Media de puntuación del indicador
Prevención de Adicciones
con asesoría EPS**

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Muy desfavorable | 9 | 60 | 60 | 60 |
| Desfavorable | 2 | 15 | 76 | 78 |
| Favorable | 4 | 30 | 86 | 86 |
| Muy favorable | 1 | 6 | 92 | 92 |
| Total | 16 | 100 | 100 | 100 |

**Media de puntuación del indicador
Prevención de Adicciones
sin asesoría EPS**

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Muy desfavorable | 4 | 61 | 61 | 61 |
| Desfavorable | 2 | 28 | 89 | 89 |
| Favorable | 1 | 14 | 100 | 100 |
| Muy favorable | 0 | 0 | 100 | 100 |
| Total | 7 | 100 | 100 | 100 |

Tabla 3. PREVENCIÓN DE ADICCIONES

En esta tabla comparativa, en la que se concentran actitudes frente a las adicciones que corresponden al *consumo de drogas, el uso del tabaco y la ingesta de bebidas alcohólicas*, relacionadas con los ítems 15 al 18, en esta parte llama mucho la atención los resultados que se observan, predominando la actitud “muy desfavorable y desfavorable” en ambas tablas, a pesar del trabajo de los temas relacionados de los libros de texto por los docentes de grupo y de las asesorías impartidas por EPS, podemos ver que existe un 76.8%, mientras que en los alumnos sin asesoría se observa un 82.4%, con una diferencia importante del 5.6%, lo que en este tema se refleja la influencia del promotor de EPS, quien fortalece la temática impartida por el docente y se identifica perfectamente su impacto sobre la actitud de los alumnos. En una suma de actitudes “favorables y muy favorables” tenemos un total del 23.2% con asesoría y del 17.6% en los alumnos sin asesoría de EPS, con una diferencia porcentual del 5.6%. En este indicador debido a los resultados obtenidos se hace relevante la mejora en la intervención del promotor del área con toda la comunidad escolar (docentes, alumnos y padres de familia).

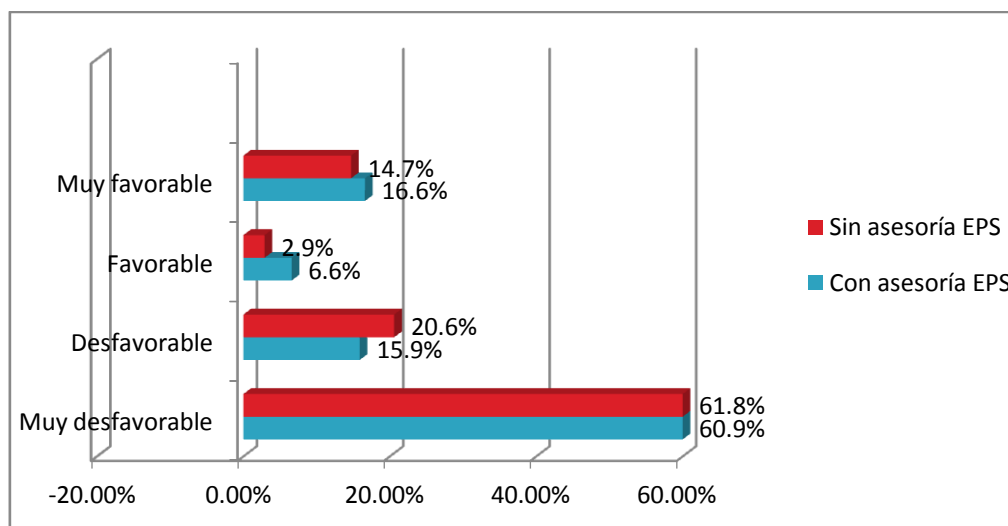


Ilustración 3. Prevención de adicciones

En la ilustración 3 podemos apreciar los porcentajes obtenidos en lo que se refiere a las actitudes en prevención de adicciones en los porcentajes tan drásticos que se reflejan y que llaman mucho la atención debido a la edad y contexto de los alumnos.

4. Indicador 4. **SEGURIDAD ESCOLAR.**

**Media de puntuación del indicador
Seguridad Escolar
con asesoría EPS**

| Valido | | Frecuen | Porcent | Porcent | Porcent |
|--------|-----------|---------|---------|------------|---------------|
| | | cia | aje | aje válido | aje acumulado |
| Valido | Desfavora | 4 | 2. | 2. | 2.6 |
| | ble | | 6 | 6 | |
| Valido | Favorable | 6 | 43 | 43 | 45. |
| | | 5 | .0 | .0 | 7 |
| Valido | Muy | 8 | 54 | 54 | 10 |
| | favorable | 2 | .3 | .3 | 0.0 |
| Valido | Total | 1 | 10 | 10 | |
| | | 51 | 0.0 | 0.0 | |

**Media de puntuación del indicador
Seguridad Escolar
sin asesoría de EPS**

| Valido | | Frecuen | Porcentaj | Porcentaj | Porcentaj |
|--------|--------------|---------|-----------|-----------|-------------|
| | | cia | e válido | e válido | e acumulado |
| Valido | Desfavorable | 5 | 7. | 7. | 7 |
| | | | 4 | 4 | .4 |
| Valido | Favorable | 2 | 3 | 3 | 4 |
| | | 7 | 9.7 | 9.7 | 7.1 |
| Valido | Muy | 3 | 5 | 5 | 1 |
| | favorable | 6 | 2.9 | 2.9 | 00.0 |
| Valido | Total | 6 | 1 | 1 | |
| | | 8 | 00.0 | 00.0 | |

Tabla 4. SEGURIDAD ESCOLAR

En la tabla número 4 se identifican actitudes desfavorables en un 2.6% para los alumnos con asesoría EPS y para los alumnos sin asesoría de un 7.4%, con una diferencia porcentual del 4.8%, lo que comparativamente denota el trabajo al respecto del promotor con los alumnos sobre temas de *prevención de accidentes en la vía pública, el uso del cinturón de seguridad al viajar en vehículo automovilístico, la realización de simulacros ante la presencia de siniestros y la prevención de accidentes en el hogar*, correspondiendo a los ítems del 19 al 23. En la sumatoria de las actitudes favorables y muy favorables se obtiene un total de 97.3% en alumnos con asesoría y sin ella del 92.6%, con una diferencia porcentual del 4.7%, lo que confirma la influencia del promotor del área con respecto a este indicador.

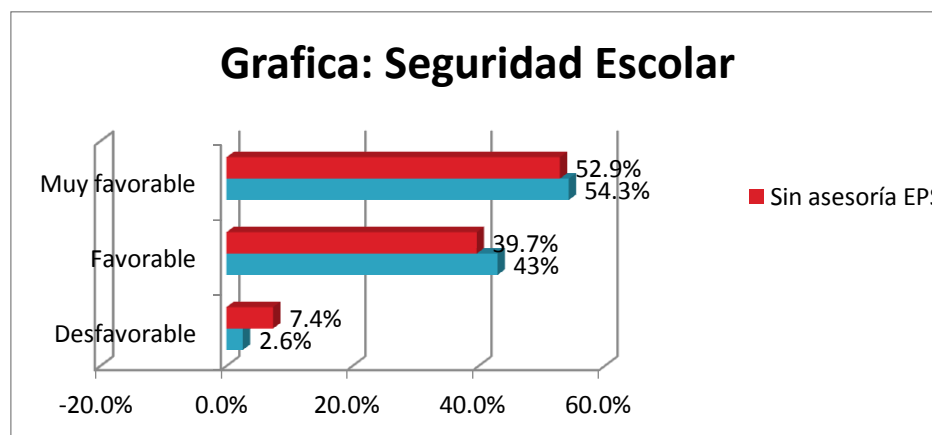


Ilustración 4. Seguridad Escolar

En la ilustración 4 se puede apreciar los resultados considerados como satisfactorios en lo que se refiere a la prevención de accidentes en el hogar, la vía pública y en la escuela, así como la realización y práctica de simulacros.

5. Indicador 5. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD.

Media de puntuación del indicador Educación para la Sexualidad con asesoría EPS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Muy desfavorable | 2 | 15.2 | 15.2 | 15.2 |
| Desfavorable | 7 | 47.0 | 47.0 | 62.2 |
| Favorable | 4 | 29.8 | 29.8 | 92.0 |
| Muy favorable | 1 | 7.0 | 7.0 | 100.0 |
| Total | 14 | 100.0 | 100.0 | |

Media de puntuación del indicador Educación para la Sexualidad sin asesoría EPS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Muy desfavorable | 6 | 88.0 | 88.0 | 88.0 |
| Desfavorable | 3 | 50.0 | 50.0 | 58.3 |
| Favorable | 2 | 29.4 | 29.4 | 87.7 |
| Muy favorable | 0 | 0.0 | 0.0 | 87.7 |
| Total | 11 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 5. Educación para la sexualidad

En la presente tabla comparativa, que incluye *actitudes ante el SIDA, el uso del preservativo y embarazos a temprana edad*, correspondiendo a los ítems del 24 al 26; encontramos que se vuelve a manifestar la situación de porcentajes más elevados en la actitud de “muy desfavorable y desfavorable” con un 62.2%, que llama mucho la atención para ser alumnos de sexto grado de primaria y además que cuentan con la

asesoría de EPS, mientras que los alumnos sin asesoría presentan actitudes del 58.8%, con una diferencia porcentual del 3.4%. En lo que se refiere a las actitudes muy favorables y favorables la sumatoria de porcentajes nos arroja un 37.7% para el primer grupo, mientras que para el segundo es del 41.2%, con una diferencia porcentual del 3.5%.

En este indicador sería muy importante investigar las causas de la actitud de los alumnos con la finalidad de identificar si es debido a los patrones socioculturales del contexto o bien porque los alumnos no tienen claros los temas de sexualidad, que desde cuarto grado están trabajando con el docente y con el promotor en el caso de los alumnos que cuentan con la asesoría de EPS.

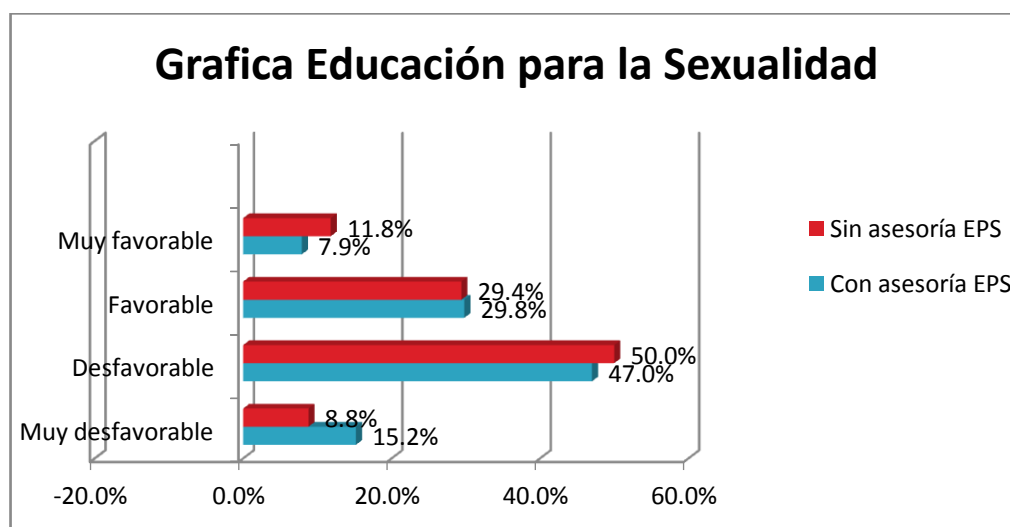


Ilustración 5. Educación para la Sexualidad

En la ilustración número 5 podemos identificar resultados muy desalentadores en lo que se refiere a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), el uso del preservativo y los embarazos a temprana edad.

6. Indicador 6. CONVIVENCIA ESCOLAR.

| Media de puntuación del indicador Convivencia Escolar con asesoría EPS | | | | | Media de puntuación del indicador Convivencia Escolar sin asesoría EPS | | | | |
|--|------------|------------|-------------------|----------------------|--|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Muy desfavorable | 1 | 7.3 | 7.3 | 7.3 | Muy desfavorable | 3 | 4.4 | 4.4 | 4.4 |
| Desfavorable | 8 | 57.0 | 57.0 | 64.3 | Desfavorable | 4 | 60.0 | 60.0 | 64.7 |
| | 6 | 38.7 | 38.7 | 100.0 | | 1 | 14.3 | 14.3 | 100.0 |
| Favorable | 3 | 23.1 | 23.1 | 88.4 | Favorable | 1 | 23.1 | 23.1 | 88.4 |
| | 6 | 38.7 | 38.7 | 100.0 | | 6 | 84.0 | 84.0 | 100.0 |
| Muy favorable | 1 | 7.3 | 7.3 | 100.0 | Muy favorable | 8 | 110.0 | 110.0 | 100.0 |
| | 8 | 57.0 | 57.0 | 100.0 | | 8 | 110.0 | 110.0 | 100.0 |
| Total | 15 | 100.0 | 100.0 | | Total | 14 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 6. Convivencia Escolar.

En esta tabla en la que se incluyen los ítems 27 y 28 del instrumento de investigación, podemos observar aspectos relacionados con **el manejo y resolución de conflictos**, que corresponden a los ítems 27 y 28 del cuestionario aplicado, encontrando como resultados que existe en ambos turnos, matutino con asesoría del promotor de EPS una sumatoria total de porcentajes elevados en la actitud de muy desfavorable y desfavorable, 64.3% y vespertino sin asesoría de EPS, con un 64.7%, mientras que en las actitudes de favorable y muy favorable un total de 35.3% en el que esperábamos obtener un resultado más alto, en el segundo grupo de la investigación se obtiene un 35.7%, solo con .4% de diferencia, lo cual es un foco rojo, debido a que tanto los docentes de grupo como el área de EPS planeamos acciones permanentes en este aspecto en lo que se refiere al Programa Nacional de Convivencia Escolar (PNCE) del ciclo escolar 2016-2017, con la finalidad de crear un clima de convivencia pacífica, incluyente y democrática en los salones de clase, sin embargo los resultados reflejan la presencia de la violencia escolar, que si bien es cierto ha disminuido, hace falta mucho por hacer para poder lograr establecer escuelas en las que se fomente la cultura de la legalidad y el respeto de los derechos humanos.

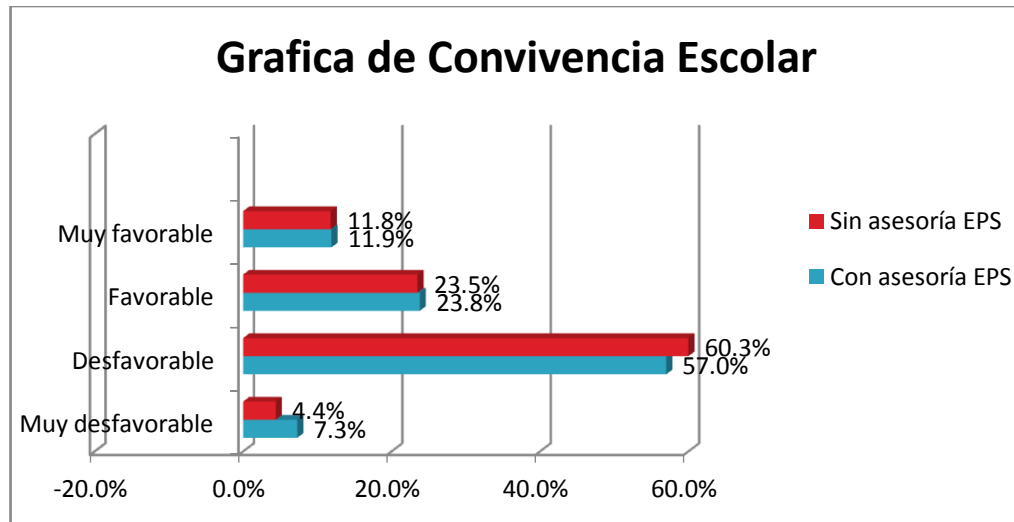


Ilustración 6. Indicador Convivencia Escolar.

En la presente ilustración se muestran resultados “desfavorables” en lo que se refiere a la convivencia escolar, en la que influyen de manera importante los aspectos socioculturales de la localidad donde se encuentran los alumnos de los grupos en estudio.

7. Indicador 7. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Media de puntuación del indicador Alimentación y Nutrición con asesoría EPS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Desfavorable | 4 | 2 | 27 | 27.8 |
| | 2 | 7.8 | .8 | |
| Favorable | 5 | 3 | 34 | 62.3 |
| | 2 | 4.4 | .4 | 3 |
| Muy favorable | 5 | 3 | 37 | 10 |
| | 7 | 7.7 | .7 | 0.0 |
| Total | 1 | 1 | 10 | |
| | 51 | 100.0 | 100.0 | |

Media de puntuación del indicador Alimentación y Nutrición sin asesoría EPS

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Desfavorable | 1 | 25 | 25 | 25.0 |
| | 7 | .0 | .0 | 0 |
| Favorable | 3 | 57 | 57 | 82.4 |
| | 9 | .4 | .4 | 4 |
| Muy favorable | 1 | 17 | 17 | 10 |
| | 2 | .6 | .6 | 0.0 |
| Total | 6 | 10 | 10 | |
| | 8 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 7. Alimentación y Nutrición.

En este indicador que corresponde a los ítems 29 al 39, que incluye aspectos de *obesidad, trastornos alimentarios, refrigerio escolar, consumo de alimentos del plato del bien comer y la jarra del buen beber, y el consumo de alimentos nutritivos en el establecimiento de consumo escolar (tiendas escolares)*, nos encontramos con resultados satisfactorios, sin embargo son mínimas las diferencias que se tienen al comparar los grupos con y sin asesoría de EPS, lo que debería ser muy diferente, debido a que en el área de salud se trabajan aspectos de alimentación y nutrición en forma permanente con la comunidad escolar (docentes, alumnos y padres de familia) durante el ciclo escolar, a través de asesorías, actividades lúdicas, demostraciones y talleres de preparación de alimentos nutritivos y de bajo costo, con resultados de un 27.8%, con una frecuencia de 42, mientras que en la sumatoria de actitudes de favorable y muy favorable se obtiene un total del 72.1% (con una frecuencia de 109), muy buenos resultados debido a que según la ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) 2016, se observó una prevalencia mayor de obesidad (15.35), no así de sobrepeso (17.9%) 1.9% menos que en 2012 (19.8%), lo que permite visualizar la importancia de trabajar este indicador con los alumnos, pero por otro lado al realizar la comparación con el grupo que no cuenta con asesoría se identifica un cambio pequeño pero significativo al no contar los alumnos del turno vespertino sin promotor de salud, identificándose actitud desfavorable de un 2.9%, mientras que la suma de favorable y muy favorable es del 75% (frecuencia 51), situación que requiere de la indagación de la forma de trabajo con respecto al tema de los docentes de grupo.

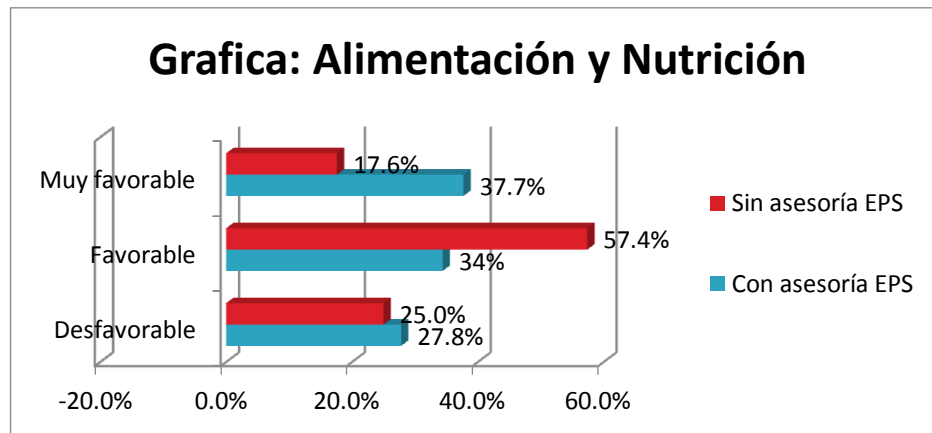


Ilustración 7. Alimentación y Nutrición.

En la ilustración 7 podemos observar resultados satisfactorios, aunque aún hace falta mucho por hacer, debido a que los programas nacionales de nutrición a nivel nacional como la aplicación del palto del buen comer y la jarra de buen beber, no ha llegado a tener el éxito esperado a pesar que se planean acciones en forma permanente por el promotor del área.

8. Indicador 8: **DEPORTE.**

**Media de puntuación del indicador
Deporte
con asesoría EPS**

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| Muy desfavorable | 1 | .7 | .7 | .7 |
| Desfavorable | 5 | 3.3 | 3.3 | 4.0 |
| Favorable | 21 | 13.9 | 13.9 | 17.9 |
| Muy favorable | 1 | 82.1 | 82.1 | 100.0 |
| Total | 51 | 100.0 | 100.0 | |

**Media de puntuación del indicador
Deporte
sin asesoría EPS**

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|--------------|-------------------|----------------------|
| Muy desfavorable | 2 | 2.9 | 2.9 | 2.9 |
| Desfavorable | 2 | 2.9 | 2.9 | 5.9 |
| Favorable | 6 | 8.6 | 8.6 | 14.5 |
| Muy favorable | 5 | 85.3 | 85.3 | 100.0 |
| Total | 8 | 100.0 | 100.0 | |

Tabla 8. Deporte.

En la comparación en lo que se refiere al indicador de deporte, que corresponde a los ítems 40 y 41 del cuestionario, se observa un muy buen resultado en ambas tablas, en el primer grupo que corresponde al que tiene asesorías de EPS, se tienen actitudes favorables y muy favorables del 96% (frecuencia del 145), y en el segundo grupo que no cuenta con asesoría un 94.1%, lo que se traduce en una diferencia del 1.9%, como podemos observar en este indicador se obtienen datos muy satisfactorios, posiblemente porque en la localidad de los alumnos en estudio acostumbran utilizar mucho la bicicleta para cualquier actividad cuentan con espacios en casa o en la vía pública para practicar algún deporte como futbol.

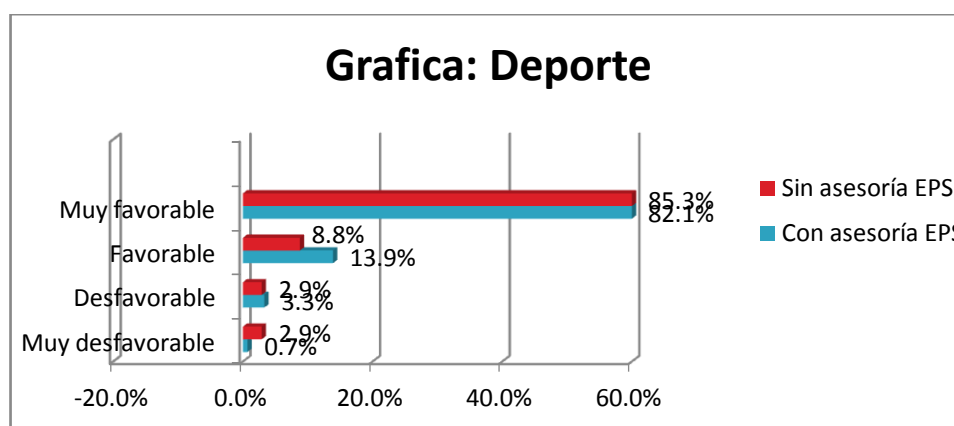


Ilustración 8. Deporte

En la ilustración número 8 se pueden apreciar resultados “muy favorables” en relación a la realización de actividad física para un mejor desarrollo físico e intelectual de los alumnos.

9. Indicador 9: **DESCANSO.**

| Media de puntuación del indicador Descanso con asesoría EPS | | | | | Media de puntuación del indicador Descanso sin asesoría EPS | | | | |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Muy desfavorable | 6 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | Muy desfavorable | 3 | 4.4 | 4.4 | 4.4 |
| Desfavorable | 8 | 58.3 | 58.3 | 62.3 | Desfavorable | 4 | 66.7 | 66.7 | 70.6 |
| | 8 | .3 | .3 | 3 | | 5 | .2 | .2 | 6 |
| Favorable | 4 | 27.1 | 27.1 | 89.4 | Favorable | 1 | 17.2 | 17.2 | 88.2 |
| | 1 | .2 | .2 | 4 | | 2 | .6 | .6 | 2 |
| Muy favorable | 1 | 10.0 | 10.0 | 10.0 | Muy favorable | 8 | 11.0 | 11.0 | 10.0 |
| | 6 | .6 | .6 | 0.0 | | 8 | .8 | .8 | 0.0 |
| Total | 1 | 10.0 | 10.0 | | Total | 6 | 10.0 | 10.0 | |
| | 51 | 0.0 | 0.0 | | | 8 | 0.0 | 0.0 | |

Tabla 9. Descanso.

En el comparativo de la tabla que corresponde a los ítems 42 al 44, en el que se incluye el tema de **descanso y sueño**, se registra una situación compleja para el nivel de edad que se está estudiando, la razón es que en el grupo que tiene la asesoría del promotor se tiene como total de la sumatoria de actitudes de muy desfavorable y desfavorable del 62.2% (frecuencia 94) y de la sumatoria de favorable y muy favorable se tiene un total del 37.8% (frecuencia 57) , en el grupo sin asesoría de EPS se tienen actitudes de muy desfavorable y desfavorable del 70.6% y de favorables y muy favorables del 29.6%, datos que son alarmantes debido a que los alumnos en este rango de edad entre los 11 y los 13 años requieren de un descanso, **Maslow** refiere que el sueño es una necesidad básica del ser humano, es un proceso universal común a todas las personas; los estudiantes que no tienen un sueño nocturno suficiente pueden presentar un descenso del rendimiento escolar, llegando a evitar o rechazar la realización de tareas educativas ocasionando esto hasta la deserción escolar (Lucas, 2013).

Por otro lado el descanso no es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad; la persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. Estos dos

aspectos nos dan la razón en cuanto a que es imprescindible que los alumnos del nivel de primaria tengan un descanso y un sueño que les permita renovar energías y recuperar su función neurocognitiva para todas las actividades que a esa edad se deben realizar intra y extra escolarmente.

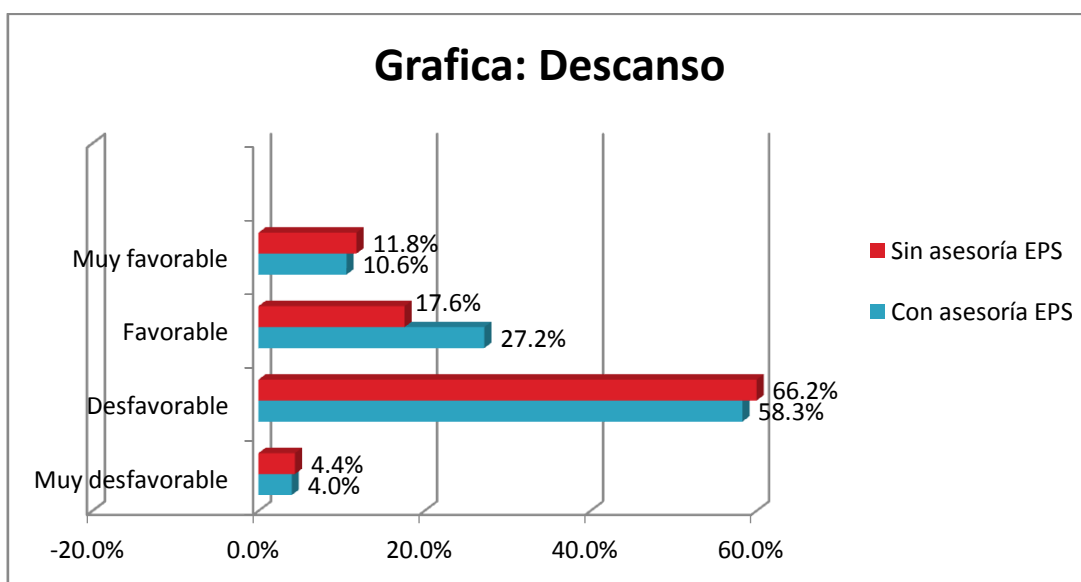


Ilustración 9. Indicador Descanso

En esta ilustración podemos identificar los resultados “desfavorables” en el indicador de descanso, para nosotros un hallazgo ya que no se le ha dado la importancia que ahora nos damos cuenta que requiere para un mejor desempeño del alumno en el aula.

3.13 CONCLUSIONES:

1. En lo que se refiere al indicador de Higiene Personal se observan resultados muy favorables en relación a la problemática que se presenta en la localidad en la que se ubica el plantel escolar de los alumnos en estudio; con una ligera diferencia entre los alumnos que cuentan con la asesoría del promotor de EPS y los que carecen de ella, sin embargo desde mi punto de vista para nosotros es una diferencia significativa debido a que es una temática que se planea y trabaja en forma permanente por el área, además del trabajo del docente que dedica una buena parte de su tiempo a la revisión de hábitos personales de higiene, lo que permite lograr mejores resultados.
2. En lo que respecta al indicador de Prevención de Enfermedades, se obtienen resultados que llaman mucho la atención en relación a los alumnos que cuentan con la asesoría de EPS, es decir que las medidas de prevención de enfermedades y cuidado de la salud presentan actitudes muy buenas en los alumnos con asesoría, pero son mejores en los alumnos que no cuentan con la asesoría del área, lo anterior se traduce en que desafortunadamente las asesorías impartidas por el área no han tenido un impacto total en el cien por ciento de los alumnos encuestados o bien que algunos alumnos presentan aún cierta falta de resiliencia para poder estar en completa armonía en el cuidado de su propia salud.
3. En el indicador de Prevención de Adicciones, en lo que se refiere al consumo de drogas, trabajo y alcohol, los resultados son muy desalentadores, en donde se presentan actitudes muy desfavorables con altos porcentajes en ambos grupos de alumnos en estudio, observándose en este indicador un favorecedor porcentaje del 5.6% en actitudes “favorables” y “muy favorables” del grupo que recibe las asesorías de EPS, lo que nos habla del impacto que tienen las acciones del promotor y los docentes al trabajar los temas relacionados con este indicador, sin embargo hace falta mucho por hacer debido a las cifras tan impactantes

(negativas) que se obtuvieron en la encuesta aplicada, lo que se debe considerar en el ajuste de la intervención por parte del área, al igual que de los docentes de grupo, aunado a la participación responsable y comprometida de los padres de familia para disminuir esta problemática que tanto daño ocasiona a la sociedad debido a las secuelas que dejan en ella.

4. En el indicador de Seguridad Escolar, los resultados son muy satisfactorios, aunque se debe seguir reforzando y mejorando tanto en el apartado académico como en la práctica; en el grupo de alumnos encuestados con asesoría del área en comparación con el grupo que no cuenta con ella se observa un beneficio porcentual del 4.7%, es decir que las actividades planeadas y ejecutadas con respecto a la prevención de accidentes en la vía pública y en la casa, así como la realización de simulacros en caso de sismo por EPS dan una diferencia importante, lo cual confirma que las acciones realizadas logran un impacto importante en los alumnos asesorados.
5. Educación para la Sexualidad, en este indicador se observan resultados muy poco alentadores, apareciendo nuevamente porcentajes muy elevados con respecto a las actitudes “muy desfavorables” y “desfavorables” , predominando estas últimas, lo que enciende una alerta roja en esta temática de atención emergente, debido a que actualmente se han elevado las tasas de embarazos en adolescentes, así como la presentación de VIH/SIDA por la falta de conocimiento y una adecuada conducción en la sexualidad de los adolescentes, lo que repercute en embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) que pueden ser prevenidas por los estudiantes.
6. Convivencia Escolar, en este indicador predominan resultados con actitudes “desfavorables” para ambos grupos de estudio, lo cual llama mucho la atención, debido a que se trabaja en forma permanente con los alumnos de todos los grados

el programa de Convivencia Escolar, tanto los docentes de grupo como el promotor del área, dejando ver con estos resultados la presencia de violencia escolar, que si ha disminuido pero no en el porcentaje esperado, haciendo falta implementar estrategias más impactantes en el alumnado que permitan reducir en forma importante los resultados ahora obtenidos, en esta parte se deben redoblar esfuerzos por parte de docentes, promotores y padres de familia para incidir favorablemente en la reducción de la violencia al interior de los planteles escolares.

7. Alimentación y Nutrición, en este indicador los resultados son optimistas, encontrando diferencias mínimas en la comparación de los grupos en estudio, sin embargo llama la atención el porcentaje más elevado en actitudes “muy favorables” del grupo que cuenta con las asesorías de EPS, situación alentadora para continuar reforzando las acciones planeadas y emprendidas en este tema, también se observa que entre un 25 y 30 por ciento de los alumnos encuestados no cuentan con actitudes favorecedoras en su hábitos de alimentación, lo que resulta posiblemente en el fortalecimiento y/o mejora de estrategias con respecto al tema que nos lleven a la obtención de resultados de mayor beneficio con la comunidad escolar, debido a que la alimentación y nutrición de los alumnos no depende directamente ni en su totalidad de los estudiantes, en esta parte los padres de familia y los establecimientos de consumo escolar (tiendas escolares) tienen mucho que ver con el desarrollo de hábitos alimenticios saludables, lo que llega a obstaculizar en cierta forma el logro de los objetivos planteados.
8. En el indicador de Deporte se obtienen muy buenos resultados en ambos grupos, con una diferencia mínima pero favorecedora para el grupo que cuenta con EPS, lo que da pauta para continuar trabajando con el fomento de la salud mental en los alumnos con la finalidad de fomentar el ejercicio físico que conlleve al alumno al desarrollo del hábito y que favorezca en un cuerpo sano en una mente sana.

9. Descanso, en este indicador se observan resultados no esperados, debido a que es algo que no se había identificado en los escolares, además es una situación compleja para el rango de edad de los estudiante en estudio que oscila entre los 11 y los 13 años de edad, predominando las actitudes “desfavorables”, correspondiendo al descanso y al sueño, teniendo como consecuencia que los alumnos lleguen cansados y con sueño a la escuela, lo que ocasiona un bajo rendimiento escolar así como la deserción de la misma, debido a que los alumnos no descansan lo suficiente para renovar energías y recuperar su funciones neurocognitivas por diversas situaciones como lo es ver hasta muy tarde la televisión, jugar o permanecer en la redes sociales con la tecnología o bien por otros factores ajenos al alumno, se hace necesario implementar en este aspecto implementar acciones que permitan sensibilizar al alumnos de la importancia que tiene el reposo y el dormir mínimo sus ocho horas que corresponden a la edad para mantenerse activo y alerta durante sus actividades escolares.
10. Los resultados obtenidos en este estudio nos indican que el trabajo del área de EPS ha tenido influencia favorable en los estudiantes, sin embargo hace falta redoblar esfuerzos con los docentes y los padres de familia ya que debe existir un mayor compromiso por parte de estos últimos en el logro de los objetivos establecidos hacía la adopción de estilos de vida saludables de la comunidad escolar, pero que no solo dependen del alumno sino de la intervención del padre y/o madre de familia que se involucre y de seguimiento a las actividades que se programan con el alumno para la obtención de mejores resultados.
11. La realidad de los resultados nos hacen ver que los programas nacionales como lo es en el aspecto de alimentación y nutrición así como el de convivencia escolar no arrojan los resultados esperados, lo que habrá de revisar y analizar más profundamente a través de los diferentes actores que implementan dichos programas en las instituciones escolares con el fin de modificar aquellas acciones que obstaculizan el logro de los objetivos planteados en esos temas.

12. Se deben implementar acciones y reforzar las ya existentes en EPS, en lo que se refiere a la prevención de adicciones, educación para la sexualidad, convivencia escolar, alimentación y nutrición, y el descanso, en un plan de intervención que nos ayude a mejorar los resultados obtenidos en el presente estudio.
13. Se debe investigar en otras escuelas que cuentan con el servicio del área los indicadores planteados en esta investigación con la finalidad de visualizar si la problemática indagada es de presentación particular o general para poder intervenir de acuerdo a las necesidades de cada una de ellas y mejorar los resultados en referencia al logro de estilos de vida saludables en la población escolar.
14. Proponer a las autoridades correspondientes su apoyo e intervención en la mejora de políticas públicas que dirijan su mirada a la prevención de problemas de salud en los escolares y sus familias con la finalidad de unir esfuerzos en la búsqueda de estilos de vida saludables para todos.
15. En lo que se refiere a las preguntas científicas de investigación en lo que corresponde al primer planteamiento: **¿Cuáles son los estilos de vida que prevalecen en los alumnos de sexto grado de primaria, después de haber tenido durante seis años asesorías del promotor de EPS?** Podemos decir que los estilos de vida que prevalecen en los alumnos de sexto grado de primaria que han contado con la asesoría de la promotora de EPS en lo que corresponde a los indicadores de higiene personal, prevención de enfermedades, seguridad escolar, alimentación y nutrición, así como deporte podemos decir que cuentan con un desarrollo *de hábitos y comportamientos sostenidos* según Jenkins (2005), que para este caso serían los desarrollados para mantener la salud y que promueven la longevidad o bien como lo menciona Florez (1994), prevalecen en este caso los estilos de vida salutogénicos (que tienden a la salud) tales como tener hábitos de ejercicio físico, una dieta balanceada, auto cuidado y cuidado médico,

habilidades sociales y prácticas adecuadas de higiene, entre otros, lo que resulta en actitudes, conductas y comportamientos favorables para el desarrollo y fortalecimiento de los estilos de vida saludables, coincidiendo con la visión del área en el logro de dichos objetivos, aunque es importante señalar que no todo está acabado, hace falta mucho por hacer para consolidar dichos hábitos en los alumnos de sexto grado de primaria refiriéndonos al grupo de investigación y que desafortunadamente ya no tendrán la posibilidad de contar con las asesorías del área para fortalecer y tal vez consolidar dichos hábitos y comportamientos en el nivel de secundarias ya que no existe en ese nivel dicha figura de apoyo.

Por otro lado, en los *indicadores de adicciones, educación para la sexualidad, convivencia escolar y descanso*, se presentan en este grupo de estudio *estilos de vida patogénicos*, según Jenkins (2005); estos estilos nada positivos para los adolescentes llaman mucho la atención en cuanto al alto porcentaje de presentación, debido a que en lo referente a convivencia existe el Programa Nacional de Convivencia Escolar que trabajan los docentes de grupo con los alumnos y que no está dando los resultados esperados según el presente estudio; en lo que corresponde al área de EPS, tampoco los resultados son favorables, debido a que son temas se trabajan en fechas especiales a conmemorar como la Semana Nacional y Estatal de Salud Mental del Adolescente, Día Mundial de Lucha contra el SIDA, Semana Nacional de Prevención del Alcoholismo, Día Mundial sin Tabaco, así como el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas (prevención de adicciones), además de la planeación y ejecución de actividades del área en relación a convivencia armónica, detección y canalización de conductas disruptivas, autoestima, asertividad, equidad de género, abordaje de temáticas de educación para la sexualidad, prevención de embarazo en los adolescentes y prevención de la violencia escolar, *es decir que los estilos de vida patogénicos son aquellos causantes de enfermedad* como lo es el sedentarismo que propicia enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, obesidad, el consumo de tabaco y alcohol, conductas sexuales de riesgo

y la falta de un horario satisfactorio del sueño y de descanso, este último considerado en la investigación como un hallazgo que no se había considerado con la importancia requerida, basándonos en este aspecto en Maslow, quien refiere que el sueño es una necesidad básica del ser humano, los estudiantes que no tienen un sueño nocturno suficiente pueden presentar un descenso en el rendimiento escolar, llegando a evitar o rechazar la realización de tareas educativas ocasionando hasta la deserción escolar (Lucas, 2013), esta postura se hace importantísima debido a que se culpa al docente del bajo rendimiento escolar tanto por parte de las autoridades educativas como por parte de los padres de familia al no obtener resultados de desempeño satisfactorios en los alumnos, pero que estos no dependen directamente del docente, más bien desde mi postura el descanso de los alumnos depende de la educación familiar en la que se deben establecer reglas en las horas de dormir al igual que el ocio que debe tener un estudiante para que pueda renovar energías y así poder recuperar sus funciones neurocognitivas. Por lo anterior expuesto se hace necesario implementar en este indicador acciones que mejoren las actitudes dirigidas hacia el descanso.

Por otro lado los resultados “desfavorables” obtenidos en los indicadores de *adicciones, educación para la sexualidad, convivencia escolar y descanso* estamos de acuerdo con Reyes (2011) quien refiere que los estilos de vida se van conformando a través de un proceso de formación que incluyen al seno familiar, la escuela y la sociedad, así como la toma de decisiones del individuo o bien del grupo al que pertenece y que está integrado por un conjunto de hábitos, conductas, costumbres, actividades y actitudes en las acciones ante las que se enfrenta día a día y las que elige el mismo individuo o grupo para su bienestar o no, teniendo la oportunidad de modificar los estilos aprendidos y re-aprender otros que sean más convenientes para una vida más saludable, lo que se le denomina el auto-cuidado, considerándose en esta parte las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que

se presentan” , para este caso se hace muy complejo el lograr desarrollar en los indicadores antes mencionados el éxito deseado ya que no depende directamente de la escuela el evitar este tipo de comportamientos ya que también estamos de acuerdo con Aguilar (2015), en donde menciona que influye más el contexto sociocultural en las actitudes de los alumnos debido a que los adolescentes inmersos en un entorno social negativo, este impide el desarrollo de sus capacidades, ejerciendo una influencia negativa y dificultando por tanto la expresión del joven.

“Todo individuo está inmerso en un entorno, interactúa con este medio que lo rodea, generando respuestas y recibiendo estímulos, que es recíproco producto de su interrelación... él o la adolescente posee ciertas herramientas que lo hacen “resistente” a estas influencias negativas, teniendo la capacidad de sobreponerse a las adversidades del medio, presentándose entonces en ese momento la resiliencia como una cualidad que “protege” en cierta forma al o él adolescente, permitiendo que se desarrolle positivamente...” (Aguilar, 2005).

Estos resultados tendrán que ser considerados por lo tanto para analizar y generar con los promotores integrantes de la coordinación de área L023 un plan de intervención (basado en la investigación acción) en el que se consideren los puntos antes expuestos, de tal forma que se integren estrategias que puedan derribar esos obstáculos que no nos permiten lograr los objetivos planteados en el área y que están relacionados con el desarrollo de estilos de vida saludables en los alumnos de las escuelas en atención, en los que se hace necesario involucrarse en el contexto para identificar dichas dificultades y lograr el éxito deseado con estrategias más pertinentes, haciéndose necesario introducir a la escuela un trabajo que sea más sistemático con la finalidad de introducir acciones con respecto a la educación de estilos y a las condiciones de vida, en el sentido de que los integrantes de la sociedad se hagan conscientes de que ellos mismos pueden apoyar en cambiar dichas condiciones.

En lo que se refiere al segundo planteamiento: **¿Qué estilos de vida prevalecen en los alumnos que no han contado con asesorías del promotor de EPS?** En este cuestionamiento podemos decir que existe una diferencia pequeña pero significativa que denota en este grupo de investigación la ausencia de la asesoría del promotor, pero es importante señalar que no en todos los indicadores se presenta esta diferencia como lo es en el indicador de higiene personal y prevención de enfermedades existiendo un mayor porcentaje de actitudes “favorables” y “muy Favorables” lo que inquieta y dirige hacia la investigación de la forma de trabajo de los docentes de grupo para poder identificar los elementos que hacen falta en el área para fortalecer con una mejor calidad dichos indicadores en EPS. Sin embargo hay indicadores en donde los resultados son menos favorables como lo es en los indicadores de adicciones, educación para la sexualidad, convivencia escolar y descanso en los que existen porcentajes un poco más bajos que en el grupo de estudio con asesorías de EPS, lo que indica que se hace necesaria la presencia del promotor del área en dicha institución en el turno vespertino, para que de esa manera se pueda apoyar al docente en el desarrollo y fortalecimiento de estilos de vida saludables para todos los educandos del sistema educativo estatal y sería mucho mejor si existiera dicho apoyo a nivel nacional, con una función permanente en un plantel educativo ya que hasta la fecha existen promotores que laboran en cinco escuelas (un día de trabajo a la semana) y que como consecuencia no se obtienen los resultados necesarios debido a la elevada matrícula y el poco tiempo de calidad que le dedican a la impartición de las diferentes actividades planeadas por el área.

16. **¿Cuáles son las acciones emergentes a considerar en la propuesta de intervención con la finalidad de mejorar las estrategias encaminadas al fortalecimiento de los estilos de vida saludables?** Dentro de las acciones emergentes a considerar son las relacionadas con la prevención de adicciones, con la educación para la sexualidad y con el descanso, de tal forma que la

intervención se enfoque con un mayor peso a estos indicadores para que de alguna manera se puedan disminuir las actitudes “muy desfavorables” que predominan en los alumnos de los grupos en estudio.

17. Para finalizar podemos decir que los objetivos planteados en el presente trabajo de investigación han sido alcanzados y que dichos resultados son de suma importancia para intervenir directamente en la problemática detectada y con ello lograr la misión del área que es el desarrollo de estilos de vida saludables de los alumnos de las escuelas en atención. Reyes (2007) menciona que en este momento la institución escolar requiere brindar un servicio que realmente cubra las necesidades de los usuarios, debiendo conocer antes sus comportamientos, actitudes, y conductas para planificar acciones que lleven a la escuela a ser más competitiva.

3.14 Propuesta de intervención dirigida al promotor de EPS

En Educación para la salud es muy importante el desarrollo de actitudes y pautas de comportamiento que configuran un determinado estilo de vida, dichas actitudes son modificables por el aprendizaje, siempre que el aprendizaje sea significativo e interiorizado, de tal forma que llegue a cuestionar los valores y creencias (influencias del entorno social y cultural), es por ello que la intervención del profesorado debe ser basado en la experiencia del docente y en las investigaciones psicopedagógicas (Gavidia & Rodes, 1993), aún cuando este artículo tiene más de 25 años de su emisión, en la actualidad yo concuerdo con ese pensamiento, para educar en salud no basta con las buenas intenciones, habrá que considerar el aprendizaje de los alumnos y verificar que ese aprendizaje sea interiorizado, así como su aprendizaje basado en hechos reales como con el ABP (Aprendizaje Basado en Problemas), que sean analizados y reflexionados y que le den un significado a su vida y muevan esquemas ya incorporados, modificándolos por la elección de conductas dirigidas al cuidado de la salud.

Los mayores obstáculos que se oponen a la mejora de la salud de una comunidad son los comportamientos y expectativas culturales, sociales e interpersonales. Puesto que todos los comportamientos de las personas o los grupos son aprendidos, todos pueden ser modificados o sustituidos por otros nuevos; todas las enfermedades o problemas de salud del ser humano más difundidos deben su prevalencia, al menos hasta cierto punto, a procesos sociales y conductuales.

Estos procesos pueden participar en sus causas, en su transmisión o en su tratamiento y, en consecuencia, en su prevención (Jenkins, 2005).

Lo anterior nos hace pensar que toda la comunidad escolar debe participar en actividades y prácticas que generen estilos de vida saludables, como lo es desde el primer grado de preescolar a sexto grado de primaria, como lo es el lavado de manos con la técnica correcta, con la finalidad de reducir la presencia de diversas enfermedades de tipo gastrointestinal y que para el grupo de edad son muy frecuentes y que si se

complican llegan a ser fatales, otra situación es la higiene personal en la que si no se logra desarrollar el hábito y como tal un comportamiento de limpieza se llegan a tener problemas como la pediculosis (piojo), la escabiasis (sarna) o bien problemas severos como la enfermedad de Lyme (ocasionada por bacterias de la garrapata), y así podemos comentar una serie de padecimientos debido a la falta de atención en el cuidado de la salud; por lo tanto se hace muy necesario formar hábitos dirigidos a conductas, actitudes y comportamientos a favor de la salud individual y colectiva en la escuela, siendo la adolescencia en donde se debe manifestar lo aprendido y generar practicas saludables para el bien común de la familia y la comunidad.

La propuesta de intervención para el promotor de EPS, consiste en brindar elementos que le permitan identificar las actitudes negativas en salud o bien los factores de riesgo que existen en el contexto en el que se desenvuelve el alumno (diagnóstico) a través de la escala de actitudes diseñada para tal fin, posteriormente una vez de analizar y reflexionar sobre los resultados se diseñara un plan de intervención que incluya diferentes estrategias dirigidas a los alumnos y que sean convenientes para cada tema, como pueden ser estrategias de enseñanza propuestas por Díaz Barriga (1999), entre las que se incluyen objetivos, resúmenes, ilustraciones, organizadores, mapas conceptuales, entre otros), con el fin de facilitar el aprendizaje significativo de los alumnos.

Cuadro No.

| PROCESO COGNITIVO EN EL QUE INCIDE LA ESTRATEGIA | TIPOS DE ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA |
|---|---|
| Activación de conocimientos previos | Objetivos o propósitos Preinterrogantes |
| Generación de expectativas apropiadas | Actividad generadora de información previa |
| Orientar y mantener la atención | Preguntas insertadas Ilustraciones Pistas o claves tipográficas o discursivas |

| PROCESO COGNITIVO EN EL QUE INCIDE LA ESTRATEGIA | TIPOS DE ESTRATEGIA DE ENSEÑANZA |
|---|---|
| Promover una organización más adecuada de la información que se ha de aprender (mejorar las conexiones internas) | Mapas conceptuales Redes Semánticas Resúmenes |
| Para potenciar el enlace entre conocimientos previos y la información que se ha de aprender (mejorar las conexiones externas) | Organizadores previos Analogías |

Retomado de Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, Frida Díaz Barriga (1999).

Así mismo se llevara un seguimiento y evaluación trimestral de los avances con la finalidad de modificar en su caso las estrategias diseñadas con la finalidad de lograr los objetivos propuestos.

Es importante señalar que se hace necesario integrar a los docentes y padres de familia en el desarrollo de la intervención, para que de esta forma todos estemos colaborando y participando en las diferentes acciones que se plantearan en cada escuela y que sean realmente en beneficio de la comunidad escolar y que además se dirijan a los cambios de conductas y comportamientos a través de actitudes positivas e interiorizadas para su práctica en cualquier contexto en el que nos encontremos.

Concentrándose dicha propuesta en el siguiente cuadro:

| MES | ACCIONES | ESTRATEGIAS | SEGUIMIENTO | EVALUACIÓN |
|-----|--|---|--|---|
| 1 | Presentación de la propuesta al colectivo de promotores | Objetivos Sesión de análisis y reflexión de la propuesta | Opiniones | Documento final |
| 2 | Aplicación del instrumento diagnóstico a los alumnos de sexto grado de primaria (Escala de actitudes) | Análisis estadístico de resultados | Conclusiones de los resultados | Concentrado estadístico |
| 3 | Elaboración de un plan de intervención por el colectivo de promotores, basado en los resultados obtenidos | Elaboración de un programa de capacitación para los profesionales que participarían en la intervención | Revisión del diseño | Documento terminado Primera evaluación |
| 4 | Implementación del plan de intervención dirigido a sexto grado de educación primaria basado en los resultados obtenidos estadísticamente | Reunión del promotor en cada institución educativa con los docentes de sexto grado de educación primaria para dar a conocer el plan de intervención | Resultados de la reunión con los docentes de sexto grado de educación primaria | Informes |

| MES | ACCIONES | ESTRATEGIAS | SEGUIMIENTO | EVALUACIÓN |
|-----|---|--|------------------------|---|
| 4 | Reunión de análisis de avances e interferencias para el logro de los objetivos planteados en el plan de intervención | Realización de talleres de reflexión con el colectivo de promotores en cuanto al logro de los objetivos planteados | Avances | Informes |
| 5 | Reunión para el establecimiento de estrategias que permitan el desarrollo de estilos de vida saludables determinados en el plan de intervención | Diseño de diversas estrategias en cuanto a la prevención de adicciones, educación para la sexualidad, convivencia escolar y la importancia del descanso. | Documento | Implementación de estrategias en el campo |
| 6 | Tratamiento de los contenidos de salud a través de las clases | Implementación de las estrategias seleccionadas para trabajarlas en el aula | Resultados de la clase | Informes Segunda evaluación |
| 7 | Tratamiento de los contenidos de salud a través de las clases | Implementación de las estrategias seleccionadas para trabajarlas en el aula | Resultados de la clase | Informes |
| 8 | Identificación de logro de objetivos planteados en el plan de intervención | Aplicación del mismo instrumento diagnóstico para identificar avances | Análisis estadístico | Informe de resultados |
| 9 | Presentación de resultados al grupo de promotores | Integración de informe de resultados obtenidos | Logro de objetivos | Informe Tercera evaluación |

Una vez finalizado el ciclo escolar se volverá al análisis y la reflexión de lo que se logro de acuerdo a los objetivos planteados los promotores con el colectivo de docentes y padres de familia participantes y con los alumnos para identificar debilidades y considerarlas para el siguiente ciclo escolar de tal forma que se vean fortalecidas por nuevas estrategias que nos vayan facilitando una transformación real de los alumnos para este caso al desarrollo de estilos de vida saludables.

BIBLIOGRAFÍA

- ABC, d. (12 de 06 de 2018). *ABC definición*. Obtenido de Definición de intervención: <https://www.definicionabc.com/general/intervenir.php>
- Actualidad en psicología*. (3 de marzo de 2018). Obtenido de Bandura y la teoría del aprendizaje social: <https://www.actualidadenpsicologia.com/bandura-teoria-aprendizaje-social/>
- Aguilar G., A. M. (Abril de 2005). Programa de Diplomados en Salud Pública y Salud Familiar. *Influencia del entorno social en el desarrollo de las capacidades de los o las adolescentes*. Osorno, Osorno, Chile: Salud familiar y comunitaria y promoción.
- Aguilar, I., & Catalán, A. (abril de 2005). *Programa de diplomado en salud pública y salud familiar*. Obtenido de Tendencias en salud pública: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/Influencia_del_entorno_social_en_el_desarrollo_de_los_adolescentes.pdf
- Alarcon, G. (2017). Revista de Innovación Educativa . *UEDGVirtual*.
- Américo, A. (2016). Tesis el Impacto de las Variables de Personalidad en la Decisión de Inversión de un Proyecto de Transporte . Un Estudio de Caso en Concepción. Concepción, Concepción, Chile.
- Asesoría de tesis y trabajo de grado. (27 de 07 de 2014). *Asesoría de tesis y trabajos de grado* . Obtenido de <https://asesoriatesis1960.blogspot.mx/2014/07/coeficiente-alfa-de-cronbach.html>
- Banco Mundial*. (19 de Septiembre de 2017). Obtenido de Educación: <http://www.bancomundial.org/es/topic/education/overview>
- Barón, L. (2009). Introducción al estudio del cambio conceptual. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 75-90.
- Bascur, D. (Septiembre de 2005). *Memorias para optar al título de psicólogo*. Obtenido de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/bascur_s/sources/bascur_s.pdf
- C, J. C. (2013). la aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). *Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 14-16.
- Camilo, J. U. (1998). Fundamentos de la modificación de conducta. La conducta problema en el aula. . Maestros, Madrid, España.
- Caricote, E., & Figueroa, E. (2006). La Salud como Valor. *Ensayo*, 70.
- Cela, U. C. (7 de Junio de Revisado en 2018). Fundamentos de la modificación de conducta. La conducta problema en el aula. Madrid, España.

- Cerisola, M. (2003). *Concepto de resiliencia*. Universidad de Salvados : Facultad de Psicología.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Coach-Coaching, A. (10 de febrero de 2014). *Caching para metas y soluciones*. Obtenido de Diferencia entre conducta y comportamiento: <http://ayudacoach.com/diferencia-entre-conducta-y-comportamientos/>
- Colemnares, E., & Piñero, M. (2008). La Investigación Acción. *Laurus, Revista de Educación*, 110.
- ConceptoDefinición.de. (7 de Junio de 2018). Obtenido de Definición de conducta: <http://conceptodefinicion.de/conducta/>
- contemporaneo, C. p. (30 de Enero de 2011). *Ciencias para el mundo contemporaneo*. Obtenido de Estilos de Vida Saludables: <https://cienciasparaelmundocontemporaneo.blogia.com/2011/013003-2.-estilos-de-vida-saludables.php>
- Cueva, E. (7 de Junio de Consultado en 2018). *Monografias.com*. Obtenido de La educación para la salud : instrumento en el desarrollo de actitudes: [http://www.monografias.com/trabajos104/educacion-salud-instrumento-desarrollo-actitudes.shtml](http://www.monografias.com/trabajos104/educacion-salud-instrumento-desarrollo-actitudes/educacion-salud-instrumento-desarrollo-actitudes.shtml)
- Delgado, J. (07 de Julio de 2014). *Monografias.com*. Obtenido de Mi higiene personal: <http://www.monografias.com/trabajos101/mi-higiene-personal/mi-higiene-personal.shtml#ixzz5IRIEtulz>
- Delgado, J. D. (22 de Diciembre de 2006). *Conducta o comportamiento. Más allá de las adquisiciones terminológicas*. Obtenido de Revista Psicología Científica. com: <http://www.psicologiacientifica.com/conducta-comportamiento/>
- Díaz, M. (2010). *Estilos de vida en estudiantes de 8 a 12 años de Colegios Urbanos Oficiales Residentes en el Municipio de Chia Cundinamarca*. Cundinamarca, Colombia: Especialización en pediatría.
- Díez, Y. (2014). *Por una escuela promotora de salud*. Palencia, España: Uva Palencia.
- Ecoticias.com. (11 de Octubre de 2017). Obtenido de Vida saludable o adicciones?: <https://www.ecoticias.com/vida-saludable/175645/Vida-saludable-o-adicciones>
- Educación, M. d. ((s/f)). *Formación de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables*. España: Instituto Nacional de Nutrición.
- EFE. (19 de Mayo de 2015). *RPP Noticias*. Obtenido de RPP Noticias: <http://rpp.pe/mundo/actualidad/oms-esperanza-de-vida-a-nivel-global-aumento-5-anos-noticia-963574>
- Escámez, J. (9 de 06 de 2018). Valores, actitudes y habilidades en la Educación para la Salud. Valencia, España.

- Esquivel, M. (2014). *Elementos Pedagógicos y Didácticos Básicos para la Mejora del Servicio de EPS*. Toluca, México: Tesis.
- Estrada, A. (1 de Julio de 2012). *Revista Digital Universitaria*. Obtenido de La actitud del individuo y su interacción con la sociedad:
<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/>
- Estrella. (2 de Mayo de 2013). *La Estrella de Panama*. Obtenido de El Valor de la Salud:
<http://laestrella.com.pa/opinion/valor-salud/23481978>
- Fernández, G. (2014). *Actitudes y comportamiento social*. Valencia, España.
- Figueroa, S. (2000). *Introducción a la Salud Pública. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas*.
- Flores, D. (2010). *La escuela como agente de socialización de los niños*. Obtenido de
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2349/1/tps647.pdf>
- G38, T. d. (9 de Junio de Consultado en 2018). *Escalas para la medición del comportamiento*. México.
- García, A., & González, A. (2004). Necesidad de Reposo - Sueño. *Enferm docente*, 8.
- Hills, A. (2007). *Contribution of Physical Activity and Sedentary Behaviours to the Growth and Development of Children and Adolescents*. Sports Med.
- Ibáñez, T. (2011). Naturaleza y organización de las actitudes. En T. Ibáñez, *Introducción a la Psicología Social* (págs. 183-190). Barcelona, España: UOC.
- Latorre, A. (2003). *La Investigación -Acción*. Barcelona, España: Imprimex.
- León, A. (2007). Qué es la Educación. *Redalyc.org*, 600.
- León, S. (6 de Agosto de 2015). *Introducción a la Psicología*. Obtenido de Conducta Vs Comportamiento: <http://introduccionalapisocologiauts.over-blog.com/2015/08/conducta-vs-comportamiento.html>
- (1993). *Ley General de Educación*. México.
- Lucas, S. J. (2013). Investigación sobre la relación entre el sueño y el rendimiento escolar en Badajoz. *UNIR*, 11-16.
- Markova, S. (03 de Marzo de 2017). *Banco Mundial*. Obtenido de La educación, una prioridad de desarrollo a nivel mundial, regional y nacional:
<https://blogs.worldbank.org/opendata/es/la-educacion-una-prioridad-de-desarrollo-a-nivel-mundial-regional-y-nacional>
- Masalán, P., & Sequeida, J. (2013). Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. *Artículo de revisión*, 555-556.

- Monjes, A. A. (2011). *Metodología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa*. Surcolombiana: Neiva.
- Naturaleza educativa*. (10 de 6 de 2018). Obtenido de Valores y Educación para la Salud: <https://natureduca.com/blog/valores-y-educacion-para-la-salud/>
- Olivares, O. (Diciembre de 2015). Influencia de la participación y de la identidad con el lugar de la actitud hacia el enfoque de salud. *Tesis para optar al grado de magister en psicología, mención psicología comunitaria*. Santiago de Chile, Chile: Universidad de Chile.
- OPS. (2002). Nuevos conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. *La Salud Pública en las Américas*, 4.
- Ortego, C. (9 de 06 de Consultado en 2018). *Ciencias Psicosociales I*. Obtenido de Tema 4. Las Actitudes: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_04.pdf
- Pérez, P. G. (2012). *Definición.DE*. Obtenido de Definición de actitud: <https://definicion.de/actitud/>
- Ramos, M. (2007). *Programa para educar en valores*. Carabobo, Venezuela: Paulinas.
- Reyes, L. (7 de Septiembre de 2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Durango, México.
- Rodríguez, M. (17 de Octubre de 2017). *La importancia de la Educación Sexual*. Obtenido de La importancia de la Educación Sexual: <https://redsocial.rededuca.net/importancia-de-la-educacion-sexual>
- Rodríguez, S., & Herráiz, D. (2011). *Investigación Acción*.
- Rosales, C. (2014). Salud y Estilos de Vida de Alumnos de Educación Primaria. *Innovación Educativa*, 290.
- Salud, E. d. (14 de 06 de 2018). *Estilos de vida y promoción de la salud*. Obtenido de Tema 2. Estilos de vida saludables.
- Sánchez, F. (1998). *Psicología Social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Sánchez, P. (25 de Septiembre de 2017). *Cognifit, Salud, cerebro y neurociencia*. Obtenido de Albert Bandura y su teoría del Aprendizaje Social (TAS) y sus implicaciones educativas: <https://blog.cognifit.com/es/albert-bandura-teoria-de-aprendizaje-social-implicaciones-educativas/>
- SEP. (2011). *Manual de Seguridad Escolar*. México: Vivir Mejor.
- SEP. (2016). *PNCE*. México.
- Serrano, G. (2002). *La Educación de la Salud del Siglo XXI*. Segovia, España: Díaz de Santos S.A.

- Soto, C. (7 de 06 de 2018). *Psicólogos en línea 2018*. Obtenido de Comportamiento humano: <https://psicologosenlinea.net/1688-comportamiento-humano-psicologia-definicion-del-comportamiento-humano-y-como-la-luna-puede-afectar-el-comportamiento-de-las-personas.html>
- Transport, U. D. (2006). An Evidence Base Review of Public Attitudes to Climate Change and Transport Behaviour. Final Report. .
- Trujillo, J. (2010). Educación en valores. *Cuadernos de educación y desarrollo*. Obtenido de La educación en valores.
- UNESCO. (2017). *La Educación Transforma Vidas*. Francia: UNESCO.
- Viñao, A. (2010). Higiéne, salud y educación en su perspectiva histórica. *Educar*, 41.
- Wikipedia. (12 de 06 de 2018). *Wikipedia*. Obtenido de Intervención en la Salud: https://es.wikipedia.org/wiki/Intervenci%C3%B3n_en_la_salud

Tabla de ilustraciones

1. Figura 1 . Representación gráfica de la Historia Natural de la Enfermedad Retomado de: Airaldo, V. Biología (Contenidos de biología del Nivel Secundario y del Nivel Terciario. Consultado. Educación para la Salud. Consultado el 9 de febrero de 2018, en la página <http://airaldobiologia.blogspot.mx/p/educacion-para-la-salud.html>
2. Figura 2, Representación gráfica de los Niveles de Atención de Leavell y Clark, en el que se visualiza los tres niveles de atención y las acciones que cada uno de ellos. Elaboración propia.
3. Figura 3, Corresponde a los factores que influyen en el estado de salud-enfermedad de las personas. Retomado. Consultado el 9 de febrero de 2018. Fuente: <https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/>
4. Figura 4, en la que se muestran los doce factores determinantes de la salud y la enfermedad. Elaboración propia.
5. Figura 5, donde se muestran las 10 causas principales de muerte en el mundo y que pueden ser prevenidas a través de la educación desde la infancia. Elaboración propia.
6. Figura 6, Teoría del Comportamiento Interpersonal de Triandis (TIB) (adaptado de Jackson, 2004). Retomado de Influencia de factores psicológicos

y contextuales en la elección modal. Consultado el 10 de febrero de 2018.

Fuente: https://www.researchgate.net/figure/FIGURA-6-Teoria-del-Comportamiento-Interpersonal-de-Triandis-TIB_fig1_308021665

7. Figura 7, Métodos de medición de variables de personalidad (Américo, 2016).
8. Figura 8, Tipología de características afectivas, retomada de Serrano (2002)
9. Figura 9, La investigación – acción. Retomada de (Rodríguez & Herráiz, 2011)
10. Figura 10, en la que se muestra la estructura del origen de los enunciados en la Escala de tipo Lickert. Elaboración propia.
11. Figura 11, en la que se muestran las etapas de la investigación. Elaboración propia

ANEXOS

ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL DESARROLLO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Estimado (a) alumno (a) te informo estoy elaborando una valoración de hábitos relacionados con la salud de cada uno de los estudiantes de esta institución, con la finalidad de prevenir distintas enfermedades, por ello, a continuación encontrarás una serie de oraciones. Te pido por favor des tu opinión sobre cada una de ellas, rodeando con un círculo el número que mejor exprese tu forma de pensar. Contesta todas las oraciones, aquí no existen respuestas correctas ni incorrectas. Tus respuestas son confidenciales.

- 5. Significa que estas totalmente de acuerdo
- 4. Significa que estás de acuerdo
- 3. Significa que no estás de acuerdo ni en desacuerdo
- 2. Significa que estás en desacuerdo
- 1. Significa que estás totalmente en desacuerdo

| o | Enunciados | Totalmen te de acuerdo | De acuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----|--|---------------------------|---------------|--------------------------------------|------------------|-----------------------------|
| 1. | Silvia se baña todos los días | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Rosa después de usar el baño jala la palanca del W.C. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Pedro mantiene limpia y ordenada su habitación | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Mario no se cepilla los dientes porque no le gusta | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | Rocío evita tirar basura en la calle | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Jimena se baña solamente cada 8 días | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Laura usa la técnica correcta del lavado de manos antes de comer y después de ir al baño | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Gabriel se cepilla los dientes tres veces al día | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Martín visita al dentista dos veces al año | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Lalo en tiempo de frío se cubre con chamarra y bufanda | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | Si Adriana está enferma toma medicina sin indicación médica | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Si Leticia está enferma de gripe se coloca cubrebocas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Luisa dice que vacunarse evita enfermarse | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Juana dice que el SIDA es muy difícil de contagiarse | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Roberto sabe que usar preservativo evita infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Toño dice que fumar es bueno para la salud | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Pablo cuando maneja no utiliza el cinturón de seguridad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Ángeles realiza simulacros de evacuación ante un sismo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. | Rolando cruza la calle cuando el | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| o | Enunciados | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|-----|---|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| | semáforo esta en color rojo para los autos | | | | | |
| 20. | Araceli sabe que guardar muy bien los productos de limpieza evita que sus hermanos pequeños tengan accidentes | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. | Paco realiza simulacros de evacuación sin correr, sin gritar y sin empujar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. | Jesús dice que es fácil dejar las drogas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. | Manuel toma alcohol en las fiestas con sus amigos | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. | Delia dice que tener hijos a temprana edad es bueno | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. | Luis consume drogas porque le gusta | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26. | Felipe dice que tener obesidad es sano | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27. | Lidia está muy delgada y dice que eso la hace verse bien | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28. | Ana cuida su salud porque es importante para vivir mejor | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29. | Memo lleva a la escuela un lunch o refrigerio nutritivo preparado en casa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30. | Carmen toma todos los días refresco en su casa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. | Nancy siempre compra frituras (papas, chetos) en la tienda escolar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32. | Meche toma agua simple toda la semana en la escuela y en su casa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33. | Diana en el recreo come fruta o verdura que compra en la tienda escolar | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34. | Beatriz compra papas con salsa afuera de la escuela | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35. | Carlos no desayuna porque no tiene hambre y se le hace tarde | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36. | Lilia come en el desayuno, comida y cena alimentos de cada grupo del plato del bien comer | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. | Susy lava y desinfecta las verduras | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38. | Gerardo practica deporte porque es bueno para la salud | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 39. | Uriel anda en bicicleta en la tarde o juega después de hacer la tarea | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 40. | Hilda para descansar mira la tele toda la tarde en su casa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41. | Rafael se duerme temprano para ir bien descansado a la escuela | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42. | Lulú prefiere dormir tarde viendo tele o jugando con el celular | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 43. | Roberto se pelea a golpes en la escuela con otros compañeros | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44. | Rafael prefiere resolver sus conflictos sin violencia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Agradezco infinitamente tu participación.

Lugar y fecha: _____