



Universidad Veracruzana



**Universidad Veracruzana**

**Instituto de Investigaciones Psicológicas**

**Doctorado en Psicología**

**Línea de Investigación:**

**Psicología de la Salud**

**Efectos de un Programa de Promoción de la Salud en  
competencias preescolares**

TESIS

Que para obtener el grado de Doctor en Psicología

Presenta:

**María Marcela Castañeda Mota**

Directora de Tesis: Dra. Dora Elizabeth Granados Ramos.

Xalapa, Ver.

Octubre, 2014

## **Dedicatoria**

*A Monis... y a todos los niños  
del mundo.*

*A los que partieron pero están  
en cada una de estas palabras.*

*A mis alumnos y ex alumnos  
que son mis grandes maestros.*

## **Agradecimientos**

A mi Directora de Tesis:

*Dra. Dora Elizabeth Granados Ramos*

A mi comité académico:

*Dr. Marco Wilfredo Salas Martínez<sup>†</sup>*

*Dr. Enrique Romero Pedraza*

A mi jurado:

*Dra. Irma Aída Torres Fermán*

*Dr. Enrique Romero Pedraza*

*Dra. María Luisa Marván Garduño*

*Dra. Rebeca Hernández Aramburo*

*Dr. Agustín Daniel Gómez Fuentes*

*Dra. María Luz Márquez Barradas*

*Dr. Ricardo García Valdez.*

A mis asesores académicos :

*Dr. Francisco José Morales Calatayud*

*Mtro. Enrique Zepeta García*

*Dr. Manuel Martínez Morales*

A la Directora del Jardín de Niños “Nuevo Xalapa”:

*Mtra. Evangelina Hernández González*

A mis asistentes académicos:

*Psic. Delía de Jesús Domínguez Morales*

*Psic. Jesús Alejandro Romero López*

## Índice

1. Resumen.....	7
2. Introducción .....	8
3. Encuadre Epistemológico.....	11
4. Marco Teórico .....	16
4.1.Desarrollo de la educación de la salud .....	16
4.2.Promoción de la salud y prevención de la enfermedad .....	24
4.3.Modelos explicativos del comportamiento saludable.....	28
4.4.Desarrollo del niño preescolar.....	30
4.5.Educación preescolar en México.....	40
4.6.Enfoque de competencias: conceptos básicos .....	48
4.7.Estudios realizados en la Promoción de la Salud .....	58
5. Planteamiento del Problema.....	67
5.1.Planteamiento del problema. ....	67
5.2.Justificación.....	71
6. Objetivos. ....	74
6.1.Hipótesis. ....	74
7. Metodología. ....	76
7.1.Unidad de Análisis. ....	76
7.2.Instrumentos .....	77
7.3.Procedimiento.....	78
7.3.1.Análisis de los datos .....	84
8. Resultados .....	85
9. Discusión y Conclusiones .....	95
9.1.Discusión .....	95
9.2.Limitaciones y sugerencias para estudios posteriores. ....	98
9.3.Conclusiones.....	99
Referencias .....	103
Apéndices .....	117
Apéndice A. Constancia .....	117
Apéndice B. Autorización del Jardín de Niños para aplicación del PPSP. ....	118
Apéndice C. Manual de Aplicación de la Matriz de Valoración y Hoja de Registro....	119

Apéndice D. Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar y Manuales de Aplicación.....	151
Apéndice E. Glosario de términos.....	202

### Índice de Tablas

Tabla 1. Principales paradigmas del estudio de desarrollo basado en Achenbach (1981). .....	31
Tabla 2. Principales conceptos de paradigma estimulo-respuesta, basado en Achenbach (1981). .....	31
Tabla 3. Conceptos básicos de la Teoría de Piaget e Inherlder (1981). .....	35
Tabla 4. Descripción de las principales características del desarrollo del Preescolar (Gesell & Amatruda, 1987). .....	37
Tabla 5. Componentes básicos del paradigma psicodinámico, según Maier (1979). .....	39
Tabla 6. Componentes básicos del paradigma etológico, basado en Lorenz (1986). .....	40
Tabla 7. Desarrollo de Programas a nivel Preescolar de acuerdo a Barrera (2005). .....	44
Tabla 8. Competencias del Campo Formativo del Desarrollo Físico y Salud (SEP, 2011). .....	45
Tabla 9. Valores de la mediana de ambos grupos para la obtención de la prueba Wilcoxon. .....	93

### Índice de Figuras

Figura 1. Calificaciones generales obtenidas en escala ordinal en la preprueba y postprueba del grupo experimental y control. .....	85
Figura 2. Calificaciones totales obtenidas en escala ordinal por sexo masculino y femenino. .....	86
Figura 3. Calificaciones obtenidas en escala ordinal por diferencia de valores postprueba menos valores preprueba. .....	87
Figura 4. Calificaciones obtenidas en la postprueba por Grupo Experimental y Control en escala ordinal. Categoría del área: Control de Movimientos. .....	88
Figura 5. Calificaciones obtenidas por Grupo Experimental y Control en escala ordinal. Área: Manejo de Instrumentos. .....	88

Figura 6. Calificaciones obtenidas por Grupo Experimental y Control en escala ordinal. Área de competencia: Prevención y Seguridad. ....	89
Figura 7. Calificaciones obtenidas por Grupo Experimental y Control en escala ordinal. Área de competencia: Reconocer Situaciones de Agrado o Intranquilidad y Expresar cómo se Siente. ....	90
Figura 8. Calificaciones obtenidas por sexo Masculino (n=7) y Femenino (n=9), en escala ordinal. Área de competencia: Control de Movimientos. ....	90
Figura 9. Calificaciones obtenidas por sexo Masculino (n=7) y Femenino (n=9), en escala ordinal. Área de competencia: Manejo de Instrumentos. ....	91
Figura 10. Calificaciones obtenidas por sexo Masculino (n=7) y Femenino (n=9), en escala ordinal. Área de competencia: Prevención y Seguridad para Preservar su Salud. .....	92
Figura 11. Calificaciones obtenidas por sexo Masculino (n=7) y Femenino (n=9), en escala ordinal. Área de competencia: reconocer Situaciones de Agrado o Intranquilidad y Expresar cómo se Siente. ....	92

## 1. Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la aplicación de un Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar (PPSP) en el nivel de logro de ejecución de competencias en niños de segundo grado de preescolar. Se aplicó una Matriz de Valoración de Competencias basada en el Programa de Educación Preescolar del 2011. El encuadre epistemológico es basado en la teoría de la conducta del paradigma E-R, fundamentando el concepto de aprendizaje desarrollado en el programa y se indican las estadísticas de los principales riesgos de salud en preescolares para justificar el estudio. En la construcción del marco teórico se realiza una revisión de la educación de la salud, ubicando a su vez su acción de promoción. Se incluye el desarrollo del niño preescolar y su educación en México, haciendo referencia al enfoque de competencias utilizado actualmente y se citan estudios en Latinoamérica en la promoción de la salud. El estudio incluyó 16 niños de segundo grado de preescolar de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México, distribuidos al azar en dos grupos, de acuerdo al diseño Experimental y Control con Preprueba y Postprueba, Los resultados de la prueba Wilcoxon mostraron diferencias de ejecución entre ambos grupos comprobando la efectividad del programa. Se concluyó la justificación teórica y metodológica en la valoración y establecimiento de competencias de promoción de la salud en los niños preescolares, enfatizando la función del psicólogo en este campo. La metodología empleada puede ser utilizada en otros campos disciplinarios.

**Palabras Clave:** Promoción de la salud, preescolar, competencias, matriz de valoración.

## **2. Introducción**

El continuo desarrollo científico y la práctica disciplinaria han dirigido sus esfuerzos para responder a las necesidades básicas de nuestra comunidad en los diversos campos del contexto humano: en la salud, en la educación, en la producción, en las organizaciones, en el campo social, entre otros. Así, la humanidad ha buscado el bienestar de su comunidad y los distintos gobiernos han intentado realizar planes de desarrollo socioeconómico para optimizar los recursos humanos, físicos, profesionales y ambientales, partiendo de enfoques y estrategias variadas de acuerdo a la demanda de su país (Mebarack, 2009).

A partir de la década de los setenta, se definió por la Organización Mundial de la Salud (1978), que la principal meta social de los gobiernos, era alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que permitiera a los individuos llevar una vida social económicamente productiva, con una política mundial denominada “Salud para todos en el año 2000”, utilizando acciones en la Atención Primaria en Salud.

Con esta perspectiva, se realizaron una revisión de estrategias de salud ligadas al proceso vital humano, con objetivos dirigidos a un cambio radical tanto en la estructura como en los sistemas de salud, como por ejemplo, favorecer la salud integral de los individuos, procurando su bienestar físico y mejoramiento de calidad de vida. En consecuencia se obtuvo un creciente interés en integrar esfuerzos disciplinarios a favor del campo de la salud y buscar alternativas para la solución de diversos problemas al respecto, además se reconoció explícitamente la importancia que tiene el análisis,



estudio e intervención del comportamiento de los individuos en la atención de los mismos.

El presente estudio se inserta en la Psicología de la Salud, como una rama aplicada de la Psicología, que se dedica al análisis e intervención de los componentes de comportamientos relacionados con las conductas que participan en la facilitación del estado de salud, en el riesgo y condición de enfermar, en su recuperación, incluyendo las estrategias de investigación necesarias (Morales, 2009). Por lo que pone de manifiesto, la necesidad conceptual y los métodos psicológicos en cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, y la planeación y acción de la misma. De tal forma que el propósito del estudio, es el desarrollo de un Programa de Promoción de la Salud a nivel Preescolar (PPSP), para establecer y evaluar las competencias descritas en el campo formativo y el desarrollo físico y promoción de la salud del Programa de Educación Preescolar (PEP) (Secretaría de Educación Pública, 2011) por lo que se derivan las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál será el efecto de una estrategia de enseñanza en el establecimiento de un programa de promoción de la salud, basada en el enfoque educativo de competencias en su nivel de logro en niños preescolares?

¿Cuáles son las competencias del programa educativo a nivel preescolar que realizan los niños en el Campo Formativo del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud?

¿Cómo pueden contribuir los psicólogos en la evaluación e intervención del campo de promoción de la salud a nivel preescolar?

Los capítulos que a continuación se exponen, contienen una descripción del encuadre epistemológico, del marco teórico utilizado en el estudio, del método donde se describen los participantes, el instrumento de evaluación utilizado para el estudio, las variables y el diseño experimental utilizado.

Finalmente, se presentan los resultados donde se le informa al lector, el análisis específico de los datos no paramétricos encontrados a favor de la hipótesis planteada en la presente investigación. Por último, se realizan los comentarios pertinentes en relación a las discusiones y conclusiones del estudio, señalando las principales limitaciones encontradas y la apertura conveniente de las líneas de investigación que pueden derivarse del presente estudio.

### **3. Encuadre Epistemológico**

La investigación en cualquier campo de intervención, debe tener fundamentos epistemológicos al utilizar un paradigma específico, que determine la naturaleza del fenómeno de estudio y las características lógicas y metodológicas que se deberán emplear y considerar en su proceso (McGuigan, 1972).

Cada teoría propuesta en el estudio psicológico, comparte entonces determinadas bases epistemológicas para abordar su nivel de conocimiento y elige un determinado paradigma para dirigir la definición de su objeto de estudio, su descripción y su explicación, utilizando determinados procedimientos metodológicos en su intervención. Facilitando así, la integración de sus conceptos y datos acerca de sus características y relaciones identificables encontradas (Achenbach, 1981).

Para establecer la investigación en el aprendizaje, se tiene que reconocer un paradigma científico que permita realizar estudios en el desarrollo de habilidades para la planeación de la enseñanza, concretamente en aquellas que consisten en definir operacionalmente el objeto de aprendizaje, lo cual permite la posibilidad de fundamentar una evidencia medible y empírica a favor de la calidad educativa (Carpio & Silva, 2011).

No obstante, históricamente en la psicología, se ha considerado en el estudio de su objeto de estudio, fenómenos subjetivos o estados de conciencia, hasta la intervención única de la conducta observable, manifestándose una diversidad de teorías que ofrecen diferentes perspectivas de investigación (Bechterelev, 1965). Generando en esta forma un abanico de posibilidades conceptuales en la investigación y práctica de la Psicología.

La presente investigación se ubica en el paradigma estímulo-respuesta (E-R), compartiendo los principios epistemológicos de las ciencias fácticas o naturales, su estudio se configura con las aportaciones filosóficas aristotélicas, donde el comportamiento humano pertenece a la propia naturaleza, por lo que el estudio de la relación organismo ambiente, puede establecerse como un fenómeno natural, donde el aprendizaje es perfectamente observable, el cual se puede conceptualizar con la intervención del naturalismo y empirismo como base de su estudio epistemológico, considerando la conducta y relaciones funcionales como determinantes ambientales identificables e investigándolos a través del método experimental (Bayés, 1980).

En este sentido, la tarea del psicólogo consiste en identificar las formas genéricas de interacción de un organismo con su ambiente en diferentes períodos de su desarrollo, para facilitar su proceso adaptativo, y poder describir las relaciones funcionales que podrán identificarse como principios de conducta, como señala Skinner(1979) representan la construcción gradual de las leyes del aprendizaje . Por consiguiente, el objeto de estudio es la conducta, es lo que un organismo *hace* o de forma estricta, lo que otro organismo observa que *hace* y las variables ambientales de las cuales la conducta es función, proporcionando el estudio de un análisis funcional, la cual puede ser estudiada a través de variables dependientes e independientes (Skinner, 1971). Esta propuesta acerca de la naturaleza de estudio de la conducta está ubicada en el paradigma general del conductismo, considerado en la actualidad como una filosofía de estudiar e intervenir la conducta (Ribes & López ,1985).

La teoría de la conducta delimita el trabajo de la psicología, porque el investigador no puede crear o pretender estudiar procesos y eventos que estén fuera de la realidad, como pretenden las corrientes psicológicas que estudian únicamente constructos que se apoyan en la interpretación del pensamiento platónico, porque el análisis de todos los procesos psicológicos pueden ser descritos como conducta en su interacción con el ambiente (Bunge, 1987).

En este sentido, la metodología de las ciencias de la conducta considera las bases epistemológicas del naturalismo y empirismo, identificadas plenamente en su proceso de investigación. El estudio presentado considera el modelo de la teoría de la conducta, que establece como requisito la identificación de la conducta observable y de estímulos que la determinan. Estos estímulos pueden ser químicos, físicos y sociales, y pueden ser identificados en su relación con la conducta a estudiar para su explicación e intervención en cualquier escenario donde se establezca, de esta forma el aprendizaje necesariamente es un producto de la experiencia de los individuos con su ambiente (Hilgard & Bower, 1975).

Por lo tanto, la metodología es guiada por un modelo deductivo, al considerar estos supuestos y a su vez, es inductiva al someter su objeto de estudio al método experimental y puede ser aplicada a diferentes escenarios clínicos, sociales, educativos, laborales, etc. Específicamente en la educación ha sido parte de diferentes propuestas para mejorar la calidad de la enseñanza desde la década de los 50 hasta la actualidad (Hernández, 1997). La deserción escolar, el bajo rendimiento académico, los problemas de conducta y el establecimiento de diferentes aprendizajes necesarios en el individuo, se han convertido en un reto para el desarrollo de programas y sistemas de evaluación

que demandan investigaciones donde se utilicen procedimientos y técnicas, que permitan solucionar los fenómenos educativos en un contexto social (Colás, Buendía, & Hernández, 1998).

Actualmente el paradigma E-R en su proceso de investigación, tiene el reto de medir los atributos del comportamiento de las personas para intervenir cualquier área de su aprendizaje y llegar a la posibilidad de la explicación, el control y la predicción de su conducta aplicando una teoría, la cual debe referirse a un conjunto de definiciones y proposiciones que especifiquen las relaciones entre las variables descritas en una investigación (Kerlinger & Lee, 2002). El proceso de medida se realiza tanto en la vida cotidiana como en la actividad científica y el perfeccionamiento de esta actividad, es una de las mayores realizaciones humanas que proporciona al mundo el cambio tecnológico y la transformación social (Wartofsky, 1986).

Como señala Elorza (2000), la medición utilizada es un requisito en la investigación psicológica, ya que implica la asignación de números a un determinado evento o fenómeno, para agrupar unidades en categorías. De acuerdo a Silva (1992), esta medición puede basarse en sus atributos o propiedades observadas y definidas operacionalmente en un contexto social. Por ello, Muñiz (1998) argumenta que las teorías psicológicas que sustentan la definición operacional de las variables de estudio, pueden obtener un conjunto de características o atributos que puedan ser observados y medidos en su procedimiento de intervención.

En síntesis, la investigación psicológica puede alcanzar grandes beneficios, si existe una conjunción de un supuesto epistemológico, un paradigma previamente elegido que

conlleva a un método objetivo en la práctica científica para poder intervenir diferentes fenómenos de estudio en diferentes campos como la salud, la educación, el ambiente laboral, etc. La psicología tiene que comprometerse a garantizar resultados exitosos para la comunidad.

## **4. Marco Teórico**

### **4.1. Desarrollo de la educación de la salud**

La Educación para la Salud se define como un proceso planificado y sistemático de comunicación, orientado al proceso de enseñanza y aprendizaje para facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y evitar así las prácticas de riesgo. Este proceso es permanente y constituye un acto de trabajo constante para el fomento y la práctica del valor de la salud, con la finalidad de que forme parte de todo individuo, ya que permite proporcionar los aprendizajes necesarios en beneficio de su vida (Costa & López, 1998). Aunque existen diferentes definiciones sobre ambos conceptos, el presente trabajo considera la referencia de educación que señala Vargas (1979), la educación es cambiar a la gente, refiriéndose con exactitud, que ésta incluye un proceso que implica cuestionar el fin, el contenido, las técnicas didácticas implicadas y su efecto en el aprendizaje observable de acuerdo a las características propias del desarrollo del individuo y del contexto al que pertenece. Por otro lado, el concepto de salud también ha sufrido grandes transformaciones, a principios de siglo se refería principalmente a una ausencia de enfermedad, considerándose posteriormente en su definición, el bienestar físico, psicológico y social, derivado de las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978).

Para la comprensión de su desarrollo, en 1926 surge el concepto de Educación Sanitaria, reconociendo la función de las actitudes y los hábitos saludables, como factores conjuntos para el cuidado de la salud. En el año de 1954, se reúne el Comité de Expertos de Educación Higiénica del Público teniendo como resultado, informes al concepto de educación sanitaria, cuyas publicaciones aparecen en el año de 1955 en los Cuadernos Técnicos de la Organización Mundial de la Salud (Corey, 2000). En



septiembre de 1978, en las declaraciones de la conferencia internacional de Alma Ata, se insta formalmente la decisión de que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo una ausencia de enfermedad. A pesar de esta referencia y reconociendo que la salud, requiere un proceso educativo en todos los sentidos, existe una desigualdad en el aprendizaje de los comportamientos de salud de los ciudadanos en los diferentes países, por lo que sus sistemas tanto políticos como socioeconómicos, deben considerar este aprendizaje en la atención primaria de la salud y establecerlo en los individuos (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Con la finalidad de consolidar la Educación para la Salud, a través del aprendizaje, actitud y conducta de los individuos, en 1981 durante la Primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud en Puerto Rico, se configura una definición donde se remarca la calidad científica y tecnológica de ésta, se discuten los recursos metodológicos y didácticos para satisfacer las necesidades individuales o grupales en materia de salud.

Al considerar la Educación para la Salud como disciplina, se alude a un proceso que aborda el estudio y establecimiento de los determinantes de las personas en cuanto a su salud. En diferentes niveles de enseñanza, se pueden tener programas educativos dirigidos hacia la nutrición adecuada, hábitos saludables, cuidado y salud del cuerpo, que se enfoquen a la transmisión de conocimientos e información (Torres, Beltrán, Barrientos, Lin & Martínez, 2008).

En 1988 la Organización Mundial de la Salud, enfatiza las oportunidades de aprendizaje para la alfabetización sanitaria que permiten el desarrollo de habilidades

personales para conducir la salud individual y colectiva. Con estas declaraciones, se dejó de utilizar el concepto de Educación Sanitaria, por el de Educación para la Salud, representando una disciplina, un proceso o una conducta. En Educación para la Salud, existen múltiples estrategias para su intervención, considerando la Psicología de la Salud como eje rector propuesto para su estudio e intervención (Ribes, 2008).

Actualmente se considera, que la Educación para la Salud es una estrategia básica para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que corresponde al nivel de prevención primaria, por lo que es un proceso donde los miembros de una comunidad poseen control sobre los factores personales y ambientales de la salud (Torres & Beltrán, 2003).

La Educación para la Salud desde la década de los cincuenta, insiste en acciones que deberán utilizar los profesionales de la salud para que los educadores contribuyan con fundamentos sólidos para enseñar y promover el comportamiento de la salud y evitar así la enfermedad (International Union for Health Promotion and Education, 2006).

Para Kickbusch (1996), la promoción de la salud surgió de la educación para la salud, porque necesariamente para lograr sus objetivos requiere de la participación colectiva de una comunidad, que se encuentre en un proceso de enseñanza con una estrategia efectiva que permita garantizar una cultura a favor de la salud. Las edades tempranas del desarrollo de los individuos, son las etapas idóneas para generar este bienestar comunitario. Es conveniente indicar que dichas estrategias se encuentran en el campo de la educación para la salud, donde la escuela y la familia juegan un papel significativo en este nivel (Palomares, 1990).

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (2002), ha insistido que la salud, no sólo comprende la ausencia de enfermedad, sino que tiene que ver con la calidad de vida física, psicológica y social de las personas, con la adquisición de una cultura con estrategias políticas, económicas, y educativas principalmente, lo cual coincide con la referencia de Rootman y Raebum (2000) al comentar que la salud es un concepto integrador, donde la calidad de vida y las características de la cultura a la que un individuo pertenece, son elementales en la definición de la salud.

Además, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de la reunión de la Organización Mundial de la Salud (1986) y Noack (1987), mencionan que la descripción de la Educación de la Salud se refiere en la actualidad al conjunto de acciones planeadas sistemáticamente, para el proceso enseñanza-aprendizaje de las conductas que realizan las personas en beneficio de su salud, autocuidado, bienestar físico y social en el mejoramiento de su calidad de vida, teniendo en cuenta el concepto de salud, que tiene que ver necesariamente con la calidad de vida integral de las personas, y sus determinantes se encuentran relacionados con las dimensiones físicas, psicológicas, sociales de su entorno ecológico y político (Rootman & Raebum, 2000).

De acuerdo a Salleras (1985) hay dos grandes etapas por las cuales ha atravesado la Educación de la Salud desde el siglo XX hasta la actualidad:

La primera etapa denominada clásica, inicia a partir del siglo XX hasta los años setenta, donde se destacan dos enfoques: el primero caracterizado por una transmisión de información a los profesionales de la salud, recibiendo conocimientos a beneficio de

los individuos únicamente con un carácter pasivo de recepción, que se encontraba relacionada básicamente con la definición tradicional de salud. En la segunda etapa, se encuentra gran dinamismo en la educación para la salud, ya que se desarrollan acciones debido al avance de la Psicología de la Salud, de la Medicina Conductual y otras disciplinas relacionadas con el comportamiento de los individuos, en esta perspectiva ya se considera establecer estilos de vida para el cuidado y la prevención de enfermedades en situaciones de riesgo en la salud de las personas.

Al respecto Videla (1991) señala una visión más amplia, que se apoya en una investigación participativa y en una organización popular, donde las prácticas educativas de la salud deben centrarse en un proceso de enseñanza-aprendizaje planificado para ser aprovechado tanto en los escenarios escolares como en los familiares y con temas fundamentales como la promoción y conservación de la salud en la supervivencia de la vida humana.

La Educación de la Salud puede tener distintos niveles de intervención: en una fase pre-patogénica (antes de las enfermedades), las acciones educativas que se realizan van encaminadas a la enseñanza de comportamientos que conserven la salud del individuo, a través de las acciones de la promoción de la salud principalmente, y por otro lado en una fase patogénica (durante la enfermedad), las acciones de la educación de la salud están dirigidas al seguimiento de los tratamientos para erradicar las enfermedades por medio del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del padecimiento. Los estudios actuales sobre adhesión a los tratamientos por ejemplo de la diabetes y la hipertensión arterial son un ejemplo de ello (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012).

A su vez, existen acciones de la Educación para la Salud encaminadas a minimizar las secuelas e incapacidades resultantes de las enfermedades y rehabilitar al individuo para que se incorpore íntegramente a su sociedad. Un individuo puede mantenerse sano, si conoce y pone en práctica, una serie de comportamientos higiénicos destinados al mejoramiento de su capacidad física, mental y social y, a la protección específica de riesgos que amenacen a su salud (Costa & López, 1998).

En esta nueva etapa de su desarrollo, la Educación de la Salud a nivel conceptual, es un conjunto de acciones educativas dirigidas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud. En un nivel operativo, es el conjunto de estrategias centradas en el individuo y/o en la comunidad, relacionadas básicamente con el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas educativos dirigidos a la obtención de los objetivos citados (Noack, 1987). Con estos objetivos el autor referido considera:

- a) Las aproximaciones centradas en el individuo, esto es, la mejora del potencial de salud de los sujetos, lo que correspondería a la tradición de la atención clínica de la salud y
- b) Las aproximaciones centradas en la comunidad, esto es, la mejora del potencial de salud y calidad de vida de la comunidad.

Siguiendo a Noack (1987) se podría identificar dos niveles de intervención de la educación para la salud, uno a nivel individual, donde se optimizaría la capacidad del sujeto para afrontar adecuadamente los riesgos de su salud y otra dirigida a la búsqueda de una organización ambiental que pudiera evitar ambientes insanos. En resumen, ambos niveles de educación de la salud están destinados a la mejora del estado biopsicosocial de los individuos.

De acuerdo a Torres et al (2008) consideran como objetivos de la Educación para la Salud, que los individuos:

- Logren definir sus problemas y necesidades,
- Entiendan cómo resolver las problemáticas con sus propios recursos y apoyos externos y,
- Promuevan acciones para una vida sana y el bienestar de la comunidad.

Lo anterior, concuerda con la estrategia básica de intervención en la Educación de la Salud de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1978) donde Maciá, Méndez y Olivares (1991), señalan que se deben incluir medios efectivos a los individuos para que adopten medidas adecuadas en el mantenimiento de la salud.

En la Educación para la salud, las estrategias de enseñanza deben dirigirse a estilos de vida saludables sin orientarse a un solo comportamiento, la planeación de los objetivos se tienen que enfocar a los contextos de la población y promover la elección de ambientes para un óptimo desarrollo (Torres et al., 2008).

Por esta razón, los programas de intervención basados en el modelo de competencias, son estrategias de aprendizaje con habilidades específicas que le pueden permitir al individuo resolver problemas de salud que refieran a su higiene, alimentación, identificación de riesgos a la salud y autocuidado principalmente (Malagón, 2005).

Estas habilidades deben establecerse hacia el mantenimiento de la salud, donde las instrucciones que genere un programa de salud, deben ser específicas y orientadas de

forma adecuada sobre cómo se realiza cada competencia, además el diseño de las condiciones ambientales en el establecimiento de estas habilidades deben ser motivantes para el individuo y facilitar de esta forma el mejoramiento de las prácticas de la salud (Maciá et al., 1991).

Los objetivos de los programas de la Educación para la salud, deben considerar un abanico de posibilidades de acuerdo a las necesidades en la salud de las personas. Por lo que los posibles programas dirigidos por profesionales, educadores, padres, etc. e incluso por las instituciones públicas, deben contener una responsabilidad para mantener y acrecentar las conductas saludables y con ello mejorar la calidad de vida de una comunidad. Como indica Pozo (2013), la educación social para la salud es determinante en los procesos de las acciones de los programas preventivos y de promoción de la salud ciudadana, así como la definición de las principales competencias que implican su intervención y su establecimiento debe ser a lo largo de toda la educación formal.

A su vez Gavidia (2002), considera que para desarrollar la Educación para la Salud en la Escuela, es necesario contar con la colaboración de la familia y personal experto en ciencias de la salud, y pueda ser iniciada desde la infancia.

#### **4.2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

Primeramente cabe destacar que la Psicología de la Salud, se refiere a la aplicación de la Psicología a los problemas de la salud para sus cuidados en la promoción, mantenimiento y restauración de la misma, considerando a su vez una política donde la investigación podrá determinar los comportamientos en el mantenimiento de la salud y aplicar programas educativos y acciones eficaces (Marks, 1995).

En relación sus antecedentes, varios autores señalan que el término Psicología de la Salud surge en la American Psychological Association (APA), dado que en 1969 William Schofield publica un artículo sobre la limitada presencia de la Psicología en los servicios de salud y a consecuencia de esta publicación, diferentes psicólogos como Weiss, Matarazzo y Stone entre otros, proponen en una reunión del APA realizada en Toronto en 1978, el campo específico del estudio de la Psicología de la Salud (Roales, 2004).

De esta forma, el establecimiento de la Psicología de la Salud, enfatiza el conjunto de contribuciones científicas y profesionales, que requieren de investigación, evaluación, intervención e información para poder acrecentar la salud y prever los estados de enfermedad, mejorando el sistema sanitario en la política de salud, así como en la elaboración y aplicación de programas destinados en esta área (Godoy, 1993), y Werner, Pelicioni y Chiattonne (2012) realizan una reflexión en torno a las acciones que puede emprender la Psicología de la Salud, teniendo como marco lo estipulado en las conferencias mundiales de la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986).



A su vez Ribes (2008) también considera la dimensión psicológica del individuo, el cual tiene una participación activa en la función central de la promoción, prevención de la salud, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad. La investigación básica de la Psicología de la Salud, está relacionada principalmente con el análisis de la influencia de los factores afectivos-emocionales en los estados orgánicos y la investigación aplicada, considera básicamente la evaluación y la promoción de la salud dirigida a la elaboración e intervención de programas educativos de mejoramiento de la salud ambiental.

De forma general, se establece la importancia de desarrollar condiciones para que los individuos se capaciten, identifiquen sus necesidades de salud y puedan lograr la autonomía necesaria para la toma de decisiones que afectan sus vidas. Reforzando la acción comunitaria, en el área de la promoción de la salud se puede tener el bienestar biopsicosocial que garantice la salud y la calidad de vida.

De acuerdo a Restrepo y Málaga (2001), el uso del término de Promoción de la Salud fue originalmente acuñado por Henry Sigerist, proponiendo programas de salud que establecen una estrategia de educación para toda la población, así como propuestas de mejores condiciones de trabajo y de vida.

En estos programas, se incluye un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para toda la población, que debe estar preparado para aconsejar y mantener la salud de una comunidad, e igualmente consideran a la escuela como la institución primordial de salud pública, haciendo la propuesta de las llamadas escuelas saludables, donde dichos programas incluyen capacitación sobre los siguientes campos

centrales: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) la restauración del enfermo y 4) la rehabilitación del paciente. Fue en las últimas dos décadas, donde se construyó el marco de referencia de la Promoción de la Salud, en donde se destacan principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en un nuevo modelo de salud pública, como se conoce a partir de la Carta de Ottawa de 1986 (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986).

De acuerdo con Rodríguez y Neip (2008), existe una amplia gama de definiciones de promociones de la salud, sin embargo, todas ellas comparten los siguientes elementos: a) considerar en los individuos su calidad de vida y b) tomar en cuenta elementos contextuales de los mismos, los cuales juegan un papel crítico en cualquier estrategia en este campo.

El área de la promoción de la salud incluye los siguientes factores que la distinguen: el fomento de los cambios de estilos de vida en los comportamientos de los individuos y en las características del contexto para dirigirse a una cultura de la salud; la intervención de sistemas profesionales con una función integradora al fomento de la salud; así como el desarrollo de acciones de programas de educación de la salud y de comunicación social, dirigidas específicamente al establecimiento de comportamientos que permitan promover estilos de vida saludable y ambientes propicios que los faciliten (Morales, 2009).

Godoy (1999), considera que la promoción de la salud puede realizarse en cualquier etapa de la vida y a la vez comenta que la mejor edad para iniciarla es en la infancia; por tal razón la escuela y la familia desempeñan un papel fundamental.

Se debe considerar el desarrollo de actividades individuales de la persona, e influir sobre sus factores contextuales, para reforzar sus estilos de vida saludables, en este sentido se puede afirmar que la promoción de la salud debe facilitar alternativas de educación, legislación y desarrollo comunitario (Casado, 2001).

Además, es necesario distinguir entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo a Godoy (1999), la prevención es un término relacionado con la enfermedad, cuyo referente es la patogénesis, es decir, la presencia y desarrollo de la enfermedad; en cambio la promoción, es un término relacionado con la salud y su referente es la salutogénesis, es decir, un enfoque centrado en los factores que apoyan a la salud y el bienestar, por lo que indica que la promoción de la salud más que la evitación de la enfermedad o riesgo de la misma, es un cambio en el estilo de vida que se adquiere con las actitudes, motivaciones y conductas pro salud y a la elaboración y puesta en práctica de los adecuados programas para la implantación y mantenimiento de las misma. La promoción de la salud, refiere el autor, es el conjunto de actuaciones relacionadas con el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades encaminadas a la educación, protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud de una determinada comunidad.

En este sentido, Frankish (1996), basándose en las conclusiones de la Carta de Ottawa de 1986 (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986), expresan que la salud se encuentra determinada por:

- Las interacciones físicas del propio organismo con sus características individuales y su ambiente.
- La distribución y manejo de los recursos económicos de un país.

- La política de un país, que permita generar programas con estrategias para establecer una educación para la salud.

Por otro lado, el término prevención de la enfermedad, se utiliza frecuentemente para diseñar estrategias y minimizar riesgos de enfermedades específicas, o bien para reforzar factores personales que disminuyan el impacto de una enfermedad y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1998), la prevención abarca medidas para detener el avance de las enfermedades y atenuar las consecuencias establecidas. La prevención de una enfermedad, al igual que la promoción de la salud, pueden requerir cambios sustanciales en las políticas socioeconómicas de un país, pero sus actividades son distintas de acuerdo a las acciones que tienen contempladas.

#### **4.3. Modelos explicativos del comportamiento saludable**

Mejorar la salud, es una responsabilidad compartida que requiere a su vez un esfuerzo multidisciplinario, principalmente de la Medicina, Sociología y Psicología entre otras.

Según Salleras (1985) de acuerdo a este esfuerzo, se pueden distinguir modelos que facilitan la comprensión de la intervención y explicación de los comportamientos saludables y que se pueden desarrollar en el establecimiento de mejores estilos de vida y explicar las diversas intervenciones de los problemas de salud.

Al respecto, O'Neill (1984) propone distinguir modelos tradicionales y los de un enfoque crítico; los modelos tradicionales se centran en los determinantes de la enfermedad, en las estrategias de intervención individual para el cambio de estilos de vida a través de programas dirigidos por ejemplo como las principales aportaciones expuestas anteriormente, aquellas que refieren al estado de la salud referido por Godoy

(1993), donde las estrategias de salud van dirigidas a las competencias que puede tener un individuo para evaluar su potencial de salud, el cual se refiere a las características físicas, biológicas, económicas, de promoción de la salud, etc., y finalmente definiendo a la salud como un proceso dinámico entre espacios interactivos de competencias de los individuos y las condiciones del ambiente con el cual se relaciona, dando como resultado un equilibrio.

En los modelos de enfoque crítico, se considera que la responsabilidad del comportamiento insano es colectivo y social, y no de carácter individual, por lo que los determinantes de una enfermedad son de carácter social, cultural y económico. Las estrategias de intervención, se basan en programas comunitarios que tienen una convergencia de las características de los individuos, para su participación y compromiso en actuar dinámicamente en los procesos de enseñanza-aprendizaje de la Educación de la Salud y considera a ésta una actitud democrática con el objetivo prioritario de la Educación para la Salud. En este contexto, las referencias del mejoramiento del estilo de vida en una población, permite acciones concretas del campo de la promoción de la salud para que los individuos consideren qué *hacer* en la búsqueda de decisiones para tener de una manera efectiva la planificación de acciones educativas a favor de la salud; esa transformación de comportamientos requiere de cambios psicológicos que consideren un autocontrol personal, considerando a su vez la motivación del individuo para disponer del ejercicio de una cultura saludable (Flórez, 2007). Ambos modelos son significativos y deben considerarse en las estrategias a favor de la salud, tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas y políticas de los países, y los esfuerzos teóricos y metodológicos multidisciplinarios.

En síntesis, las diferencias individuales de las personas, sus competencias y las características adversas o favorables del medio, serán las claves relevantes primeramente en la intervención de los comportamientos saludables (Pérez, 1991). Desde esta perspectiva este proceso es continuo y debe tomarse en cuenta su dinamismo de alternativas a favor de una salud comunitaria.

#### **4.4. Desarrollo del niño preescolar**

Si bien la educación en cualquier nivel, necesita de un análisis filosófico y social para el planteamiento de sus fines, también es cierto que deben considerarse en sus acciones las aportaciones del desarrollo. Para proporcionar cualquier intervención efectiva en los aprendices, es necesario conocer los cambios y características que ocurren en ellos a través del desarrollo. La forma, secuencia y ritmo del comportamiento es distinto para cada aprendiz y los estudiosos de la educación tienen que considerarlo (Good & Brophy, 1998).

El término desarrollo, ha tenido una acepción amplia, sin embargo hace referencia al conjunto de cambios cuantitativos y cualitativos que acontecen en el individuo, desde la concepción hasta el momento de la muerte (Fitzgerald & Coleman, 1999), estos cambios pueden referirse a su peso, talla y perímetro cefálico, o bien a los cambios en sus conductas motoras, del lenguaje, cognoscitivas y sociales (Woolfolk, 1999).

El desarrollo ha sido estudiado por diferentes paradigmas o modelos: cada uno contiene diversas manifestaciones teóricas que intentan describir cuáles son y cómo se producen los cambios del comportamiento que experimentan las personas a lo largo de la vida, así como las diferencias y semejanzas entre ellos e intentando determinar

procedimientos para su posible modificación. Estos paradigmas guían el rumbo de las investigaciones evolutivas, ya que son claves a la hora de plantear el inicio de las mismas y son un modelo esquemático que sirve para representar diversas teorías que intentan explicar un fenómeno en la Psicología del Desarrollo. Se identifican cuatro grandes paradigmas en su estudio: estímulo respuesta, el organísmico, el psicodinámico y el etológico (Achenbach, 1981) (ver tabla 1).

<b>Estímulo – Respuesta</b>	<b>Organísmico</b>	<b>Psicoanálisis</b>	<b>Etológico</b>
Estímulos y respuestas.	Esquemas de conducta maduración.	Asociaciones libres, autoinformes.	Patrones de respuesta fija.
Asociaciones de Estímulo-Respuesta.	Patrones de Respuesta, sus etapas y estructura.	Ello, yo y superyó, los mecanismos de defensa.	Apego a sistemas de respuesta propios de la especie.
Contingencias ambientales.	Maduración, experiencia, equilibrio.	Impulsos instintivos.	Selección natural de la especie.
Observación de las respuestas para su medición.	Manipulación de los atributos de cambio cognoscitivo.	Intervención clínica del inconsciente.	Descripción de conductas en su medición en ambientes naturales.

Tabla 1. Principales paradigmas del estudio de desarrollo basado en Achenbach (1981).

El *paradigma estímulo-respuesta* agrupa las aproximaciones teóricas del Conductismo en el estudio del desarrollo. Por consiguiente, considera que los cambios en el comportamiento del individuo, están funcionalmente determinados por los cambios físicos, químicos y sociales con los cuales interactúa (Ver tabla 2).

<b>Determinantes del desarrollo</b>	<b>Dato primario</b>	<b>Meta de estudio</b>
Estímulos físicos	Unidad de respuesta	El aprendizaje determinado funcionalmente por el ambiente
Estímulos químicos	Asociaciones de estímulo-respuesta	Estrategia metodológica de investigación
Estímulos sociales	Observación y medición de estímulos y respuestas	Generalización de principios

Tabla 2. Principales conceptos de paradigma estímulo-respuesta, basado en Achenbach (1981).

De tal forma Bijuo y Baer (1977), refieren que esos cambios aparecen de forma ordenada y por un cierto período, siendo los factores sociales de gran interés para el estudio de la Psicología, dado que la familia, la comunidad, la escuela, la cultura son determinantes significativos en el desarrollo dinámico de los individuos. El presente paradigma ha guiado la aplicación del aprendizaje reportado en esta investigación. y las áreas del lenguaje, de las habilidades motoras, cognoscitivas y sociales, son estudiadas principalmente por los factores contextuales que rodean al individuo y dirige su atención al estudio de la conducta observable, a su medición y a los determinantes del ambiente.

Sus principales aportaciones están basadas en los estudios de Bijuo y Baer (1977), y las investigaciones de Reese y Lipsitt (1974) quienes señalan que en relación a los niños preescolares, éstos manifiestan grandes cambios en su conducta, sobresaliendo el desarrollo motor grueso principalmente caminar, correr, brincar, saltar, trepar, aventar objetos y en su desarrollo motor fino, los niños preescolares logran rayar, trazar líneas, copiar, cortar y pintar, conductas que se estimulan en los programas preescolares para dar inicio a la escritura. Es común que en este período algunos padres y/o maestros puedan considerar a los niños demasiado hiperactivos, cuando realmente es una característica propia de su desarrollo (Clarizio & McCoy, 1981).

El lenguaje es fluido, completamente verbal, el niño es capaz de realizar una conversación ocupando adecuadamente los pronombres, los tiempos simples del verbo en presente, pasado y futuro, puede utilizar preposiciones en sus oraciones, palabras claves en su función comprensiva del lenguaje. En los niños mexicanos preescolares, es común que muestren dificultades en su habla, llamadas dislalias, específicamente en la



pronunciación de los fonemas /r/; /rr/, que mediante ejercicios adecuados pueden disminuirse sustancialmente (Perelló, 1981).

En el área socioafectiva, la conducta de apego es característica en los primeros tres años, pero va disminuyendo a medida que el niño preescolar interactúa en la escuela y sus compañeros, muestra múltiples intereses en relacionarse con los demás e inicia el seguimiento de las normas sociales, con un control instruccional participando en grupos, en espera de su cooperación, su participación activa en las tareas escolares, su respeto a la autoridad y comunicándose principalmente a través del juego (Caldwell & Stedman, 1983). También Clarizio y McCoy (1981), señalan que los niños preescolares, tienen como recursos principales de comunicación, el juego y el dibujo.

A través de sus diversas modalidades, el niño puede asimilar el aprendizaje de distintas pautas de conducta, desde las normas sociales, las conductas de autocuidado, de atención, de participación en clase etc., hasta conductas perturbadoras observadas en su contexto tanto del hogar escuela o comunidad, que pueden alterar el propio desarrollo del niño. La mayoría de los expertos han considerado en el desarrollo infantil al juego, como la actividad principal de comunicación con el niño en la etapa preescolar, con lo cual se posibilita como una gran estrategia de enseñanza. El juego de forma organizada, puede contribuir enormemente al establecimiento de la mayoría de los repertorios propios del preescolar (Caldwell & Stedman 1983).

De acuerdo a lo anterior, los principales determinantes del desarrollo, se encuentran relacionados con sus características biológicas, y con las características sociales que

rodean al individuo: su familia, la escuela y su comunidad. Y bajo esta perspectiva, se encuentra basado el presente estudio.

Las teorías que se agrupan en el *paradigma organísmico de desarrollo*, de acuerdo a Achenbach (1981), son aquellas que utilizan principalmente el estudio del desarrollo biológico del hombre para explicar los cambios ocurridos en los procesos psicológicos, además de considerar su especie, es decir, los cambios cuantitativos y cualitativos estudiados en el desarrollo se deben a la evolución principalmente del sistema nervioso central, y a los procesos interactivos internos del sujeto con el objeto del medio que rodea al individuo.

Los principales exponentes de este paradigma en los estudios del niño preescolar, son Gesell y Amatruda (1987) y Piaget e Inhelder (1981), quienes fueron a la vez los primeros investigadores formales en el estudio del desarrollo. Siguiendo la influencia de la teoría de Darwin, postularon que el desarrollo consiste en una reorganización física y conductual orientadas a una adaptación eficaz, como sucede en la evolución de las especies.

Los estudios de Piaget (1973) describen la teoría del Desarrollo Intelectual, señalando diversas etapas en su estructura: la sensorial-motor, la preoperacional, la de operaciones concretas y la de operaciones abstractas. Todas ellas, enuncian las características de cómo el individuo evoluciona, utilizando distintos esquemas para cambiar de una etapa a otra, por ejemplo en la etapa preoperacional, la cual coincide con el nivel preescolar, el niño puede distinguir las formas simples de triángulo, círculo y cuadrado; a su vez el concepto de cantidad se encuentra establecido. Permitiendo

junto con el desarrollo de su lenguaje, tener la posibilidad de evolucionar su proceso intelectual, considerando el modelo de adaptación y asimilación como invariantes funcionales de procesos cognoscitivos innatos, universales e independientes de la edad (Ver tabla 3).

Para Piaget e Inhelder (1981) las variables con las cuáles interactúa el desarrollo son: la duración del sistema nervioso, la experiencia del sujeto ante su entorno físico, la transmisión social y el equilibrio cognoscitivo, el cual permite su función adaptativa.

<b>Etapas de la Estructura del desarrollo</b>	<b>Invariantes funcionales</b>	<b>Determinantes del desarrollo</b>
Sensorial-motora	Adaptación	Maduración
Preoperacional	Asimilación	Experiencia
De operación concreta	Organización	Transmisión social
De operaciones formales		Equilibrio cognoscitivo

Tabla 3. Conceptos básicos de la Teoría de Piaget e Inhelder (1981).

Por otro lado, los estudios descriptivos del desarrollo de Gesell y Amatruda (1987) realizados en los niños, consideran su nivel motor, del lenguaje, cognoscitivo y social a través de investigaciones longitudinales, reportando sus características de los 0 a los 16 años. La estrategia de estos autores, fue observar y registrar cada una de las características de las conductas de los bebés y los niños en sus diferentes edades. Fundamentaron sus observaciones a través de tareas estandarizadas de acuerdo a las poblaciones estudiadas, permitiendo obtener normas de edades para cada una de las conductas observadas. De esta forma asignó el nombre de *etapa* a las conductas representativas de acuerdo a cada edad.

Al determinar las conductas típicas de los niños de acuerdo a su edad, los estudios descriptivos han ofrecido parámetros en la norma del desarrollo, pudiendo de esta forma ser evaluados y además presentar consejos orientadores, que ayuden para que los padres, educadores, médicos, etc., ofrezcan una estimulación adecuada en las respuestas halladas en los niños.

El desarrollo dejó de ser una abstracción difusa y permitió realizar un análisis científico, donde los autores establecieron clínicas infantiles para emplear sus conocimientos en la guía y la enseñanza acerca del desarrollo infantil. Su organización de asistencia en los niños, se convirtió en una necesidad de servicio de salud, mostrando datos de interés para la neurofisiología y neuropsicología principalmente, permitiendo también la observación sistemática, en aquellos casos donde los niños requieren un estudio especial. Para Gesell y Amatruda (1987), el comportamiento tiene su raíz en el cerebro, en los sistemas sensorial y motor, y los modos de conducta son respuesta definidas por el sistema neuromotor ante un ambiente específico.

La mayoría de los estudiosos del desarrollo, tomaron en cuenta sus aportaciones en la programación de diversas actividades educativas y en relación a las características encontradas en el desarrollo de los niños en período preescolar continuación se exponen (Ver tabla 4).

Edad	Áreas del Desarrollo			
	Motricidad	Cognoscitiva	Lenguaje	Personal-social
3 años	Camina en línea recta, corre, salta con pies juntos, pedalea en triciclo, puede lanzar cosas sin perder el equilibrio, construye torres de cubos, come sólo.	Nombra y compara objetos, puede seguir instrucciones de tareas sencillas.	Las palabras se convierten en instrumentos para designar conceptos, y relaciones. Palabras a prueba algunas son sonidos.	Le gusta agrandar a los demás, habla mucho consigo mismo, hace pataletas.
4 años	Corre en diferentes ritmos, salta por encima de las cosas, va dominando cada vez más los músculos de las piernas, tronco y brazos. Además en la motricidad fina le permite dibujar una diagonal entre dos líneas. Puede cortar con tijeras a lo largo de una línea.	Se da cuenta de su posición en relación al espacio. Puede distinguir el día y la noche.	Le gustan los juegos de palabras, en sus preguntas frecuentes aparecen los ¿Por qué? y los ¿Cómo? No le gusta repetir las cosas. Habla consigo mismo, y con personajes imaginarios, con sus juguetes.	Es independiente y más social. Realiza las tareas indicadas con mayor cuidado.  Va al baño sin ayuda, maneja su ropa.  Realiza mayor número de contactos sociales y pasa más tiempo en una relación social con un grupo de juego.
5 años	Al estilo del adulto, salta en un pie, y de forma alternada y puede ensartar cuentas en un hilo, puede manejar un lápiz y copiar figuras.	Cuenta, identifica donde hay mucho, poco, y nada. Identifica formas, colores básicos. Maneja relaciones de cantidad.	Habla utilizando los tres tiempos del verbo, puede usar preposiciones en sus oraciones. Usa adverbios de tiempo.	Se adapta a un tipo simple de cultura. Prefiere el juego asociativo más que los juegos solitarios.

Tabla 4. Descripción de las principales características del desarrollo del Preescolar (Gesell & Amatruda, 1987).

En *el paradigma psicodinámico* de acuerdo a Lewis (1984), los seres humanos son criaturas impulsivas, que tratan constantemente de redirigir o canalizar poderosas fuerzas interiores de su personalidad, en distintos momentos de su continuo dinamismo evolutivo, señalando que en los infantes de acuerdo a los estudios de Spitz en 1945, el primer año en la vida del niño, es un período crítico en su desarrollo. El afecto, la relación con la madre, sus cuidados, e inclusive el amamantamiento, podían tener

efectos relevantes, afirmando con ello que la privación de estímulos, de apego con la madre y la privación social, podían dañar el desarrollo.

Entre los autores destacados en este paradigma, se encuentra Freud (1905), quien considera que el desarrollo se encuentra relacionado con los impulsos instintivos del sexo y la agresión, por lo que las conductas representan las descargas de esos impulsos.

En este paradigma, los estudios referidos a los años de la infancia se concentran principalmente en la teoría de Erikson (1959), quien considera que el desarrollo tiene un principio epigénético e identifica cinco etapas entre el nacimiento y la adolescencia que conforman el ciclo de vida de un individuo. Durante la infancia, la primera etapa es la sensación de *confianza*, que se logra con la mutualidad de reconocimiento con la madre, para desarrollar su independencia y su propia *autonomía*, posteriormente, viene una etapa de *iniciativa*, donde aprende a hacer las cosas por sí mismo. Cuando se encuentra en la escuela, se inicia en la cuarta etapa de su ciclo de vida, el niño aprende a como trabajar y ser *industrioso*. Estas etapas son necesarias para que en la adolescencia experimente el sentido de la *identidad*, que es el encuentro con el yo consciente. Haciendo hincapié sobre la interacción del desarrollo con su contexto social, lo cual difiere con la propuesta original de Freud ya que su propuesta del desarrollo, únicamente consideraba las influencias psicosexuales y la teoría de Erikson considera la modalidad social que puede originar a su vez una crisis en el desarrollo llamada conflictos nucleares.

A lo largo del desarrollo, los individuos a través de sus relaciones del ego con su contexto social, tenían que solucionar estos conflictos nucleares en las diferentes edades

cursadas, de acuerdo a esto, el autor predijo que los niños de cinco años manifestarían una mayor preocupación por la autonomía y a los ocho años harían hincapié en la iniciativa (ver tabla 5).

<b>Supuestos</b>	<b>Etapas</b>	<b>Principales determinantes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El orden de etapas del desarrollo en la vida humana.</li> <li>• Los valores humanos.</li> <li>• La capacidad innata de relacionarse de manera coordinada con el ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza.</li> <li>• Autonomía.</li> <li>• Iniciativa.</li> <li>• Ser industrioso.</li> <li>• Identidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La evolución filogenética.</li> <li>• La familia.</li> <li>• La sociedad.</li> </ul>

Tabla 5. Componentes básicos del paradigma psicodinámico, según Maier (1979).

El *paradigma etológico*, se inicia con Darwin (2008) quien estudia principalmente el comportamiento animal. Hasta la década de los 60, sus propuestas refieren que muchas de las conductas que ocurren en los animales, se encuentran determinadas genéticamente, teniendo un valor de supervivencia en las distintas especies. Estudiando con estos principios los procesos del aprendizaje, a través de la conducta innata como condición necesaria y suficiente para el análisis de la conducta de todos los animales (Achenbach, 1981).

Los estudios de Lorenz, iniciados en 1939 junto con Nicolaas Tinbergen, fundaron la famosa Escuela Etológica del Comportamiento Animal. Ellos estudiaron la filogenia y la ontogenia de las especies, sus observaciones son rigurosamente científicas. Sus estudios tienen la finalidad de construir etogramas en los ambientes naturales donde ocurre el comportamiento. Con ellos, han identificado los patrones fijos de respuesta, determinados por las características de sus especies. La conducta de adhesión de los bebés y los estudios sobre la agresión, han sido algunas de sus investigaciones centrales, donde las suposiciones genéticas de la especie tienen rasgos de patrones de conducta,

determinadas por la supervivencia en su continuo proceso adaptativo (Lorenz, 1986)  
(Ver tabla 6).

Unidad de estudio	Determinantes de conducta	Investigación
Patrón fijo de respuesta.	Programación genética, selección natural en el proceso adaptativo.	Método experimental en la descripción de las conductas en ambientes naturales.

Tabla 6. Componentes básicos del paradigma etológico, basado en Lorenz (1986).

#### 4.5. Educación preescolar en México

Actualmente, la educación en general se encuentra en un momento de reformas y cambios en los programas educativos, estas reformas en la educación en distintos niveles son relativamente nuevas, así se han generado un sinnúmero de actualizaciones de acuerdo a distintas políticas y acciones en la educación.

Desde 1880, la educación preescolar, aparece como preocupación de gobiernos, sociedad y educadores, y es hacia el año 1903 cuando en realidad comienza a tener una progresiva presencia al interior del sistema educativo nacional.

Los lugares con este tipo de educación eran conocidos primeramente como escuelas de párvulos, después como kindergarden y posteriormente como jardines de niños, nombre actual con el que se denominan las escuelas de este nivel (Rivera & Guerra, 2005).

En México, a diferencia de los Estados Unidos, la educación preescolar surgió como un espacio de entretenimiento y asistencia para hijos de sectores acomodados de la sociedad. Se careció desde sus inicios de un programa educativo propio y fue al final de la década de 1960, cuando se adoptó el modelo y las propuestas de Estados Unidos.



Como antecedentes históricos de la educación preescolar en México, la Secretaría de Educación en el Estado (2014) refiere que en el año de 1880, en el Ayuntamiento de la Ciudad de México se aprobó una escuela de párvulos para niños de 3 a 6 años en beneficio de la clase obrera. Surgiendo en 1882, las escuelas para párvulos. En 1884, los lineamientos pedagógicos de Pestalozzi y Froebel guían la atención para establecer la necesidad de educar a los niños menores de 6 años, instaurándose en el D.F., una sala de párvulos anexa a la Escuela Primaria N°. 7. En 1885, se abren las escuelas de párvulos números 2, 3 y 4 con grupos mixtos. En 1887, se inaugura la Escuela Normal para Profesores con una primaria y una escuela para párvulos anexas. Para 1892, entra en vigor la ley de enseñanza que establece la obligatoriedad de la instrucción primaria entre los seis y los doce años, por lo que algunas escuelas de párvulos adquieren carácter de escuelas primarias. Sin embargo, en el año de 1901, Justo Sierra enfatiza la importancia de la educación preescolar y su autonomía, por lo que en 1903, se realiza la apertura de la escuela de párvulos, después Kindergarten “Federico Froebel”, proponiendo que los niños menores de 6 años, deben ser educados de acuerdo con su naturaleza física, moral e intelectual, valiéndose de las experiencias que adquieren en su hogar, en la comunidad y en su relación con la naturaleza. En 1904, se apertura el Kindergarten “Enrique Pestalozzi” y para el año de 1907, existen ya 4 Kindergartens en el D.F. y 7 en Zacatecas. En 1908, se abren 2 Kindergartens más en Sinaloa, uno en Tamaulipas y otro más en el D.F. En 1910 se establece un curso especial para enseñar pedagogía de los Kindergartens, en la Escuela Normal para Profesores. En 1917, por decreto desaparece la Secretaria de Instrucción Pública y la enseñanza elemental pasa a depender de los ayuntamientos. Las escuelas del D.F. quedan a cargo de la Dirección General de Educación.

En el año de 1920, por decreto presidencial de Álvaro Obregón, se crea la Secretaría de Educación Pública y se designa al Lic. José Vasconcelos como primer secretario. Reorganizándose en 1924 la Escuela Nacional de Maestros. En el año 1925, se presenta el informe subrayando la importancia de crear un departamento de Kindergartens.

Para el año de 1926, existen alrededor de 88 Kindergartens en los estados de nuestro País, que continúan trabajando bajo la línea froebeliana. En el año de 1928, se propone un proyecto de reforma, cuyos propósitos tendían a ratificar el sentido nacionalista de la educación, entre los que se encontraba la propuesta de usar la denominación “jardín de niños” para desterrar vocablos extranjeros y se crea la Inspección General de Jardines de Niños.

En el año de 1937, por decreto los jardines de niños de la Secretaría de Educación Pública pasan a depender del Departamento de Asistencia Social Infantil. Posteriormente en el año de 1942, por decreto presidencial, el personal de jardín de niños, logra su propósito de incorporarse a la Secretaría de Educación Pública al crearse el Departamento de Educación Preescolar. Para esta fecha existen 510 jardines con un total de 15 mil 600 niños inscritos en el D.F. y 12 mil en los estados. En 1947, se crea por Decreto Presidencial la Escuela Nacional para maestras de jardines de niños. En 1960, se reestructuran los planes y programas para educación normal y jardines de niños. Se organiza el programa de educación preescolar en cinco áreas de trabajo. Las metas que se alcanzarán en las cinco áreas constituyen el objetivo general de la educación preescolar. Siendo ya para el año de 1964, inaugurada por el presidente

Adolfo López Mateos, la Escuela Nacional para Maestras de Jardines de Niños en la Ciudad de México.

Es así como la educación preescolar ha tenido una notable historia en nuestro país, el mayor incremento de matrícula a nivel preescolar, fue en la década de los noventa. Si bien, la atención a la demanda de educación preescolar se amplió progresivamente, con cobertura principalmente a la población de zonas urbanas de clase media, pero no se encontraba al alcance de la población rural, indígena y urbana de zonas marginadas. Fue a fines de los años setenta cuando comenzaron a surgir nuevas modalidades dirigidas a esos sectores (Reimers, 2006).

Poco a poco, menciona Reimers (2006), el carácter asistencial que se le había atribuido primordialmente a la educación preescolar, se transformó gradualmente en los años 1970 y señala que en 1981 tuvo lugar, de manera definitiva, la consolidación de su carácter pedagógico del Programa de Educación Preescolar, que fue adoptado en todo el país, basado en un enfoque psicogenético, fundamentalmente en la teoría de Piaget. Para 1992, este programa se modificaría bajo un enfoque de proyectos que pocos años después sería abandonado, bajo la consideración de una propuesta más avanzada.

Al inicio de 1993, la descentralización del sistema educativo dejó a la educación preescolar fuera de la agenda de trabajo del gobierno, y por casi diez años la política educativa nacional y las autoridades federales se concentraron en la educación primaria, y como consecuencia de lo anterior y por falta de normatividad e iniciativas nacionales, se comenzó de nuevo a apoyar la creación de programas y modalidades de educación preescolar (Reimers, 2006).

Para ser reconocido como el primer escalón de la educación básica, el nivel preescolar ha tenido que enfrentar múltiples retos. Aunque en un número reducido, las propuestas, modelos y enfoques pedagógicos adoptados, se han ido actualizado con frecuencia, respondiendo a los avances teóricos y metodológicos de la actualidad, Barrera (2005) sintetiza el desarrollo de los Programas de Educación Preescolar (Ver tabla 7).

<b>Año</b>	<b>Desarrollo de Programas Preescolares</b>
1979	Objetivos educativos y esferas de desarrollo, congruente con los aportes de la tecnología educativa.
1981	Unidades y situaciones didácticas, en ejes de desarrollo, congruentes con los aportes de Piaget
1992	Trabajo con proyectos, asistidos con las áreas de trabajo y con cinco bloques de juegos y actividades.
2004	Diversidad metodológica: proyectos, rincones, talleres y unidades didácticas, con seis campos formativos y con un enfoque de competencias a desarrollar en la educación preescolar obligatoria.
2011	Enfoque por competencias se añade el campo formativo del desarrollo físico y promoción de la salud.

Tabla 7. Desarrollo de Programas a nivel Preescolar de acuerdo a Barrera (2005).

Durante los últimos años, México ha pasado por un largo proceso de reformas, que comenzaron en el 2001 y posteriormente con mayor impulso en 2002 y 2003, por medio de una evaluación interna de aproximadamente 600 centros de educación preescolar, con la finalidad de estipular el contexto en el que se encontraba en nuestro país este nivel educativo (Reimers, 2006).

Mejorar la calidad en las experiencias educativas de los niños e impulsar la continuidad en la educación preescolar, se convirtieron en las dos metas principales de la reforma curricular. Reimers (2006) explica también, que la reforma en el Programa de Educación Preescolar del 2004 (Secretaría de Educación Pública, 2004), trajo a la

educación preescolar el énfasis en las competencias de los niños, por lo que requirió que a los maestros se les demandara un mayor esfuerzo en la educación preescolar.

En cuanto a la salud, el programa preescolar incorpora en el 2011, las competencias en el cuidado de este de campo, que implica su aprendizaje desde una edad muy temprana, incluyendo las acciones o medidas necesarias para tener un mejor control de ellas, adquiriendo los recursos necesarios para lograrlo, lo cual podía ofrecer como resultado estilos de vida saludables (Ver Tabla 8).

<b>Campo Formativo del Desarrollo físico y salud</b>	
Competencias:	
<b>Coordinación, fuerza y equilibrio</b>	<b>Promoción de la salud</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene el control de movimientos que implican fuerza, velocidad y flexibilidad en juegos y actividades de ejercicio físico.</li> <li>• Utiliza objetos e instrumentos de trabajo que le permiten resolver problemas y realizar actividades diversas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica medidas básicas preventivas y de seguridad para preservar su salud, así como para evitar accidentes y riesgos en la escuela y fuera de ella.</li> <li>• Reconoce situaciones que en la familia o en otro contexto le provocan agrado, bienestar, temor, desconfianza o intranquilidad y expresa lo que siente.</li> </ul>

Tabla 8. Competencias del Campo Formativo del Desarrollo Físico y Salud (SEP, 2011).

En el actual Programa de Educación Preescolar del 2011 (Secretaría de Educación Pública, 2011), el desarrollo del niño se considera como un proceso constituido por múltiples factores dando importancia a la actividad motriz, el estado de salud, la nutrición, las costumbres en la alimentación y el bienestar emocional. De este modo, la intervención educativa en relación con el desarrollo físico, debe propiciar que se aumenten las capacidades de control, conciencia corporal, experiencia de movimientos y la expresión corporal de los niños (Secretaría de Educación Pública, 2011).

En el campo de estudio de los niños, como se menciona en el Programa de Educación Preescolar (PEP) (Secretaría de Educación Pública, 2011) el aprendizaje de comportamientos saludables, es la clave para comprender su adecuado desarrollo en sus diferentes áreas y el mejoramiento de su calidad de vida. Las metas de habilitación que compromete al acrecentamiento de la vida del niño y a la disminución de factores de riesgo de las enfermedades y de su contexto son: la alimentación, los comportamientos de autocuidado, la seguridad en los niveles de violencia que afronta y el desarrollo del ejercicio, los cuales fueron indicadores principales en el inicio del programa propuesto.

Tener programas educativos de salud en la etapa preescolar, permite tener la oportunidad de diseñar una metodología eficaz que evalúe e intervenga objetivamente las conductas saludables y facilite que los niños generen una comunicación de estrategias de salud en su familia, en su comunidad y en su cultura (Ribes, 2008).

La educación para la salud, no es una propuesta reciente en México, legalmente la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde 1983, establece en su artículo 4º el derecho a la protección de la salud que debe tener toda persona. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

La Educación para la Salud requiere un gran dinamismo de profesionales de salud como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y nutriólogos; haciendo hincapié que los maestros, a través de la SEP, han podido participar en propuestas para dar cumplimiento a una enseñanza aprendizaje constante y lograr la participación activa del individuo desde su infancia en el autocuidado de su salud, de su familia y de su comunidad. Los nuevos programas necesitan adoptar una metodología que asegure un

aprendizaje significativo, el enfoque de competencias básicas ha permitido establecer este tipo de aprendizaje en los primeros niveles de la educación (Malagón, 2005).

El término de competencia es polisémico y en la actualidad, existen diversas definiciones conceptuales de acuerdo a su contexto. Tuvo su origen en una aplicación laboral y ha generado gran discusión en su procedencia (Organización Internacional del Trabajo, 1997).

En este sentido, la incorporación del enfoque de competencias trascendió a múltiples sectores del ámbito de la educación, con la necesidad de comprender su utilización, para el establecimiento del principal objetivo de la educación preescolar en el actual Programa que refiere propiciar el desarrollo integral y armónico de las capacidades afectivo-social, física, del lenguaje y cognoscitiva del niño, atendiendo a las características propias de su edad y a su entorno social. Con la aplicación de dicho objetivo, se pretende lograr que el niño:

- Adquiera autonomía e identidad personal.
- Se relacione con la naturaleza, a fin de que se prepare para cuidar las manifestaciones de la vida.
- Desarrolle, mediante el lenguaje, formas de expresión creativas de su pensamiento y de su cuerpo.
- Adquiera conciencia de que vive en sociedad, por medio del trabajo en grupo y la cooperación con niños y adultos.
- Se acerque sensiblemente al arte y la cultura y se exprese en estos campos por medio de diversos materiales y técnicas (Subsecretaría de Planeación y Coordinación, 2001).

Todos estos cambios en la Educación Preescolar en nuestro país, han impactado significativamente en el desarrollo de los niños y compromete a todos los profesionistas relacionados con el aprendizaje infantil a realizar intervenciones e investigaciones eficaces en beneficio de los niños.

#### **4.6. Enfoque de competencias: conceptos básicos**

Para referirnos al estudio de las competencias en la educación, se menciona a Tobón (2006), quien señala que el término competencia viene del latín *cum* y *petere*, que significa una capacidad para concurrir, coincidir en una dirección y poder seguir el paso, es decir una capacidad con una trayectoria definida: una situación de comparación directa y situada en un momento determinado.

Es necesario delimitar las competencias, en razón de que aportan elementos para superar algunas carencias muy importantes de la educación tradicional. Tales carencias pueden sintetizarse de la siguiente forma:

- En la transmisión de conocimientos, no se incluye lo que es esencial.
- Insuficiente vinculación entre ámbitos de conocimientos y las prácticas necesarias.
- Escaso trabajo en equipo entre profesores.
- Empleo de sistemas de evaluación autoritarios, rígidos y con baja pertinencia.

De tal forma, el autor citado menciona que para mejorar estas carencias, los educadores pueden utilizar el modelo de competencias, ya que la competencia es la capacidad para responder con éxito a exigencias complejas en un contexto particular,



movilizando conocimientos, aptitudes cognitivas y prácticas, componentes sociales y comportamentales como actitudes.

La funcionalidad de los aprendizajes, supone tener en cuenta que las competencias van más allá de la adquisición de conocimientos relacionados con las materias típicamente enseñadas en las escuelas. Para ello, la enseñanza ha de estar contextualizada en situaciones cercanas a la vida de los alumnos. La funcionalidad se logra, cuando los niños se dan cuenta de que el aprendizaje en la escuela es útil para poder comprender mejor el mundo que les rodea e intervenir en él (Bacarat & Graciano, 2002).

En los puntos de reflexión sobre la incorporación de las competencias en la educación, contienen el informe de las recomendaciones Europeas del Parlamento en la normativa curricular determinada en España. Aportan y sintetizan, cómo la competencia ha de identificar aquello que necesita cualquier persona para dar respuesta a los problemas con los que se enfrentará a lo largo de su vida y supondrá una intervención eficaz en los diferentes ámbitos mediante acciones en las que se movilizan, al mismo tiempo y de manera interrelacionada, componentes actitudinales, procedimentales y conceptuales (Zabala & Arnau, 2007).

De acuerdo Escamilla (2009), en la educación para determinar el carácter y el papel que las competencias poseen, éstas se tienen que definir como el componente esencial del currículo que presenta la base para organizar los procesos de enseñanza-aprendizaje y su evaluación. Las competencias son capacidades relacionadas, de manera prioritaria,

con el saber hacer. La consideración de funcionalidad y practicidad de la competencia, no la reduce a un carácter mecánico.

El saber hacer, es una dimensión de carácter demostrativo y actitudinal, y es un elemento de formación para distintas áreas, materias y módulos en la educación y distintos momentos en los niveles de aprendizaje. De esta manera, se reconoce el carácter integrador del saber hacer sobre distintos tipos de contenido y constituye un factor básico para el desarrollo de propuestas globalizadoras e interdisciplinarias.

En lo expuesto, se muestran los elementos esenciales que caracterizan la competencia: el elemento esencial de un currículo, su condición de núcleo de referencia para desarrollos más concretos, el carácter de un aprendizaje significativo para integrar contenidos, la coherencia vertical y horizontal que aporta y su complementariedad e interdependencia con las dimensiones teórico-conceptual y actitudinal.

Tobón (2006) señala, que la competencia es un saber orientado a la acción eficaz, fundamentado en una integración dinámica de conocimientos y valores, desarrollado mediante tipos de tareas que permiten una adaptación ajustada y constructiva a diferentes situaciones en distintos contextos, y a su vez expone lo siguientes componentes en su definición:

- El saber que mira la acción, debe estar fundamentada en conocimientos teóricos, principios y valores.
- El saber complejo, es una respuesta de forma eficaz, que a partir del conocimiento y la comprensión, considera la evaluación y las normas. Es decir

el saber hacer, involucra cómo hacerlo y tener el interés de realizarlo conforme a ciertos principios.

- La eficacia y calidad, se manifiestan en una adaptación adecuada del saber hacer de forma constructiva y crítica en el contexto social.
- Los indicadores de eficacia de las tareas son transferibles al ambiente académico, familiar y social, alternando con situaciones de diálogo y debate.

Así mismo, Tobón (2006) considera que los rasgos significativos de las competencias son los que:

- Representan un proceso de desempeño, ya que aborda de forma integral las actividades y la resolución de problemas en diferentes contextos.
- Cuenta con indicadores de desempeño para determinar la calidad de la actividad y el resultado de la misma, los cuales pueden ser aspectos de efectividad y evaluación de pertinencia.
- Hace referencia a la responsabilidad, en el sentido de reflexionar acerca de su actuación teniendo en cuenta sus valores, permitiendo su evaluación.

Pérez (2007), identifica las competencias como capacidades para afrontar demandas externas o desarrollar actividades y proyectos de manera satisfactoria en contextos complejos e implica dimensiones cognitivas, habilidades prácticas, actitudes, valores y emociones. Destaca como características esenciales las siguientes:

- El carácter holístico e integrador, contextual, reflexivo, creativo y evolutivo.
- La dimensión ética, las competencias se nutren de las actitudes, valores y compromisos que los sujetos van adoptando a lo largo de la vida.

A su vez, Tobón (2006) describe seis componentes principales que estructuran el modelo educativo por competencias:

- 1) Competencia: logro o desempeño general ante cualquier área disciplinar, profesional o social.
- 2) Unidad de competencia: desempeño concreto de una actividad o problema en alguna área disciplinar. Una competencia puede tener varias unidades de competencia.
- 3) Elementos de competencia: desempeños precisos de las actividades que demuestran la acción de una unidad de competencia.
- 4) Indicadores de desempeño: criterios que representan la idoneidad con la cual se puede realizar la unidad de competencia, es decir representa a cada elemento de competencia.
- 5) Saberes esenciales: contenidos concretos en el campo cognoscitivo, afectivo-motivacional (ser) y actuacional (hacer) para que se puedan cumplir los elementos y los indicadores de desempeño elaborados de la competencia.
- 6) Evidencias: pruebas más objetivas que realiza el estudiante para demostrar el dominio de la competencia y de cada uno de sus elementos. Pueden ser de conocimiento, actitud, prácticas y de productos concretos que el estudiante debe presentar.

Hay diversas metodologías para describir las competencias en el currículo y en los módulos de formación en el campo educativo, destacando los elementos para su elaboración: el verbo de desempeño, el objeto de conocimiento, la finalidad y la condición de calidad. Así una vez que se describe la unidad de competencia, se

especifican los elementos que la componen y en cada elemento, se determinan los contenidos de los saberes esenciales, los indicadores de desempeño y las evidencias.

Las competencias se encuentran programadas de forma explícita, general y concreta, en cada una de las distintas áreas del nivel educativo, por medio de la formulación de competencias específicas o enunciados que identifiquen habilidades de comportamiento eficaz que suponen la asimilación y aplicación de los contenidos aprendidos en distintas situaciones académicas, sociales, familiares y en el futuro profesional.

Los recursos materiales utilizados en las competencias a establecer, deben adaptarse; presentarse en forma clara y sistemática, estableciendo relaciones entre contenidos, mostrar ejemplos de alternativas de aplicación y exigir prácticas de transferencia. Los programas han de ser atractivos, pero exigentes y rigurosos con los requisitos presentados. Será necesario además, buscar y seleccionar materiales del entorno social y familiar para desarrollar el principio de funcionalidad de las competencias.

En los niños, el juego, la pintura y la imitación son recursos didácticos de excelente ayuda, las competencias son una alternativa para el desarrollo del principio de aprendizaje significativo por medio del conocimiento integrado, es decir a través de este enfoque globalizador se encuentra una nueva vía de proyección (Tobón, 2006).

El enfoque de competencias, es un modelo reciente en la Educación Básica en México y a nivel preescolar se inicia en el 2004. Sin embargo, se han evaluado algunas áreas formativas, por ejemplo se encuentra el estudio de Juárez (2008) orientado principalmente a la evaluación de las competencias matemáticas a nivel preescolar y el

estudio de Martínez y Rochera (2010), quienes efectuaron un análisis de los tipos de evaluaciones de competencias realizadas por los docentes.

Es necesario llevar a cabo varias etapas para la elaboración de un programa basado en el desarrollo de competencias, antes de proceder a la implementación del mismo con el fin de asegurar que se respeta la lógica del desarrollo de éstas. Por lo cual Tardif (2008) propone ocho etapas para desarrollar un programa por competencias:

- 1) Determinación de las competencias que componen el programa, lo cual incluiría determinar una descripción de las mismas, de forma compartida para los participantes, asimismo la selección de competencias en las que se basará la formación y la forma en que se realizará el aprendizaje, la enseñanza y la evaluación de aprendizajes.
- 2) Especificación del grado de desarrollo, esperado por cada una de las competencias al término del programa de formación.
- 3) Selección de los recursos internos que se movilizarán por las competencias, esto es: conocimientos, actitudes y conductas.
- 4) Escalamiento de las competencias en el conjunto de la formación; determinar la frecuencia y el orden de la intervención por cada una de las competencias. Documentar la integración por sesión entre las competencias, así como determinar los recursos internos que serán objeto de aprendizaje y los indicadores de cada competencia.
- 5) Determinación y selección de la metodología didáctica a las finalidades del programa y su duración por actividad de aprendizaje.
- 6) Determinación de las modalidades de evaluación de las competencias en el curso de la formación y al término de la misma. Durante esta fase será

importante establecer quiénes serán los actores responsables de la evaluación de los aprendizajes.

7) Determinación de la organización del trabajo de docentes y estudiantes en el marco de las diversas actividades de aprendizaje.

8) Establecimiento de las formas en las que se proporcionará el acompañamiento de los aprendizajes de los estudiantes.

Las etapas mencionadas con anterioridad, explica Tardif (2008), son producto de la experiencia del seguimiento de diversos equipos, que se han dado a la tarea de elaborar programas de formación basados en el desarrollo de competencias, que aunque han sido registradas de manera poco frecuente, son una guía de experiencias directas en el campo de trabajo, las cuales han permitido, tomar conciencia de dos tendencias fuertes: 1) la coherencia del conjunto de opciones realizadas es tremendamente compleja para todos los equipos docentes; y 2) los cambios relacionados con la cultura profesional, son mucho más exigentes y crean más resistencia que los cambios de naturaleza pedagógica. Por lo tanto, es importante prever de forma rigurosa las etapas de desarrollo del programa y de aportar el asesoramiento necesario en el momento que se requiere para lograr los objetivos deseados con los alumnos y los docentes (Tardif, 2008).

Para saber si las competencias fueron realmente desarrolladas, es necesario que se evidencien por medio de la evaluación, la cual de acuerdo con Escamilla (2009), es un factor de gran trascendencia en el manejo de este modelo educativo y señala que debe ser un proceso continuo, participativo de los alumnos para detectar los logros en los

procesos de aprendizaje de los niños y las acciones necesarias de la educadora en las necesidades encontradas.

Gallego referido por Malagón (2005) explica que para la evaluación en la educación preescolar, es necesario tomar en cuenta criterios basados en cada campo de formación del programa: debe ser continua y reguladora, orientada y autocorrectora del proceso educativo, proporcionando la información necesaria para la mejora de las competencias a establecer, porque de acuerdo a la observación de los atributos del desarrollo de los alumnos en cada competencia, se tiene un juicio que fundamenta las decisiones que se toman sobre el proceso educativo, reconociendo así, las características particulares de los alumnos.

Es de vital importancia, evaluar la existencia de un aprendizaje, por lo cual es preciso diseñar previamente una situación que lo ponga en evidencia, obteniendo de esta forma la información necesaria para su valoración. García y Tobón (2008) señalan que existen procedimientos compuestos por un conjunto de pasos orientados a determinar el grado de desarrollo de una competencia o de una o varias dimensiones de esta, a los que denominan estrategias de evaluación o evidencias.

Algunos de los principales instrumentos para la evaluación pueden ser de acuerdo a Aguirre (2010), García y Tobón, (2008) y Tobón (2009), los siguientes:

- a) Una prueba escrita o electrónica, para comprobar los conocimientos que posee una persona sobre una determinada cuestión.
- a) La observación directa en actividades de aprendizaje: que consiste en dar seguimiento a éstas, estructuradas en un plan de trabajo. Para realizar la



observación es necesario definir los instrumentos adecuados para su registro. Pueden ser, el registro anecdótico, que realiza el docente de los hechos relevantes efectuados por los alumnos y/o la lista de cotejo o lista de control, que es un instrumento para comprobar la existencia o no de determinados objetivos de aprendizaje.

- b) Los portafolios: que consisten en una recopilación del desempeño que los estudiantes tienen que mostrar a lo largo de un periodo, esta recopilación da cuenta de su proceso personal permitiéndole ver sus logros en relación a los objetivos planteados y los criterios de evaluación.
- c) La rúbrica o matriz de valoración que incluye una serie de indicadores de desempeño, basada en las competencias. Indica los niveles de logro, cuya finalidad es evaluar, a través de la observación, las categorías del nivel de competencia que ha adquirido un estudiante.

Sobre lo anterior, puntualiza García y Tobón (2008), que una Matriz de Evaluación, es una tabla de análisis que se emplea para determinar los logros de ejecución de una competencia, teniendo en cuenta el análisis de niveles de dominio por cada criterio considerado en las evidencias de desempeño. Por ello, las matrices permiten determinar cómo se desempeña realmente el estudiante ante una actividad o problema con base a criterios de niveles de logro en su ejecución, que permite ver los progresos del aprendizaje y tomar decisiones en la promoción y certificación de una competencia.

Las competencias en sí, constituyen un enfoque didáctico y por tanto se centran en aspectos específicos de la docencia, aprendizaje y evaluación, como son: 1) La integración de los conocimientos, los procesos cognoscitivos, las destrezas, las

habilidades, los valores y las actitudes en el desempeño ante actividades y problemas; 2) la construcción de los programas de formación acorde con los requerimientos disciplinares, investigativos, profesionales, sociales, ambientales y laborales del contexto; y 3) la orientación de la educación, por medio de estándares e indicadores de calidad en todos sus procesos. La naturaleza de las competencias permite así adecuarse a diferentes filosofías, epistemologías, estrategias didácticas, perfiles, mecanismos de evaluación y planeación del currículo y por tanto a cualquier teoría del aprendizaje (Tobón, 2006).

#### **4.7. Estudios realizados en la Promoción de la Salud**

A continuación, se reportan los principales estudios referidos con diferentes estrategias metodológicas utilizadas en este campo, principalmente realizados a nivel preescolar y en América Latina. Dichos estudios ilustran y representan la necesidad de la atención primaria de la salud y un plan de atención básico que permita establecer, como indica García y Tobón (2000), una comunicación entre los diferentes investigadores sobre el objetivo de mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de las comunidades. Se encuentran dirigidos en el área de promoción de la salud, a la intervención de la salud bucal, el ejercicio físico, los problemas de la alimentación, la obesidad y la prevención de riesgos.

Cuba, representa en Latinoamérica uno de los países pioneros en los programas de promoción de la salud y mejoramiento de los estilos de vida. Cuenta con diversos estudios dirigidos a la educación de la salud infantil, por ejemplo, Limonta y Araújo (2000) realizaron un estudio de intervención grupal educativa dirigido a 123 alumnos de escuela primaria para modificar los conocimientos sobre salud bucal en Santiago de

Cuba, utilizaron un cuestionario relacionado con higiene bucal donde el 94.3 % de los integrantes tuvo conocimientos inadecuados. Al establecer el programa “Salud bucal”, con técnicas educativas y afectivo/participativas, mejoraron notablemente, ya que al final el 87.9 % de los integrantes obtuvo un conocimiento adecuado en el cuestionario utilizado, concluyendo que la preparación de los temas impartidos mejoraron la salud de los niños y su calidad de vida.

A su vez Fleites, Quintero y Castañeda (2011), enseñaron higiene bucal en escuelas primarias y nivel preescolar a través de actividades lúdicas utilizando la muñeca “sanita” en diferentes municipios de la provincia de Villa Clara, con resultados alentadores.

En el estudio de De la Cruz, Fleites y Montero (2010), dirigieron un programa de salud bucal en Cuba, a 27 niños preescolares, 27 padres y 9 maestros, así como al personal directivo involucrado, con la finalidad de enseñar a los niños la higiene del cepillado de los dientes. Utilizaron entrevistas para evaluar el nivel inicial de conocimiento sobre la salud bucal de los participantes. El programa de salud bucal les dio conocimiento sobre los hábitos de higiene, los resultados mostraron que al inicio únicamente el 26 % de los participantes tenían un conocimiento regular de la salud bucal; después de la intervención del programa alcanzaron un 74 %, concluyendo que los niños fueron capaces de promover buenos hábitos de salud bucal para poderlos difundir en su comunidad.

Sobre alimentación, Piña, Fernández y Millán (2010) evaluaron la efectividad de una estrategia de intervención comunitaria dirigida a modificar patrones alimentarios en

preescolares desnutridos. El procedimiento estuvo basado en la modificación de patrones alimentarios valorando: recuperación nutricional y comportamiento de morbilidad infecciosa en los niños. Los contenidos del programa “Nutrición del Preescolar”, fueron sobre características físicas de su crecimiento, recomendaciones nutrimentales y de su conducta alimentaria. Al año de la intervención, los resultados mostraron que el 52.8 % de los niños se ubicaron en su peso correspondiente y solo el 11.3 % presentó algún síndrome infeccioso.

Uno de los estudios sobresalientes, en el área de promoción de la salud es el de Quintero y Alegret (2010), quienes aplicaron un programa de promoción de la salud a niños preescolares de los círculos infantiles de Santa Clara Cuba. Analizaron una dimensión denominada “Desarrollo de elementos para el cuidado de su salud” con tres indicadores: 1) Información incorporada por las niñas y los niños. 2) Incorporación de elementos del cuidado de su salud al juego de roles. 3) Actuación como mensajero de salud, al transmitir en el seno de la familia los mensajes sobre el cuidado de la salud.

Al aplicar esta estrategia, se observó que los niños mejoraron el nivel de información en las diferentes temáticas desarrolladas. El nivel de higiene general mejoró 82.1 %, haciendo énfasis en el lavado frecuente de las manos y en la higiene personal, bucal, como estrategia de promoción de salud. Además adquirieron la información sobre protección contra accidentes, lo que se manifestó en sus juegos de roles y en la transmisión de los mensajes sobre los cuidados de la salud a su comunidad.

En Colombia, Flórez y Manuel (2004) propusieron el Programa "TIPICA" para la promoción de factores psicosociales de protección, mediante la educación para la salud

en la escuela primaria. El programa incluía temas sobre tolerancia a la frustración, información de protección ambiental e integración escolar, comunicación asertiva, autoestima, solución de conflictos necesarios para mejorar la vida saludable, nutrición, hábitos de higiene y ejercicio físico, necesarios en una educación para la salud. Sin embargo el programa no se ha aplicado para evaluar los impactos en la calidad de vida saludable de los niños.

Restrepo, Duque y Montoya (2012), reportaron un programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud en preescolares y escolares en Medellín Colombia dirigido a los docentes y padres de familia de niños de 5 a 11 años de 16 escuelas. A través del programa “¡PILAS! Mejores adultos, mejores niños”, diseñado por PREVIVA de la Universidad de Antioquia, en donde se informaba a los participantes sobre la agresión, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, como causas de las fallas escolares. Los padres reportaron un decremento en las conductas de riesgo de sus hijos.

Concluyeron, que los programas de prevención temprana de las conductas de riesgo, han mostrado efectos positivos en países latinoamericanos y que se debe dar continuidad a este tipo de intervenciones.

De igual forma Camargo y Tique (2011) realizaron estudios sobre promoción de la salud para la primera infancia en jardines infantiles de Santa Fe – Bogotá. Diseñaron una propuesta para dar una atención integral a los niños, a la familia y a la comunidad, la cual incluyó ejercicios de actividad física, salud bucal e información sobre los efectos del alcohol y tabaco. Enfatizaron que los esfuerzos se pueden articular entre los padres, cuidadores del jardín y las instituciones de salud de la comunidad, en la construcción de

entornos seguros para los niños, de manera que se logre que el jardín infantil sea promotor de la salud y se garantice la atención integral a la primera infancia.

Sobre la higiene bucal en Medellín, se reporta el estudio de González, Navarro y López (2006) quienes establecieron el programa de salud bucal “Ternura + Juego = Salud” dirigido a madres de niños entre 2 y 5 años de edad, relacionado con los cambios en la placa dentobacteriana de sus hijos. Fueron 46 niños de las madres intervenidas por el programa, conformando el grupo experimental y 47 niños del grupo control. A través de encuestas de las madres sobre salud bucal al inicio y término del programa se encontró una disminución de la placa dentobacteriana en los niños del grupo experimental. Comprobando que el entrenamiento sobre higiene oral en las madres puede lograr mejorar la condición de salud bucal de sus niños.

En México, un estudio pionero en la psicología de la salud fue el de Torres y Beltrán (2003) realizaron una investigación dirigida a nivel primario en la ciudad de Xalapa Veracruz, elaborando manuales de higiene dirigidos al maestro y a los niños a través de textos programados referentes a la salud, higiene, alimentación, limpieza de los alimentos y el cuerpo, e higiene de la vista y oído. Dichos manuales contenían un pretest y postest, y fueron distribuidos en diferentes escuelas, esperando mejorar con ello el comportamiento saludable de los niños. Además de estudios que realizaron Espinoza, Castañeda y Zepeta (2011), cuyo propósito fue establecer pautas de crianza en asistentes de guardería a través de un programa basado en tecnología educativa. Utilizando un diseño AB intra sujeto y una escala de observación de pautas de crianza que registraba las conductas de las asistentes de guardería en cuatro categorías principales: higiene y salud, alimentación, juego y descanso.

Sobre alimentación a nivel infantil Sánchez, Reyes, Reyes, Maya, Reyes y Reyes (2010) realizaron un programa para preparar loncheras nutritivas dirigido a 119 madres de niños preescolares. Se les aplicó a ellas primero un cuestionario para determinar el nivel de impacto del programa que recibían sobre los alimentos y nutrientes de la lonchera del niño preescolar y los resultados se demostraron en el nivel de respuesta en el cuestionario utilizado al final del estudio, ya que después de un análisis estadístico se afirmó que las 119 mamás del estudio prepararon loncheras saludables.

Otro estudio fue el de Cubillas, et al. (2011) diseñaron y aplicaron un programa de Comunicación de Riesgos para la salud ambiental infantil en un sitio contaminado con plomo y arsénico. Los participantes fueron 170 niños de 5 a 7 años de la ciudad de San Luís Potosí, México, a los cuales se les comunicaban los riesgos ambientales a través de análisis de dibujos, cuestionarios y monitoreo biológico, sin embargo no se encontró una disminución en los niveles de plomo ni de arsénico, quizás porque la principal ruta de exposición no era únicamente el suelo, como se había contemplado en el estudio.

A su vez en España, Cubero, et al. (2012) realizaron una revisión bibliográfica documentada sobre las características nutricionales de la etapa de crecimiento de los 2 a los 6 años de edad, proponiendo que la dieta infantil dirige una vida saludable en los niños y es la base para evitar futuras patologías como la diabetes, cáncer de colon e hipertensión.

Estas propuestas también fueron apoyadas por González (2013) quien reportó un estudio sobre el tipo de alimentos, atendiendo a su contenido nutricional en la

publicidad infantil ofrecida por televisión. Realizó un análisis del horario, del contexto, de la comunicación y de la forma en que se presentan los alimentos infantiles. Encontrando que el 50.40 % son productos predominantes poco saludables, que el 27.10 % son saludables y el 22.60 % son comida basura. Concluyendo que a pesar que los alimentos poco saludables predominan en la publicidad analizada, se considera que la solución no es su prohibición sino el énfasis de enseñar dietas saludables.

Martínez, Aguilar, Franquelo, Solera, Sánchez y Serrano (2008) estudiaron el impacto del ejercicio físico sobre la obesidad en escuelas primarias de la Provincia de Cuenca España. Utilizaron 10 escuelas para la intervención de un programa recreativo y 10 escuelas para configurar un grupo control. Los niños tuvieron una edad promedio de 9 años. El programa recreativo centraba sus ejercicios físicos en los niños y finalmente comparándolo con el grupo control, los niños del grupo de intervención mostraron una disminución de grasa corporal, concluyendo que los programas de actividad física recreativa reducen la adiposidad.

Otro estudio similar fue el de Viciano, Mayorga y Cocca (2013) quienes establecieron un modelo de ejercicio físico en niños de 11 años de primaria, a través de un programa de aprendizajes motores, promoviendo actividades deportivas extraescolares, los alumnos mejoraron su salud al ser evaluados con la batería Eurofit. Se demostró que es posible incrementar la condición física y la salud en general de los niños.

Uno de los países que ha tenido interés en la promoción de la salud es Chile y entre los estudios que se reportan está el de Chiang, Torres, Maldonado y González (2003),



los cuales diseñaron un programa “yo quiero ser sano”, para el nivel preescolar, con un enfoque de intervención multidisciplinaria cuyos objetivos fueron establecer un estilo de vida saludable, a través de adecuadas normas de higiene y alimentación, aunadas al ejercicio, procurando a su vez el alejamiento de drogas nocivas para la salud. Al término de la intervención se logró mejorar significativamente el estado nutricional del curso, disminuyendo en 32.5 % los niños desnutridos y en 54.5 % los obesos. Se logró también inducir cambios significativos en el estilo de vida, como disminuir la preferencia de ver televisión y aumentar el consumo de pescado y verduras. Se concluyó que el programa es factible para ser aplicado en cualquier centro educacional que cuente con personal capacitado, como también servir de base para que otros programas puedan adaptar a su propia realidad las actividades propuestas.

Otro estudio es el de Kain, et al. (2009) quienes se preocuparon por intervenir la obesidad a nivel preescolar, procurando establecer programas de ejercicio físico y consejería individual por parte de los maestros sobre los buenos alimentos a ingerir en el período preescolar. Al final de su intervención encontraron resultados efectivos.

Ante el actual panorama de problemáticas de salud, se considera que en el desarrollo de la promoción de la salud en niños y adolescentes, es importante el contenido y modelo de los procesos y experiencias de aprendizaje utilizados en los distintos programas, por lo que es necesario tener una visión de cómo se modifican las conductas en el ser humano cuando se interviene con programas para la salud, es decir que no sólo se organicen los conocimientos, sino que se modifique el modo de expresar y vivir la vida para hacer elecciones razonables en aspectos relacionados con la salud.

Además en relación a las estrategias educativas de la salud, se puede proponer el enfoque basado en competencias, ya que es una alternativa educativa que propicia el aprendizaje significativo que favorece el ingenio, la creatividad y el pensamiento crítico de los niños.

Se considera que el desarrollo de competencias en los escolares se tiene que efectuar mediante un ambiente planeado de estímulos que facilite la interacción de los niños, su experiencia y solución de problemas. A través de ambientes de aprendizaje, donde los niños puedan demostrar variadas actividades articuladas en el desarrollo de las competencias que se desean establecer.

Diseñar programas con el fin de facilitar la promoción de conductas saludables, debe ser un objetivo de los profesionales de la salud, por lo que los psicólogos tienen un aporte innegable en este campo (Morales, 2012).

## **5. Planteamiento del Problema.**

### **5.1. Planteamiento del problema.**

El ser humano, en cada una de sus etapas de desarrollo tiene características propias en base al entorno en el que se desenvuelve, influyendo en ello varios factores como lo son los factores de origen biológico, social y cultural, que lo hacen único y diferente de los demás. Especialistas en temas infantiles consideran que cada una de las etapas de su desarrollo debe estimularse de forma integral y a continuación se mencionan algunos ejemplos:

El ambiente del niño preescolar se concentra principalmente en el hogar, en su escuela y en su comunidad, por lo tanto estos ambientes deben favorecer en el niño un óptimo desarrollo en todas su áreas de formación. Su motricidad, lenguaje, cognición y socialización deben responder eficazmente al entorno donde se desenvuelve, por ello los padres, los maestros y su contexto en general, tienen que ofrecerle las interacciones efectivas para facilitarle su desarrollo (Marchesi, Carretero & Palacios, 1997).

El desarrollo del niño, principalmente en la etapa preescolar se encuentra relacionado con diversos cambios, primeramente en las áreas motoras y del lenguaje, que le permiten superar y responder de forma efectiva a su medio biológico, psicológico y social. Las características físicas, las conductas interactivas con su entorno, y la estimulación que recibe de todo su contexto, pueden ser factores determinantes en la facilitación de su desarrollo, no obstante, no siempre sucede así en todos los niños; ya que en cualquier momento, pueden interactuar con relaciones familiares inadecuadas, escuelas con programas deficientes para favorecer su aprendizaje y convivir en

ambientes insalubres que pueden dificultar y afectar los cambios biopsicosociales esperados en el niño (Clarizio & McCoy, 1981).

De igual manera, existen experiencias que afectan el desarrollo del niño, alterando su curso en este proceso y que tienen consecuencias de por vida, ya sea en términos de salud, educación y economía, etc. Partiendo de esto, es de mencionar que en nuestro país, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México (2012), se reportan como principales causas de mortandad infantil, entre los 4 y 6 años de edad, los problemas gastrointestinales, respiratorios, de nutrición y accidentes automovilísticos. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) señaló el 35 % de niños obesos y la Asociación Mexicana de Diabetes (2013) cita anualmente un promedio 78,000 niños con diabetes tipo 1. Estas estadísticas muestran la necesidad urgente de intervención e implementación de estrategias a favor de la salud en este período de desarrollo.

Por ello, los padres, los educadores, los profesionistas especializados en el área infantil, entre los cuales están los psicólogos, deberán ponderar la importancia de evaluar constantemente las áreas del desarrollo del niño, para identificar los cambios esperados en su edad, e identificar a tiempo las dificultades, o los aciertos en el comportamiento, ante los distintos estímulos que los niños reciben del medio, de su familia y de la escuela como principales agentes de cambio en el comportamiento (Reese & Lipsit, 1974).

La escuela desempeña un papel importante en el desarrollo del niño preescolar, quien en la actualidad se encuentra amenazado por varios factores, como programas

educativos aplicados inadecuadamente, la ausencia de experiencia de los docentes, los espacios escolares inapropiados, la limitación de estructuras sanitarias, el tipo de alimentación y los niveles bajos o nulos de ejercicio físico. Estos factores han propiciado en los niños no sólo efectos en su aprendizaje, sino también en su salud integral (Martínez & Novoa, 1991).

Bajo estas circunstancias, la Secretaría de Salud (2007), ha propuesto una serie de estrategias encaminadas al bienestar de la salud en la comunidad, pero con impacto directo al bienestar de los individuos y para el caso específico de la población infantil, ha manejado el *Programa Escuela y Salud*, cuyo objetivo primordial es que la escuela como institución, sea capaz de promover estilos de vida saludables mediante acciones específicas que permitan a corto y mediano plazo, favorecer el desarrollo óptimo de su salud, manifestado a través de indicadores tales como: tener una alimentación equilibrada, adoptar hábitos higiénicos, intensificar la actividad física; en suma, crear espacios que favorezcan la salud y la seguridad de los niños.

Sin embargo en nuestro país, hasta el momento no se ha realizado una evaluación, ni intervención formal sobre este campo formativo en el desarrollo de competencias de los niños preescolares, específicamente en el desarrollo físico y promoción de la salud, ni tampoco se han implementado estudios que generen conocimientos dirigidos al análisis y desarrollo de competencias concretas para la salud en los niños preescolares. Es un hecho, que la investigación en el desarrollo infantil ha contado con diversas limitaciones, como la edad de los niños, sus propias características de crecimiento y las consideraciones éticas entre otras (Achenbach, 1981).

Desde el año 2000 a la fecha, la autora como titular docente de la experiencia eje de Investigación e Intervención en Educación y Aprendizaje del Plan Curricular del Modelo Educativo Flexible de la Facultad de Psicología Universidad Veracruzana, México (Modelo Educativo Integral Flexible, 2014), ha colaborado con el Jardín Nuevo Xalapa, coordinando el Programa de Estimulación Integral del Desarrollo Infantil (2011) que incluye: asesoría a padres, intervención del desarrollo del lenguaje y socialización. Ha constatado las estrategias y recursos limitados en las actividades que los niños preescolares realizan para el cuidado de su salud.

Aún cuando la actividad educativa se encuentre en dirección a los hábitos saludables, la forma en que se enseñan no ha garantizado los resultados de mejorar las condiciones de salud de los niños, por lo que esta investigación, plantea la necesidad de buscar óptimos enfoques de enseñanza para desarrollar una cultura de la salud a nivel preescolar.

De tal forma, el propósito del presente estudio, es el desarrollo de un Programa de Promoción de la Salud a nivel preescolar (PPSP), para establecer y evaluar las competencias descritas en el Campo Formativo y del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud del PEP (Secretaría de Educación Pública, 2011) por lo que se derivan las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál será el efecto de una estrategia de enseñanza en el establecimiento de un programa de promoción de la salud, basada en el enfoque educativo de competencias en su nivel de logro en niños preescolares?

¿Cuáles son las competencias del programa educativo a nivel preescolar que realizan los niños en el Campo Formativo del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud?

¿Cómo pueden contribuir los psicólogos en la evaluación e intervención del campo de promoción de la salud a nivel preescolar?

## **5.2. Justificación.**

La salud integral de los niños pertenece a una atención primaria de la salud, dirigida a incrementar su calidad de vida. Una forma eficaz para alcanzarla, es por medio de programas dirigidos a la promoción de la salud en las escuelas y por la preocupación de los encargados de los organismos de la educación en el mundo, quienes han realizado esfuerzos por apoyar iniciativas para lograr una educación integradora, donde la promoción de la salud en la infancia se considere como uno de los retos del siglo XXI (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

En México, la Secretaría de Educación Pública puntualiza en la actualidad, la necesidad de asignar enfoques educativos que consideren al desarrollo del ser humano en su dimensión integral como ser social y ha propuesto reformas explícitas en los programas preescolares a partir del Programa Educativo Preescolar (Secretaría de Educación Pública, 2004).

Teniendo muy presente que la Educación Preescolar debe favorecer una experiencia educativa de calidad para todos los niños, los programas preescolares deben establecer propósitos comunes, de acuerdo a su diversidad cultural y regional, por ello los contenidos de salud en dichos programas son aceptados mundialmente, ya que es

deseable tener ciudadanos sanos y un camino para que se produzca esta meta. Los centros de enseñanza infantil son sin duda, el espacio donde se deben considerar las diferentes estrategias de la enseñanza de la salud en su población (Martínez & Novoa, 1991).

En la etapa preescolar, el niño puede ir adquiriendo diversas habilidades, actitudes, destrezas y valores (Fitzgerald & Coleman, 1999), por lo que se facilita incidir a su vez en la formación de comportamientos sanos, que permitan mejorar su calidad de vida, así como un desarrollo integral saludable en su crecimiento. Por lo anterior, las escuelas deben ser promotoras de la salud, ya que constituyen el ámbito ideal para crear en los niños una actitud favorable en este campo (Morales, 2009).

Conformar su entorno con adecuadas respuestas aprendidas, tanto dentro como fuera de su hogar, será una herramienta básica en su formación. En la actualidad, se debe tomar en cuenta que la escuela es el ambiente formal, donde más tiempo interactúa el niño, mostrando su gran variedad de comportamientos capaces de ser estudiados, definidos, intervenidos y evaluados a través de criterios objetivos de ejecución (Ribes, 2008).

En este sentido, debe conceptualizarse primeramente las características del desarrollo infantil, como una plataforma conceptual que permite identificar los cambios cuantitativos y cualitativos progresivos en el comportamiento del niño y observar su función adaptativa de *quién es más competente*, a lo largo de su interacción con el medio, considerando la competencia como un conjunto de capacidades expresadas en conocimientos, habilidades, actitudes y valores que satisfacen criterios de ejecución



adquiridos mediante la experiencia en el entorno natural y social, que permiten actuar de forma efectiva y ética en diversas situaciones. El comportamiento es producto del desarrollo, y este se muestra en diferentes momentos en cambios cuantitativos y cualitativos, reflejando los distintos niveles de dominio que se van logrando en la adquisición de una competencia (Juárez & Delgado, 2006).

La promoción de la salud en los niños, brinda la oportunidad a los profesionistas implicados, para diseñar estrategias de aprendizaje de gran implicación social a beneficio de la comunidad, con el objeto de establecer tanto en la escuela como en el hogar, las competencias necesarias para generar hábitos que le permitirán crecer de una manera sana y mejorar así, su calidad de vida. La aportación valiosa en conocimientos sanitarios debe aprovecharse, ya que posibilita la adquisición de habilidades higiénicas, ecológicas y de seguridad (Juárez, 2008).

## **6. Objetivos.**

### Objetivo general

Evaluar el efecto de un Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar (PPSP) sobre el nivel de logro de la ejecución de competencias en niños preescolares, a través de una Matriz de Valoración.

### Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de logro de las competencias del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud, a través de una Matriz de Valoración.
2. Elaborar e implementar un Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar basado en el enfoque de competencias.
3. Evaluar el nivel de logro de las competencias establecidas por el Programa de Promoción de la Salud a nivel preescolar.
4. Difundir la metodología y resultados encontrados en el establecimiento de un Programa de Promoción de la Salud en niños preescolares.

### **6.1. Hipótesis.**

La hipótesis del estudio es: el nivel de logro en la ejecución de competencias del desarrollo físico y de la promoción de la salud de los alumnos de segundo grado de preescolar, que reciban el Programa de Promoción de la Salud, será mayor al logro de la ejecución de estas competencias en los alumnos que no estén expuestos al mismo.

Hipótesis estadística:

Ho: El nivel de logro de la ejecución en las competencias del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud del grupo que recibe el PPSP es igual al nivel de logro de ejecución del grupo que recibe el programa tradicional establecido por la Institución.

Hi: El nivel de logro de la ejecución en las competencias del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud en el grupo que recibe el PPSP es mayor al nivel de logro de la ejecución del grupo que recibe el curso de educación tradicional de la Institución.

## **7. Metodología.**

### **7.1. Unidad de Análisis.**

El estudio se implementó en el Jardín Preescolar “Nuevo Xalapa” de la ciudad de Xalapa Ver., perteneciente a la Secretaría de Educación Pública, ubicado en la Unidad Habitacional de Xalapa 2000, para su realización se solicitó permiso a las autoridades correspondientes con base al Programa de Estimulación Integral del Desarrollo Infantil, establecido en la experiencia eje de Investigación e Intervención en Educación y Aprendizaje, perteneciente al plan de estudios de la Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana México, con el cual se realizan actividades de vinculación al servicio de la comunidad en la Institución referida ( ver Apéndice A, y Apéndice B). La matrícula en el año 2012 fue de cuarenta y tres niños, distribuidos en cuatro grupos: un primer grado, dos de segundo y un tercer grado escolar. Su estructura está conformada por cuatro aulas equipadas con materiales básicos de enseñanza preescolar, una dirección, un salón de usos múltiples, un aula de material didáctico y dos estancias de juego (techada y al aire libre). El personal que lo conforma, una Directora y cuatro educadoras que dirigen el establecimiento de los programas, dos asistentes de aseo y un asistente de mantenimiento. El estudio se desarrolló durante el período de septiembre 2012 a diciembre del mismo año.

Los participantes de la muestra convencional pertenecieron al segundo grado de preescolar, determinado por la Directora de la institución, indicando que los niños en este nivel cuentan con un seguimiento instruccional. La muestra se conformó de dieciséis niños con edad promedio de cuatro años de condición socioeconómica media, de los cuales siete eran niños y nueve niñas, distribuidos en dos grupos A y B.

El investigador seleccionó al azar el grupo control y el grupo experimental, siendo el grupo A, el experimental con ocho participantes y el grupo B, el de control también con ocho participantes.

## **7.2. Instrumentos**

Se elaboró una Matriz de Valoración del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud, basada en el PEP (Secretaría de Educación Pública, 2011) con las siguientes competencias: control de movimientos, manejo de instrumentos, prevención y seguridad para preservar su salud, reconocimiento de situaciones de agrado o intranquilidad y expresar cómo se siente. Las consignas se definieron para cada competencia, quedando finalmente con 75. Su evaluación de pertinencia consideró las sugerencias de Ato y López (1996) y las de Cea (2004), haciendo uso del consenso obtenido por la participación de jueces expertos en la educación preescolar, en cada una de las consignas evaluaron dos criterios: el uso de su lenguaje y su nivel de representatividad de la competencia, obteniendo así el valor de pertinencia, el cual correspondía a aquella consigna en donde los jueces tenían consenso en ambos criterios. El instrumento se elaboró de acuerdo al nivel de consenso de jueces expertos en la práctica social que tenían en cada consigna, no derivados de una teoría específica. Dado este procedimiento se obtuvo una matriz de 24 consignas, donde cada competencia ejecutada podía ser calificada en su nivel de logro de la ejecución, de acuerdo a la siguiente escala ordinal: nivel 1=Nula, nivel 2=Mínima, nivel 3=Intermedia, nivel 4= Máxima y nivel 5=Extraordinaria. En algunas consignas, se hace la referencia que derivaron consignas hijas conformando un total de 42, por lo que la suma total de puntos mínima fue de 42 y el máximo de 210 (Castañeda, Granados & Zepeta, 2013). El programa se aplicaba, si el

grupo tenía una ejecución menor al 80 % (168 puntos) (Apéndice C, Matriz de Valoración).

Se elaboró un Programa de Promoción de la Salud a nivel Preescolar (PPSP) con cuatro manuales, Guías del aplicador: a) viva el ejercicio; b) ve, oye y actúa; c) soy guardián de la salud y, d) aprendo a cuidarme, basados en las competencias del campo formativo del desarrollo físico y promoción de la salud del PEP (2011), teniendo en cuenta las competencias a establecer; duración de las sesiones; procedimiento; hoja de cotejo; materiales; menú de juegos y referencias bibliográficas (Apéndice D ).

Se elaboró un glosario de términos (Apéndice E) el cual sirvió para la fase de capacitación de los asistentes del estudio.

Como recursos profesionales de apoyo, se solicitó la presencia de un Investigador con especialidad en estadística, un matemático, dos psicólogos titulados y como responsable el tutor académico del trabajo.

### **7.3. Procedimiento.**

Se realizó una investigación de tipo experimental, la cual refiere a la manipulación de una variable independiente en su efecto sobre la variable dependiente, utilizando una preprueba-postprueba y el uso de un grupo control (Campbell & Stanley, 1976), el cual representa tener dos grupos igualados en sus características poblacionales, distribuidos al azar en un grupo experimental y un grupo control. Ambos grupos son evaluados con una preprueba y el tratamiento o intervención se aplica únicamente al grupo

experimental en un lapso específico, finalmente se administra la postprueba en ambos grupos (Ary, Jacobs & Razavieh, 1982).

En el presente estudio la pre y post-prueba fue la Matriz de Valoración del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud, y el tratamiento o intervención se refirió al Programa de Promoción de la Salud a nivel Preescolar (PPSP). Por lo que la variable independiente fue el Programa de Promoción de la Salud a nivel Preescolar basado en el enfoque de competencias de Tobón (2006), y la variable dependiente se refirió al nivel de logro en la ejecución de competencias en los niños de segundo grado de preescolar, obtenida en la Matriz de Competencias del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud, basada en los indicadores del Programa Preescolar (Secretaría de Educación Pública, 2011) y cada una se encuentra definida operacionalmente para su establecimiento (Apéndice D):

- Mantener el control de movimientos que implican fuerza, velocidad y flexibilidad en juegos y actividades de ejercicio físico.
- Utilizar objetos e instrumentos de trabajo, que le permiten resolver problemas y realizar actividades diversas.
- Practicar medidas básicas preventivas y de seguridad para preservar su salud, así como para evitar accidentes y riesgos en la escuela y fuera de ella.
- Reconocer situaciones que en la familia o en otro contexto le provocan agrado, bienestar, temor, desconfianza o intranquilidad y expresar lo que siente.

El estudio consistió en la elaboración y aplicación de las siguientes fases que a continuación se describen.

### **Fase I. Elaboración del Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar.**

El programa se elaboró considerando las principales aportaciones del enfoque por competencias para los diferentes niveles educativos. De tal forma que el programa se encuentra estructurado considerando una descripción mínima en donde el lector tiene una visión concreta sobre los contenidos del programa; señala una justificación en la que se menciona la valiosa aportación de conocimientos saludables en la infancia, por otro lado establece las características de los participantes, considerando sus repertorios iniciales y establece los saberes en las dimensiones cognoscitiva, del hacer y afectivo-motivacional.

Contiene las unidades de competencia del Campo Formativo del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud basadas en Tobón (2006) y para poderlas establecer utiliza el juego a través del diseño de cuatro manuales anteriormente citados, que son considerados como guías de operatividad para el aplicador en el PPSP.

### **Fase II. Capacitación de los aplicadores del estudio y presentación del PPSP.**

En esta fase se capacitó a dos psicólogos titulados, que tenían experiencia al menos de un año de haber trabajado en programas de aprendizaje infantil. Ambos psicólogos recibieron una asesoría en 10 sesiones de 40 minutos durante el mes de septiembre del 2012, sobre la matriz de valoración del desarrollo y promoción de la salud, y sobre el Programa de Promoción a nivel Preescolar (PPSP). Además, se elaboraron en estas sesiones los materiales requeridos para la realización del programa. Se les indicó a los psicólogos, que ambos podían ser asistente-aplicador y/o asistente-evaluador, es decir cumplir funciones de intervención del programa o realizar actividades de registro y evaluación del mismo.



Una vez que fueron capacitados los psicólogos, se presentó el PPSP ante las autoridades del Jardín, solicitando la autorización de su fecha de inicio, tres sesiones máximo a la semana, de 40 minutos cada una, proponiendo un total de 20 sesiones aproximadamente. Las autoridades respectivas del jardín propusieron que podía dar inicio el 1° de octubre de 2012, trabajando los martes y jueves principalmente, en horario de 11 a 12 hrs. (ver Apéndice D).

### **Fase III. Asignación y aplicación de la preprueba a los participantes.**

Una vez obtenidos los dos grupos A, experimental y B, control, de segundo de preescolar, los asistentes del estudio aplicaron la matriz de valoración a los niños de ambos grupos, quienes se mostraron cooperativos y amables con la actividad. El tiempo de aplicación de la matriz fue de 50 min y se realizó en un área de juego cubierta y en un salón del jardín, según las competencias que se valoraban.

### **Fase IV. Aplicación del Programa de Promoción de la Salud.**

Una vez evaluados los niños del estudio a través de la matriz de valoración, los asistentes del programa iniciaron su aplicación a los 8 participantes del grupo experimental, ocupando las sesiones permitidas por el jardín, programadas de acuerdo a las actividades de los niños para no alterar su programa general de actividades.

La aplicación fue en el salón de clases del grupo y en el patio techado del jardín. Las sesiones fueron realizadas ocupando los meses de octubre y noviembre del 2012. El Programa tuvo una duración de 20 sesiones aproximadamente y se llevó a cabo los días martes, jueves y viernes de 11 a 12 hrs. El grupo control siguió en su programa

tradicional, sin embargo al término del estudio, por razones éticas, a partir de los meses de enero a junio de 2013, los demás grupos del jardín también participaron en el Programa de Promoción de la Salud a nivel Preescolar.

Las sesiones de intervención, se iniciaban utilizando los manuales de aplicación del programa. En cada manual se especificaban los juegos para establecer las competencias del desarrollo físico y promoción de la salud, además los objetivos de desempeño, su duración, su procedimiento y un menú de juegos, que contenía las actividades que podía elegir el aplicador para el establecimiento de la competencia referida en el Manual correspondiente. Los aplicadores del programa, planeaban al menos un día antes los juegos a establecer en los niños en cada sesión de cuarenta minutos del PPSP, así como la elección de los materiales elaborados para su aplicación.

Desde la primera sesión los aplicadores se presentaron ante los niños del grupo experimental, comentando que iban a aprender muchas cosas que les servían para su vida a través de diversos juegos, mencionaron sus nombres, se los pusieron en un gafete y a su vez a los niños hicieron lo mismo con sus nombres.

Una vez reunidos los niños en el grupo, el asistente-aplicador decía por ejemplo: "... ahora nos toca ver el juego de ¡VIVA EL EJERCICIO!", (manual 1, ver apéndice C), el aplicador primero representaba el juego a seguir, motivaba y daba instrucciones para que los niños realizaran las actividades correspondientes al juego presentado. Cuando los niños ejecutaban cada juego, cumplían con los ensayos de la sesión. Cada sesión estuvo programada en cuatro ensayos, correspondientes a cuatro juegos que debían realizar los niños y el asistente-evaluador registraba su ejecución en la lista de cotejo.

La lista de cotejo del estudio, tenía los nombres de los niños y los cuatro ensayos de juegos de la sesión para su calificación, donde el asistente evaluador anotaba con una paloma el cumplimiento de cada ensayo; los niños podían obtener un máximo de 100 % de ejecución en el cumplimiento de los mismos. Al final de la sesión, los porcentajes obtenidos de los niños, se mostraban en una cartulina colocada en la puerta del salón de trabajo, indicando con una estrellita, los nombres de los niños que habían cumplido con los cuatro ensayos de la sesión. Cuando los niños terminaban cada uno de los manuales del PPSP, el aplicador les entregaba las reglas correspondientes a cada manual para que su familia apoyara el seguimiento de las competencias aprendidas (ver apéndice C). De esta forma, funcionaron todas las sesiones del PPSP.

El programa avanzaba, si el porcentaje promedio de ejecución del grupo alcanzaba un 80 % en el logro de los ensayos establecidos en la sesión anterior, en caso de que no se cumpliera con el porcentaje de ejecución, en la siguiente sesión se presentaba nuevamente la unidad anterior, con ello se aseguraban los aprendizajes para avanzar en las unidades. El criterio de finalización del PPSP fue, cuando el grupo en tres sesiones consecutivas mantenía un promedio de ejecución adecuado al 80 %. El grupo control siguió con sus clases tradicionales.

#### **Fase V.- Aplicación de la PostPrueba.**

En cuanto se concluyó con la última unidad del PPSP, se procedió a la aplicación de la postprueba a ambos grupos del estudio. Los dos asistentes mencionados, aplicaron la matriz de valoración de logro en competencias de salud para preescolares, para lo cual se requirieron de 50 minutos en su realización, nuevamente los participantes se mostraron cooperativos y entusiasmados por realizar las actividades de la matriz de

valoración. Finalmente se entregaron reportes de resultados; reglamentos de salud a padres y educadoras; y diplomas a los niños por haber participado en el PPSP. Todo el proceso realizado en la preprueba, se hizo también para obtener los resultados en la postprueba.

### **7.3.1. Análisis de los datos**

El estudio presenta el análisis de una variable categórica discreta, medida con base a una escala ordinal. Los criterios del análisis de esta variable para evaluar el efecto del programa definidos por el investigador: fue la diferencia de los participantes en el nivel de logro de sus competencias por grupo, sexo, competencia y, sexo y competencia. Los datos encontrados en una distribución no paramétrica fueron descritos a través de histogramas y analizados también por la elección de la prueba inferencial específica.

De esta forma los datos, se expresan tomando en cuenta las características de la variable dependiente y en este contexto Nunnally y Bernstein (1996) citan que la naturaleza de la medición debe estar basada en los indicadores de los objetos que representan los atributos para su selección numérica, por lo tanto, si el objeto de estudio del presente reporte de investigación se clasifica únicamente a nivel ordinal y su expresión debe considerar su representación gráfica mediante el uso de barras.

## 8. Resultados

Se inicia con la representación gráfica del efecto del programa, de acuerdo al valor de la escala ordinal utilizada: nivel 1=Nula, nivel 2=Mínima, nivel 3=Intermedia, nivel 4= Máxima y nivel 5=Extraordinaria, representada en el eje de la ordenada de cada gráfico.

En primer lugar se presentan en la figura 1, los valores escalares obtenidos en la preprueba y postprueba, en la calificación unitaria de la Matriz de Valoración para cada participante y considerando su pertenencia al grupo experimental o control. El gráfico de barras revela visualmente el efecto diferencial entre los grupos experimental y control; las barras en la postprueba del grupo experimental reportan valores de cuatro en seis de los ocho participantes; mientras que en el grupo control, en solo dos participantes, se registra el tres como valor máximo.

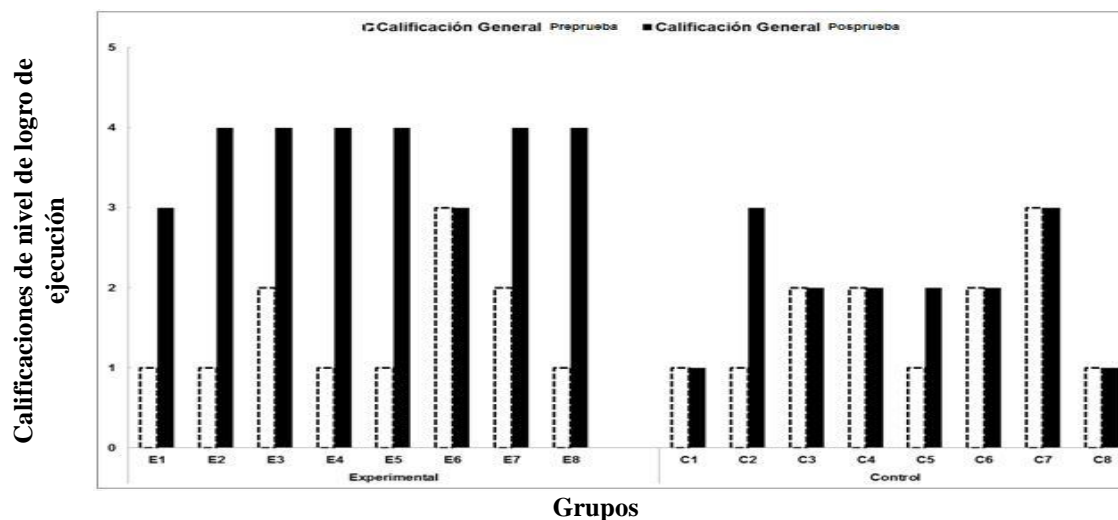


Figura 1. Calificaciones generales obtenidas en escala ordinal en la preprueba y postprueba del grupo experimental y control.

En la figura 2, se muestran las calificaciones totales obtenidas en la preprueba y postprueba en el grupo control y experimental, se hace el análisis considerando el sexo de los participantes y teniendo en cuenta los mismos criterios señalados anteriormente, el gráfico de barras no refleja diferencias en cuanto a los valores de las calificaciones en la preprueba y la postprueba.

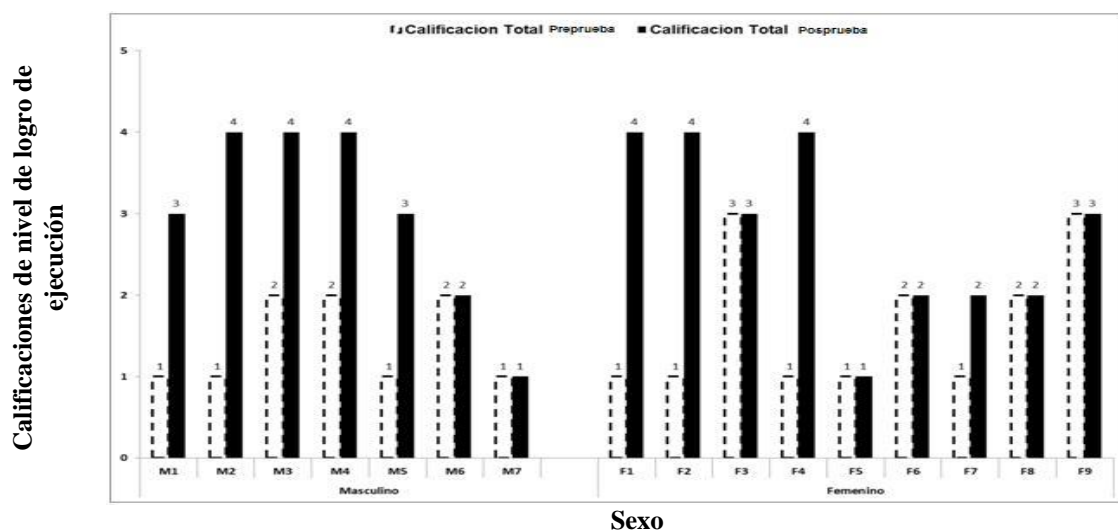


Figura 2. Calificaciones totales obtenidas en escala ordinal por sexo masculino y femenino.

En la figura 3, haciendo un análisis de restar los valores obtenidos en la postprueba menos los valores de la preprueba en el grupo experimental y control, representa las diferencias de calificaciones obtenidas entre los grupos en las mediciones previas y posteriores a la aplicación del programa; el valor diferencial es de tres en cuatro de los ocho participantes del grupo experimental, mientras que en el grupo control el valor diferencial de dos se observó en uno de los ocho casos.

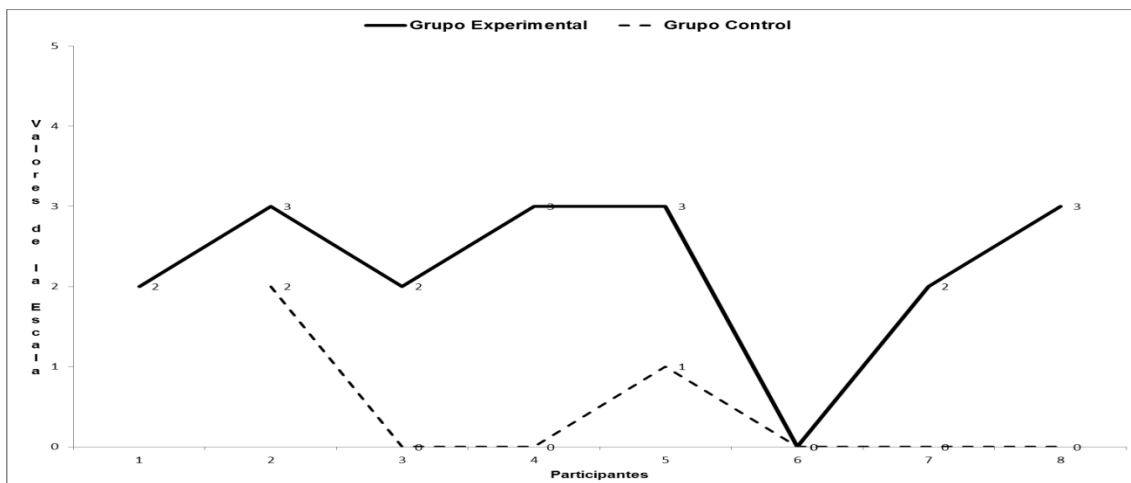


Figura 3. Calificaciones obtenidas en escala ordinal por diferencia de valores postprueba menos valores preprueba.

En otro análisis, los 24 reactivos de la matriz de valoración se ordenaron de acuerdo a las cuatro áreas de competencias que mide la prueba con base al PEP (Secretaría de Educación Pública, 2011). Es decir, las ejecuciones se analizaron de acuerdo al área de competencia, para saber en qué medida los participantes las desarrollaron.

En la figura 4, en la postprueba se observan los valores obtenidos por el grupo control y experimental correspondiente a la competencia de control de movimientos, el grupo experimental alcanza calificaciones de 4 mayormente y en el grupo control sus valores se sitúan en el 3.

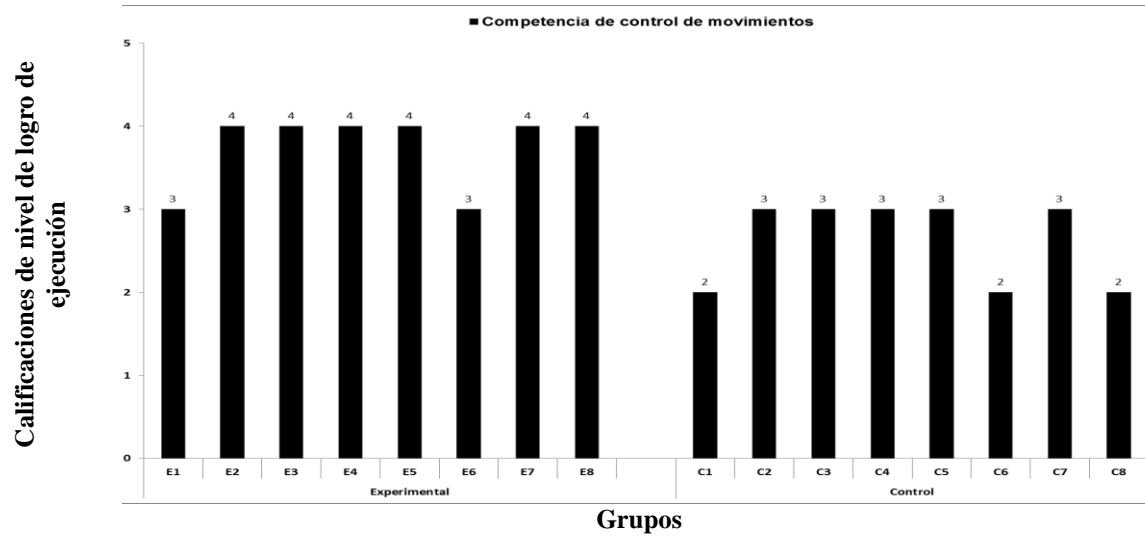


Figura 4. Calificaciones obtenidas en la postprueba por Grupo Experimental y Control en escala ordinal. Categoría del área: Control de Movimientos.

En la figura 5, se aprecian las diferencias obtenidas en la competencia de manejo de instrumentos, en donde la mitad del grupo experimental alcanzó los valores de 4 en la escala ordinal, mientras que más de la mitad del grupo control llegó al 3, al final de la aplicación del PPSP.

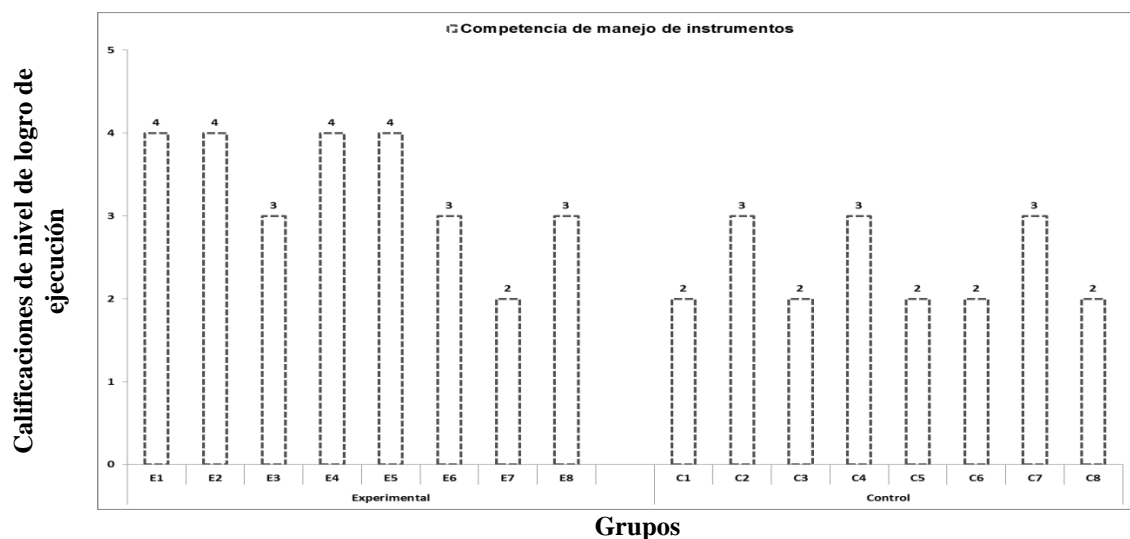


Figura 5. Calificaciones obtenidas por Grupo Experimental y Control en escala ordinal. Área: Manejo de Instrumentos.



En la figura 6, correspondiente a la competencia de prevención y seguridad para preservar su salud, se observa que el grupo experimental alcanzó valores de 4 y 5 en dos casos (E3 y E8), y 3 en E1. A comparación del grupo control donde las calificaciones se encuentran en 2, y 3 en dos casos (C2 y C7), y 1 en C1. Siendo esta competencia la más notoria en diferencia de calificaciones alcanzada en ambos grupos.

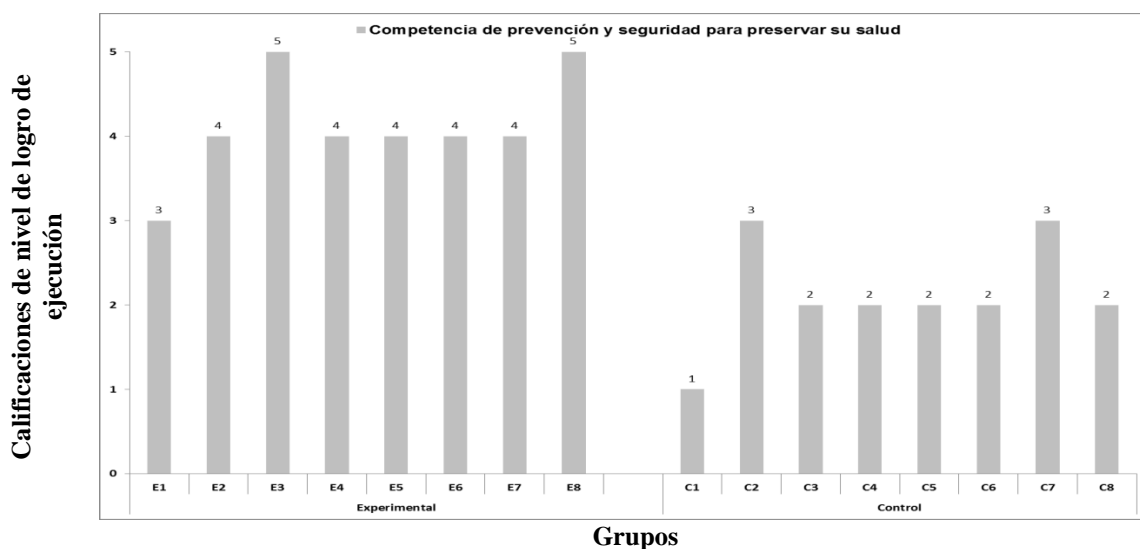


Figura 6. Calificaciones obtenidas por Grupo Experimental y Control en escala ordinal. Área de competencia: Prevención y Seguridad.

En la figura 7, se analizan las calificaciones obtenidas en el área de competencia para reconocer situaciones de agrado o intranquilidad y expresar cómo se siente el niño, la mayoría del grupo experimental obtuvo valores de 4 en la escala ordinal, mientras que el grupo control llegó al 2.

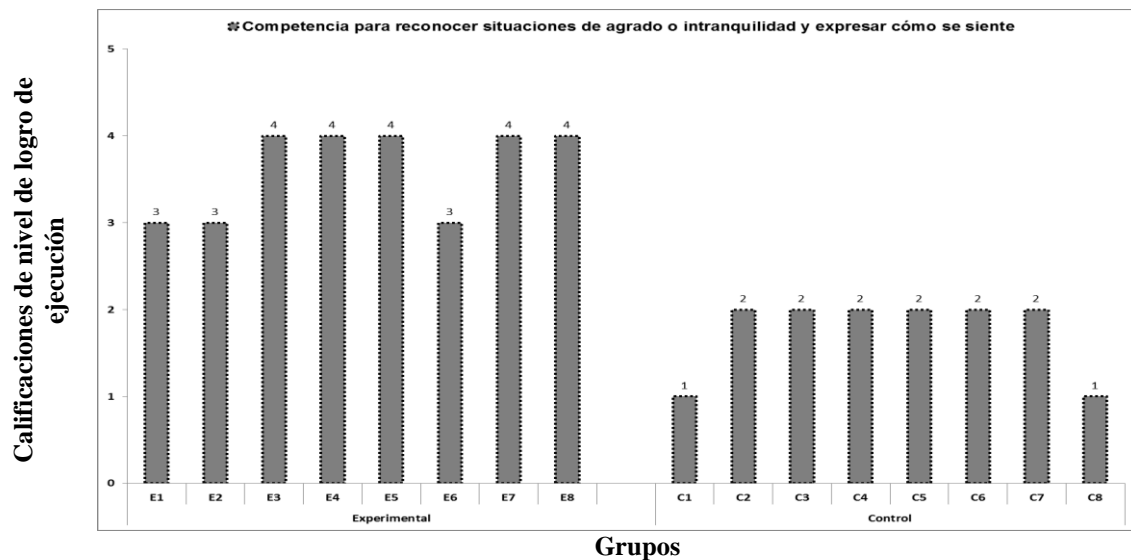


Figura 7. Calificaciones obtenidas por Grupo Experimental y Control en escala ordinal. Área de competencia: Reconocer Situaciones de Agrado o Intranquilidad y Expresar cómo se Siente.

En la figura 8, se muestran los valores alcanzados por los participantes del estudio con base al sexo y al área de competencia. Se aprecia que en la competencia de control de movimientos son en su mayoría los niños quienes obtienen calificaciones de 4, mientras que las niñas obtienen valores de 3.

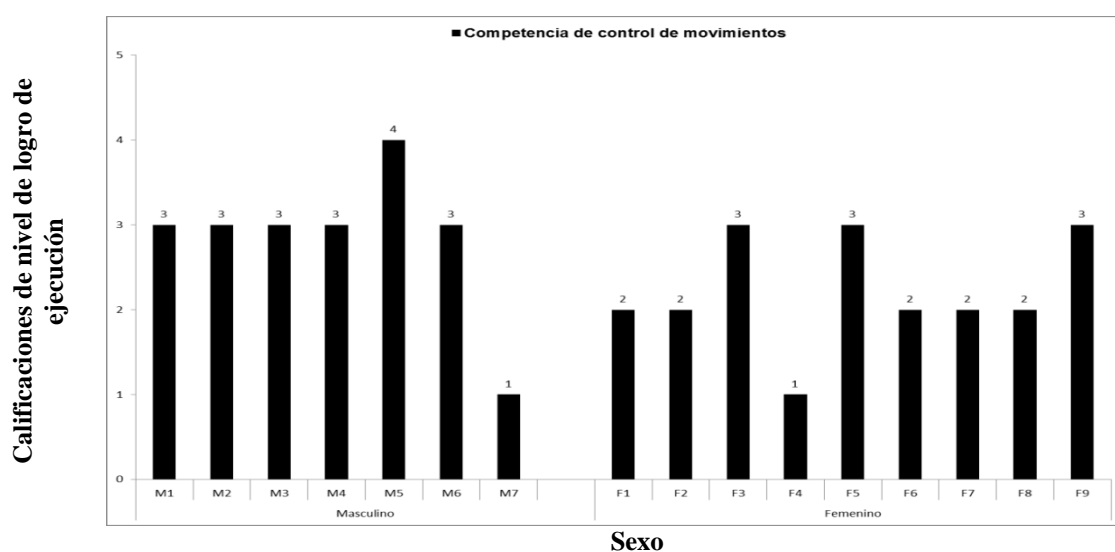


Figura 8. Calificaciones obtenidas por sexo Masculino (n=7) y Femenino (n=9), en escala ordinal. Área de competencia: Control de Movimientos.

En la figura 9, se observa la calificación alcanzada en la competencia de manejo de instrumentos en relación al sexo. Examinada de acuerdo al sexo masculino y femenino del total de la población, sólo un niño, M4, obtuvo un valor de 2, mientras que las niñas, F3 y F4, obtuvieron calificaciones de 2. Siendo esta competencia la menos desarrollada por niños y niñas del total de la población.

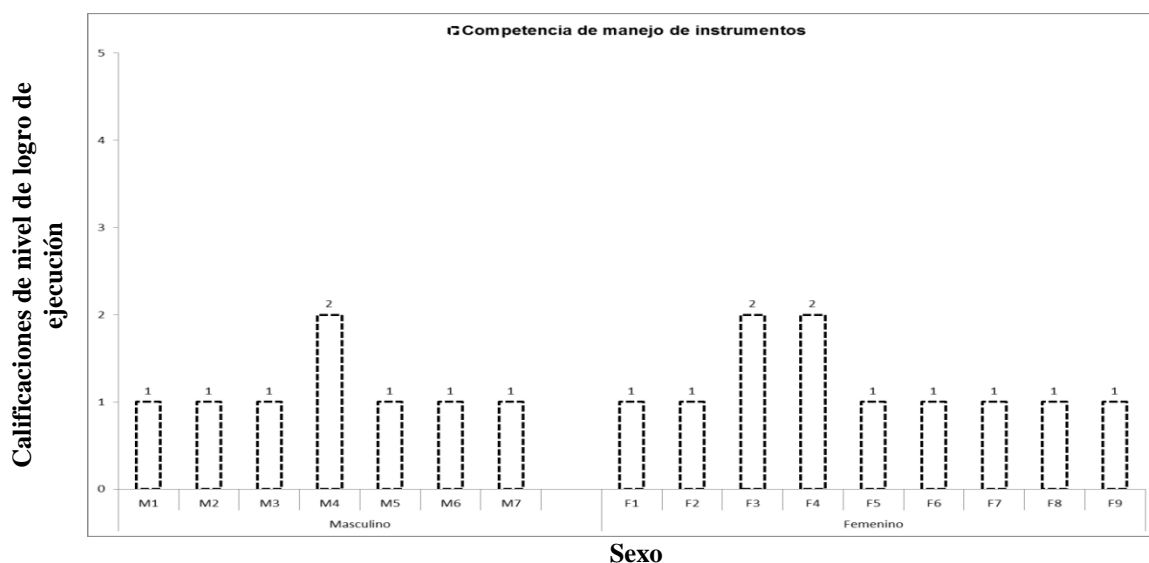


Figura 9. Calificaciones obtenidas por sexo Masculino (n=7) y Femenino (n=9), en escala ordinal. Área de competencia: Manejo de Instrumentos.

En la figura 10, se muestran las calificaciones obtenidas en la competencia de prevención y seguridad para preservar su salud, donde se observa que la mayoría de los niños alcanzó valores de 2 y de las niñas, 3 alcanzaron la calificación 3 de la escala ordinal y sólo 1 llegó a la calificación de 4.

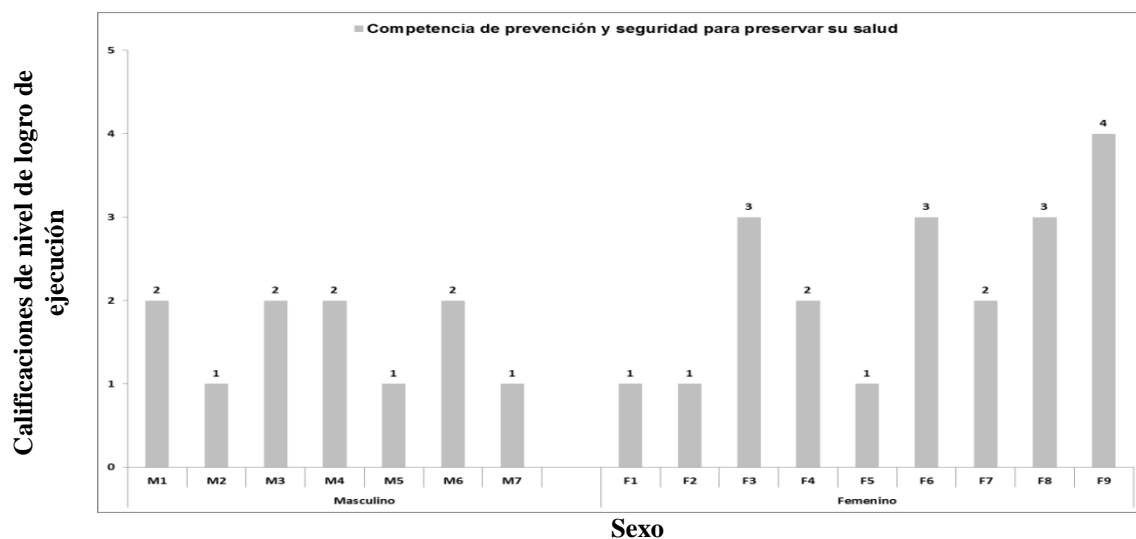


Figura 10. Calificaciones obtenidas por sexo Masculino (n=7) y Femenino (n=9), en escala ordinal. Área de competencia: Prevención y Seguridad para Preservar su Salud.

En la figura 11, se aprecian los resultados obtenidos en la competencia para reconocer situaciones de agrado o intranquilidad y expresar cómo se siente, de acuerdo al sexo femenino y masculino, la mayoría de los niños obtuvo calificaciones de 1, mientras que las niñas obtuvieron valores de 2 y 3 (F3 y F9).

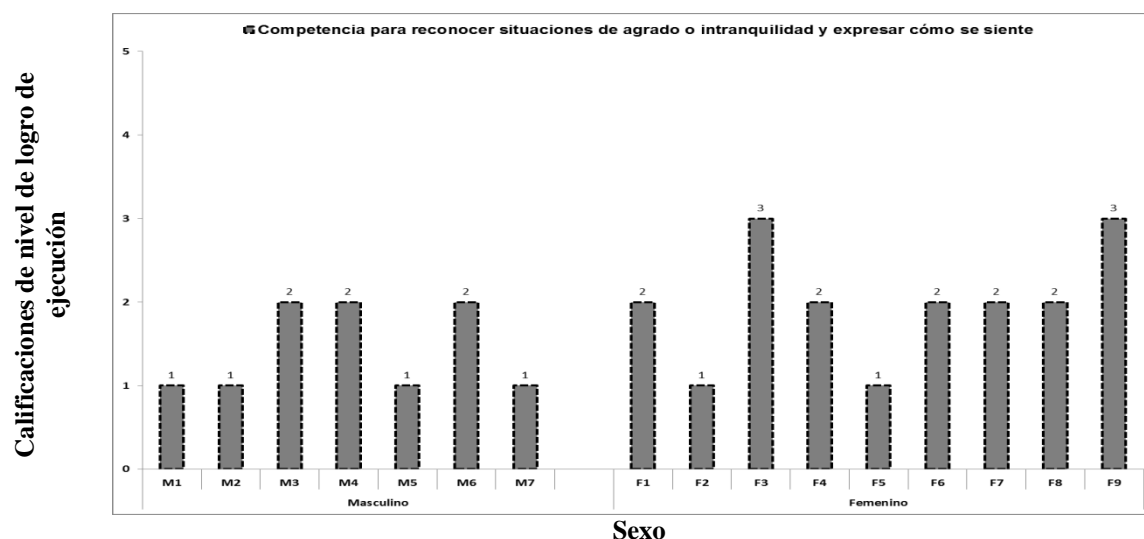


Figura 11. Calificaciones obtenidas por sexo Masculino (n=7) y Femenino (n=9), en escala ordinal. Área de competencia: reconocer Situaciones de Agrado o Intranquilidad y Expresar cómo se Siente.

A nivel inferencial, el carácter ordinal de la unidad de medida, empleada como logro de competencia y definida socialmente, orienta el estudio para la obtención de resultados, a la selección de la *prueba Wilcoxon* no paramétrica de signos y rangos para muestras relacionadas, con el propósito de cumplir el nivel inferencial del estudio y así realizar la prueba de significación de hipótesis, entre el valor de la mediana del grupo experimental y del grupo control, a pesar que el análisis gráfico representa una objetiva diferencia entre ambos grupos.

Además, la condición del estudio con pares de sujetos menores de diez limita el reporte de la prueba únicamente a una tabla de valores que definen un nivel de significación específico para valores calculados en los grupos (ver Tabla 9).

Pares	Celdas de datos		S/R de $ X_a - X_b $
	$X_a$	$X_b$	
1	2	0	+3.5
2	3	2	+1
3	2	0	+3.5
4	3	0	+6.5
5	3	1	+3.5
6	0	0	-----
7	2	0	+3.5
8	3	0	+6.5

$W = 28$

$n_{s/r} = 7$        $P(0.02)$

Tabla 9. Valores de la mediana de ambos grupos para la obtención de la prueba Wilcoxon.

De esta forma, encontrándose una  $W = 28$  con un  $n_{s/r} = 7$ , para un valor de significancia de 0.02 (VassarStats Website, 2013), se concluye estadísticamente que la

hipótesis alternativa es aceptada en el estudio y por consiguiente la nula es rechazada, indicando que el Programa de Promoción de la Salud utilizado como variable independiente para el establecimiento de las competencias de salud en niños preescolares fue efectivo.

## **9. Discusión y Conclusiones**

### **9.1. Discusión**

El propósito de la presente investigación requirió en primer lugar considerar a la competencia como una conducta que el individuo *hace* y de tal forma considerar un procedimiento que permitiera la evaluación objetiva de las competencias de salud del PPSP.

De tal manera, en el desarrollo de la fase I del estudio, se permitió identificar el nivel del logro de las competencias de salud de los niños preescolares y confirmar que la tarea de diseñar matrices es un procedimiento sencillo para constatar el avance de las competencias (Moril, Ballester & Martínez, 2012). Por esta razón es indispensable identificar en el presente estudio que al intervenir competencias, no se estudian constructos analizados por la psicología sino los indicadores de las propiedades de los objetos, de un hecho, episodio, suceso, etc., definido por un consenso social, por lo que la validez y la confiabilidad no son cuestionadas, ya que el diseño de matrices de valoración permite una escala de medición a su objeto de estudio y con la evaluación de su pertinencia puede aclarar un proceso de medida durante la actividad científica (Nunally & Berinstein, 1996; Wartofsky, 1986).

Los instrumentos desarrollados con la medición del consenso, radica fundamentalmente en la participación de jueces o expertos interesados. Por lo que el elemento clave para la elaboración de una matriz de evaluación es el consenso de quienes son expertos en el tema, en este caso en las competencias de salud y cuando el investigador somete a valoración de pertinencia los reactivos que ha definido operacionalmente, hace la diferencia respecto a instrumentos tradicionales en los

estudios sobre consenso. Por lo que el uso de matrices de valoración puede ser utilizada en variados campos de estudio.

Se diseñó una matriz de valoración que evaluó el nivel de logro de las competencias de salud de los niños preescolares, ya que como indica Marín, Guzmán y Castro (2012), la mayoría de las educadoras en la actualidad, aún no cuentan con la disponibilidad de recursos para realizar evaluaciones iniciales y/o finales en las competencias de los niños.

Por otro lado, el estudio requirió capacitar a dos asistentes que llevaran a efecto la aplicación del PPSP, como se reporta en la fase II. Se utilizaron principalmente, psicólogos titulados que pudieran tener experiencia en el campo infantil, esta elección y capacitación de los asistentes, así como la elección del tutor responsable y asesor estadístico del estudio, representa que los recursos humanos son significativos en el equipo de investigación de cualquier estudio.

Con respecto a la ejecución de la fase III, es importante considerar, que una vez presentado y autorizado el programa ante las autoridades del Jardín, la Directora del mismo sugirió que el PPSP fuera aplicado en el segundo nivel de preescolar, dado que de acuerdo a su experiencia los niños tienen el repertorio básico inicial para poder ingresar en el aprendizaje de competencias saludables y permitió que el investigador eligiera al azar al grupo control y al grupo experimental de acuerdo a los grupos A y B del mencionado jardín.



En el cumplimiento de la fase IV, la elaboración del PPSP a través de competencias, demostró adecuadamente su impacto en el aprendizaje de los niños. El aprendizaje de competencias se efectuó mediante actividades y acciones, dándole mayor importancia a un comportamiento eficaz en cierto nivel de ejecución, fundamentando la elección del paradigma epistemológico previamente seleccionado, ya que una competencia de promoción de la salud es demostrar el nivel de logro en la práctica, factor necesario en el aprendizaje. Los profesionales de salud, deben considerar que la promoción de la salud es una acción de atención primaria y debe ser considerada desde su infancia.

La investigación presentada contribuye con un programa de aprendizaje formativo en la que se da muestra de los logros de las competencias de salud en los niños preescolares mexicanos, se estableció un aprendizaje para la vida, cuyas características de aplicación se derivaron del paradigma E-R, siguiendo los principios de la conducta generados por las aportaciones experimentales de B.F. Skinner, respetando a su vez su énfasis metodológico en el proceso de medición, condición permanente en el desarrollo de su procedimiento. Constatando a su vez que el sexo es una característica poblacional determinante en el aprendizaje (Reese & Lipsit, 1974).

Los resultados mostraron que es favorable intervenir la promoción de la salud desde la infancia, coincidiendo con los estudios realizados principalmente en Latinoamérica por Fleites, et al. (2011), y Quintero y Alegret (2010). Y el modelo de competencias seleccionado, demostró que utilizando 14 sesiones los niños podrían aprender las competencias descritas en el PPSP.

## **9.2. Limitaciones y sugerencias para estudios posteriores.**

Las limitaciones que se presentaron principalmente, se encuentran relacionadas con aquellas que frecuentemente el investigador tiene al trabajar en ambientes naturales; por ejemplo, las sesiones del presente estudio se tuvieron que adaptar de acuerdo al Calendario Preescolar en México, permitiendo únicamente trabajar dos a tres veces a la semana, durante el tiempo de intervención.

El Jardín de Niños donde se realizó el estudio, a pesar de tener instalaciones adecuadas, material y personal capacitado para la educación preescolar de los niños, tiene una baja matrícula escolar, debido probablemente a que por su ubicación espacial, no cuenta con un desarrollo urbano adecuado. Estas condiciones determinaron el número reducido de participantes del estudio y la investigación tuvo que elegir una metodología adecuada que permitiera el logro de los objetivos, no obstante los participantes del estudio fueron constantes en su asistencia en las 14 sesiones del programa, demostrando interés en todas las actividades programadas, derivado de la motivación y las dinámicas de juego realizadas por los asistentes.

A pesar de que el PPSP no consideró el trabajo con los padres, su aplicación si tomó en cuenta que los niños llevaran material y mensajes de salud a sus propias familias y en estas actividades, las educadoras cooperaron amablemente para invitar a los padres a recibir las reglas de promoción de la salud de cada manual del programa.

De acuerdo a lo anterior, se recomienda que en futuros programas de salud, se mantenga constante el concepto de aprendizaje y motivación en el establecimiento de cualquier competencia, ya que el nivel de ejecución que se obtiene en el logro de cada

una de ellas, es debido a la programación y validación que el diseñador de sistemas de aprendizaje establece y a las características de aplicación, donde los ejecutantes del programa consideren su lenguaje, su tipo de interacción con los aprendices, sus medios didácticos de enseñanza y una retroalimentación constante en los avances que se logra en la adquisición de cualquier competencia.

De la misma manera, las intervenciones realizadas en instancias educativas, deben considerar la duración de su calendario, la programación de sus actividades, las condiciones urbanas entre otras, que puedan modificar el cumplimiento de las mismas.

Además los estudios experimentales al final de su intervención, deben considerar el criterio ético reportado de establecer sus aplicaciones utilizadas a toda la población, por ello para obtener un beneficio general, el programa de promoción de la salud fue implementado a todos los grupos del Jardín de Niños y se sugiere considerar una validación social en las intervenciones experimentales, por tal motivo se entrevistaron cualitativamente a las Educadoras respondiendo que el Programa fue pertinente, efectivo y necesario en el desarrollo de los niños.

### **9.3. Conclusiones**

Los resultados obtenidos permitieron dar respuesta a los objetivos en la presente investigación y permitieron responder a las preguntas de investigación planteadas. Cumplió el propósito en la elaboración de un programa con una estrategia educativa específica y de un instrumento objetivo para evaluar el establecimiento de competencias de promoción de la salud a nivel preescolar.

Por tal motivo y de acuerdo al diseño experimental previamente elegido, se pudo demostrar la hipótesis planteada en el estudio, indicando que los cambios establecidos en las competencias de promoción de la salud en niños preescolares se debieron a la manipulación del PPSP sobre el aprendizaje de éstos.

Los resultados encontrados en el grupo experimental manifestaron en el análisis gráfico reportado, la sensibilidad al efecto del PPSP. Por la expresión de los cambios hallados, el estudio demuestra un adecuado manejo metodológico para la intervención de programas de promoción de la salud y podrán ser dirigidos a otros niveles educativos o campos diversos de población, por ejemplo puede ser aplicado en adolescentes y adultos, siguiendo el procedimiento propuesto.

Además el estudio confirma la necesidad de la intervención interdisciplinaria del psicólogo de la salud, ya que el diseño del programa, exigió una planificación de cada una de las competencias establecidas en los niños, demandando un paradigma y una teoría del aprendizaje especialmente dirigida por una metodología que estableció de manera programada y objetiva el desarrollo de la investigación.

Debido a lo anterior el PPSP, reporta la efectividad de los manuales elaborados que permitieron al aplicador identificar fácilmente los objetivos del aprendizaje, las tareas recomendadas y la especificación de los recursos utilizados a través de un menú de juegos propios para el periodo preescolar, lo que demuestra que el manejo de una estrategia de interacción de aprendizaje, permitió ampliar la efectividad dado que se contaba con las definiciones operacionales de cada uno de los objetivos de desempeño, considerando al inicio de cada sesión la demostración de la competencia a realizar por

parte del aplicador, reforzando un aprendizaje ostensivo como señala Wittgenstein (2008) al referirse en la importancia del significado de un término a través de los ejemplos en el entorno del individuo. Las competencias de promoción de la salud aprendidas en la infancia, son una alternativa con la cual el ser humano cambia su actitud hacia la vida, el mismo aprende un autocuidado de su salud, a través de su aprendizaje en la infancia. Con ello, las estadísticas de riesgo y enfermedades infantiles reportadas hasta el momento tenderán a disminuir.

La promoción de la salud en el desarrollo del niño, debe ocupar un eje central en su educación como indica Cáceres (2010), dado que los niños tienen que ser formados en una cultura higiénica de bienestar, que les permita aprender repertorios de conductas para lograr una mejor condición de adaptarse a su medio, con sus compañeros, maestros, y ser ejemplo en su familia y contexto donde habita. Aprender que nuestra alimentación, ejercicio, cuidado y protección personal, son en la actualidad competencias de supervivencia y mejoramiento de nuestra calidad de vida.

Actualmente, se encuentra establecida la línea de investigación en promoción de la salud en infantes en el Jardín reportado. Ocupando para su seguimiento a los niños de tercer grado de preescolar en la enseñanza del PPSP, quienes han sido capacitados para establecer las competencias de salud a sus compañeros de segundo grado de preescolar.

Quizá para algunos individuos consideren que la salud es atributo que llega de algún lado, sin embargo vemos que nosotros mismos podemos contribuir en la medida de lo posible a un bienestar saludable, aprendiendo competencias de salud.

Detrás de cada resultado de un estudio, hay gran esfuerzo humano de trabajo participativo, desde el investigador responsable, el grupo de asesores, el personal de aplicación, todos a través de una acción conjunta tienen que avanzar armónicamente para lograr los objetivos planteados. El programa permitió la facilitación del aprendizaje y evaluación de las competencias de los niños, lo que genera la posibilidad de implementarlo a otras poblaciones infantiles.

## Referencias

- Achenbach, T. (1981). Investigación en psicología del desarrollo. Conceptos, estrategias y métodos. México: Manual Moderno.
- Aguirre, J.A. (2010). Evaluación, planeación y práctica bajo el enigma de las competencias. México: UNAM, Centro de estudios de posgrado.
- Ary, D., Jacobs, L. Ch. & Razavieh, A. (1982). Introducción a la investigación pedagógica. México: Interamericana.
- Asociación Mexicana de Diabetes (2013). Diabetes tipo 1 infantil. Recuperado de <http://www.amdiabetes.org>
- Ato, M., & López, J.J. (1996). Análisis estadístico para datos categóricos. España: Síntesis.
- Bacarat, M.P. & Graciano, N.A. (2002). El concepto de la competencia. Bogotá: Sociedad Colombiana de Pedagogía.
- Barrera, E. (2005). Educación preescolar a nivel nacional: 1970-2005. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/Educacion\\_preescolar\\_nivel\\_nacional\\_1970-2005.pdf](http://www.diputados.gob.mx/cesop/doctos/Educacion_preescolar_nivel_nacional_1970-2005.pdf)
- Bayés, R. (1980). Una Introducción al Método Científico en Psicología. España: Fontanella.
- BechtereV, V. (1965). Fundamentos de La Psicología Objetiva. En Ribes, E., Burgos, J. (2006) Raíces históricas y filosóficas del conductismo. Tomo 2. Guadalajara: Universitaria.
- Bijuo, S. & Baer, D. (1977). Psicología del Desarrollo Infantil. Vol. 1. México: Trillas.
- Bunge, M. (1987). La investigación científica. Buenos Aires: Ariel.

- Cáceres, M.A. (2010). La importancia de la educación para la salud en edad infantil. *Revista digital para profesores de la enseñanza*, 10, 1-8. Recuperado de <http://www2.fe.ccoo.es/andalucia/docuipdf.aspx?d=7460&s=>
- Caldwell, B.M. & Stedman, D.J. (1983). Educación de niños incapacitados. Guía para los primeros tres años. México: Trillas.
- Camargo, C.M. & Tique, G. (2011). Promoción de la Salud en la primera infancia: estrategia jardines infantiles promotores de la salud para la localidad de Santa Fe - Bogotá. D.C. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5753/>
- Campbell, D. & Stanley, J. (1976). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carpio, C. & Silva, H.O. (2011). Relaciones de transferencia entre habilidades didácticas y científicas: un análisis experimental. *Revista Suma Psicológica*, 18(2). Recuperado de: <http://www.ebscohost.com/>
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). Conferencia Internacional. Toronto: OMS.
- Casado, R. (2001). Educación para la Salud de Jóvenes con Discapacidad Intelectual. Burgos: Universidad de Burgos.
- Castañeda, M., Granados, D.E., & Zepeta, E. (2013). Matriz de valoración de logro en competencias de salud para preescolares. *Revista IPyE: Psicología y Educación*, 7(13), 23-39.
- Cea, M.A. (2004). Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social. España. Síntesis.
- Chiang, M., Torres, M., Maldonado, M., & González, U. (2003). Propuesta de un programa de promoción sobre un estilo de vida saludable en preescolares



mediante una intervención multidisciplinaria. *Revista cubana de investigación biomédica*, 22(4), 245-252. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v22n4/ibi05403.pdf>

Clarizio, H. & McCoy, G. (1981). *Trastornos de la conducta en el niño*. México: Manual Moderno.

Colás, P., Buendía, L. & Hernández, F. (1998). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. España: McGraw Hill.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2014). Artículo 4º.

Corey, G. (2000). Selección Bibliográfica en el Área de Salud Ambiental. Recuperado de <http://www.bvsde.ops-oms.org/acrobat/seleccion.pdf>

Costa, M. & López, E. (1998) *Educación para la Salud*. Madrid: Pirámide.

Cubero, J., Cañada, F., Costillo, E., Franco, L., Calderón, A., Santos, A., Padez, C. & Ruiz, C. (2012). La alimentación preescolar, educación para la salud de los 2 a los 6 años. *Enfermería Global*, 11(27). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300018&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300018&script=sci_arttext)

Cubillas, A., Torres, R., Díaz, F., Carrizales, L., Coronado, C., Nieto, L., Moreno, A., & Barraza, L. (2011). Diseño y aplicación de un Programa de Comunicación de Riesgos para la salud ambiental infantil en un sitio contaminado con plomo y arsénico. *Ciência y Saúde Coletiva*, 16(10), 4115-4126. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100017)

Darwin, C. (2008). *El origen de las Especies*. Xalapa: Universidad Veracruzana.

De la Cruz, A., Fleites, T., & Montero, Y. (2010). Efectividad de un programa de intervención educativa sobre salud bucal para infantes de edad preescolar.

*Medicentro*, 14(2), 141-169. Recuperado de <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/190>

Dirección General de Promoción de la Salud (1997). *Glosario de términos 1997*. México: Autor. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria/edusa.pdf>

Elorza, H. (2000). *Estadística para las ciencias sociales y del comportamiento*. México: Oxford University Press.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Ensanut*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Erikson, E.H. (1959). Industry vs inferiority. *Psychol. Issues*, 1, 65-74.

Escamilla, A. (2009) *Competencias básicas en la programación de aula: infantil y primaria (3-12 años)*. Barcelona: Graó.

Espinoza, G., Castañeda, M. & Zepeta, E. (2011). Establecimiento de pautas de crianza en asistentes de guarderías a través de la tecnología educativa. *IPyE: Psicología y Educación*. 5(10):75-87.

Fitzgerald, H. & Coleman (1999). *Psicología del desarrollo: el lactante y el preescolar*. México. Manual Moderno.

Fleites, T., Quintero, E., & Castañeda, S. (2011). Juegos específicos en preescolares para promoción y educación sobre la salud bucal. *Medicentro*, 15(3), 238-240. Recuperado de <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro>

Flórez, L., & Manuel, D. (2004). Programa "TIPICA" para la promoción de factores psicosociales de protección, mediante la educación para la salud en la escuela. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 113-128. Recuperado de <http://201.234.78.173:8084/publindex/docs/articulos/0121-5469/1/35.pdf>

- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno.
- Frankish, A. (1996). *La evaluación del impacto de salud como una herramienta para la promoción de la salud de la población y las políticas públicas*. Toronto: División Promoción de la Salud.
- Freud, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Standard Edition, 7. London: The Hogarth Press.
- García, C. & Tobón, O. (2000). *Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?* (s/l): Centro de Biblioteca e Información Científica. Recuperado de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf)
- García, A. & Tobón, S. (2008). *Gestión del curriculum por competencias. Una aproximación desde el modelo sistémico complejo*. Perú: Innovación Educativa.
- Gavidia, V. (2002). *La Escuela Promotora de Salud. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. 16, 83-97. Recuperado de <http://mislataprevencio.files.wordpress.com/2009/12/re-esc02.pdf>
- Gesell, A. & Amatruda, C. (1987). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. México: Paidós.
- Godoy, J.F. (1999). *Promoción de la Saludicología de la Salud: delimitación conceptual*. En Simón, M. *Manual de Promoción de la Saludicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Godoy, J.F. (1993) *Psicología de la salud*. Memoria de Cátedra no publicada.
- González, C. (2013) *La publicidad dirigida a niños en el sector de la alimentación: un estudio atendiendo al tipo de producto*. *Historia y Comunicación Social*. 18, 175-187. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_HICS.2013.v18.44235](http://dx.doi.org/10.5209/rev_HICS.2013.v18.44235)

- González, C., Navarro, J., & López, P. (2006). Cambio de indicadores de placa dentobacteriana, gingivitis y caries dental en niños entre 2 y 5 años de edad a partir de una intervención educativa dirigida a madres de preescolar Medellín, 2003-2005. *Revista CES Odontología*, 19(1), 9-17. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/178/160>
- Good, T. & Brophy, J. (1998) *Psicología educativa*. México: Mc grawHill.
- Hernández, G. (1997). *Fundamentos del Desarrollo de la Tecnología Educativa (Bases Psicopedagógicas)*. México: ILCE-OEA.
- Hilgard, E. & Bower, G. (1975). *Teorías del Aprendizaje*. México: Trillas.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México. (2012). Tasa de mortalidad infantil, 1990 a 2012. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo128&s=est&c=23601>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Consultado el 23 de Octubre de 2012 en: <http://www.insp.mx/>
- International Union for Health Promotion and Education (Junio, 2006). 19th Conference on Health Promotion y Health Education. Disponible en <http://www.iuhpe.org>
- Juárez, M.C. (2008). Evaluación de las competencias de niños y niñas preescolares. Recuperado de <http://www.acude.org.mx/evaluaciónde las competencias de niños y niñas>
- Juárez, M. & Delgado, A. (2006). *Un instrumento para evaluar competencias en niños preescolares*. México.
- Kain, J., Concha, F., Salazar, G., Leyton, B., Rodríguez M., Ceballos, X., & Vio, F. (2009). *Prevención de obesidad en preescolares y escolares de escuelas Municipales de una Comuna de Santiago de Chile: proyecto piloto 2006*. ALAN,

59(2),

139-146.

Recuperado

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222009000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222009000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. (4ª ed.). México: McGraw Hill.

Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/paho/pah557s/1996/00000557/00000001/art00004>

Lewis, M. (1984). Desarrollo Psicológico del Niño. (2ª. Ed.). México: Interamericana.

Limonta, E., & Araújo, T. (2000). Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. *Medisan*, 4(3), 9-15. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4\\_3\\_00/san03300.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san03300.pdf)

Lorenz, K. (1986) Fundamentos de la etología: estudio comparado de conductas. Barcelona: Paidós.

Maciá, D., Méndez, F.X. & Olivares, I. (1991). Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria. *Revista de Psicología de la Salud. Universidad Veracruzana*, 3. 119-145

Maier, H. (1979). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu.

Malagón, G. (2005). Las Competencias y los métodos didácticos en el Jardín de Niños. México: Trillas.

Marchesi, A., Carretero, M. & Palacios, J. (1997). Psicología Evolutiva 1. Teorías y métodos. España: Alianza.

Marín, R., Guzmán, I. & Castro, G. (2012). Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de competencias en preescolar. *Revista Electrónica de*

*Investigación Educativa*, 14(1). 182-202 Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/redie/v14n1/v14n1a12.pdf>

Marks, D. (1995). The training needs of professional health psychologist. En Rodríguez-Marín, J. (ed) *Health Psychology and Quality of Life Research. Proceedings of the 8<sup>th</sup> Annual Conference of the EHPS*. Murcia: Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante y Sociedad Valenciana de Psicología Social.

Martínez, S. E. & Rochera, M<sup>a</sup> J. (2010). Las prácticas de evaluación de competencias en la educación preescolar mexicana a partir de la reforma curricular: análisis desde un modelo socioconstructivista y situado. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 47(15), 1025-1050.

Martínez, R. & Novoa, J. (1991). *La salud del niño y del adolescente* (2<sup>a</sup> ed.). México: Salvat.

Martínez, V., Aguilar, F., Franquelo, G., Solera, M., Sánchez, M., & Serrano, S. (2008). Assesment of an after-school physical activity program to prevent obesity among 9- to 10-year-old. A cluster randomized trial. *Int J Obes*, 32, 12-22. Recuperado <http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n1/full/0803738a.html>

McGuigan, J. (1972) *Psicología experimental. Enfoque metodológico*. (2<sup>a</sup> ed.). México: Trillas.

Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M.P. & Quintero, M.F. (2009 Enero-Julio). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Revista Psicología desde el Caribe*. (23), 83-112. Colombia: Universidad del Norte.

Modelo Educativo Integral Flexible (2014). Universidad Veracruzana. Recuperado de <http://www.uv.mx/conoce-tu-universidad/3-meif/index.html>

- Monescillo, M., Azaustre, M. C., De la O, M., Méndez, J.M. & Boza, A. (2011). Experiencias innovadoras en el aprendizaje a través de la evaluación. Cádiz: Grupo de Investigación EVALfor.
- Morales, F. (2009). Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Koyatun.
- Morales, F. (2012). La Psicología de la Salud está presente como disciplina del estudio del comportamiento. *Revista Psiencia*. 2(4), 98-104.
- Moril, R., Ballester, L. & Martínez, J. (Mayo-Agosto, 2012). Introducción de las matrices de valoración analítica en el proceso de evaluación del practicum de los grados de infantil y de primaria. *Revista de Docencia Universitaria*, 10(2), 251-271. Recuperado de <http://red-u.net/redu/index.php/REDU/article/view/229>
- Muñiz, J. (1998). La medición en lo psicológico. *Psicothema*, 10(1), 1-21. Recuperado de <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7442/7306>
- Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. En T. Abelin; Z.J. Brzezinski y V.U. Carstairs (eds.) *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen, World Health Organization Regional Publications.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1996). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw Hill
- O'Neill, M. (1984). *Communication Personnel, Cours de Santé Communautaire*. Université de Montreal.
- Oblitas, L. A. & Becoña, E. (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés.
- Organización Internacional del Trabajo (1997). *Formación basada en competencia laboral: situación actual y perspectivas*. Montevideo: Cinterfor.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Suiza: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). Escuelas promotoras de salud: Entornos saludables y mejor salud para generaciones futuras. Argentina: Corpus.
- Palomares, A. (1990). La promoción de la salud en la infancia: factores en el diseño de programas. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 8(3), 277-295.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1997). Desarrollo Humano. Aportaciones para Iberoamérica. México: Mc Graw Hill.
- Perelló, J. (1981). Trastornos del habla. Madrid: Científico Medica.
- Pérez, A. (1991). Medicina, psicología de la salud y psicología clínica. *Revista de Psicología de la Salud/Journal of Health Psychology*, 3(1). 21-44.
- Pérez, G. (2007). Las competencias básicas y el currículo. Consejería de Educación: Gobierno de Cantabria.
- Piaget, J. (1973). Psicología y Pedagogía. Barcelona: Ariel.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1981). Psicología del niño. (10 ed.) Madrid: Ediciones Morata.
- Piña, C. E., Fernández, M. L., & Millán, A. (2010). Intervención comunitaria en preescolares delgados y desnutridos, Bahía Honda 2009-2010. *Panorama Cuba y Salud*, 6(1), 3-9. Recuperado de: [http://www.panorama.sld.cu/pdf/v6\\_no1/intervencion\\_comunitaria.pdf](http://www.panorama.sld.cu/pdf/v6_no1/intervencion_comunitaria.pdf)
- Pozo, F. (2013). Educación social para la salud: proyección, acción y profesionalización. *Revista Médica de Risaralda*. 19(1), 75-80. Recuperado de <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7881>



Programa de Estimulación Integral del Desarrollo Infantil (2011). En la experiencia Eje de Investigación e Intervención en Educación y Aprendizaje del Plan Curricular del Modelo Educativo Flexible de la Facultad de Psicología Universidad Veracruzana, México. Manuscrito no publicado.

Quintero, E., & Alegret, C. (2010). Aplicación de una estrategia de promoción de salud en infantes preescolares de círculos infantiles. *Medicentro*, 14(3), 176-181. Recuperado de <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/136>

Reese, H. & Lipsitt, L. (1974) Psicología experimental infantil. México: Trillas.

Reimers, F. (2006). Aprender más y mejor. Políticas, programas y oportunidades de aprendizaje: en Educación Básica en México. México: SEP.

Restrepo, A., Duque, L.F. & Montoya, N, E. (2012). Programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud en preescolares y escolares. Medellín, 2009–2012: una posibilidad para la prevención temprana de las conductas de riesgo en Latinoamérica. *Cad. Saúde Colet.* 20(4), 405-15. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v20n4/v20n4a02.pdf>

Restrepo, H. & Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana.

Ribes, E. (2008). Psicología y Salud: un análisis conceptual. México: Trillas.

Ribes, E. & López, V. (1985). Teoría de la Conducta. México: Trillas.

Rivera, F. & Guerra, M. (2005). Retos de la educación preescolar obligatoria en México: la transformación del modelo de supervisión escolar. *Revista electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación.* 3(1), 503-511. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55130150>

- Roales, J. (2004) *Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide
- Rodríguez, M. & Neipp, L. (2008). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En *Manual de Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rootman & Raeubum (2000). *The concept of health*. Toronto: Saunders WB.
- Salleras, L. (1985). *Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz Santos.
- Sánchez, N., Reyes, D., Reyes, U., Maya, A., Reyes, U., & Reyes, K. (2010). Conductas para preparar loncheras mediante un programa de intervención educativa sobre nutrición con madres de preescolares. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 27(1), 30-34. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis101f.pdf>
- Secretaría de Educación en el Estado (2014). *Antecedentes Históricos de Educación Preescolar*. Recuperado el 11 de junio de 2014 de <http://www.educacion.michoacan.gob.mx/index.php/tipos-educativos/educacion-basica/educacion-preescolar/antecedentes-historicos-pree>.
- Secretaría de Educación Pública (2004). *Programa de Educación Preescolar 2004*. México: autor.
- Secretaría de Educación Pública (2011). *Programa de Educación Preescolar 2011*. México: autor. Recuperado de <http://www.sep.gob.mx>
- Secretaría de Salud (2007). *Manual cómo mejorar en la escuela la alimentación de niñas, niños y las y los adolescentes*. México: Dirección General de Promoción de la Salud.
- Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en Psicología. Un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Skinner, B.F. (1971). *Ciencia y Conducta Humana*. España: Fontanella.

- Skinner, B.F. (1979). *La conducta de los organismos*. España: Fontanella
- Tardif, J. (2008). Desarrollo de un programa por competencias: De la intención a su implementación. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, (3), 1–16. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56712875003>
- Tobón, S. (2006). *Formación basada en competencias. Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica*. Bogotá: ECOE.
- Tobón, S. (2009). *El proceso de la evaluación de las competencias. Diplomado en gestión curricular y diseño de módulos por competencias*. Colombia: CIFE.
- Torres, I. & Beltrán, F. (2003). *Manual de higiene para niñ@s*. México: El atajo.
- Torres, I., Beltrán, F., Barrientos, C., Lin, D., & Martínez, G. (Enero-Junio, 2008) La investigación en Educación para la Salud. Retos y Perspectivas. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. 8(1), 45-55.
- Vargas, E. (1979). La Tecnología instruccional como ingeniería conductual: un esfuerzo humanista. En Arredondo, V., Ribes, E. & Robles, E. (Ed). *Técnicas Instruccionales aplicadas a la educación superior*. México: Trillas.
- VassarStats Website (2013). Procedures Applicable to Ordinal Data [Software para Análisis Estadísticos de Datos en Línea]. Recuperado de <http://www.vassarstats.net/>
- Viciana, J., Mayorga, D. & Cocca, A. (2013). Modelo de aprendizaje exitoso en educación física y su mantenimiento. Estudio del efecto del refuerzo intermitente sobre la condición física. *Revista Iberoamericana de Psicología del ejercicio y el deporte*. 9(1), 155-171. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4636195>

- Videla, M. (1991). *Prevención: Intervención Psicológica en Salud*. Buenos Aires: Cinco.
- Wartofsky, M.W. (1986). Clinical judgment, expert programs and cognitive style: A counter essay in the logic of diagnosis. *Journal of Medicine and Philosophy*, 11(1), 81-92. Washington, D.C.: OMS.
- Werner, R., Pelicioni, M.C., & Chiattoni, B.C., (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2(1), 153-172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720108>
- Wittgenstein, L. (2008). *Los cuadernos azul y marrón*. España: Tecnos.
- Woolfolk, A. (1999). *Psicología Educativa*. México: Prentice Hall.
- Zabala, A. & Arnau, L. (2007). *Cómo aprender y enseñar competencia*. Barcelona: Graó.

## Apéndices

### Apéndice A. Constancia



Universidad Veracruzana  
Facultad de Psicología Xalapa

#### A quien corresponda:

El suscrito Director de la Facultad de Psicología de la Universidad Veracruzana región Xalapa, en base a los documentos existentes en el archivo académico

#### HACE CONSTAR

Que la **Mtra. Marcela Castañeda Mota** con número de personal **4463**, co-labora con el Jardín Nuevo Xalapa, coordinando el "Programa de Estimulación Integral del Desarrollo Infantil", a través de la experiencia eje de Investigación e Intervención en Educación y Aprendizaje desde el año 2000 a la fecha.

Manantial de San Cristóbal s/n  
Xalapa 2000, C.P. 91097  
Xalapa,  
Veracruz, México

Teléfonos  
8 42 17 00  
8 42 27 00  
Ext. 19502  
Fax: 8 19 15 55  
8 19 15 56

Correo Electrónico  
jgrapain@uv.mx  
zzarate@uv.mx

A petición de la interesada, se extiende la presente a los veinticuatro días del mes de noviembre de dos mil doce, en la ciudad de Xalapa, Enríquez del estado de Veracruz.

Atentamente,  
**Lis de Veracruz: Arte, Ciencia, Luz**

Mtro. Juan Grapain Contreras  
Director



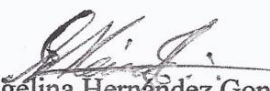
**Apéndice B. Autorización del Jardín de Niños para aplicación del PPSP.****A QUIEN CORRESPONDA:**

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que la Dirección de este Jardín, representado por quien suscribe, otorga el permiso para que la Mtra. MARIA MARCELA CASTAÑEDA MOTA, lleve a cabo un curso sobre Promoción de la Salud, mismo que forma parte de sus actividades como cursante del Doctorado en Psicología que ofrece el Instituto de Investigaciones Psicológicas de esta casa de estudios.

El curso, traerá grandes beneficios para el alumnado de esta Institución y se realizará del 4 de septiembre del 2012, al 14 de junio del 2013 en horario de 11:00hrs. a 12:00hrs, ocupando principalmente los días martes y jueves de cada semana, lográndose así un total de 55 horas

Para los fines que a la interesada convengan se extiende la presente constancia, a los trece días del mes de mayo del dos mil trece. Sin otro particular, quedo a sus apreciables órdenes y le envió un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

  
Mtra. Evangelina Hernández González.  
Directora del Jardín de Niños "Nuevo Xalapa".



Toh.

**Apéndice C. Manual de Aplicación de la Matriz de Valoración y Hoja de Registro**



Universidad Veracruzana

**Instituto de Investigaciones Psicológicas U V**



**MANUAL DE APLICACIÓN.**

**Matriz de valoración de competencias del Programa  
de Promoción de la Salud a nivel preescolar.**

Elaborado por:

María Marcela Castañeda Mota

Xalapa Ver.

Agosto 2012

## I.- Introducción:

El presente Manual describe las características operativas del instrumento de evaluación de la Matriz de Valoración perteneciente al Programa de Promoción de la Salud a nivel preescolar (PPSP), la cual tiene como propósito identificar el nivel de competencias en la promoción de la salud en niños de segundo y/o tercer grado de nivel preescolar. La Matriz se presenta a través de un cuadernillo de consignas de las competencias del campo formativo del desarrollo físico y de promoción de la salud establecidos en el Programa de Educación Preescolar (PEP) (Secretaría de Educación Pública, 2011). Y es aplicada por dos asistentes del estudio, previa capacitación, uno tiene la función de **aplicador** y el otro de **evaluador**. El aplicador, indicará las instrucciones al niño para la realización de la consigna y el evaluador, registrará el nivel de logro de la competencia alcanzada por el niño.

La Matriz de Valoración contiene 24 consignas, sin embargo algunas de ellas tienen consignas hijas o derivadas que hacen un total de 42 consignas, que pueden ser contestadas por los niños de acuerdo a la escala ordinal establecida por el investigador. Se encuentra integrada por las siguientes columnas: los indicadores establecidos en cada competencia por el PEP (2011); el lugar preferente donde debe realizarse; la consigna, que es la actividad a ejecutar por el niño; las instrucciones y/o modelamiento del aplicador correspondiente en la operación de cada consigna; los recursos y el tiempo de ejecución aproximado para cada reactivo de la consigna designada. Al término el aplicador solicita la ejecución del niño y finalmente el evaluador califica la consigna en la Hoja de Registro de la Matriz de Valoración.

La Hoja de Registro se encuentra integrada por las categorías del 1 al 5 de la escala ordinal de ejecución, con la cual el evaluador puede calificar el nivel de logro de ejecución del niño, de acuerdo a los siguientes niveles de logro:

- CN corresponde a competencia nula y se le asigna un valor de 1 al momento de calificar.
- CM corresponde a competencia mínima a la esperada, y se le asigna un valor de 2 al momento de calificar.



- CI corresponde a competencia intermedia, es la correcta y se le asigna un valor de 3 al momento de calificar.
- CMA corresponde a competencia máxima, es correcta, pero tiene calidad en su ejecución y se le asigna un valor de 4 al momento de calificar.
- CE corresponde a competencia extraordinaria, es correcta, tiene calidad y puede ser original y se le asigna un valor de 5 al momento de calificar.

## **I.- INSTRUCCIONES ANTES DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO**

1. Realizar la aplicación de las actividades en un horario disponible en sus actividades, utilizando el juego como medio de valoración.
2. Los niños deben contar con buena salud, no deben estar en algún tratamiento o bajo alguna circunstancia de fatiga o enfermedad, de acuerdo al reporte de las educadoras.
3. Los asistentes de aplicación deben realizar las instrucciones con voz clara, concreta y con tono adecuado a los niños, utilizando cada uno de los juegos descritos en la matriz de valoración.
4. Disponer de todos los materiales necesarios requeridos, antes de iniciar la sesión.

## **II.- INSTRUCCIONES DURANTE LA APLICACION**

1. La duración esperada para la aplicación de la Matriz es de 50 minutos máximo.
2. Verificar que los datos del niño estén completos.
3. Contar con un salón y patio, evitar ruidos y distracciones de los pequeños.
4. Deberá ser aplicada por los dos Asistentes: un **aplicador** y un **evaluador**.
5. Las consignas de ejercicios se realizan en una explanada y las de mesa, en un salón.
6. Al terminar la sesión, los asistentes deben llevar a los niños con sus maestras.

### **III.- INSTRUCCIONES DE CALIFICACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO**

1. El asistente evaluador pondrá, de acuerdo a la competencia observada en el niño durante la ejecución de la consigna, una X en el recuadro correspondiente al nivel de logro de ejecución de la competencia.
2. La obtención de los puntajes obtenidos se contabilizaran de acuerdo a los siguientes criterios:
  - Iniciar el conteo de puntos, donde los cuadros tachados en Competencia Nula valen 1, en Competencia Mínima 2, Competencia Intermedia 3, Competencia Máxima 4 y Competencia Extraordinaria 5.
  - Sumar el total de los puntos de acuerdo a las consignas, aquellas que tienen preguntas hijas o derivadas. Se toman como un reactivo cada pregunta hija o derivada, es decir, el total de reactivos es de 42 por lo que el máximo de puntos a obtener puede ser de 210 (obtenido de multiplicar 42 reactivos x 5 puntos) y el mínimo es de 42 (obtenido de multiplicar 42 reactivos x 1 punto).
  - El 80 % de ejecución corresponde a 168 puntos.
  - El programa se aplica a los niños que obtengan un puntaje menor al 80 % de ejecución en las competencias evaluadas.

### **MATERIALES Y/O RECURSOS A UTILIZAR**

- 30 Láminas (impresiones con imágenes que representan distintos tipos de situaciones)
- 10 Tarjetas con imágenes de comida saludable y no saludable
- 1 caja grande de cartón
- 3 plumones de agua.
- Tarjetas de identificación de los Asistentes y los niños
- Rompecabezas de 10 y 14 piezas
- Manzanas y Jugos de acuerdo al número de niños.
- Jabón líquido y toallas desechables para las manos
- Cinta Diurex, recipiente para las manzanas, platos chicos desechables.

- Jugo de naranja (según el tamaño de la muestra)
- 3 pelotas medianas. Un teléfono de juguete. 1 caja de cartón.
- Preferentemente que el niño vista ropa cómoda (uso de pants)
- Mesas y sillas cómoda
- Dos teléfonos.
- Tarjetas para identificar a los niños.
- Cinta canela.

## Matriz de Valoración

Indicador (PEP 2011)	Consigna 1	Recursos	Tiempo de ejecución
<p>Participa en juegos que implican control del movimiento del cuerpo durante un tiempo determinado.</p> <p>Participa en juegos que le demandan ubicarse dentro-fuera, lejos-cerca, arriba-abajo.</p>	<p><b>Lugar:</b> Explanada o área verde</p> <p><b>A.- Consigna: Juego “ Las estatuas de marfil”</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>¿Has jugado a las estatuas de marfil?.... Bueno el juego se trata de permanecer sin movernos 30 segundos, tomando diferentes posiciones indicadas por mí como: alzando las manos arriba, los pies separados: El aplicador modela una posible respuesta y dice: Listo es tu turno</i></p> <p><b>El evaluador:</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p> <p><b>B.- Consigna : Juego la Caja</b></p> <p><b>Aplicador,</b> <i>ves esta caja, vamos a movernos a distintos lados en relación a ella rápidamente así, el aplicador modela una posible respuesta:</i></p> <p><i>1.- Veo la caja, ahora, me alejo como 3m. de la caja. 2.- Ahora, me pongo debajo de la caja. 3.- Ahora me voy afuera de la caja. 4.- Ahora pongo la caja boca -abajo y pongo encima una hoja de papel que dice fin.</i></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Listo es tu turno y señala las instrucciones.</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Explanada ó salón vacío.</p> <p>Caja de cartón limpia grande (huevo) con hoyos. Hoja blanca que diga FIN.</p>	<p>A.- 2 minutos</p> <p>B.- 2 minutos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 2	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Controla su cuerpo en movimientos y desplazamientos variando velocidades, direcciones y posiciones, y utilizando objetos que se pueden tomar, jalar, empujar, rodar y capturar.</p> <p>Combina acciones que implican niveles más complejos de coordinación, como correr y lanzar; correr y saltar; correr y girar; correr-lanzar y cazar, en actividades que requieren seguir instrucciones, atender reglas y enfrentar desafíos.</p>	<p><b>Lugar:</b> Explanada o área verde</p> <p><b>Consigna: Juego de Fútbol</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>¿Has jugado alguna vez fútbol?</i> <i>Mira pegaré esta caja y será la portería, chutaré primero, tu amigo es portero(a) y luego yo tiraré a gol. Luego yo seré portero(a).</i></p> <p><b>El aplicador</b> modela una posible respuesta y dice: <i>Listo es tu turno y señala la instrucción del juego.</i></p> <p><b>El evaluador</b> califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</p>	<p>Una pelota mediana. Cinta adhesiva. Caja de cartón.</p>	<p>2 minutos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 3	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Aplica medidas de higiene personal que le ayudan a evitar enfermedades.</p>	<p><b>Lugar:</b> <i>Baños correspondiente al género.</i></p> <p><b>Consigna: Juego: Manitas limpias.</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>¿Sabes cómo lavarte las manos? y porque es importante tener las manitas limpias.</i></p> <p><i>Observa, voy a lavarme las manos, con jabón, agua y me las secaré con esta toalla. Porque voy a tomar este jugo y no me llevaré las manos sucias a la boca.</i></p> <p><b>El aplicador</b> <i>modela una posible respuesta de lavarse las manos, explica su importancia y dice:</i>  <i>Listo es tu turno y señala:</i>  <i>A.- Lávate las manitas y al final me tienes que decir:</i>  <i>B.- ¿Porque fue importante que se lavaran las manitas?</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Baños de acuerdo al género con lavabo, jabón, toallas desechables para secarse.</p> <p>Jugos de cajita de 200ml, preferente de manzana.</p>	<p>2 minutos</p>

<b>Indicador (PEP 2011)</b>	<b>Consigna 4</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo de Ejecución</b>
Arma rompecabezas que implican distintos grados de dificultad.	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases</p> <p><b>Consigna: Juego: Arma un rompecabezas</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>¿Qué te parece si armamos algunos rompecabezas? el aplicador: Presenta al niño los 2 rompecabezas armados. Después le indica: Este es el primer rompecabezas. Obsérvalo ¡muy bien! Ahora sacaré las piezas de su lugar. Ahora voy armarlo.</i></p> <p><b>El aplicador</b> <i>modela una posible respuesta y dice: Listo es tu turno y señala:</i></p> <p>A.- Arma este de 10 piezas B.- Arma ahora este de 14 piezas</p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	2 Rompecabezas de 10 y 14 piezas Salón designado Mesa y sillas.	5 minutos

Indicador (PEP 2011)	Consigna 5	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Atiende reglas de seguridad y evita ponerse en peligro o poner en riesgo a los otros al jugar o realizar algunas actividades en la escuela. Por ejemplo: en las escaleras, no correr, saltar en ellas, empujarse o usar los pasamanos como resbaladero; no introducir ganchos, latas, papeles en los tomacorrientes; caminar y pasear por corredores con precaución, cuidando no tropezar y empujar a otros; no utilizar las cercas y árboles para colgarse o saltar; no pararse sobre sillas, pupitres o escritorios; abrir las puertas y ventanas con suavidad y precaución; evitar pasar por zonas en construcción, etc.</p>	<p><b>Lugar:</b> salón de clases</p> <p><b>Consigna: Juego: Alto Peligro.</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Veré esta lámina (lámina 1) y pondré una X con este marcador, en aquellos dibujos que representan Peligro. Y te explico porque representan peligro escucha.</i></p> <p><b>El aplicador modela una posible respuesta y dice: Listo es tu turno y señala:</b></p> <p><i>A.- Tacha con una X los dibujos donde se muestra peligro.</i></p> <p><i>B.- Ahora dime porque representan peligro</i></p> <p><b>El evaluador califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</b></p>	<p>Lámina 1 con imágenes que muestran peligro frecuente para un niño preescolar. Mesa y sillas. Plumón de agua.</p>	<p>1 minuto</p>



Indicador (PEP 2011)	Consigna 6	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Atiende reglas de seguridad y evita ponerse en peligro o poner en riesgo a los otros al jugar o realizar algunas actividades en la escuela. Por ejemplo: en las escaleras, no correr, saltar en ellas, empujarse o usar los pasamanos como resbaladero; no introducir ganchos, latas, papeles en los tomacorrientes; caminar y pasear por corredores con precaución, cuidando no tropezar y empujar a otros; no utilizar las cercas y árboles para colgarse o saltar; no pararse sobre sillas, pupitres o escritorios; abrir las puertas y ventanas con suavidad y precaución; evitar pasar por zonas en construcción, etc.</p>	<p><b>Lugar:</b> salón de clases</p> <p><b>Consigna: Juego: riesgos en la escuela</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Observa esta lámina (lámina 2): es una escuela donde asisten muchos niños como tú, ellos están a la hora del recreo y están jugando por todas partes. Voy a poner esta X en aquellos dibujos donde haya riesgos para niños como tú y te explicaré porque.</i></p> <p>El aplicador modela una posible respuesta y dice: <i>Listo es tu turno y señala:</i></p> <p><i>A.- Tacha con una X en todos los dibujos, donde tú no jugarías porque hay riesgo para ti.</i></p> <p><i>B.- Ahora, dime por qué no jugarías en esos lugares.</i></p> <p><b>El evaluador califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</b></p>	<p>Lámina 2 con imagen de una escuela, que contenga niños jugando en lugares peligrosos y niños en lugares seguros. Plumón de agua. Mesa y sillas.</p>	<p>1 minuto</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 7	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Practica y promueve algunas medidas de seguridad para actuar en el hogar o en la escuela ante situaciones de emergencia: sismos,</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Conociendo el Fuego</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Observa esta lámina (lámina 3) en donde está una escuela y ahora imagina que estás en el salón de clases, y de pronto ves que hay mucho humo y fuego en el jardín.</i></p> <p>El aplicador modela una posible respuesta y dice: <i>Listo es tu turno y pregunta:</i></p> <p>A.- <i>¿Qué harías si esto realmente pasara en tu escuela?</i></p> <p>B.- <i>Qué harías para que esto no pasara.</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Lámina 3 con imagen de una escuela con fuego y humo. Mesa y sillas.</p>	<p>30 segundos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 8	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Practica y promueve algunas medidas de seguridad para actuar en el hogar o en la escuela ante situaciones de emergencia: sismos,</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Fuego en casa</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Observa la lámina (lámina 4) donde se ve una casa con humo y fuego en su cocina, imagina que estas ahí.</i></p> <p>El aplicador modela una posible respuesta y dice: <i>Listo es tu turno y pregunta:</i></p> <p><b>El evaluador pregunta:</b>  <i>A.- ¿Qué harías?</i>  <i>B.- Señala a dónde tendrías que ir.</i></p> <p><b>El evaluador</b> califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</p>	<p>Lámina 4 con imagen de una cocina con fuego y humo  Mesa y sillas.</p>	<p>30 segundos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 9	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Identifica algunas enfermedades que se originan por problemas ambientales del lugar donde vive y conoce medidas para evitarlas.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Fuera enfermedades</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Mira esta lámina, hay algunas personas enfermas y tacharé con una X aquellas enfermedades que he visto : Listo es tu turno y señala:</i></p> <p><i>A.- En esta lámina (lámina 5) se muestran enfermedades frecuentes. Tacha aquellas que sean las enfermedades que más has visto.</i></p> <p><i>B.- Explica qué debes hacer para no tener estas enfermedades.</i></p> <p><b>El evaluador</b> califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</p>	<p>Lámina 5 de enfermedades comunes Plumón de agua. Mesa y sillas.</p>	<p>1 minuto</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 10	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Practica y promueve medidas para evitar el contagio de las enfermedades infecciosas más comunes.</p> <p>Enfermedades infecciones comunes:  <b>Varicela, Gripe, Tos ferina, Conjuntivitis, Roséola, amigdalitis aguda, etc.</b></p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Cuento: Evitando enfermedades.</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Te voy a contar un cuento utilizando esta lámina (lámina 6), donde está Pedro enfermo de gripa porque estuvo jugando con niños que también tenían gripa, el se encuentra con temperatura, con la nariz tapada y no quiere comer nada, le duele la cabeza y su mamá ya lo va a atender.</i></p> <p><b>El aplicador</b> modela una posible respuesta, señalando que se podría hacer para no estar como Pedro y dice sabes :  <i>Listo es tu turno y pregunta:</i></p> <p>A.- <i>¿Qué puedes hacer para no tener gripa?</i>  B.- <i>¿Qué debe hacer la mamá de Pedro para quitarle la gripa?</i></p> <p><b>El evaluador</b> califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</p>	<p>Lámina 6  donde Pedro está enfermo de gripa.  Mesa y sillas.</p>	<p>30 segundos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 11	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Practica y promueve medidas para evitar el contagio de las enfermedades infecciosas más comunes.</p> <p>Enfermedades infecciones comunes:</p> <p><b>Varicela, Gripe, Tos ferina, Conjuntivitis, Roséola, amigdalitis aguda, etc.</b></p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Evitando contagio de enfermedades</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Ahora observa esta lámina (lámina 7) y te contaré la historia de Samuel y Luis. A Samuel le aparecieron ronchitas y le dijo por teléfono a Luis que tenían comezón, pero que quería jugar con él y todos sus amigos.</i></p> <p><i>El aplicador modela una posible respuesta, comenta que le podría decir a Luis y dice: Listo es tu turno y pregunta:</i></p> <p><i>A.- ¿Qué le contestarías a Luis si te invitara a jugar?</i> <i>B.- ¿Qué le dirías a sus amigos?</i></p> <p><b>El evaluador</b> califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</p>	<p>Lámina 7 de Luis hablando por teléfono con Samuel. Mesa y sillas.</p>	<p>30 segundos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 12	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Explica qué riesgos puede representar el convivir con un animal doméstico o mascota si no se le brindan los cuidados que requiere.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Mi mascota y yo.</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Te mostraré una lámina (lámina 8) donde está María con Bombón, su perrita y al otro día María amanece con ronchas, el doctor le dijo que era sarna y que se la pegó su perrita</i></p> <p><b>El aplicador:</b> <i>modela una posible respuesta diciendo como trata su mascota y dice: Listo es tu turno y pregunta;</i> <i>¿Qué debes hacer para que tu mascota no tenga enfermedades y no te las pegue?</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Lámina 8 de María con su perrita Bombón. Mesa y sillas.</p>	<p>20 segundos</p>

<b>Indicador (PEP 2011)</b>	<b>Consigna 13</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo de Ejecución</b>
<p>Comprender por qué son importantes las vacunas y conoce algunas consecuencias cuando no se aplican.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Vivan las vacunas</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Muestra una lámina (lámina 9) y le indica un cuento donde Miguel no quería vacunarse contra la varicela.</i></p> <p><b>El aplicador:</b> <i>le comenta lo que es una vacuna, modela una posible respuesta y dice: Listo es tu turno y pregunta.</i></p> <p><i>¿Dime que va a pasar si Miguel no se vacuna?</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Lámina 9 con imagen de un niño que no se quiere vacunar. Mesa y sillas.</p>	<p>20 segundos</p>



Indicador (PEP 2011)	Consigna 14	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Comenta las sensaciones (agrado, bienestar, temor, desconfianza, etc.) y los sentimientos (miedo, alegría, ira, angustia, desesperación, sorpresa, etc.) que le generan algunas personas que ha conocido o algunas experiencias que ha vivido.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Conociendo mis sensaciones</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Comenta cómo te llevas con tus amigos o amigas cuando están en el recreo.</i></p> <p><b>El aplicador:</b> <i>Sabes primero te diré como me llevo con mis amigos y modela una posible respuesta y dice: Listo es tu turno y pregunta:</i></p> <p><i>A.- ¿Puedes jugar con ellos?</i>  <i>B.- ¿Qué sientes al estar con ellos?</i></p> <p><i>El evaluador califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Mesa y sillas.</p>	<p>30 segundos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 15	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Identifica algunos riesgos a los que puede estar expuesto en su familia, la calle o la escuela, y platica qué se tiene que hacer en cada caso.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Identificando riesgos</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>El aplicador muestra una lámina (lámina 10) donde hay diferentes dibujos algunos con riesgos para su familia tanto en la calle como en la escuela.</i></p> <p><b>El aplicador:</b> <i>modela una posible respuesta tachando con una X dibujos de riesgos y dice: Listo es tu turno y muestra la lámina y le indica al niño que tache con una X las imágenes que pueden significar riesgo para su familia en la calle como en la escuela.</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Lámina 10 con imágenes que representan riesgos. Plumón de agua. Mesa y sillas.</p>	<p>1 minuto</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 16	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Conoce información personal y otros datos de algún o algunos adultos que pueden apoyarlo en caso de necesitar ayuda. Por ejemplo: El nombre de sus padres, su dirección, su número de teléfono del trabajo; el número de teléfono de los servicios de urgencias; el número de teléfono de su médico, el nombre y número de teléfono de sus vecinos o de otras personas a quienes acudir.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases</p> <p><b>Consigna: Juego: Pidiendo auxilio</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>¿Qué harías si a la hora de la salida, todos los niños se han ido con sus padres y tú te quedaras solo?</i></p> <p><b>El aplicador:</b> <i>modela una posible respuesta diciendo mira yo llamara a la Directora para que hable a mi casa y dice: Listo es tu turno y pregunta.</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Mesa y sillas.</p>	<p>20 segundos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 17	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Conoce información personal y otros datos de algún o algunos adultos que pueden apoyarlo en caso de necesitar ayuda. Por ejemplo: El nombre de sus padres, su dirección, su número de teléfono del trabajo de sus padres; el número de teléfono de los servicios de urgencias; el número de teléfono de su médico, el nombre y número de teléfono de sus vecinos o de otras personas a quienes acudir.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases  <b>Consigna: Juego: Cómo pedir ayuda</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Imagina que estás en tu casa con tus papás. De repente ellos reciben una llamada y salen de emergencia dejándote solo. Más tarde escuchas ruidos extraños en el patio.</i></p> <p><b>El aplicador</b> <i>modela la respuesta de hablar a alguien por teléfono y dice: Listo es tu turno pregunta:</i></p> <p>A.- <i>¿Si sabes hablar por teléfono?</i>  B.- <i>Si no pudieras hablar por teléfono ¿qué otra cosa harías?</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Mesa y sillas.  Teléfono de juguete.</p>	<p>20 segundos</p>

<b>Indicador (PEP 2011)</b>	<b>Consigna 18</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo de Ejecución</b>
<p>Explica cómo debe actuar ante determinadas situaciones: cuando se queda solo en un lugar o se encuentra ante desconocidos.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases</p> <p><b>Consigna: Juego: Encuentro con un desconocido</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>A la hora de la salida de la escuela, ¿quién va por ti? Imagina que estas en la escuela y es la hora de la salida. Se acerca una desconocida y te dice que es amiga de tu mamá y que ella no pudo venir y que le pidió que fuera por ti.</i></p> <p><b>El aplicador:</b> <i>modela una posible respuesta , le señala lo terrible que es irse con extraños y dice: Listo es tu turno y pregunta:</i></p> <p><i>¿Qué harías si esto ocurriera?</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Mesa y sillas.</p>	<p>20 segundos</p>

<b>Indicador (PEP 2011)</b>	<b>Consigna 19</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo de Ejecución</b>
<p>Conoce cuáles son los principales servicios para la protección y promoción de la salud que existen en su comunidad (albergues, centros de salud, hospitales, limpia pública, DIF Municipal, etc.)</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases</p> <p><b>Consigna: Juego: Los servicios de protección de la salud</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Imagina que uno de tus amigos te dice que está triste porque su hermanito ha estado enfermo y no sabe a dónde pueden llevarlo sus papás.</i></p> <p><b>El aplicador</b> <i>modela una posible respuesta le señala lo llevaría a un centro de Salud y dice: Listo es tu turno y pregunta:</i></p> <p>A).- <i>¿Qué le dirías?</i>  B).- <i>¿Por qué le dirías eso?</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Mesa y sillas.</p>	<p>20 segundos</p>

<b>Indicador (PEP 2011)</b>	<b>Consigna 20</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo de Ejecución</b>
<p>Conoce cuáles son los principales servicios para la protección y promoción de la salud que existen en su comunidad (albergues, centros de salud, hospitales, limpia pública, DIF Municipal, etc.)</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Conociendo los servicios de protección civil y de salud.</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>El aplicador muestra la lámina 11 de desastres naturales, inundaciones, ciclones, sismos, incendios, accidente</i></p> <p><b>El aplicador:</b> <i>modela una posible respuesta y dice: Listo es tu turno y pregunta: al mostrar las láminas 11.</i></p> <p><i>A.- Coloca una X en aquellos desastres que has visto en tu comunidad.</i></p> <p><i>B.- ¿A quién llamarías para que ayude a tu comunidad?</i></p> <p><i>El evaluador califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Lámina 11 que muestre desastres naturales en una comunidad. Mesa y sillas. Plumón de agua</p>	<p>1 minuto</p>

<b>Indicador (PEP 2011)</b>	<b>Consigna 21</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo de Ejecución</b>
<p>Identifica algunas enfermedades que se originan por problemas ambientales del lugar donde vive y conoce medidas para evitarlas.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases</p> <p><b>Consigna: Juego elige tu lugar de diversión.</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Veré esta lámina (lámina 12) y pondré X en los lugares, donde podré jugar sin riesgos para mi salud y te diré porque los elegí.</i></p> <p><b>El aplicador modela:</b> <i>una posible respuesta y dice: Listo es tu turno y le señala:</i></p> <p><i>A.- Pon X en los lugares donde podrías jugar.</i></p> <p><i>B.- Indica porque jugarías en los lugares donde pusiste los cruces.</i></p> <p><b>El evaluador</b> <i>califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</i></p>	<p>Lámina 12 con dibujos de diversas lugares para jugar, algunos con diferentes riesgos de basura, clima adverso y otros adecuados para jugar.</p> <p>1 plumón de agua.</p>	<p>1 minuto</p>



Indicador (PEP 2011)	Consigna 22	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Identifica, entre los productos que existen en su entorno (casa, escuela, comunidad) aquellos que puede consumir como parte de una alimentación correcta (combinación correcta de los grupos alimenticios, como: 1) Verduras y frutas; 2) Cereales - maíz, tortilla, trigo, pan, etc.-; 3) Leguminosas – lentejas, haba, frijol- y alimentos de origen animal- Leche queso, huevo pollo, pescado, etc.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Aprender a comer.</b>  <b>El aplicador muestra 10 tarjetas de alimentos variados y modela una posible respuesta y dice: <i>Listo es tu turno y le muestra las tarjetas y pregunta:</i></b></p> <p><b>Aplicador:</b>  <i>A-¿Dime que comida conoces de estas tarjetas?</i>  <i>B.- Dame las tarjetas que son comida sana.</i></p> <p><b>El evaluador califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</b></p>	<p>10 Tarjetas con imágenes de alimentos saludables y alimentos que dañen la salud.</p> <p><b>Nota:</b>  <i>Se colocan las tarjetas sobre la mesa.</i></p>	<p>1 minuto</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 23	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Identifica, entre los productos que existen en su entorno (casa, escuela, comunidad) aquellos que puede consumir como parte de una alimentación correcta (combinación correcta de los grupos alimenticios, como: 1) Verduras y frutas; 2) Cereales - maíz, tortilla, trigo, pan, etc.-; 3) Leguminosas – lentejas, haba, frijol- y alimentos de origen animal- Leche queso, huevo pollo, pescado, etc.</p>	<p><b>Lugar:</b> Salón de clases.</p> <p><b>Consigna: Juego: Un desayuno completo</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>Muestra la lámina (láminas 13) con platillos posibles para un desayuno</i></p> <p><b>El aplicador</b> modela una posible respuesta tachando los alimentos nutritivos u dice : <i>Listo es tu turno y pregunta:</i></p> <p><i>A.- Indica con un botón ¿cuál de ellos es el desayuno más sano y completo?</i></p> <p><i>B.- ¿Por qué es el desayuno más sano y completo?</i></p> <p><b>El evaluador</b> califica en la hoja de registro, ponderando el ensayo de su ejecución.</p>	<p>Láminas 13 con imágenes de platillos diferentes para el desayuno.</p> <p>Platillos: 1) Leche, cereales y un plátano. 2) Gordas con salsa.</p>	<p>20 segundos</p>

Indicador (PEP 2011)	Consigna 24	Recursos	Tiempo de Ejecución
<p>Aplica las medidas de higiene que están a su alcance en relación con el consumo de alimentos como: lavar y desinfectar las frutas y verduras, lavarse las manos antes de comer, no estornudar o toser sobre los alimentos, mantener su comida alejada de las zonas donde se deposite o acumule basura, manipular los alimentos con los utensilios adecuados y no con las manos, etc.</p>	<p><b>Lugar:</b> Lugar donde haya un lavabo.</p> <p><b>Consigna: Juego lavemos nuestros alimentos.</b></p> <p><b>Aplicador:</b> <i>¿Ves las manzanas que están en la canasta? Estas manzanas las acabo de comprar en el supermercado. Qué te parece si nos las comemos. ¿Qué deberíamos hacer antes de comerlas para que no nos haga daño? Observa voy a tomar una y verás cómo me la debo de comer. El <b>aplicador</b> lava la manzana, la pone en un plato limpio para comer. Y explica porque es importante esa acción. Listo: es tu turno: y señala: Muéstrame como te comerías tu manzana.</i></p> <p><i>A.- Puedes lavar tres manzanas para comer.</i></p> <p><i>B.- Ahora dime porque es importante lo que hiciste.</i></p> <p><i>El niño realiza la actividad y el <b>evaluador</b> califica en la hoja de registro, ponderando su ejecución en su ensayo.</i></p>	<p>Dos manzanas, agua, detergente, toallas desechables.</p> <p>Mesita y sillas para comer las manzanas, servilletas.</p>	<p>2 minutos</p>

## Hoja de Registro

### HOJA DE REGISTRO DE LA MATRIZ DE VALORACION

Nombre del Jardín de niños: \_\_\_\_\_ Adscripción: \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 AMD  
 Aplicador: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ H.I.: \_\_\_\_\_ H.F.: \_\_\_\_\_  
 Evaluador: \_\_\_\_\_  
 Resultado: CN: \_\_\_\_\_ CM: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ CMA: \_\_\_\_\_ CE: \_\_\_\_\_

No.	Consignas	Categoría de repuesta				
1	A.- Estatuas de Marfil	CN	CM	CI	CMA	CE
	B.- Caja	CN	CM	CI	CMA	CE
2	Juego de Fútbol	CN	CM	CI	CMA	CE
3	A.- ¿Cómo se lavó las manos?	CN	CM	CI	CMA	CE
	B.- ¿Supo por qué lavarse las manos?	CN	CM	CI	CMA	CE
4	Arma rompecabezas: A.- 10 piezas	CN	CM	CI	CMA	CE
	B.- 14 piezas	CN	CM	CI	CMA	CE
5	A.- ¿Puso las tachas en las imágenes de peligro?	CN	CM	CI	CMA	CE
	B.- ¿Dijo por qué representan peligro?	CN	CM	CI	CMA	CE
6	A.- ¿Puso las tachas donde no jugaría?	CN	CM	CI	CMA	CE
	B.- ¿Dijo por qué no jugaría ahí?	CN	CM	CI	CMA	CE
7	A.- ¿Qué harías si esto realmente pasará en tu escuela?	CN	CM	CI	CMA	CE
	B.- ¿Señaló cómo evitarlo?	CN	CM	CI	CMA	CE
8	A.- ¿Mencionó qué haría?	CN	CM	CI	CMA	CE
	B.- ¿Señaló a dónde tendría que ir?	CN	CM	CI	CMA	CE

9	A.- ¿Tachó el niño las enfermedades?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
	B.- ¿Explicó cómo evitarlas?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
10	A.- Explicación de cómo evitaría la gripa.	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
	B.- Acciones consideradas que tendría que hacer la mamá de Pedro.	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
11	A.- ¿Qué le contestaría a Luis si le invitara a jugar?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
	B.- ¿Qué le diría a sus amigos?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
12	A.- ¿Qué debe hacer para que su mascota no tenga enfermedades y no se las pegue?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
13	¿Qué va a pasar si Miguel sino se vacuna?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
14	A.- ¿Puede jugar con ellos?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
	B.- ¿Qué sientes al estar con ellos?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
15	¿Colocó las tachas en las imágenes?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
16	A.- ¿Qué haría si a la hora de la salida, todos los niños se han ido con sus padres y se quedara solo?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
17	A.- Si sabe hablar por teléfono ¿a quién llamaría?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
	B.- Si no pudiera hacer una llamada ¿qué otra cosa haría?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
18	¿Qué haría si esto ocurriera?	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
19	A.- Señaló que diría.	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
	B.- Dio la razón de lo que mencionó.	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
20	A.- Colocó las tachas en desastres naturales de su comunidad	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE
	B.- Indicó a quien llamaría en su comunidad.	<input type="checkbox"/> CN	<input type="checkbox"/> CM	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CE

<b>21</b>	A.- Colocó tachas donde podría jugar.	CN	CM	CI	CMA	CE			
	B.- Indicó el por qué jugaría en esos lugares.	CN	CM	CI	CMA	CE			
<b>22</b>	A.- Indicó alimentos saludables.	CN	CM	CI	CMA	CE			
	B.- Tarjetas de buen comer indicadas por el niño	CN	CM	CI	CMA	CE			
<b>23</b>	A.- Señaló el desayuno equilibrado.	CN	CM	CI	CMA	CE			
	B.- Indicó porque es el desayuno más sano.	CN	CM	CI	CMA	CE			
<b>24</b>	A.-Lavó las manzanas para comer de forma correcta.	CN	CM	CI	CMA	CE			
	B.- Dijo porque es importante lo que hizo para comer.	CN	CM	CI	CMA	CE			

Resultado Total del Puntaje total del niño: \_\_\_\_\_

**Apéndice D. Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar y  
Manuales de Aplicación**



Universidad Veracruzana

**Universidad Veracruzana**



**Instituto de Investigaciones Psicológicas**

**Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar  
(PPSP)**

**Elaborado por:**

**María Marcela Castañeda Mota**

**Xalapa, Ver.**

**Septiembre 2012**

**Descripción mínima**

El presente programa consiste en establecer competencias de Promoción de la Salud a nivel Preescolar (PPSP) y se encuentra basado en el Programa de Educación Preescolar (SEP, 2011), utilizando el juego como recurso central de aprendizaje, consta de cuatro fases y se imparte por dos asistentes, un coordinador y un responsable del estudio, de dos a tres sesiones de 40 min., durante 20 sesiones aproximadamente, de dos meses en un período lectivo del nivel preescolar.

**Justificación**

La promoción de la salud en los niños, brinda la oportunidad a los profesionistas involucrados en el campo, en diseñar estrategias de aprendizaje de gran implicación social al beneficio de la comunidad, con el objeto de establecer las competencias necesarias para mejorar su calidad de vida. La valiosa aportación en conocimientos sanitarios, posibilita la adquisición de habilidades higiénicas, ecológicas y de seguridad, y deberá ser aprovechada en todo momento (Juárez, 2008).

**Competencia: Programa Preescolar**

Que los niños integren aprendizajes útiles en su vida cotidiana, actuando eficazmente con conocimiento, habilidades, actitudes y valores.

**Participantes**

El programa está dirigido a niños 4 y 5 años de edad que se encuentren cursando el segundo y/o tercer grado de Educación Preescolar.

**Repertorio Inicial**



El alumno aspirante a participar al PPSP, debe poseer las siguientes características:

- Cursar el segundo o tercer grado de Educación Preescolar
- Tener como edad mínima de 4 años de edad.
- Tener seguimiento instruccional.
- Haber tenido un nivel de logro menor al 80 % en la Matriz de Valoración.

**Saberes:**

<b>Dimensión Cognoscitiva</b>	<b>Dimensión del hacer</b>	<b>Dimensión afectivo-motivacional</b>
Conocimiento de : 1. De la importancia del ejercicio físico, del reposo, de los cambios de nuestro cuerpo. 2. De estrategias para reducir esfuerzo al mover objetos. 3. De la ingesta y preparación de alimentos saludables. 4. De las conductas de higiene personal. 5. De las reglas y medidas de seguridad, en la casa, en la escuela y en la calle. 6. De las enfermedades frecuentes en su comunidad y el uso de vacunas 7. De la importancia de vacunas.	Practica lo siguiente: 1. Realizar ejercicio físico, reposar, ver cambios en su cuerpo. 2. Ejecutar estrategias de mover objetos con el mínimo esfuerzo. 3. Preparar alimentos saludables e higiénicamente. 4. Explicar riesgos en su contexto.	1. Participar con niños y adultos. 2. Respetar las reglas de seguridad en la escuela y en su hogar. 3. Comprender el vivir saludablemente 4. Respetar las instrucciones. 5. Cooperar en equipos.

**Unidades de Competencia del campo formativo del Desarrollo Físico y Promoción de la Salud (SEP, 2011):**

- Mantener el control de movimientos que implican fuerza, velocidad y flexibilidad en juegos y actividades de ejercicio físico.
- Utilizar objetos e instrumentos de trabajo que le permiten resolver problemas y realizar actividades diversas.
- Practicar medidas básicas preventivas y de seguridad para preservar su salud, así como para evitar accidentes y riesgos en la escuela y fuera de ella.
- Reconocer situaciones que en la familia o en otro contexto le provocan agrado, bienestar, temor, desconfianza o intranquilidad y expresar lo que siente.

Cada unidad de competencia indicada, será establecida por cuatro manuales de juego, que a continuación se establecen en el contenido del Programa.

**Fases del Programa:**

I.- Viva el Ejercicio.

II.- Ve, oye y actúa.

III.- Soy Guardián de la Salud.

IV.- Aprendo a Cuidarme.

**Duración:** 20 sesiones de 40 minutos aproximadamente, distribuidas de dos a tres sesiones por semana.

**Recursos:** material didáctico establecido en los cuatro manuales de juego del Programa y con la participación de dos asistentes, un coordinador y un responsable del estudio.

**Descripción del Programa:****I.- Viva el Ejercicio:****Unidad de Competencia:**

Mantener el control de movimientos que implican fuerza, velocidad y flexibilidad en juegos y actividades de ejercicio físico.

**Indicadores de la Competencia:**

- Participa en juegos que lo hacen identificar y mover distintas partes de su cuerpo.

- Participa y sigue instrucciones, en juegos que implican habilidades básicas, como gatear, reptar, caminar, correr, saltar, lanzar, atrapar, controlando su cuerpo en sus movimientos, al aire libre o en espacios cerrados.
- Participa en juegos que le demandan ubicarse dentro-fuera, lejos-cerca, arriba, de algún objeto. Y no sobrepasa sus posibilidades de respuesta.
- Coordina movimientos que implican fuerza, velocidad y equilibrio, y propone nuevas estrategias de juego y percibe cambios en su cuerpo después de su actividad física.
- Acuerda con sus compañeros estrategias de cooperación en el Juego.
- Combina acciones que implican niveles más complejos de coordinación, como correr y lanzar; correr y saltar; correr y girar; correr-lanzar y cachar, en actividades que requieren seguir instrucciones a reglas y enfrentar desafíos y reconoce la importancia del reposo.

**Tarea:**

Los niños con apoyo del asistente aplicador deberán realizar los siguientes juegos: La Jugada atlética; Propongo un Juego, Jugaremos Fútbol.

**Objetivos de desempeño:**

Los niños participantes al Programa tienen que realizar lo siguiente:

1. Realizar en 10 minutos ejercicios: caminar, marchar y correr, con brazos arriba y con brazos abajo.
2. Con el uso de 2 pelotas medianas, tomar y cachar pelotas por 10 minutos.
3. Proponer un juego con las pelotas por equipo ocupando 10 minutos.
4. Realizar coordinadamente el ejercicio dado por el aplicador.
5. Jugar Fútbol de acuerdo a las instrucciones del aplicador.

6. En situación de reposo, decir al asistente si sudó y/o como late su corazón.

**Acciones:**

El asistente ocupará un espacio amplio para dirigir los ejercicios, dando las instrucciones de forma clara y sencilla, y tendrá que modelar cada objetivo antes de iniciar la actividad.

Deberá alabar la actividad progresiva del niño. El asistente evaluador anotará en una lista de cotejo, las evidencias de desempeño logradas por el niño en cada objetivo logrado en la ejecución de los niños (*Utilizar el Manual No. 1*).

**Duración:**

Se realizarán dos o tres sesiones de 40 min, aproximadamente por semana. Las sesiones deben concluir al cumplir el 80 % de ejecución efectiva de los participantes.

**Recursos:**

Espacio amplio, lista de cotejo, 2 pelotas medianas.

**II.- Ve, oye y actúa.****Unidad de Competencia:**

Utilizar objetos e instrumentos de trabajo que le permiten resolver problemas y realizar actividades diversas.

**Indicadores de la Competencia:**

- Juega con diferentes materiales y descubre los distintos usos que puede darles.

- Explora y manipula de manera libre, objetos, instrumentos y herramientas de trabajo, sabe para qué pueden utilizarse y sigue las medidas de seguridad que debe adoptar al usarlos.
- Elige y usa el objeto, instrumento o herramienta adecuada para realizar una tarea asignada o de su propia creación y usa estrategias para mover objetos con el mínimo esfuerzo.
- Construye utilizando materiales que ensamblen, se conecten o sean de distinta forma y naturaleza de su propia creación.
- Construye objetos a partir de un plan acordado con sus compañeros y se distribuyen tareas.
- Arma rompecabezas que implican distinto grado de dificultad.

**Tareas:**

Los niños con apoyo de los asistentes deberán realizar los siguientes juegos: Las Herramientas son útiles. Soy un artista. Soluciono Problemas.

**Objetivos de desempeño:**

Los niños que participen en el Programa realizarán lo siguiente:

1. Nombrar las herramientas y materiales mostrados por el asistente y decir su función en la elaboración de objetos.
2. En equipos planear y hacer una actividad de acuerdo a las herramientas y materiales expuestos por el aplicador en 5 minutos.
3. En equipos forrar una mesita con el mínimo de esfuerzo, en 10 minutos.
4. Realizar la mímica de los juegos expuesto por el aplicador.
5. Escenificar en equipos, personajes y cuentos de la Salud en 10 minutos.

6. Elaborar rompecabezas sobre la Salud, al final comentar la figura encontrada.
7. Pintar a personajes de la Salud y comentar la actividad al aplicador.
8. Jugar en equipos de forma organizada Fútbol.

**Acciones:**

Los niños que participen en el Programa realizarán lo siguiente:

El asistente dispondrá de un espacio amplio para dirigir los ejercicios, dando las instrucciones de forma clara y sencilla, y tendrá que modelar y explicar cada objetivo antes de iniciar la sesión, utilizando todos los materiales requeridos por cada objetivo y deberá alabar a los niños en el progreso de su ejecución (*Uso del Manual No. 2*).

**Duración:**

Se realizarán de dos a tres sesiones de 40 min, aproximadamente por semana. Las sesiones deben concluir al cumplir el 80 % de ejecución efectiva de los participantes.

**Recursos:**

Espacio amplio, lista de cotejo, hojas, crayolas, papel manila, diurex, cartón, tijeras con punta roma, cajas, tapaderas, cartoncillos, resistol, mesita, ligas, revistas.

**III.- Soy Guardián de la Salud.****Unidad de Competencia:**

Practicar medidas básicas preventivas y de seguridad para preservar su salud, así como para evitar accidentes y riesgos en la escuela y fuera de ella.

**Indicadores de la Competencia:**

- Aplica las medidas de higiene para su autocuidado.
- Identifica, entre los productos que existen en su entorno, aquellos que puede consumir como parte de una alimentación correcta y señala cuanto debe pesar.
- Identifica algunas enfermedades que se originan por problemas ambientales del lugar donde vive y conoce medidas para evitarlas.
- Practica y promueve medidas para evitar el contagio de las enfermedades infecciosas más comunes.
- Explica qué riesgos puede representar el convivir con un animal doméstico o mascota si no se le brindan los cuidados que requiere.
- Comprende por qué son importantes las vacunas y conoce algunas consecuencias cuando no se aplican.

**Tarea:**

Los niños con apoyo de los asistentes deberán realizar los siguientes juegos: Manitas Limpias. Sonrisas Brillantes. Mi baño diario. Comida Saludable, Mi Mascota es linda.

**Objetivos de desempeño:**

Los niños que participen en el Programa realizarán lo siguiente:

1. Lavarse las manitas de acuerdo a las instrucciones del aplicador.
2. Lavarse los dientes como el aplicador lo indica.
3. Mostrar con mímica como nos debemos bañar.
4. Indicar como deben prepararse los alimentos que comemos.
5. Señalar que alimentos pueden ser nutritivos y cuáles no.
6. Mencionar cuáles son las enfermedades más comunes en su región.
7. Señalar la importancia de las vacunas.

8. Explicar cuanto debe pesar y medir.
9. Decir que hacen los médicos, los odontólogos, los enfermeros.
10. Señalar cuáles son los cuidados de las mascotas.
11. Identificar la importancia de la higiene y de la salud.
12. Mencionar las ventajas de estar sano y las desventajas de estar enfermo.
13. Realizar una actividad de Promoción de la salud.

**Acciones:**

El asistente dispondrá de un espacio amplio para explicar cada uno de los objetivos dando ejemplos, y explicaciones detalladas con ayuda de láminas apropiadas a cada objetivo que esté explicando. Además una vez que los niños muestren la ejecución de cada objetivo, deberá alabar el progreso de su ejecución (*Uso del Manual No.3*).

**Duración:**

Se realizarán de dos a tres sesiones de 40 min, aproximadamente por semana. Las sesiones deben concluir al cumplir el 80% de ejecución efectiva de los participantes.

**Recursos:**

Salón, mesitas en rincones, lista de cotejo, bolsita de manzanas, hojas, láminas didácticas de cada objetivo descrito, disposición de lavadero, jabón, trapo de secado, láminas que representen los objetivos de desempeño, papel blanco Bond, plumones, pegamento, posters, pancartas. Reglas de Higiene para la escuela y el Hogar, bandas con el nombre Soy Guardián de la Salud.

**IV.- Aprendo a Cuidarme:****Unidad de Competencia:**



Reconoce situaciones que en la familia o en otro contexto le provocan agrado, bienestar, temor, desconfianza o intranquilidad y expresa lo que siente.

**Indicadores de la Competencia:**

- Comenta las sensaciones y los sentimientos que le generan algunas personas que ha conocido o algunas experiencias que ha vivido.
- Conoce información personal y otros datos de algún o algunos adultos que pueden apoyarlo en caso de necesitar ayuda.
- Habla acerca de personas que le generen confianza y seguridad, y sabe cómo localizarlas en caso de necesitar ayuda o estar en peligro.
- Identifica algunos riesgos a los que puede estar expuesto en su familia, la calle o la escuela, y atiende reglas de seguridad y evita ponerse en peligro o poner en riesgo a los otros al jugar o realizar algunas actividades en la escuela.
- Practica y promueve algunas medidas de seguridad para actuar en el hogar o en la escuela ante situaciones de emergencia: sismos, incendios e inundaciones, entre otros.
- Participa en el establecimiento de reglas de seguridad en la escuela y promueve su respeto entre sus compañeros y entre adultos.
- Explica cómo debe actuar ante determinadas situaciones: cuando se queda solo en un lugar o se encuentra ante desconocidos.
- Conoce cuáles son los principales servicios para la protección y promoción de la salud que existen en su comunidad.

**Tareas:**

Los niños con apoyo de los Asistentes deberán realizar los siguientes juegos: El no es mi amigo. Ando en la Calle. Vigilante del Hogar y en la Escuela.

**Objetivos de desempeño:**

Los niños que participen en el Programa realizarán lo siguiente:

1. Dibujar tres personas que conozca el niño y decir que siente hacia ellas.
2. Identificar personas desconocidas y decir que hacer con ellas.
3. Indicar en láminas estados de peligro y amenaza para su vida.
4. Dado un ejemplo de un desastre natural decir que debe hacer.
5. Identificar los símbolos de protección civil.
6. Describir las normas de seguridad vial.
7. Explicar las funciones de los colores del semáforo.
8. Mencionar cinco riesgos que puede haber en la calle.
9. Marcar en una lámina los centros de Seguridad y de salud principales en su comunidad.
10. Tomar una decisión ante una situación de riesgo en el hogar y en la escuela.

**Acciones:**

El asistente dispondrá de un espacio amplio para explicar cada uno de los objetivos dando ejemplos, y explicaciones detalladas con ayuda de láminas apropiadas a cada objetivo que esté explicando. Además, una vez que los niños muestren la ejecución de cada objetivo, deberá alabar el progreso de su ejecución. Las sesiones deben concluir al cumplir el 80% de ejecución efectiva de los participantes (*Uso del Manual No. 4*).

**Duración:**

Se realizarán de dos a tres sesiones de 40 min, aproximadamente por semana.

**Recursos:**

Espacio amplio, lista de cotejo, hojas, láminas didácticas de cada objetivo descrito, mesas y sillas apropiadas y las “Reglas de seguridad en los niños”.

**REFERENCIAS:**

- Godoy, F.J. (1999). Promoción de la Saludicología de la Salud: delimitación conceptual. En Simón, M. Manual de Promoción de la Saludicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García, F.A. & Tobón, T.S. (2008). Gestión del curriculum por competencias. Una aproximación desde el modelo sistémico complejo. Perú: Innovación Educativa.
- Good, T.L. & Brophy, J.E. (1998). Psicología educativa. México: Mc GrawHill.
- Illingworth, R. (1993). El niño normal: problemas de los primeros años de vida y su tratamiento. (4ª ed.). México: Manual Moderno.
- INEGI (2012). Tasa de mortalidad infantil, 1990 a 2012. Recuperado el 8 de Junio de 2012 de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo128&s=est&c=23601>
- Intervenciones Psicoeducativas (2011). Convenio de Prácticas en la experiencia de Investigación e Intervención en Educación y Aprendizaje. México: Universidad Veracruzana.
- Juárez, M.C. (2008). Evaluación de las competencias de niños y niñas preescolares. Recuperado de <http://www.acude.org.mx/evaluacióndelascompetenciasdeniñosyniñas>
- Rodríguez, M. & Neipp, L. (2008). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En Manual de Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis.
- SEP (2011). Programa de Educación Preescolar. Recuperado de <http://www.sep.gob.mx>

Secretaría de Salud (2007). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx>

SEP (2011). Programas de estudio 2011: Guía para la educadora. Educación Básica Preescolar. México: SEP.

### **Anexos**

- A. Manuales de aplicación
- B. Lista de cotejo

**Anexo A. Manuales de aplicación**



**Universidad Veracruzana**

**Instituto de Investigaciones Psicológicas**



**Manual 1: Guía del Aplicador**  
**Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar**  
**(P P S P)**

**“Viva el Ejercicio”**

**Elaborado por:**  
**M. Marcela Castañeda Mota.**

**Xalapa, Ver.**

**Septiembre del 2012**

## CONTENIDO

### Introducción.

#### I. Juego Viva el Ejercicio.

- a) La Jugada Atlético.
- b) Propongo un Juego.
- c) Juguemos Fútbol.

#### II. Puntos a evaluar.

#### III. Menú de juegos.

### Referencias Bibliográficas.

### Anexo.

### Reglas en el desarrollo de ejercicios físicos.



## **Introducción.**

La salud es un derecho humano básico y en la actualidad sus estrategias, van más allá que intervenir únicamente la ausencia de enfermedad, ya que sus acciones consideran el esfuerzo de múltiples disciplinas como la Medicina, la Psicología de la Salud, la Sociología entre otras para mejorar las condiciones de salud individual y colectiva, además del bienestar de los estilos de calidad de vida del individuo (García & Tobón, 1994). La salud integral de los niños es una meta de atención primaria, en cualquier programa de asistencia y educación infantil, y actualmente se propone incrementar su calidad de vida. Una de las maneras más eficaces de alcanzar este objetivo es por medio de programas dirigidos a la promoción de la salud en las escuelas (Organización Panamericana de la Salud, 1998). Por lo que es importante conocer la práctica de la Educación para la Salud que es considerada como una estrategia de la Promoción de la Salud para lograr alcanzar entre la comunidad los comportamientos saludables que favorezcan para identificar el conocimiento de una variedad de riesgos a nuestro bienestar y poder tener una diversidad de funciones al multiplicar la productividad, generando procesos corporativos realmente consensuales y eficaces, regidos por el respeto y valoración de aprendizajes dentro de una verdadera educación para salud que permita potencializar los esfuerzos de la enseñanza-aprendizaje logrados por la educación para la salud (Costa & López, 1998).

De esta forma, se desarrolla el presente programa y el Primer Manual del PPSP, con la finalidad de que al asistente Aplicador se le facilite la aplicación de las competencias requeridas y los objetivos de desempeño del mismo. Cuenta con los juegos que tendrán que realizarse, así como con los materiales requeridos para el adecuado establecimiento del aprendizaje en el niño.

Así mismo, al iniciar la primera sesión del presente Manual, los Asistentes del Programa PPSP deberán de presentarse y tendrán que comentar a los niños de que va a tratar la nueva actividad y podrán pegar a la vez, en tarjetas sus nombres en su playera o blusa, con la finalidad de reconocerlos de inmediato.

El aplicador deberá tener en cuenta que las instrucciones en cada juego, deben ser claras y concretas, utilizando primeramente el modelamiento en cada juego, además de alabar constantemente a los niños, con aplausos y reconocimientos, en cada una de sus respuestas.

Al final de cada sesión, el asistente evaluador colocará en el salón un Tablero de Estrellas con los nombres de los niños y pondrá una estrella a los pequeños que cumplieron el 80 % de su ejecución en los ensayos realizados en las sesiones; de esta forma los niños, padres y educadoras verán los adelantos del Programa. Se hace referencia que el 80 % de ejecución, es la realización del juego del niño, como el modelo que ha presentado el aplicador y sin ayuda alguna. Estos resultados, también le servirán al asistente aplicador en el ajuste y ayuda requerida en cada uno de los Juegos del presente Manual. Los ensayos representan las respuestas que el aplicador puede utilizar para el establecimiento de la competencia y objetivos de desempeño del Programa, las respuestas de los ensayos pueden ser elegidas por el aplicador de forma variada, de acuerdo a las condiciones, recursos, disposición del ambiente, pero siempre deberá programar cuatro ensayos o conjuntos de respuestas, que deberán ejecutarse en los 40 minutos de duración de la sesión.

El manual cuenta con una lista de cotejo que el asistente evaluador debe utilizar en el desempeño de cada sesión, esta lista contiene generalmente los cuatro ensayos mencionados, donde cada uno es una secuencia de actividades para cumplir un objetivo, cuando el niño la realiza se marca con paloma, y si no la realiza con una cruz. El criterio para avanzar al siguiente manual es que los niños en promedio alcancen el 80 % en la última sesión programada en la lista de cotejo de cada manual. Además al final de la aplicación del presente manual, a los padres y al personal de la escuela se les dará las “Reglas en el Desarrollo de Ejercicios Físicos”.

### **I. Juego Viva el Ejercicio.**

Se integra por los siguientes juegos:

- a) La Jugada Atlética.
- b) Propongo un Juego.
- c) Juguemos Fútbol.

### **II. Puntos a evaluar.**

**Competencia:** Mantener el control de movimientos que implican fuerza, velocidad y flexibilidad en juegos y actividades de ejercicio físico.



**Objetivos de desempeño:** Los niños participantes al Programa tienen que realizar lo siguiente:

1. Realizar en 15 minutos ejercicios caminar, marchar y correr, con brazos arriba y con brazos abajo.
2. Con el uso de 2 pelotas medianas, tomar y cachar pelotas por 10 minutos.
3. Proponer un juego con las pelotas por equipo ocupando 10 minutos.
4. Realizar coordinadamente el ejercicio dado por el Aplicador en 10 minutos.
5. Jugar Fútbol de acuerdo a las instrucciones del Aplicador.
6. En situación de reposo, decir al Asistente si sudó y/o como late su corazón.

**Duración:** Máximo 3 sesiones y cada sesión puede durar 40 minutos.

**Procedimiento:** Las sesiones serán realizadas en grupo y deben contener cuatro ensayos, cada ensayo está compuesto por las respuestas que el aplicador elija del Menú de cada juego. Cada Ensayo de respuestas, deberá ser antes modelado por el Aplicador y cada respuesta o aproximación de respuesta del niño debe ser alabada por el Aplicador. Y las sesiones de forma preferente se realizarán en el salón de clase, por las condiciones climatológicas actuales.

**Hoja de Cotejo:** El Asistente Evaluador deberá calificar con una A o con NA cada ensayo acertado o no por el niño en cada sesión en la Hoja de Cotejo y registrar si lo hizo con ayuda en el apartado de Observación, y a su vez anotar la actitud del niño ante la sesión, por ejemplo si muestra cooperación o no, y al final de la columna tendrá que anotar su porcentaje de ejecución en la realización de 4 ensayos de la sesión realizada y deberá tener al menos el 80 % en su ejecución. En la parte final de la Hoja de Cotejo, en el apartado de Observaciones Generales, el Asistente Evaluador tendrá que señalar si hubo algún incidente novedoso en la sesión por ejemplo: la llegada de un visita inesperada, ruidos excesivos etc. El criterio para avanzar al siguiente manual es que los niños en promedio alcancen el 80 % en la última sesión programada en cada manual en la lista de cotejo.

**Materiales:** un tambor preferente, tiza o yeso, una cinta para marcar, 2 pelotas, una caja grande de cartón, un silbato, lista de cotejo y una toalla o cartón que solicitarán a sus padres.

**Cierre de Sesión:** Cada sesión debe ser finalizada por una porra que el Aplicador debe dirigir por ejemplo: *“Viva, viva el juego, y un aplauso para todos”*.

### **III. Menú de juegos.**

#### **a) La jugada Atlética.**

**Menú del Juego: (respuestas que el Aplicador puede elegir para planear cada ensayo).**

1. Caminar hacia adelante y hacia atrás en un espacio señalado por el Aplicador y pararse cuando el Aplicador suena un silbato.
2. Caminar de puntitas, con los talones, saltar con un pie y luego de forma alternada.
3. Reunirse en fila y marchar a ritmo de un tambor o del “Uno, Dos” de la voz del Aplicador.
4. Correr y pararse al sonar el silbato del Aplicador.
5. Cruzar el aula en el tiempo que dura 5 tamborazos o al decir el Aplicador 1, 2, 3, 4.
6. Tocar con sus manos las puntas de sus zapatos
7. Ponerse en tres movimientos durante 10 segundos.
8. Entrar y salir de una caja grande de cartón.
9. Extender los brazos hacia arriba, abajo, hacia los lados. El Aplicador debe decir: arriba brazos, abajo brazos, a la derecha brazos a la izquierda brazos.
10. Girar los brazos, primero uno y luego otro, y luego alternadamente.

#### **b) Propongo un Juego.**

**Menú del Juego: (respuestas que el Aplicador puede elegir para planear su sesión).**

1. Balancear el tronco y brazos, mientras los pies se mantienen fijos.
2. Correr y bailar con pañuelos.
3. Jugar el avión marcado con una tiza.
4. Pasarse una pelota con las manos como lo indica el Aplicador.
5. Correr sosteniendo una hoja de papel.
6. Lanzar una pelota y correr más rápido que ésta.
7. Rebotar la pelota mientras camina
8. Proponer un juego con una pelota y recursos de la sesión.
9. Imitar al Aplicador los movimientos que hace con un pañuelo

10. Rebotar la pelota mientras camina.

**c) Juguemos Fútbol.**

**Menú del Juego: (respuestas que el Aplicador puede elegir para planear su sesión).**

1. Rebotar la pelota, lanzarla a la pared y cazarla.
2. Lanzar una pelota y correr más rápido que ésta.
3. Chutar la pelota y aprender en grupo a tirar a gol
4. Chutar la pelota entre los compañeros.
5. Patear la pelota y procurar pasarla en grupos de tres compañeros.
6. Tirar a gol de forma individual y meterla en la caja.
7. Rodar la pelota y pararla con el pie.
8. Formar equipos de fútbol. Conocer las reglas básicas del Fútbol.
9. Cabecear la pelota en diferentes direcciones.
10. Organizar un partido de Fútbol.
11. Sobre una toalla acostarse y relajar gran parte de su cuerpo en el aula, cuidando que no haya clima frío.
12. Saltar esquivando objetos por ejemplo latas.
13. Demostrar porque es importante jugar en equipo.
14. Mencionar la importancia del reposo.
15. Sentir el latido de su corazón.
16. Ver que al jugar sudamos.

**Referencias Bibliográficas.**

Costa, M. & López, E. (1998). Educación para la Salud, una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide.

García, C. & Tobón, O. (2000). Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica. Recuperado de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (1998). Escuelas promotoras de salud: Entornos saludables y mejor salud para generaciones futuras. Argentina: Corpus.

## Anexo: Reglas en el desarrollo de ejercicios físicos.



Universidad Veracruzana  
 Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar  
 Reglas en el Desarrollo de Ejercicios Físicos  
 Responsable: Mtra. M. Marcela Castañeda Mota



A continuación daremos las principales reglas en el desarrollo de ejercicios físicos en la escuela y en el hogar. Lean con mucha atención mis queridas maestras y mis queridos papás, gracias por su atención y permitir que nosotros estemos en una cultura saludable con hábitos de ejercicio físicos.

1. Es necesario estar en actividad todos los días, acompañados de nuestros papás y hermanos.
2. Aprender a respirar adecuadamente, inhalando (jalando el aire) muy profundamente por la nariz y expirando (sacándolo) por la boca poco a poco; hacerlo en espacios abiertos.
3. Respirando así, nuestros pulmones se llenan de oxígeno y estamos preparados para hacer ejercicio. Es necesario hacerlo tres o cuatro veces antes de iniciar nuestros ejercicios.
4. Debemos de dedicar 15 minutos todos los días, para realizar ejercicios sencillos, como son: caminar, marchar y correr, levantando y bajando los brazos.
5. Combinar los ejercicios con una pelota en un lugar seguro, aventándola para ganarle el paso, corriendo más rápido que ella.
6. También podemos mover nuestros bracitos de arriba abajo, haciendo círculos, esto nos permitirá que nuestra sangre trabaje sin dificultades.
7. Los pies son una parte importante, por ello debemos ejercitarlos, parándonos primero con el talón y después de puntillas, utilizando ambos pies.
8. Girar nuestra cabecita lentamente, de un lado a otro y después haciendo círculos.
9. Podemos ejercitarnos bailando y brincando. Podemos usar nuestra música preferida en casa.
10. Manternos activos con juegos de pelota, podemos armar un equipo de futbol en casa u organizarlo con los vecinos y utilizando cajas grandes para meter goles en ellas.
11. Como haremos ejercicio para desarrollarnos de manera sana, también es necesario mantener nuestro cuerpo hidratado y bien alimentado, por ello debemos tomar suficiente agua para reponer el líquido que desechamos al sudar, así como comer frutas y verduras.
12. Al terminar nuestros ejercicios, también debemos de respirar profundamente por la nariz y sacar el aire por la boca.
13. Mis papás y maestros deben de alentarme a seguir desarrollando actividades de movimiento, para que siga ejercitándome y sea un niño sano y muy activo.

Enseñarme a ser un niño saludable con un buen desarrollo físico, para que mi cuerpo se acostumbre a realizar actividades que me permitirán crecer fuerte y activo, el deporte es una actividad muy divertida que además de entretenerme y distraerme, me permitirá estar sano. Aprendí muchas cosas pero por favor recuerden que debemos cuidar nosotros mismos nuestra propia salud y el ejercicio es muy importante.



**Universidad Veracruzana**

**Instituto de Investigaciones Psicológicas**



**Manual 2: Guía del Aplicador**  
**Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar**  
**(P P S P)**

**“Ve, oye y actúa”**

**Elaborado por:**  
**M. Marcela Castañeda Mota.**

**Xalapa Ver.**

**Septiembre 2012**

## CONTENIDO

### Introducción.

#### I. Juego: Ve, oye y actúa.

- a) Uso herramientas.
- b) Soy un artista.
- c) Resuelvo Problemas.

#### II. Puntos a evaluar.

#### III. Menú de juegos.

### Referencias Bibliográficas.

### Anexo.

### Reglas para resolver problemas.



## **Introducción.**

La meta global de todos los programas educativos en cualquier nivel, es facilitar el desarrollo intelectual de los individuos, para facilitar el desempeño de su aprendizaje en cualquiera de las áreas en que se encuentren (Danoff, Breithart & Barr, 1998). Para la práctica educativa, es imposible que se pueda separar la enseñanza de las acciones físicas con las actividades relacionadas a los procesos cognoscitivos y sociales. En la práctica preescolar debe tenerse en cuenta las características propias evolutivas de los niños, para que su aprendizaje lo disfrute imitando, simulando modelos, dibujando y ejercitando su representación simbólica en el desarrollo de su lenguaje. El desarrollo del lenguaje y las acciones físicas involucradas en su coordinación motora parecen estar involucrados en su proceso de resolución de problemas, inicio central de su inteligencia Hohman, Banet y Weikart (1994).

De esta forma, el instructor debe estimular a través de una gama diversa de actividades, de materiales y una motivación adecuada, que los niños preescolares puedan planear, explorar y establecer ellos mismos y de forma cooperativa, las alternativas de solución a sus experiencias y esta educación aunque es difícil alcanzarla en un programa, debe estar considerada para aprovechar con gran éxito las características de los niños preescolares y puedan generar un aprendizaje óptimo y realmente significativo en la vida del niño. Por consiguiente, el presente Programa, considera sus condiciones de desarrollo y aprendizaje para lograr establecer finalmente los comportamientos saludables esperados.

Así mismo, al iniciar la primera sesión del presente Manual, los Asistentes del Programa PPSP deberán de presentarse y tendrán que comentar a los niños de que va a tratar la nueva actividad y podrán pegar a la vez, en tarjetas sus nombres en su playera o blusa, con la finalidad de reconocerlos de inmediato.

El aplicador deberá tener en cuenta que las instrucciones en cada juego, deben ser claras y concretas, utilizando primeramente el modelamiento en cada juego, además de alabar constantemente a los niños, con aplausos y reconocimientos, en cada una de sus respuestas. Debe convertirse en un conductor de aprendizaje, capaz de animar e interesar a los niños en la solución de problemas, así como de apoyar las múltiples iniciativas que presenten y propiciar siempre la expresión espontánea, libre de cada niño

y aprender a trabajar en grupo. En este manual, se enfatiza su actividad a través de la imitación, el dibujo, y la solución de problemas dirigida al área de la salud.

Al final de cada sesión el asistente evaluador colocará en el salón un Tablero de Estrellas con los nombre de los niños y pondrá una estrella a los pequeños que cumplieron el 80 % de su ejecución, en los ensayos realizados en las sesiones; de esta forma los niños, padres y educadoras verán los adelantos del programa. Se hace referencia que el 80 % de ejecución es la realización del juego del niño como el modelo que ha presentado el aplicador y sin ayuda alguna. Estos resultados, también le servirán al asistente aplicador en el ajuste y ayuda requerida en cada uno de los Juegos del presente manual. Los ensayos representan las respuestas que el aplicador puede utilizar para el establecimiento de la competencia y objetivos de desempeño del Programa, las respuestas de los ensayos pueden ser elegidas por el aplicador de forma variada, de acuerdo a las condiciones, recursos, disposición del ambiente, pero siempre deberá programar cuatro ensayos o conjuntos de respuestas, que deberán ejecutarse en los 40 minutos de duración de la sesión. Deberá tener en cuenta el aplicador que al avanzar en el programa se debe incluir una competencia ya establecida en el pasado manual del programa, por ello va señalada en los objetivos de desempeño.

El manual cuenta con una lista de cotejo que el asistente evaluador debe utilizar en el desempeño de cada sesión, esta lista contiene generalmente cuatro ensayos, cada ensayo es una secuencia de actividades para cumplir un objetivo, cuando el niño la realiza se marca con paloma, y si no la realiza con una cruz. El criterio para avanzar al siguiente manual es que los niños en promedio alcancen el 80 % en la última sesión programada en la lista de cotejo de cada manual. Además al final de la aplicación del presente manual, a los padres y al personal de la escuela se les dará las “Reglas para Resolver Problemas”.

### **I. Juego Ve, oye y actúa.**

Se integra por los siguientes juegos:

- a) Uso herramientas.
- b) Soy un artista.
- c) Resuelvo Problemas.



## II. Puntos a evaluar.

**Unidad de Competencia:** Utilizar objetos e instrumentos de trabajo que le permitan resolver problemas y realizar actividades diversas.

**Objetivos de desempeño:** Los niños que participen en el Programa realizarán lo siguiente:

1. Nombrar las herramientas y materiales mostrados por el asistente y decir su función en la elaboración de objetos.
2. En equipos planear y hacer una actividad de acuerdo a las herramientas y materiales expuestos por el aplicador en 5 minutos.
3. En equipos forrar una mesita con el mínimo de esfuerzo, en 10 minutos.
4. Realizar la mímica de los juegos expuesto por el aplicador.
5. Escenificar en equipos, personajes y cuentos de la Salud, en 10 minutos.
6. Elaborar rompecabezas sobre la Salud, al final comentar la figura encontrada.
7. Pintar a personajes de la Salud y comentar las láminas expuestas por el aplicador.
8. Jugar en equipos de forma organizada Fútbol.

**Duración:** Máximo 3 sesiones y cada sesión puede durar 40 minutos.

**Procedimiento:** Las sesiones serán realizadas en grupo y deben contener cuatro ensayos, cada ensayo está compuesto por las respuestas que el aplicador elija del Menú de cada juego. Cada ensayo de respuestas, deberá ser antes modelado por el aplicador y cada respuesta o aproximación de respuesta del niño debe ser alabada por el aplicador. Las sesiones de forma preferente se realizarán en el salón de clase, por las condiciones climatológicas actuales.

**Hoja de Cotejo:** El asistente evaluador deberá calificar con una A o con NA cada ensayo acertado o no por el niño en cada sesión en la Hoja de Cotejo y registrar si lo hizo con ayuda en el apartado de Observación, deberá a su vez anotar la actitud del niño ante la sesión, por ejemplo si muestra cooperación o no, y al final de la columna tendrá que anotar su porcentaje de ejecución en la realización de 4 ensayos de la sesión realizada. En la parte final de la Hoja de Cotejo, en el apartado de Observaciones Generales, el asistente evaluador tendrá que señalar si hubo algún incidente novedoso en la sesión por ejemplo: la llegada de un visita inesperada, ruidos excesivos etc.

**Materiales:** Hojas, crayolas, revistas, tijeras romo, 2 cajas, 2 cordones, papel manila diúrex, pelota, láminas: de niños comiendo, de niños enfermos y sanos, de símbolos y centros de salud, pedir prestado un martillo, unas pinzas y un desarmador.

**Cierre de Sesión:** Cada sesión debe ser finalizada por una porra que el aplicador debe dirigir por ejemplo: *“Viva, viva el juego, y un aplauso para todos”*.

### **III. Menú de juegos.**

#### **a) Juego: Uso Herramientas.**

**Menú del Juego:** (respuestas que el aplicador puede elegir para planear cada ensayo).

1. Los niños imitarán al aplicador diciendo para qué sirven los pinceles, las pinturas, las crayolas, las hojas, pegamento, la pelota, las tijeras, etc.
2. El aplicador les pedirá que tomen un objeto con el cuál representen otro, por ejemplo una caja puede simular un coche, una escoba con una cuerda puede ser un caballo.
3. Con los ojos cerrados, el niño nombrará los objetos dentro de una bolsa, por ejemplo un cepillo de dientes, un peine, un jabón, una pasta, una toalla. Comentarán para que sirven.
4. Distinguirá de una caja un martillo, unas pinzas, un desarmador dirá su uso y sus riesgos para los niños y quienes las deben usar.
5. Con las herramientas y materiales expuestos diseñará un dibujo de conductas de aseo o de autocuidado.
6. Podrá construir en equipo con diversos objetos, un puente, un camino, etc.
7. Por equipos, trazar un camino con obstáculos, tomar una caja con un hilo simulando un carro, jalarlo, gana el mejor carro y el que llega primero sin voltearse en el camino.
8. Forrar una mesita en equipo con el mínimo esfuerzo.

#### **b) Juego: Soy un artista.**

**Menú del Juego:** (respuestas que el aplicador puede elegir para planear su sesión)

1. El aplicador se comunicará a través de gestos con los niños y representando conducta de bañarse, lavarse los dientes, limpiarse, peinarse y podrán jugar a Juan Pirulero con conductas de autocuidado y aseo.
2. Imitará las funciones principales de un representante de la salud: un médico, un dentista, enfermero, utilizando los materiales que dará el aplicador.
3. En equipos, pintar tarjetas de un cuento de la salud.
4. Imitar al aplicador en la conducta de lavarse las manos.
5. Cantar la canción de lavarse los dientes.
6. Imitar a un reportero que informa sobre un tema de la Salud.
7. Escenificar un cuento sobre el tema de la Salud.
8. Comentar que les gustó de un cuento de la Salud.
9. Actuar como un enfermo y decir que riesgos puede tener.
10. Actuar como niño sano y comentar que ventajas puede tener.

**c) Juego: Resuelvo Problemas.**

**Menú del Juego: (respuestas que el aplicador puede elegir para planear su sesión).**

1. Señalar en una lámina los signos y lugares dedicados al cuidado de la salud.
2. Al ver una lámina con una calle lloviendo y niños caminando, decir que pueden hacer estos niños para que no les dé un resfriado.
3. Resolver las diferencias en una lámina de niños enfermos y sanos.
4. Comentar que se debe hacer cuando un niño está enfermo y te desea ver.
5. Indicar como se evita un resfriado.
6. Al ver una lámina de niños comiendo, pintar sólo al niño que come limpiamente.
7. Mencionar en equipo que ventajas tienen los niños sanos.
8. Realizar propuestas para que su salón o sus baños estén limpios.
9. Describir si ellos podrían ser guardianes de salud.
10. Chutar la pelota y meter gol.

**Referencias Bibliográficas.**

- Danoff, J., Breithart, V. & Barr, E. (1998). *Iniciación con los niños*. México. Trillas.
- Hohman, M., Banet, B. & Weikart, D. (1994). *Niños Pequeños en acción Manual para Educadora*. México. Trillas.

## Anexo: Reglas para resolver problemas.



Universidad Veracruzana  
Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar  
Reglas para Resolver Problemas  
Responsable: Mtra. M. Marcela Castañeda Mota



A continuación daremos las principales reglas para resolver problemas en la escuela y en el hogar. Lean con mucha atención mis queridas maestras y mis queridos papás, gracias por su atención y permitir que nosotros estemos en una cultura de aprendizaje para resolver problemas.

1. Deben de enseñarme a utilizar herramientas básicas, por ejemplo para que sirven una regla, unas tijeras sin punta, una escuadra, unas pinzas etc.
2. También ayudarme a distinguir objetos, para que pueda diferenciar entre unas pinzas y un martillo, etc.
3. Indicarme para que sirve el jabón, la pasta, la toalla, los cuales son parte de mi higiene.
4. Ayudarme a reemplazar objetos, por ejemplo si no tengo tijeras para cortar una hoja, puedo usar mi regla doblando el papel en una mesa.
5. Indicarme que herramientas son peligrosas para mí y que no debo tocar. Los cuchillos, los taladros, las sierras que en ocasiones hay en casa.
6. Aprender a hacer cosas sencillas, como una casita con una caja de cartón o un barco con una hoja de papel. Darne materiales para que invente figuras.
7. Enseñarme a caminar en forma de zigzag y evadiendo obstáculos, para que esto me haga pensar por donde puedo pasar, cuál será el camino más fácil.
8. A través de la observación, puedo aprender a hacer muchas cosas, por ello invítame a que te imite a hacer cosas, por ejemplo verlos a ustedes lavarse las manos, cepillarse los dientes, hacer una gelatina.
9. Imitar a personas para distinguir a qué se dedican, como un policía, un doctor, un bombero, así aprenderé a reconocer las cosas que hacen.
10. Puedes leerme un cuento y decirme como imaginar el lugar y los personajes del cuento. Mi imaginación volará y estaré muy atento a la lectura. Puedo comentar sobre el cuento.
11. Ayudarme a identificar entre un niño enfermo y un niño sano, diciéndome porque está enfermo y que debo hacer para no contagiarme, pero si para apoyarlo.
12. Decirme las cosas que debo hacer para no enfermarme y ser sano.
13. Si estoy en la calle y empieza a llover que debo hacer para no mojarme y si esto pasa que debemos realizar para evitar enfermarme.

Enseñarme a actuar a identificar objetos peligrosos y objetos que me ayudaran en mi higiene personal, a hacer cosas que me permitirán salir adelante y apoyar a mis compañeros. Decirme que cosas pueden provocarme un accidente o que me enferme. Aprendí muchas cosas pero por favor recuerden que debo cuidar mi salud en casa y que puedo llegar a ser un guardián de la salud.



**Universidad Veracruzana**

**Instituto de Investigaciones Psicológicas**



**Manual 3: Guía del Aplicador**  
**Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar**  
**(P P S P)**

**“Soy Guardián de la Salud”**

**Elaborado por:**  
**M. Marcela Castañeda Mota.**

**Xalapa Ver.**

**Septiembre 2012**

## CONTENIDO

### Introducción.

#### I. Juego: Soy Guardián de la Salud.

- a) Manitas limpias.
- b) Sonrisas Brillantes.
- c) Mi Baño Diario.
- d) Comida Saludable.
- e) Mi mascota es linda.

#### II. Puntos a evaluar.

#### III. Menú de juegos.

### Referencias bibliográficas.

### Anexo.

### Reglas de Higiene de la Escuela y el Hogar.



## **Introducción.**

El presente Manual, tiene como tema central la salud, donde los niños a través del juego aprenderán conductas de higiene, podrán diferenciar la importancia de estar saludable y la desventaja de estar enfermo, y aprender a través de un proceso planificado y sistemático comportamientos para mantener su estado saludable, evitando prácticas de riesgo que dañen a nuestro organismo o a los demás (Costa & López, 1998). Los contenidos del presente Manual, requieren una mayor habilidad del Aplicador, para que la presente educación dirigida a la salud mantenga una estrategia eficaz en la Promoción de la Salud, encontrando establecer por el Instructor las prácticas necesarias para que los niños puedan desarrollarse positivamente para realizar conductas que les faciliten comprender la importancia de estar sanos, y por consiguiente, realizar actividades para el fomento de una vida sana y lograr su bienestar tanto en la escuela como en su casa. El Aplicador de acuerdo a la ejecución del niño, tendrá que estar considerando en sus acciones de enseñanza que el aprendizaje a través del juego, la imitación, la estimulación visual ocupada en sus diversos materiales, pueden facilitar al niño, la adquisición de sus competencias (Hohman, Banet & Weikart, 1994).

Así mismo, al iniciar la primera sesión del presente Manual, los Asistentes del Programa PPSP deberán de presentarse y tendrán que comentar a los niños de que va a tratar la nueva actividad y podrán pegar a la vez, en tarjetas sus nombres en su playera o blusa, con la finalidad de reconocerlos de inmediato.

Además, el Aplicador debe recordar que debe alabar constantemente a los niños, con aplausos y reconocimientos, en cada una de sus respuestas. Debe convertirse en un facilitador del aprendizaje, capaz de animar e interesar a los niños en la ejecución de sus conductas adecuadas, así como de apoyar las múltiples iniciativas que presenten y propiciar siempre la expresión espontánea, libre de cada niño y aprender a trabajar en grupo.

Al final de cada sesión, el asistente Evaluador colocará en el salón un Tablero de Estrellas con los nombre de los niños y pondrá una estrella a los pequeños que cumplieron el 80 % de su ejecución, en los ensayos realizados en las sesiones; de esta forma los niños, padres, y educadoras verán los adelantos del Programa. Se hace referencia que el 80 % de ejecución es la realización del juego del niño como el Modelo, que ha presentado el Aplicador y sin ayuda alguna. Estos resultados, también

le servirán al asistente aplicador en el ajuste y ayuda requerida en cada uno de los Juegos del presente Manual. Los ensayos representan las respuestas que el Aplicador puede utilizar para el establecimiento de la competencia y objetivos de desempeño del Programa, las respuestas de los ensayos pueden ser elegidas por el aplicador de forma variada, de acuerdo a las condiciones, recursos, disposición del ambiente, pero siempre deberá programar cuatro ensayos o conjuntos de respuestas, que deberán ejecutarse en los 40 minutos de duración de la sesión. Deberán tener en cuenta el aplicador que al avanzar en el Programa se debe incluir una competencia ya establecida en el pasado Manual del Programa, por ello va señalada en los objetivos de desempeño.

El Manual cuenta con una lista de cotejo que el asistente evaluador debe utilizar en el desempeño de cada sesión, esta lista contiene generalmente cuatro ensayos, cada ensayo es una secuencia de actividades para cumplir un objetivo, en caso que el niño la realiza se marca con paloma, y si no la realiza con una cruz. El criterio para avanzar al siguiente manual es que los niños en promedio alcancen el 80 % en la última sesión programada en la lista de cotejo de cada manual. Además al final de la aplicación del presente manual, a los padres y al personal de la escuela se les dará las “Reglas de Higiene de la Escuela y el Hogar”.

### **I. Juego Soy Guardián de la Salud.**

Se integra por los siguientes juegos:

- a) Manitas limpias.
- b) Sonrisas Brillantes.
- c) Mi Baño Diario.
- d) Comida Saludable.
- e) Mi mascota es linda.

### **II. Puntos a evaluar.**

**Unidad de Competencia:** Practicar medidas básicas preventivas y de seguridad para preservar su salud, así como para evitar accidentes y riesgos en la escuela y fuera de ella.



**Objetivos de desempeño:** Los niños que participen en el Programa realizarán lo siguiente:

1. Lavarse las manitas de acuerdo a las instrucciones dadas por el Aplicador.
2. Lavarse los dientes como el aplicador lo indica.
3. Mostrar con mímica como nos debemos bañar.
4. Indicar como deben prepararse los alimentos que comemos.
5. Señalar que alimentos pueden ser nutritivos y cuáles no.
6. Mencionar cuáles son las enfermedades más comunes en su región.
7. Señalar la importancia de las vacunas.
8. Explicar cuanto debe pesar y medir.
9. Decir que hacen los médicos, los odontólogos, los enfermeros.
10. Señalar cuáles son los cuidados de las mascotas.
11. Identificar la importancia de la higiene y de la salud.
12. Mencionar las ventajas de estar sano y las desventajas de estar enfermo
13. Realizar una actividad de Promoción de la salud.

**Duración:** Máximo cuatro sesiones y cada sesión puede durar 40 minutos.

**Procedimiento:** Las sesiones serán realizadas en grupo y deben contener cuatro ensayos, cada ensayo está compuesto por las respuestas que el aplicador elija del Menú de cada juego. Cada ensayo de respuestas, deberá ser antes modelado por el Aplicador y cada respuesta o aproximación de respuesta del niño debe ser alabada por el aplicador. Las sesiones de forma preferente se realizarán en el salón de clase, por las condiciones climatológicas actuales.

**Hoja de Cotejo:** El asistente evaluador deberá calificar con una A o con NA cada ensayo acertado o no por el niño en cada sesión en la Hoja de Cotejo y registrar si lo hizo con ayuda en el apartado de Observación, deberá a su vez anotar la actitud del niño ante la sesión, por ejemplo si muestra cooperación o no, y al final de la columna tendrá que anotar su porcentaje de ejecución en la realización de 4 ensayos de la sesión realizada. En la parte final de la Hoja de Cotejo, en el apartado de Observaciones Generales, el Asistente Evaluador tendrá que señalar si hubo algún incidente novedoso en la sesión por ejemplo: la llegada de un visita inesperada, ruidos excesivos etc.

**Materiales:** Salón, mesitas en rincones, lista de cotejo, bolsita de manzanas, hojas, láminas didácticas de cada objetivo descrito, disposición de lavadero, jabón, trapo de

secado, láminas que representen los objetivos de desempeño, papel bond blanco, plumones, pegamento, posters, pancartas. Reglas impresas de higiene para la escuela y el hogar, bandas con el nombre Soy Guardián de la Salud.

**Cierre de Sesión:** Cada sesión debe ser finalizada por una porra que el Aplicador debe dirigir por ejemplo “*Viva la Salud y un aplauso para todos*”.

### **III. Menú de juegos.**

#### **a) Juego: Manitas Limpias.**

**Menú del Juego: (respuestas que el aplicador puede elegir para planear cada ensayo)**

1. Los niños de acuerdo al modelo del aplicador dibujarán en una hoja el contorno de sus dos manos, en una pintarán que está sucia y la otra quedará limpia, y deberán decir cuál es la manita limpia y cuál es la sucia, deberán tachar la sucia y decir cómo deben traer las manitas. Aplauso a los que terminen más rápido.
2. El aplicador les dirá con manitas limpias podemos tomar nuestros alimentos, prepararlos saludar a las personas, ir al baño etc. A ver vamos a jugar comer manzana, ¡Atención esta manzana está limpia o sucia! bravo para los que digan sucia y ¿qué debo de hacer para comerla? bravo para los que digan lavarla. Adelante por parejas preparen su manzana.
3. Ahora, después de comer tenemos que lavarnos manitas, vamos a lavarlas.
4. El aplicador mostrará láminas de las consecuencias de comer con manos sucias. Y al final dará láminas para que los niños tachen donde hay manos sucias.
5. El aplicador dará por parejas una baraja de lo que es un niño sano y un niño enfermo.
6. Mostrará que se deben revolver las tarjetas y enseñar cuál es de niño sano y enfermo.
7. Mencionará el aplicador que un niño sano come, ríe, juega y hace la tarea escolar. Apoyándose en láminas.
8. El aplicador señalará las ventajas y desventajas de un niño sano y de un niño enfermo, utilizando láminas de representación.

9. El aplicador mostrará con láminas que sano y saludable son conceptos similares. también con láminas podrá decir que es higiénico. Los niños al ver las láminas tendrán que usar estas palabras.

**b) Juego: Sonrisas Brillantes.**

**Menú del Juego: (respuestas que el aplicador puede elegir para planear su sesión).**

1. El aplicador se comunicará a través de láminas y con uso de una canción la técnica de lavarse los dientes y dirá: listos ahora empecemos, y deberán lavarse los dientes.
2. Imitará las funciones principales de un Dentista en los niños que no se lavan los dientes.
3. En equipos podrán pintar un diente sano y un diente malo.
4. Imitar al aplicador en la canción de lavarse los dientes.
5. Mostrar que los niños a su edad cambian de dientes de temporales a fijos.
6. Mostrar láminas de cuáles son los temporales y cuáles los fijos.
7. El aplicador dirá como es que se caen los temporales y que debemos hacer. Con la ayuda de láminas representará que se debe hacer cuando se cae un temporal.
8. Comentar a quién se le ha caído un diente y qué hacen con él.
9. El aplicador modelará, tomando un espejo y dirá yo si tengo sonrisas brillantes.
10. El aplicador dirá: vamos a reírnos y veremos quien tiene sonrisa brillante.
11. El aplicador dirá: cada cuando debemos de lavarnos los dientes.
12. Mostrará láminas de los enemigos de los dientes y como debemos combatirlos.
13. El aplicador dirá: ahora sí, Sonrisas Brillantes, pasen a mostrar lo que aprendieron, y miren les daré su pasta de dientes y este bonito cepillo para dientes.

**c) Juego: Mi Baño Diario.**

**Menú del Juego: (respuestas que el aplicador puede elegir para planear su sesión).**

1. Mostrar láminas de la importancia del baño diario.
2. El aplicador a través de láminas mostrará niños sucios y niños limpios, y pedirá a los niños que digan cuáles son los niños limpios y los niños sucios.
3. Ejecuta a través del modelo la conducta de bañarse.

4. Mencionar que se necesita para el baño diario de acuerdo a lo dicho por el aplicador.
5. El aplicador debe mostrar con láminas a un niño bañarse sin gastar agua y a otro niño haciendo conductas de tirar agua y jabón.
6. El aplicador dará una porra al niño que escenifique un baño completo.
7. El aplicador deberá mostrar al niño como debe secarse después del baño.
8. El aplicador debe indicar al niño con láminas las ventajas del baño diario.
9. El aplicador con láminas dirá las consecuencias cuando un niño NO se baña.
10. El aplicador modelará la conducta de bañarse y dirá: el que pase a realizar la mímica de un baño completo, le regalo este jabón que huele rico.

**d) Juego: Comida Saludable.**

**Menú del Juego: (respuestas que el aplicador puede elegir para planear su sesión)**

1. Ahora debemos jugar a comer bien. El aplicador muestra láminas de alimentos que nutren y de alimentos que dañan al organismo.
2. Pedirá a los niños que dibujen los alimentos que más comen.
3. Con dibujos de los niños y los nombres que les dieron, el aplicador preguntará ¿este es Alimento nutritivo o Alimento que daña al organismo?
4. Los niños representarán comidas nutritivas y que dañan al organismo, de acuerdo al modelo del aplicador.
5. El aplicador hará juego de las adivinanzas, dirá: adivinen que puedo desayunar y tendrá tarjetas de comidas que los niños le darán. Ahora es su turno vamos pasen a adivinar.
6. Al final el aplicador dirá: si los alimentos adivinados son nutritivos o no.
7. Repetir el juego hasta que puedan identificar alimentos nutritivos.
8. El aplicador mostrará ejemplos de loncheras con alimentos nutritivos y dirá: a ver sus loncheras.
9. El aplicador mostrará niños obesos y lo que comen, diciendo las desventajas que representa.
10. El aplicador mostrará láminas de niños, con niños de peso y talla adecuados.
11. El aplicador pesará y medirá a los niños dando un aplauso a los que están bien.
12. El aplicador mostrará una lonchera con alimentos nutritivos y dirá: el que me diga que debe traer su lonchera, se gana esta que traigo.

**e) Juego: Mi mascota es linda.**

**Menú del Juego: (respuestas que el aplicador puede elegir para planear su sesión).**

1. Levanten la mano quién tiene mascota, el aplicador pondrá una lámina señalando Mascotas.
2. El aplicador menciona como se debe tener a las mascotas, señalando su cuidado, alimentación, atención y como jugar con ella.
3. Indicará el aplicador los riesgos de las mascotas cuando no se cuidan.
4. Pedirá a los niños que señalen en una lámina mascotas cuidadas.
5. Los niños dibujarán mascotas cuidadas y descuidadas.
6. Ahora el aplicador les pedirá escenifiquen a una mascota, presentará el modelo y pedirá a los niños que representen una mascota y que diga lo que desea su mascota para ser linda.
7. El aplicador dirigirá a los niños para ser promotores de Salud y dará las Reglas de Higiene para la Escuela y el Hogar.

**Referencias Bibliográficas.**

Costa, M. & López, E. (1998). Educación para la Salud. Madrid. Pirámide.

Hohman, M., Banet, B. & Weikart, D. (1994). Niños Pequeños en acción Manual para Educadoras. México. Trillas.

## Anexo: Reglas de Higiene de la Escuela y el Hogar.



Universidad Veracruzana  
 Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar  
 Reglas de Higiene en la Escuela y en el Hogar  
 Responsable: Mtra. M. Marcela Castañeda Mota



A continuación daremos las principales reglas de higiene y de mantenimiento de nuestra salud en la escuela y en el hogar. Lean con mucha atención mis queridas maestras y mis queridos papás, gracias por su atención y permitir que los niños aprendan una cultura de salud.

1. Deben supervisar que me lave con agua y jabón mis manitas para comer, o para ir antes o después de ir al baño principalmente.
2. Deben indicarme no llevarme las manos sucias a la boca.
3. Manipular mis juguetes limpios y jugar en un espacio seguro.
4. Checar que me lave mis dientes adecuadamente en cada comida que haga, mis dientes son muy importantes, con ellos alimento mi organismo, y además mis dientes sanos sirven para que hable adecuadamente.
5. Mis papás o quien me cuida debe enseñarme a bañarme diariamente con agua y jabón lavar mi cabecita, mi cuerpo y mis pies, enseñar a secarme y enseñar a vestirme siempre con buen modo y aplaudiendo cada vez que quede limpio y listo para ir a la escuela.
6. Mis papás y mis maestras tienen que estar pendientes al cambio del clima y yo obedecer para cubrirme y no mojarme cuando las tormentas y lluvias están presentes.
7. Mis papás deben cuidar lo que como, mi comida así como mi lonche, tiene que tener todos los días, por ejemplo, fruta, como manzanas, platanitos, agua natural, un pan integral, cereal, una palanqueta de cacahuete, jícama, naranja dulce partida en gajitos, zanahoria rayada con limón y azúcar, pambacito de frijoles con huevo y jamón. Siempre considerar no ponerme alimentos con grasa, ni mucha azúcar ni muy dulces porque deben evitar que cuando crezca suba de peso y pueda tener hipertensión (presión alta) o diabetes y procurar darme mucha agua de frutas naturales cuidando que el agua sea purificada, como niño gasto muchas energías y debo comer equilibradamente frutas, verduras, carne, pescado y mucha agua.
8. Mis padres deben enseñarme a cuidar mis mascotas (perros principalmente ya que el gato es transmisor de la Toxoplasmosis) darles sus alimentos, lo deben llevar al veterinario al menos una vez al mes, estar al pendiente de sus vacunas, bañarlo y recortar su cabello de acuerdo a las indicaciones del veterinario, pasarlo para que se ejercite y tenerle un lugar apropiado para dormir.
9. Deben procurar que haga ejercicio como correr, jugar en lugares seguros y que todos en mi familia al menos caminen o corran para que se encuentren saludables.

Recuerden, ahora yo soy un guardián de la salud y debo seguir aprendiendo a vivir mejor y enseñar a todos a ser más saludables.



**Universidad Veracruzana**

**Instituto de Investigaciones Psicológicas**



**Manual 4: Guía del Aplicador**  
**Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar**  
**(P P S P)**

**“Aprendo a Cuidarme”**

**Elaborado por:**  
**M. Marcela Castañeda Mota.**

**Xalapa Ver.**

**Septiembre 2012**

## CONTENIDO

### Introducción.

#### I. Juego aprendo a cuidarme.

- a) El no es mi amigo.
- b) Ando en la Calle.
- c) Vigilante en la Escuela y en el Hogar.

#### II. Puntos a evaluar.

#### III. Menú de juegos.

#### Referencias bibliográficas.

#### Anexo.

#### Reglas de Seguridad en los Niños.





## **Introducción.**

El presente Manual, tiene como tema central la seguridad de los niños en su interacción con el elementos de riesgo del ambiente y se considera que a través del juego, los niños aprenderán conductas para identificar riesgos para su vida y para los demás. Por lo que las actividades están dedicadas a facilitar conductas que promuevan el mantenimiento de su seguridad vial, su seguridad en la escuela y en su casa, así como identificar los desastres naturales y realizar competencias óptimas de protección civil de acuerdo a su edad, además en esta etapa del Programa, se estimula a los niños a tomar decisiones encaminadas a su seguridad procurando que desde pequeños, puedan estar alertas y habilitarlos para expresar sus estados emocionales ante las amenazas de su contexto. Los niños desde el período preescolar pueden ser capaces de aprender a prever accidentes, reconocer situaciones peligrosas y tomar decisiones acertadas en estados de emergencia (Yañez, Ramírez & García, 2006). Los contenidos del presente Manual, permiten que los niños desarrollen competencias para cuidarse en la vida y lograr su bienestar, tanto en la escuela como en su casa principalmente. El Aplicador de acuerdo a la ejecución del niño, tendrá que estar considerando en sus acciones de enseñanza que el aprendizaje a través del juego, la imitación, la estimulación visual ocupada en sus diversos materiales, pueden facilitar al niño la adquisición de sus competencias (Hohman, Banet & Weikart, 1994).

Así mismo, al iniciar la primera sesión del presente Manual, los Asistentes del Programa PPSP deberán de presentarse y tendrán que comentar a los niños de que va a tratar la nueva actividad y podrán pegar a la vez, en tarjetas sus nombres en su playera o blusa, con la finalidad de reconocerlos de inmediato.

Además, el Aplicador debe recordar que debe alabar constantemente a los niños, con aplausos y reconocimientos, en cada una de sus respuestas. Debe convertirse en un facilitador del aprendizaje, capaz de animar e interesar a los niños en la ejecución de sus conductas adecuadas, así como de apoyar las múltiples iniciativas que presenten y propiciar siempre la expresión espontánea, libre de cada niño y aprender a trabajar en grupo.

Al final de cada sesión, el asistente Evaluador colocará en el salón un Tablero de Estrellas con los nombre de los niños y pondrá una estrella a los pequeños que cumplieron el 80 % de su ejecución, en los ensayos realizados en las sesiones; de esta

forma los niños, padres, y educadoras verán los adelantos del Programa. Se hace referencia que el 80 % de ejecución es la realización del juego del niño como el Modelo, que ha presentado el aplicador y sin ayuda alguna. Estos resultados, también le servirán al asistente Aplicador en el ajuste y ayuda requerida en cada uno de los Juegos del presente Manual. Los ensayos representan las respuestas que el Aplicador puede utilizar para el establecimiento de la competencia y objetivos de desempeño del Programa, las respuestas de los ensayos pueden ser elegidas por el aplicador de forma variada, de acuerdo a las condiciones, recursos, disposición del ambiente, pero siempre deberá programar cuatro ensayos o conjuntos de respuestas, que deberán ejecutarse en los 40 minutos de duración de la sesión. Deberán tener en cuenta el aplicador que al avanzar en el Programa se debe incluir una competencia ya establecida en el pasado Manual del Programa, por ello va señalada en los objetivos de desempeño.

El Manual cuenta con una lista de cotejo que el asistente evaluador debe utilizar en el desempeño de cada sesión, esta lista contiene generalmente 4 ensayos, cada ensayo es una secuencia de actividades para cumplir un objetivo, en caso que el niño la realiza se marca con paloma, y si no la realiza con una cruz. El criterio para avanzar al siguiente manual es que los niños en promedio alcancen el 80 % en la última sesión programada en la lista de cotejo de cada manual. Además al final de la aplicación del presente manual, a los padres y al personal de la escuela se les dará las “Reglas de Seguridad en los Niños”.

### **I. Juego aprendo a cuidarme.**

Se integra por los siguientes juegos:

- a) El no es mi amigo.
- b) Ando en la Calle.
- c) Vigilante en la Escuela y en el Hogar.

### **II. Puntos a evaluar.**

**Unidad de Competencia:** Reconocer situaciones que en la familia o en otro contexto le provocan agrado, bienestar, temor, desconfianza o intranquilidad y expresa lo que siente.

**Objetivos de desempeño:** Los niños que participen en el Programa realizarán lo siguiente:

1. Dibujar tres personas que conozca el niño y decir que siente hacia ellas.
2. Identificar personas desconocidas y decir que hacer con ellas.
3. Indicar en láminas estados de peligro y amenaza para su vida.
4. Dado un ejemplo de un desastre natural decir que debe hacer.
5. Identificar los símbolos de protección civil.
6. Describir las normas de seguridad vial.
7. Explicar las funciones de los colores del semáforo.
8. Mencionar cinco riesgos que puede haber en la calle.
9. Marcar en una lámina los Centros de Seguridad y de Salud principales en su comunidad.
10. Tomar una decisión ante una situación de riesgo en el hogar y en la escuela.

**Duración:** Máximo tres sesiones y cada sesión puede durar 40 minutos.

**Procedimiento:** Las sesiones serán realizadas en grupo y deben contener cuatro ensayos, cada ensayo está compuesto por las respuestas que el aplicador elija del Menú de cada juego. Cada Ensayo de respuestas, deberá ser antes modelado por el aplicador y cada respuesta o aproximación de respuesta del niño debe ser alabada por el aplicador. Las sesiones de forma preferente se realizarán en el salón de clase, por las condiciones climatológicas actuales.

**Hoja de Cotejo:** El asistente evaluador deberá calificar con una A o con NA cada ensayo acertado o no por el niño en cada sesión en la Hoja de Cotejo y registrar si lo hizo con ayuda en el apartado de Observación, deberá a su vez anotar la actitud del niño ante la sesión, por ejemplo si muestra cooperación o no, y al final de la columna tendrá que anotar su porcentaje de ejecución en la realización de 4 ensayos de la sesión realizada. En la parte final de la Hoja de Cotejo, en el apartado de Observaciones Generales, el asistente evaluador tendrá que señalar si hubo algún incidente novedoso en la sesión por ejemplo: la llegada de un visita inesperada, ruidos excesivos etc.

**Materiales:** Láminas y posters ilustrativos, lámina del semáforo, lámina de símbolos de protección civil, hojas, crayolas, ropa para disfraces de desconocidos, mesitas, sillas y salón de clase, disfraces de personas de protección civil, grabadora.

**Cierre de Sesión:** Cada sesión debe ser finalizada por una porra que el Aplicador debe dirigir por ejemplo: “*Bravo aprendo a cuidarme y un aplauso para todos*”.

### III. Menú de juegos.

#### a) Juego: Este no es mi amigo.

##### **Menú del Juegos: (juegos que el aplicador puede elegir para planear cada ensayo)**

1. El aplicador se disfrazará de “desconocido” y escenificará una escena con el segundo Aplicador. Simulando el inicio de una plática, el segundo Aplicador deberá decir NO SE ACERQUE, VAYA CON EL POLICIA Y RETIRARSE DEL LUGAR. Posteriormente los niños harán el juego disfrazándose y aprendiendo a retirarse del lugar y pedir ayuda.
2. Los aplicadores escenificarán ser niño y mamá de compras en el Supermercado, y la mamá debe dar indicaciones a su hijo “debes de tenerme de la mano, siempre camina junto a mí”, Realizar un “recorrido” para enseñar al niño lo siguiente:
  - Mira hay muchas cosas aquí que se pueden romper y cortarnos.
  - Sólo compraremos lo que necesitamos, si algo te agrada me dices lo anoto para poderlo comprar en otra ocasión, pero recuerda debe ser algo nutritivo.
  - Dime si alguien te llama, recuerda que no hablamos con extraños.
  - Si tomas algo, el carrito, las bardas etc., mantén tus manitas alejadas de la boca porque te puedes llevar bichos y te enfermas.
3. El aplicador representará una escena en el hogar donde un extraño toca la puerta, y el segundo aplicador representará al niño y la conducta que debe hacer.
4. El aplicador escenificará a un niño contestando el teléfono de su casa y mostrará la forma en que debe de contestar el teléfono. Al final todos los niños deben aprender a contestar el teléfono de su casa.
5. El aplicador debe representar cuando lo van a traer a la escuela, dirá que se debe hacer:
  - Primero reconocer a quien va por él, y si es una persona que no conozca que se debe hacer. Después pasarán los niños a representar la escena vista de los aplicadores, se darán aplausos cada vez que diga – si es mi mamá porque ella es \_\_\_\_\_ y si es un extraño deberá decir que hacer.

6. El aplicador repetirá la escena del encuentro con un extraño, los niños tendrán que decir que se debe hacer.

**c) Juego: Ando en la Calle.**

**Menú del Juego: (respuestas que el aplicador puede elegir para planear su sesión).**

1. El aplicador mostrará láminas de niños jugando en la calle y las consecuencias de peligro a las que se exponen. Posteriormente dirá: ahora dibujen los lugares seguros para jugar.
2. Con láminas mostrará el aplicador que es una avenida, una calle, un cruce, una banqueta y representará cuáles son las conductas seguras que un niño debe hacer para poder transitar como peatón en cada una de esas vías. Al final, los niños harán lo que el Aplicador acaba de representar y deberá identificar los lugares viales y no viales.
3. El aplicador mostrará una lámina a un agente de tránsito y el niño de acuerdo a láminas repartidas marcará quien es un agente de tránsito.
4. El aplicador pondrá la lámina del semáforo y el segundo aplicador será peatón, escenificarán de acuerdo a la señal del semáforo lo que debe hacer el peatón. La escena tiene que representar todas las conductas que señalan las luces del semáforo.
5. El aplicador dirá ahora dibujen un semáforo y el mejor semáforo se pondrá en este lugar del salón y todos vamos a pasar y hacer lo que indica la señal del foco prendido del semáforo. El aplicador pone el mejor semáforo, están los niños formados y ahora dirá: está el foco verde prendido ¿qué debemos hacer?, ahora está el foco rojo prendido ¿qué debemos hacer? El Aplicador deberá pasar a cada niño y realizar las conductas que indica el semáforo.
6. Ante el semáforo el aplicador dirá: ¿Foco verde prendido? ¿Qué debo hacer?, así para todos los colores. Y todos los niños responderán ante cada luz “encendida”.
7. El aplicador mostrará láminas de riesgos en las calles y el niño deberá de señalarlas, por ejemplo una cáscara de plátano tirada, muchos carros, huecos en el pavimento, deberá mostrar que al caminar en las calles debemos de ver el piso etc.

Posteriormente

Ahora juguemos ando en la calle, el aplicador podrá dibujos de hoyos, basura, etc., y verá si los niños las evaden.

**d) Juego: Vigilante en la Escuela y en el Hogar.**

**Menú del Juego (juegos que el aplicador puede elegir para planear su sesión)**

1. El aplicador mostrará láminas de riesgos en la escuela y en el hogar, como inicio de fuego, olor a gas, cables rotos, enchufes de electricidad, vidrios rotos, ventanas o puertas trabadas. Posteriormente los niños ante una lámina deberán decir qué tipo de riesgo es y en dónde está ocurriendo.
2. El aplicador mostrará una lámina de un riesgo en el hogar y/o en la escuela y ejecutará lo que debe hacer. Después mostrará la lámina de riesgos diferentes en el hogar y/o en la escuela y el niño deberá decir qué riesgo es y qué debe hacer. Todos los niños deberán de aprender este juego.
3. El aplicador les dirá: recuerden siempre serán Vigilantes de riesgos, si llego a la escuela y/o a mi casa debo estar pendiente si hay humo, si huele distinto, si hay una puerta rota, si hay gente extraña. Dibujen a un Vigilante del Hogar y/o escuela.
4. Dibujar los riesgos que se tienen en el hogar y/o en la escuela.
5. Estos son unos disfraces: quién quiere ser bombero, quién agente de tránsito, quién policía y digan lo que pueden hacer.
6. Ahora aprenderemos los símbolos de protección civil, el Aplicador presenta la señal y dice que se significa. Ahora en parejas dibujen una señal de estas láminas y ejecutarán lo que debe hacerse.
7. El aplicador mostrará láminas de desastres naturales y dirá qué se debe hacer y lo que recomienda Protección Civil a los niños.
8. El aplicador también mostrará el caso de un acto violento, por ejemplo: ruidos de balazos, gritos y mostrará que debe hacerse. Luego los niños lo harán. El aplicador puede auxiliarse de una grabación de esta clase de sonidos.
9. El aplicador debe representar un estado de relajación a los niños y mencionar que les ayudará a descansar de tanto trabajo. Dirá: marchemos como soldaditos de palo duros y firmes, diciendo “uno, dos, uno dos”, ahora sentaditos y aflojen todo su cuerpo, sienten diferente su cuerpo. Digan que sienten, pero aflojen bracitos, piernas, estómago.

10. El aplicador debe insistir en el juego debo relajarme para estar tranquilo, marcha como soldadito de palo, se sienta en una silla y afloja cada parte de su cuerpo y dice siento que descanso cada vez que aflojo mis brazos, mi cara etc. Ahora les toca a Uds.

### **Referencias Bibliográficas.**

- Hohman, M., Banet, B. & Weikart, D. (1994). Niños Pequeños en acción Manual para Educadoras. México Trillas.
- Yañez, J. B., Ramírez, M., & García, C. (2006). Niños Seguros: aprende a cuidarte. México. Trillas.

## Anexo: Reglas de Seguridad en los Niños.



Universidad Veracruzana  
Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar  
Reglas de Seguridad en los Niños  
Responsable: Mtra. M. Marcela Castañeda Mota



A continuación daremos las principales Reglas de Seguridad en los Niños y de mantenimiento de nuestra integridad en la escuela y en el hogar. Lean con mucha atención mis queridas maestras y mis queridos papás, gracias por su atención y permitir que nosotros estemos en una cultura de seguridad.

1. Cuando salgamos a pasear al parque, al supermercado por las compras o cuando me vayan a dejar a la escuela, deben de supervisar con quien me relaciono y platico.
2. Deben procurar mantenerme a su lado en todo momento cuando salgamos a la calle y explicar con palabras entendibles, ¿por qué no debo alejarme de ustedes y mucho menos hablar o dejarme con algún extraño?
3. Traten de recordarme que NO debo abrir la puerta de mi casa, si en algún momento alguien toca el timbre o golpea la puerta, y no contestar el teléfono. Es preferible que eviten dejarme solo (a), en la casa puedo caerme, o tener un percance, soy pequeño apenas estoy aprendiendo a cuidarme solo.
4. En el momento que no puedan recogerme personalmente en la escuela, avisar a las maestra de mi grupo quién me recogerá para evitar problemas, puede ir por mí una persona con la que paso más tiempo y no vecinos o amigos que no conozco.
5. Eviten dejarme jugar en la calle y explicarme los peligros, yo entenderé las consecuencias que pueden existir al estar expuesto en la calle. Deben mostrarme los peligros como son los hoyos en la calle, el tráfico, la basura, la gente extraña que hace preguntas etc.
6. Cada vez que salgamos a la calle, manténganme informado sobre los señalamientos que se encuentran en la calle, al igual que sus funciones. Por ejemplo la función del semáforo, los señalamientos de velocidad, yo los estoy aprendiendo muy bien.
7. Por favor, me recuerdan, por dónde debo caminar así como con quién debo cruzar la calle y avenidas. Remarcarme los beneficios a mi integridad de utilizar de forma adecuada, puentes y cruces peatonales.
8. Recordarme que en la casa y en la escuela existen peligros como los enchufes de electricidad, jugar cerca de una ventana o vidrios rotos, juegos oxidados, libreros pesados, la lumbre de la estufa de la cocina, objetos filosos; sobre todo no dejarme jugar con ellos ya que representan un riesgo para mi salud.
9. Decirme constantemente los señalamientos de seguridad que se encuentran en las escuelas, edificios y en casa, como son las sustancias venenosas, material tóxico, material inflamable como el gas, gasolina, limpiadores, etc. Indicarme la importancia de los señalamientos de Protección Civil, como las de ruta de evacuación, punto de encuentro, extintor, entre otros.

Enseñarme a actuar ante una situación de peligro como un incendio, un temblor, inundaciones, deslaves, etc. tanto en la casa como en el hogar. Decirme que personas nos pueden ayudar, como los bomberos, policías, Protección Civil, aprendí muchas cosas pero por favor recuerden que debo cuidar mi salud y mi seguridad.



**Anexo B. Lista de cotejo**

**Programa de Promoción de la Salud a Nivel Preescolar (PPSP)**  
**Lista de Cotejo**

Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora Inicio: \_\_\_\_\_ Hora Final: \_\_\_\_\_

Juego: \_\_\_\_\_ No. Sesión: \_\_\_\_\_ Resultado Promedio: \_\_\_\_\_

**Juegos: Jugada Atlético, Propongo un juego, Juguemos Fútbol**

Nombres de los Niños	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Ensayo 4	Actitud	Observaciones	Porcentaje
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							

Observaciones Generales

---



---



---

## Apéndice E. Glosario de términos

**Alimentación balanceada:** comer alimentos que tengan la cantidad de sustancias nutritivas recomendadas para cada grupo de edad, según sexo, talla, actividad física y estado fisiológico (Secretaría de Salud, 2007).

**Aprendizaje:** un cambio relativamente permanente en la potencialidad del comportamiento que ocurre como resultado de la práctica (Ardila, 2001).

**Calidad de vida:** la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones (Organización Mundial de la Salud, 2002).

**Campos de acción de la Psicología de la Salud:** Incluye un rango amplio de conductas humanas y estados psicológicos, los cuales influyen la salud física y son influenciados por la misma. En general el campo de la psicología de la salud comprende varias áreas extensas ocupándose de:

- la promoción de la salud
- la prevención y el tratamiento de la enfermedad
- los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad
- en el sistema de cuidados de la salud y en la formulación de la política de cuidados de la salud (Oblitas & Becoña, 2000)

**Competencia:** Una competencia es un conjunto de capacidades que incluye conocimientos, actitudes, habilidades y valores que una persona logra mediante procesos de aprendizaje y que se manifiestan en su desempeño en situaciones y contextos diversos (Secretaría de Educación Pública, 2004).

**Crecimiento:** un aumento progresivo de la masa corporal, tanto por el incremento del número de células como por su tamaño. El crecimiento conlleva un aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman; se expresa en kilogramos y se mide en centímetros (Papalia & Wendkos, 1997).

**Desarrollo:** se refiere al conjunto de cambios cuantitativos y cualitativos que ocurren en entre la concepción hasta la muerte. Los cambios son aquellos que aparecen de forma ordenada y por un período razonable, generalmente en la organización de comportamientos eficaces para el proceso adaptativo del individuo. Estos cambios pueden ser:

- *Cambios Cuantitativos*, que son las variaciones en el número o cantidad de algún rasgo como la estatura, el peso, el perímetro encefálico etc. Estas características pueden ser útiles en las diferencias interindividuales en la dirección de la enseñanza.
- *Cambios Cualitativos*, son los cambios en la conducta y en su organización, los cuales operan de acuerdo a su interacción con el medio determinado de la persona. Los cambios pueden ser en su ejecución motora, del lenguaje, del comportamiento social-afectivo y de su inteligencia. Estos cambios nos dan a conocer las diferencias intraindividuales, que son útiles para el diseño de programas educativos (Woolfolk, 1999)

**Desarrollo físico:** se refiere a los cambios corporales que experimenta el ser humano, especialmente en peso y altura, y en los que están implicados el desarrollo cerebral, el desarrollo óseo y muscular (Papalia & Wendkos, 1997).

**Educación para la salud:** Proceso organizado y sistemático de enseñanza-aprendizaje que busca que las personas refuercen, modifiquen o sustituyan conductas, por aquellas que son saludables en lo individual, familiar y colectivo y en relación con el ambiente (Dirección General de Promoción de la Salud, 1997).

**Equilibrio:** Reúne un conjunto de aptitudes estáticas y dinámicas incluyendo el control de la postura y el desarrollo de la locomoción (Papalia & Wendkos, 1997)

**Evidencias:** Son las pruebas más importantes que debe presentar el estudiante para demostrar el dominio de una competencia y de cada uno de sus elementos. Las evidencias son de cuatro tipos: evidencias de conocimiento, evidencias de actitud, evidencias de hacer y evidencias de productos (se indican productos concretos a presentar) (Tobón, 2006).

**Evidencia de desempeño:** son desempeños ante actividades muy precisas mediante los cuales se pone en acción la unidad de competencia (Tobón, 2006).

**Factor de riesgo:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Organización mundial de la Salud, 2002).

**Idoneidad:** se refiere a realizar las actividades o resolver los problemas cumpliendo con indicadores o criterios de eficacia, eficiencia, efectividad, pertinencia y apropiación establecidos para el efecto. Esta es una característica esencial en las competencias, y marca de forma muy importante sus diferencias con otros conceptos tales como capacidad (en su estructura no está presente la idoneidad) (Tobón, 2006).

**Indicador de desempeño:** Son criterios que dan cuenta de la idoneidad con la cual se debe llevar a cabo la unidad de competencia, y de manera específica cada elemento de competencia. Se sugiere que cada indicador se acompañe de niveles de logro para orientar la formación y evaluación del desempeño de manera progresiva (Tobón, 2006).

**Lista de cotejo:** también llamada lista de control, es un instrumento para comprobar la existencia o no de determinados objetivos de aprendizaje. La lista de cotejo, como instrumento de registro, facilita la recopilación abundante de información, de manera individual e inmediata, además permite registrar un evento o secuencia de eventos sin perder continuidad (Aguirre, 2010)

**Matriz de valoración:** en la evaluación basada en competencias, es una tabla de análisis de información que se emplea con el fin de determinar los logros respecto al aprendizaje de una parte de una competencia o de toda la competencia, teniendo como base el análisis de niveles de dominio por cada criterio y considerando las evidencias. De acuerdo con esto, las matrices permiten determinar cómo se desempeña un estudiante ante una actividad o problema con base en criterios, permitiendo definir un nivel de ejecución, aspecto importante para determinar los progresos en el aprendizaje y tomar decisiones relacionadas con la promoción y la certificación de la competencia establecida (Tobón, 2009).

**Nivel primario de atención de la salud:** es la asistencia sanitaria esencial y básica accesible a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables en la prevención de enfermedades y mejoramiento de la calidad de vida (Organización Mundial de la Salud, 1998).

**Programa:** Proyecto ordenado de actividades (Real Academia Española, 2001)

**Promoción de la salud infantil:** La promoción y el cuidado de la salud implican que las niñas y los niños aprendan, desde pequeños, a actuar para mejorarla y a tener un mejor control de ella, y que adquieran ciertas bases para lograr, a futuro, estilos de vida saludable en el ámbito personal y social (Secretaría de Educación Pública, 2011).

**Psicología de la Salud:** es el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad (Oblitas & Becoña, 2000).

**Rúbrica (o matriz de valoración):** es una estrategia de evaluación alternativa, generada a través de un listado (por medio de una matriz), de un conjunto de criterios específicos y fundamentales que permiten valorar el aprendizaje, los conocimientos y/o las competencias,

logrados por el estudiante en un trabajo o materia particular (Monescillo, Azaustre, De la O, Méndez & Boza, 2011).

**Saberes:** Se describen los contenidos concretos que se requieren en la parte cognoscitiva, afectivo-motivacional (ser) y actuacional (hacer) para llevar a cabo cada elemento de competencia y cumplir con los indicadores de desempeño formulados (Tobón, 2006).

**Salud:** entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana y es el resultado de los cuidados que una persona se dispensa a sí misma y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones informadas y controlar la vida propia, así como de asegurar que la sociedad en la que se vive ofrezca a sus miembros la posibilidad de gozar de buen estado de salud (Organización Mundial de la Salud 2007).

**Tarea:** Trabajo que debe hacerse en tiempo limitado (Real Academia Española, 2001).