

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Prácticas de Promoción de la Salud en el Centro de Día No.1 DIF: Una
experiencia teórico-metodológica**

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

PRESENTAN

ALELÍ VARGAS GUERRERO
REYNA NANCY ROJAS GONZÁLEZ

Directora de trabajo recepcional
Dra. Roselia Arminda Rosales Flores

México, D.F. Enero 2016.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

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

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

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Dra. Roselia Arminda Rosales Flores

Dr. Claudio Pablo Rojas Lara

Dr. José Javier de la Rosa Rodríguez

Dra. Belén Garduño Torres

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por brindarnos luz en nuestro camino y ayudarnos a cumplir esta meta, gracias por guiarnos y darnos fuerza para vencer los obstáculos que se nos han presentado a lo largo de nuestro camino y hacer que este sueño se haga realidad.

Gracias Dios por cada una de tus bendiciones, porque tú eres nuestro pastor y contigo nada nos faltara, Infinitas gracias.

Así mismo, te damos las gracias Dios, por otorgarnos unos padres amorosos cálidos y confortables que nos han guiado en este camino y que son parte fundamental de este logro, ya que a lo largo de este camino nos han apoyado con sus palabras de aliento, así como ayudarnos económicamente y ante todo ser un ejemplo maravilloso de vida, porque nos han demostrado que la vida puede ser dura, pero con esfuerzo, dedicación y amor se logran cosas maravillosas, realmente los amamos, porque a través de su apoyo, confianza y sobre todo amor, hemos logrado culminar esta etapa y les damos gracias, porque la mejor herencia que nos pudieron haber dado, el terminar una licenciatura.

Son los mejores padres que Dios nos ha mandado y que siempre estén llenos de infinitas bendiciones. Gracias.

Los amamos infinitamente...

MARIA MARTHA GUERRERO SALINAZ

JACOBO SANTIAGO BONIFACIO VARGAS JÍMENEZ

JUDITH GONZÁLEZ ESCOBAR

MAURO ROJAS ROJAS

Agradecimientos académicos

Agradecemos a la Dra. Roselia Arminda Rosales Flores por su paciencia y amor que nos demostró en este proceso, realmente mil gracias, porque con su liderazgo y enseñanza nos ha demostrado lo bello que es la carrera y sobre todo enamorarnos de esta investigación. Le agradecemos todas las risas juntas y decirle que es un hermoso ejemplo de vida que nos llevamos cada una de nosotras, la queremos mucho.

A nuestros maestros el Dr. Pablo Claudio Rojas Lara, Dr. José Javier de la Rosa Rodríguez y la Dra. Belén Garduño Torres por su gran apoyo y motivación, tiempo compartido, paciencia, dedicación y enseñanza en nuestra formación profesional y la culminación de nuestros estudios profesionales y elaboración de nuestro trabajo recepcional.

A la trabajadora social Sonia Celso Ramírez Castro por su gran apoyo y motivación ofrecido en nuestra investigación, a la Directora del Centro de Día No. 1 DIF, Olga Patricia Mancera Sánchez por brindarnos la autorización y el espacio para la realización de esta investigación, al personal del Centro del Día por su colaboración en la realización de esta investigación.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) por brindarnos la oportunidad de obtener y culminar esta licenciatura y hacernos saber que...

NADA HUMANO ME ES AJENO

Índice

Introducción -----	1
Capítulo I	
1. Antecedentes -----	4
1.1 Condiciones de Salud y materiales de vida de las niñas y niños -----	4
1.2 Políticas Sociales en la Distrito Federal -----	8
1.3 Acciones e intervenciones -----	14
1.4 Artículo 4º Constitucional -----	22
1.5 Ley General de Salud -----	23
1.6 Programa del Centro de Día No.1 DIF -----	26
Capítulo II	
2. Delimitación del problema -----	30
2.1 Planteamiento del Problema -----	30
2.2 Preguntas de Investigación -----	32
2.3 Objetivos Generales -----	32
2.4 Objetivos Específicos -----	32
2.5 Ejes analíticos -----	33
2.6 Justificación -----	33
Capítulo III	
3. Marco Teórico -----	35
3.1 Determinantes Sociales de la Salud -----	35
3.2 Condiciones materiales de vida -----	39

3.3 Promoción de la Salud	45
3.4 Promoción de la Salud Socio-histórica	50
3.5 Planeación estratégica	50
3.6 Diagnóstico de Salud	52
3.7 Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA)	54
3.8 Guía de Observación	57
3.9 Grupo Focal	60
Capítulo IV	
4. Metodología	62
Capítulo V	
5. Resultados	68
Capítulo VI	
6. Discusión	117
6.1 El papel del promotor de la salud	129
Capítulo VII	
7. Conclusión	132
Referencia Bibliográfica	134
Anexo 1	138
Anexo 2	139
Anexo 3	140
Anexo 4	143
Anexo 5	144

Anexo 6	-----	145
Anexo 7	-----	150

Introducción

El presente trabajo es un estudio con base en una experiencia teórico – metodológica que describe y analiza las prácticas de Promoción de la Salud realizada en el Centro de Día no. 1 DIF, en torno a las condiciones materiales de vida y salud de los niños inscritos en dicho Centro y a su familia.

El interés por conocer las condiciones materiales de vida y salud de los niños inscritos y su familia, surge a partir de las condiciones que actualmente vive la niñez mexicana, a partir de ello interesa conocer qué ha llevado a cabo el gobierno para mejorar estas condiciones, con este abordaremos como política social el Centro de Día no. 1 del DIF.

Este trabajo tiene como objetivos generales, identificar y describir las condiciones de salud de los niños inscritos en el Centro de Día no. 1 DIF; identificar y describir las prácticas de Promoción de la Salud que se llevan a cabo en el Centro de Día no. 1 DIF e identificar con el personal del Centro las problemáticas de la práctica de Promoción de la Salud.

El presente trabajo se conforma de seis capítulos, en el primero se desarrollan los antecedentes y características de las condiciones materiales de vida y salud de los niños en México y del Distrito Federal, como la pobreza, la desnutrición, la educación, sus carencias materiales (como la vivienda), y determinar cuáles serían los ingresos mensuales con los que una familia podría vivir adecuadamente. También se desarrollan las acciones e intervenciones a través de las políticas sociales que se han implementado en el Distrito Federal para mejorar las condiciones materiales de vida y salud de los niños. Finalmente como parte de una política social se describe al programa del Centro de Día no. 1 del DIF, en donde se toman en cuenta sus características para ubicar el contexto y así, poder conocer las prácticas de Promoción de la Salud que se desarrollan en este espacio.

En el segundo apartado se presenta el planteamiento del problema, las preguntas de investigación ¿Cuáles son los aspectos y factores que influyen en las

condiciones de salud niños inscritos en el Centro de Día no. 1 DIF?; ¿Cuáles prácticas de promoción de la salud se realizan en el Centro de Día no. 1 DIF?; ¿Qué problemáticas identifica el personal del Centro de Día no. 1 DIF? y ¿Qué prácticas de promoción de la salud se requieren en el Centro de Día no. 1 DIF?; los objetivos generales y objetivos específicos; nuestros posibles ejes analíticos a responder y, por último, nos centramos en nuestra justificación.

Se desarrolla en el tercer capítulo el marco teórico en el que se abordan los temas que guardan relación con las condiciones materiales de vida y salud de los infantes, en este caso se desarrollan los determinantes sociales de la salud; las condiciones materiales de vida de manera conceptual; se habla del concepto de promoción de la salud para conocer la estructura en la que se han ido desarrollando las prácticas, acciones y estrategias de la Promoción de la Salud; se alude la planeación estratégica como un eje fundamental en la Promoción de la Salud para el desarrollo de la investigación. Asimismo se aborda de manera conceptual el diagnóstico de salud, se estudia también el análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), la Guía de Observación y Grupo Focal como parte imprescindible para la metodología de nuestra argumentación.

En el capítulo cuarto se describe la metodología, aquí se tratan las diferentes actividades realizadas (Taller para los padres de familia o tutores, encuestas, guía de observación, taller para los escolares del Centro de día y grupo focal) que guiaron el desarrollo de la investigación, a través las de técnicas e instrumentos utilizados.

En el quinto apartado se dan a conocer los resultados obtenidos de acuerdo con las diferentes técnicas e instrumentos empleados, para responder a cada pregunta de investigación. Sin pasar por alto que se aporta la discusión pertinente de cada resultado obtenido. Igualmente se distinguen las diversas etapas de participación de los padres de familia durante la realización del diagnóstico de salud, de los trabajadores del Centro de Día no. 1 DIF en el grupo foca y en el análisis FODA y del mismo Promotor de la Salud en la investigación.

Se presentan en el sexto capítulo las conclusiones del trabajo con base en las ideas expuestas en el capítulo tres correspondiente al marco teórico, para ello se elaborara un análisis que halla su fundamento en los resultados arrojados en la investigación. Las conclusiones surgen de cada pregunta de investigación en las cuales se aborda cada problemática (condiciones de vida de los niños del Centro de día y su familia, problemáticas que detecta el personal) desde la mirada de Promoción de la Salud, Así, sin omitir los obstáculos y las fortalezas de la investigación. En suma se hace hincapié en el papel del Promotor de la Salud como facilitador y acompañante del proceso en la contribución, promoción de cambios y organización y estrategias de la Promoción de la Salud.

Capítulo I

Antecedentes

En este capítulo se desarrollan los elementos principales que permiten hacer un diagnóstico general a través de fuentes secundarias sobre las condiciones de salud y materiales de vida de la niñez. Así, se hace énfasis en el objeto de estudio y se alude a las políticas sociales y al programa del Centro de Día no. 1 DIF y al régimen del política social en el Distrito Federal

1.1 Condiciones de Salud y materiales de vida de las niñas y niños

En el año 2012, se identificó que viven un total de 10 921 929 niños de entre 0 a 4 años el 50.8% son niños y el 49.2% niñas; en cuato a la población de 5 a 9 años la fueron 11 469 013 el 50.7% son niños y 49.3% son niñas (ENSANUT,2012, p. 56).

En nuestro país, la niñez sigue siendo una población mayoritaria, sin embargo, por ser menores de edad no se les toma en cuenta como personas con derechos y no son visibles por parte de su familia, escuela, comunidad y el gobierno, para mejorar sus condiciones de salud. Las cuales se han transformando en las últimas cuatro décadas debido a los factores económicas, demográfica y socioculturales que en su conjunto han generado nuevos riesgos para la salud (López y Gil, 2006, p. 1).

De acuerdo con la Alianza por los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes en México, los menores en nuestra nación tienen una mala calidad de vida, ya que las autoridades no han sido capaces de garantizar condiciones mínimas de salud, educación y seguridad (Servín, 2013, p. 35).

De acuerdo con el a CONEVAL el 53.8% de las niñas, niños y adolescentes viven en condiciones de pobreza. De éstos el 23.8% se encuentra en pobreza extrema. También, casi 100 mil infantes menores de 5 años muestran desnutrición y más del 23% en edad preescolar padecen anemia, mientras que el 28%

menores de 18 años viven en condiciones de pobreza alimentaria (*Alianza por los derechos de las niñas*, 2014, p.8).

Aunado a lo anterior, la desigualdad ha aumentado en suma medida para los infantes indígenas y no indígenas porque aún no se ha promovido en su totalidad un enfoque de derecho con respecto a la opinión de los niños y niñas (*Alianza por los derechos de las niñas*, 2014, p. 20).

Asimismo, en México la prevalencia de desnutrición crónica (baja talla) es de 13.6% en menores de 5 años; hay más de 6 millones de infantes de entre 3 y 17 años que están fuera de la escuela; los infantes como los adolescentes entre los 5 y los 17 años que trabajan ascendió en 2009 a 3.2 millones, para 2011 disminuyó a 3 millones, todavía así continúa siendo una cifra alta, de los 3 millones que trabajan, el 39.1% no asiste a la escuela (UNICEF, 2012, p. 11).

Con base en datos más particulares, en el Distrito Federal (D.F.), en el año 2010, hay 1 937 538 de personas menores de 15 años de los cuales 984,260 son niños y 953,278 niñas (COPRED, 2015).

El 1.4% de la población infantil en el D.F. de 8 a 14 años no sabe leer ni escribir, el 24.0% durante esta edad no asiste a la escuela; mientras que 3 de cada 10 niñas y niños que representan el 32.9% que trabajan no frecuentan la escuela; el 34.8% desempeñan una jornada de más de 34 horas a la semana y el 5.6% realizan quehaceres domésticos de manera que no asisten a la educación básica (COPRED, 2015).

Uno de los principales motivos por los cuales trabajan los infantes es por la necesidad de una aportación económica al hogar, el aprender un oficio, pagar su escuela o el no querer frecuentarla (COPRED, 2015).

Igualmente, las condiciones materiales de los niños no son suficientes ya que el 14.0% menores de 15 años habitan en viviendas que presentan carencias materiales, por ejemplo el 12.1% de las niñas y niños moran en franco hacinamiento de más de 2.5 personas por cuarto; 0.9% reside en viviendas con

piso de tierra; 2.5% en viviendas con techos de lámina de cartón o desechos (COPRED,2015).

Aunado a lo arriba señalado, la niñez vive discriminación en el D.F.; de acuerdo al artículo 6 de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal se considera discriminación al “[...] obstaculizar las condiciones mínimas necesarias para el crecimiento y desarrollo saludable. Especialmente de las niñas y niños [...]” (COPRED, 2015).

Otra condición indispensable para el crecimiento y desarrollo de la niñez y que determina su vida, es el acceso a los bienes y servicios con lo que los padres de familia cuentan y les aportan, es por ello que el salario mínimo adquiere una importancia capital para el sustento de las familias. El salario mínimo es una promulgación de la Constitución General de la República en el Diario Oficial de la Federación del 5 de Febrero de 1917, en el artículo 123, fracción VI bajo el principio de que “el salario mínimo debe ser suficiente, para satisfacer las necesidades normales de la vida del obrero, su educación y sus placeres honestos, considerándolo como jefe de familia” (CONASAMI, 2014, parr.1).

En la actualidad, el salario mínimo presenta diferentes valores de acuerdo con el área geográfica; el área A y el área B. En el área A comprende el Distrito Federal y su área metropolitana, cuyo salario es de 70.10 pesos diarios (CONASAMI, 2014, parr.3-4).

A partir de lo anterior se pretende que los padres de familia cubran con su salario mínimo el costo de la canasta básica. La canasta básica es un subconjunto de los productos incluidos en el cálculo del Índice Nacional de Precios al Consumidor, y está conformado por un conjunto de 82 productos de los cuales son determinados con base a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), por el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) (PROFECO, 2015, parr.2).

En la actualidad, al menos un millón 229 mil capitalinos que perciben de uno a dos salarios mínimos deben acumular entre 11 y 22 horas de trabajo para

adquirir los productos de una canasta básica de 184 pesos. Además 2 millones, la mitad de la población económicamente activa de la Ciudad de México, no tiene acceso a las instituciones de salud pública (Navarro, 2014,parr.1).

En 1987 un trabajador tenía que laborar 4 horas con 57 minutos por día para comprar una canasta básica, el mismo trabajador, 27 años después, requiere trabajar 22 horas para adquirirla, lo que representa un incremento de 400%. Es por ello que hoy se precisa que tres miembros de la familia contribuyan con el ingreso familiar (Navarro, 2014, parr.3).

En los últimos resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo detallan que en el D.F. un millón 229 mil 947 personas reciben de uno a dos salarios mínimos para adquirir productos de su alimentación básica (Navarro, 2014, parr.4).

Por su parte el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), a través de la medición de la pobreza y de la evolución de las líneas de bienestar y de la canasta básica, utiliza dos líneas de ingreso: la línea de bienestar mínimo, que equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes; y la línea de bienestar que equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes (CONEVAL, 2015, parr.1).

A continuación se presenta las líneas de bienestar de México de Enero 2014 a Marzo 2015:

Líneas de Bienestar México 1992 (enero) a 2015 (marzo) (valores mensuales por persona a precios corrientes)					
Año	Mes	Bienestar Mínimo (Canasta alimentaria)		Bienestar (Alimentaria más no alimentaria)	
		Rural	Urbano	Rural	Urbano
2014	Ene	\$868.31	\$1,227.42	\$1,622.66	\$2,543.85
	Feb	\$869.64	\$1,234.38	\$1,625.80	\$2,554.31
	Mar	\$874.87	\$1,242.83	\$1,632.81	\$2,565.45
	Abr	\$857.08	\$1,224.98	\$1,608.58	\$2,535.35
	May	\$851.87	\$1,220.29	\$1,593.26	\$2,511.51
	Jun	\$853.60	\$1,225.16	\$1,596.40	\$2,518.53
	Jul	\$860.06	\$1,231.91	\$1,603.67	\$2,526.38
	Ago	\$868.25	\$1,242.61	\$1,614.65	\$2,542.13
	Sep	\$881.39	\$1,257.07	\$1,631.45	\$2,563.45
	Oct	\$887.26	\$1,264.92	\$1,645.74	\$2,586.16
	Nov	\$895.84	\$1,272.91	\$1,666.69	\$2,616.68
	Dic	\$914.89	\$1,291.93	\$1,687.02	\$2,636.85
2015	Ene	\$897.30	\$1,276.14	\$1,667.90	\$2,611.93
	Feb	\$887.58	\$1,268.05	\$1,661.54	\$2,609.71
	Mar	\$903.70	\$1,283.98	\$1,679.32	\$2,628.03

CONEVAL, 2015

Los valores de arriba nos dan cuenta que las condiciones materiales de vida y salud de la niñez están establecidas por el contexto histórico social de los padres de familia y esto puede perjudicar su crecimiento y desarrollo. Así como limitar, el desarrollo de sus capacidades, el no asistir a la escuela, no tener un esparcimiento sobre todo en el ejercicio de sus libertades, todo lo anterior genera graves consecuencias para su presente y futuro.

1.2 Políticas Sociales en el Distrito Federal

México ha transitado por etapas llenas de cambios polarizados a causa de un régimen político autoritario hasta el punto de convertirse en un país predominantemente urbano en términos productivos, sociales, económicos y empobreciendo cada vez más a la población (López y Blanco, 2006, p.1).

Existen dos momentos que dan pie al desarrollo de la política social en México:

- 1) El periodo de sustitución de importaciones, en donde el Estado impulsa políticas sociales para facilitar la producción de la fuerza

de trabajo necesaria para la industrialización del país, proteger los momentos de mayor vulnerabilidad del curso de vida a los trabajadores vinculados a los sectores estratégicos de la economía y legitimarse; así como, atemperar la desigualdad social e incorporar al desarrollo a los grupos “marginados”. El agotamiento de este modelo, en el marco de la recomposición del capital a nivel mundial y la crisis de la deuda en 1982 conduce a un quiebre económico y a un viraje en la configuración del Estado y sus políticas sociales (López y Blanco, 2006, p 1 y 2).

- 2) La fase de ajuste macroeconómico y desarrollo de políticas neoliberales en el marco de la globalización, que en los últimos 23 años, modifica sustancialmente las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones. En este periodo, las premisas de la economía neoclásica cobran fuerza pues se responsabiliza de la crisis económica de 1982 al Estado corporativo e interventor y se impulsa la perspectiva de los mercados como medios que regulan y asignan mejor los recursos de una sociedad, ya que obedecen, a la libre competencia y a la libre elección. Además se desregula la economía y se desarrolla una embestida contra el Estado populista e intervencionista (López y Blanco, 2006, p. 1 y 2).

Ante este ajuste, las condiciones de vida de los mexicanos se vieron afectadas, en las cuales se identifican cinco procesos (López y Blanco, 2006, p. 5):

- 1) La disminución del empleo formal.
- 2) El incremento del empleo precario y el desempleo.
- 3) La disminución de la capacidad adquisitiva del salario.
- 4) El incremento en la desigualdad distribución del ingreso.
- 5) El aumento de la población en condiciones de pobreza.

Para Teresa Montagut, la política social es aquella política relativa a la administración pública de la asistencia, la cual, se dirige al desarrollo y a la dirección de los servicios específicos del Estado y de las autoridades locales en aspectos como: salud, educación, trabajo, vivienda, asistencia y servicios (Castro, 2009, p. 44).

Por su parte Arturo Warman menciona que una política social va cambiando a través del tiempo y las circunstancias, tales cambios se van modificando en donde la sociedad civil organizada alcanza un papel proagónico en dicho cambio, pues esta en constante demanda, para la solución de sus necesidades y problemáticas en salud, alimentación, educación, vivienda, recreación, cultura, servicios públicos, empleo y medio ambiente. Por lo que sus demandas contribuyen a la elaboración de la política social, la cual se diseña a partir de los procesos políticos en los que se debate la mejor propuesta que se apegue a la corriente ideológica del sistema dominante” (Castro, 2009, p. 45).

En 2007 y 2008, el crecimiento interno bruto del país se redujo de 3.2 a 1.8%. Entre 2006 y 2008, el 20% de la población pobre disminuyó su ingreso en 7.6% (...). En 2006, cerca de 45 millones de personas vivan en pobreza patrimonial (se refiere a la suficiencia del ingreso para cubrir la canasta básica alimentaria, los gastos en salud, educación, vestido, vivienda y transporte), este hecho afecto a casi la mitad de los mexicanos La pobreza alimentaria pasó de 14.4% a 18% lo que corresponde a un aumento de 14.4 a 19.5 millones de personas (López, Rivera, Delgado y Blanco, 2010, p. 166).

Este “desmantelamiento” que ha venido sufriendo la población mexicana desde años atrás en sus condiciones materiales de vida y de salud tiene un responsable, el Estado, ya que éste solo le presta sus servicios a las clases de poder y ante ello elude su responsabilidad de garantizar el Derecho de la protección en su vida y salud y transfiere sus responsabilidades a diversos actores a través de programas sociales que solo son una vía para mantener las clases sociales bajas.

El Estado empieza a dotar de poder a instituciones con fines de lucro, tales como organizaciones sociales, civiles y familiares, lo que llevó a la crisis de la política social, dado que dichas instituciones empezaron a ser regidas desde la mercantilización y neobeneficiencia, lo que implicó un paso de lo público a lo privado (López y Blanco, 2006, p. 7). Este transitar llevó a crear una nueva forma de ver las políticas sociales fortaleciendo las opciones del mercado para la atención médica, disminuyendo y dividiendo a las instituciones públicas de salud y trasladando los costos de los servicios a los usuarios (López y Blanco, 2006, p. 8).

Así mismo, se impulsa una reestructuración que propone la corresponsabilidad financiera de los gobiernos estatales y municipales en el financiamiento de los servicios. Sin embargo, los gobiernos estatales y municipales no cuentan con los recursos necesarios para financiar las tareas sustantivas de Promoción de la Salud, prevención de la enfermedad y atención a los daños (López y Blanco, 2006, p. 8).

Ante este contexto se introdujeron programas focalizados hacia la población más vulnerable, como el seguro popular, que pretende reducir la falta de financiamiento y mejorar el gasto social, la prestación de servicios y la producción de los servicios de salud (López y Blanco, 2006, p. 9). Cabe mencionar que, particularmente, en D.F., el primer gobierno electo tuvo como propósito desarrollar políticas sociales basadas en un enfoque de derechos.

Las políticas sociales desarrolladas en el D.F. partieron desde la crisis de las décadas anteriores, hasta la crisis derivada del desplazamiento de la zona

metropolitana, viéndolo como un modelo de industrialización, como un nuevo espacio de lucha entre la identidad local y la globalización (Evalúa DF, 2013, p. 22).

Este modelo de industrialización en el D.F. trajo consigo el crecimiento de desigualdad social, pobreza e inseguridad económica.

Es así que el D.F. “ha vivido una crisis económica que se ha manifestado en grandes déficits sociales, tales como altas tasas de empleo informal, la baja proporción de población que dispone de seguridad social, la desprotección y la exclusión sociales” (Evalúa DF, 2013, p. 31).

Esta crisis que se ha vivido en el D.F. conlleva políticas sociales y programas que se han denominado como de “protección social” para asegurar los derechos esenciales de los ciudadanos (Evalúa DF, 2013, p.39).

Se pueden identificar cinco funciones básicas que debe cumplir un sistema de protección social (Evalúa DF, 2013, p. 76):

1. Garantizar el acceso a servicios considerados esenciales como la salud, educación y alimentación;
- 2) desarrollar y fortalecer la habilidad de las personas para manejar los riesgos sociales que pueden llegar a enfrentar a lo largo de la vida;
- 3) contribuir a la disminución del conflicto social a través de la integración por medio del acceso a los servicios básicos anteriores señalados;
- 4) promover el acceso a fuentes de trabajo decente;

5) contrarrestar los efectos perniciosos de las crisis económicas, gracias a su capacidad para mantener la estabilidad de la demanda del mercado interno a través de transferencias monetarias o de la creación de puestos de trabajo emergentes en épocas de crisis

También la protección social tiene tres objetivos (Evalúa DF, 2013, p. 77);

1. Carácter contributivo (seguridad social), la cual se sustenta con base en pensiones, seguros de salud, seguros de desempleo, todos los anteriores financiados por diversos actores como el Estado;
2. No contributiva (asistencia social), ésta compone de transferencias en especie o en efectivo, subsidios al consumo, promoción del empleo en situaciones de emergencia, acceso a servicios sociales (educación, salud, cuidado y vivienda)

De ahí que, la protección social debe garantizar el acceso considerado como necesario, como los servicios de salud, educación, alimentación; desarrollar y fortalecer la habilidad de las personas para manejar los riesgos sociales que pueden llegar a enfrentar a lo largo de la vida, entre otros (Evaúla DF, 2013, p. 76).

Desde un enfoque de derechos, la protección social tiene el objetivo de (Evalúa DF, 2013 p. 78):

- i)* igualdad y no discriminación;
- ii)* participación y empoderamiento;
- iii)* rendición de cuentas,
- iv)* transparencia. Estos principios generan obligaciones del Estado con sus ciudadanos.

Igualmente, el gobierno del D.F argumentó en la Ley de desarrollo social para el Distrito Federal (LDS-DF) el concepto de desarrollo social descrito en el artículo 3 fracción VI es:

El proceso de realización de los derechos de la población mediante el cual se fomenta el mejoramiento integral de las condiciones y calidad de vida (Evalúa DF, 2013, p. 78).

Empero, las acciones del gobierno del DF en torno a la protección social ha sido limitada por el Gobierno Federal, porque:

Los esquemas de protección social se encuentran bajo el ámbito de competencia de la federación, mientras que el estatuto político del D.F. que no se le clasifica propiamente como un Estado, lo limita desde un ámbito político, administrativo y presupuestal, sin embargo el gobierno del D.F. cuenta con facultades para regular el mercado laboral y para generar programas sociales que pueden identificarse con los instrumentos no contributivos de la protección social (Evalúa DF, 2013, p. 80).

1.3 Acciones e intervenciones

En esta sección se describen las acciones, estrategias que se han afectado para revertir los problemas citados en el apartado anterior.

El gobierno del D.F. ha impulsado acciones que van encaminadas a revertir los problemas relacionados con las condiciones materiales de vida y de la salud de los ciudadanos, esto con el fin de tener una mirada de protección social. Por ejemplo “en el año de 1999 durante el primer gobierno electo se puso en marcha el programa de Servicios Comunitarios Integrados con el objetivo de difundir los

programas y servicios sociales y desarrollar modelos de atención” (Evalúa DF, 2013, p.79).

Posteriormente, durante la administración de 2000-2006 se propuso el llamado Programa Integrado Territorial de Desarrollo Social, el mismo que integró estrategias enfocadas a la atención de grupos vulnerables. Dichas estrategias fueron: apoyo integral a adultos mayores; apoyo a beneficiarios de leche LICONSA; beca a niñas y niños en situación de vulnerabilidad; desayunos escolares; microcréditos para el autoempleo; apoyo a personas con discapacidad; créditos para mejorar la vivienda; mantenimiento de unidades habitacionales; apoyo económico para buscadores de empleo; apoyo al desarrollo rural (Evalúa DF, 2013, p. 79). Estas diez estrategias contribuyeron a la política de desarrollo social y de manera que se generaron otros programas como el Programa de acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas que carecen de seguridad social y el Programa de útiles y uniformes escolares gratuitos para la población infantil (Evalúa DF, 2013, p. 79).

En 2010, el gobierno en curso creó la Red Ángel, definida como el “mecanismo permanente de articulación de programas que cubren y aseguran el derecho a la salud, la educación y la equidad en todas las etapas de la vida de las personas” (Evalúa DF, 2013, p. 79).

Las políticas y programas en educación del gobierno del D.F. tienen como propósito “la construcción de una política educativa integral, tendiente a reducir las brechas de desigualdad y que atiendan los riesgos sociales que amenazan el cumplimiento efectivo del derecho a la educación” (Evalúa DF, 2013, p. 61).

Ante ello se debe de cumplir lo establecido en el artículo 3º de la Constitución la que señala que (Evalúa DF, 2013, p. 62):

Todo individuo tiene el derecho a recibir educación. El Estado – Federación, Estados, Distrito Federal y Municipios-, impartirá educación preescolar, primaria, secundaria y media superior. La

educación preescolar, primaria y secundaria conforman la educación básica; ésta y la medio superior serán obligatorias.

La educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente, todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la Patria, el respeto de los derechos humanos y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y la justicia (Evalúa DF, 2013, p. 62).

Por su parte en la Ley de Educación del D.F. principalmente en los artículos 5º se menciona que (Evalúa DF, 2013, p. 63):

Todos los habitantes del Distrito Federal tienen el derecho inalienable e imprescriptible a las mismas oportunidades de acceso y permanencia en los servicios educativos en todos los tipos, niveles y modalidades que presta el Gobierno del Distrito Federal, al que corresponde garantizarlo con equidad, considerando las diferencias sociales, económicas o de otra índole de los distintos grupos y sectores de la población, en correspondencia con sus particulares necesidades y carencias, y sin más limitaciones que la satisfacción de los requerimientos establecidos por las disposiciones legales respectivas.

En la misma ley el artículo 95º establece que (Evalúa DF, 2013, p. 63):

La educación básica tendrá las adaptaciones necesarias para responder a las características lingüísticas y culturales de cada uno

de los diversos grupos indígenas asentados en los territorios de la entidad, así como de los grupos migratorios.

Al interior de esta ley, en el artículo 116º, escribe que (Evalúa DF, 2013, p. 63):

La educación que impartan las instituciones dependientes de la Secretaría de Educación del Gobierno del Distrito Federal, tiene como objetivo la construcción de una sociedad democrática, justa, equitativa y participativa.

De ahí que las acciones emprendidas por el gobierno del D.F. en materia de educación va enfocado a partir de una política social y emprendidas a partir de de las cuatro características del derecho a la educación, por la que estas son (Evalúa DF, 2013, pp 65-68):

- 1) Aceptabilidad: encargada de generar una educación de calidad que tiene como propósito la proyección de profesionistas autónomos, con desarrollo científico y humanista, con capacidad crítica etc. Es por ello que el gobierno del D.F. creo el IEMS cuya atención esta basada en criterios de igualdad social y de género e inclusión.
- 2) Adaptabilidad; en la que el gobierno del D.F. cuenta con programas para garantizar el derecho a la educación y con ello disminuir la desigualdad social. Estos programas son el Programa de Acciones de Inclusión y Equidad Educativa y Becas Escolares para Niñas y Niños en Condiciones de Vulnerabilidad Social. Así

también resulta viable la adaptabilidad en educación en Centros Comunitarios con el fin de disminuir la exclusión educativa que viven los ciudadanos de la capital, ya sea porque se trata de hablantes de lengua indígena, o personas con alguna discapacidad.

- 3) Accesibilidad en la que el gobierno del D.F. propone programas a los ciudadanos como: el Programa de útiles y uniformes escolares; Jóvenes en impulso; Prepa Sí; y la creación de más planteles IEMS, los cuales han permitido el acceso a la educación.
- 4) Disponibilidad, en ello el gobierno del D.F. pretende mejorar la infraestructura y el acceso a la internet entre otros.

De acuerdo a la Observación General No. 13, el derecho a la educación es un “medio indispensable de realizar otros derechos humanos, como: derecho a la autonomía y permite que adultos y menores marginados económica y socialmente puedan salir de la pobreza y participar plenamente en sus comunidades. La educación desempeña un papel decisivo en la protección de los niños contra la explotación laboral, la promoción de los derechos y la democracia” (Red-DESC, 2006, parr.1).

La educación en todas sus formas y en todos los niveles debe tener las siguientes cuatro características interrelacionadas (Red-DESC, 2006, parr. 7-10):

- a) Disponibilidad. Debe haber instituciones y programas de enseñanza en cantidad suficiente en el ámbito del Estado Parte. Las condiciones para que funcionen dependen de numerosos factores,

entre otros, el contexto de desarrollo en el que actúan; por ejemplo, las instituciones y los programas probablemente necesiten edificios u otra protección contra los elementos, instalaciones sanitarias para ambos sexos, agua potable, docentes calificados con salarios competitivos, materiales de enseñanza, etc.; algunos necesitarán además bibliotecas, servicios de informática, tecnología de la información, etc.

b) Accesibilidad. Las instituciones y los programas de enseñanza han de ser accesibles a todos, sin discriminación, en el ámbito del Estado Parte. La accesibilidad consta de tres dimensiones que coinciden parcialmente:

No discriminación. La educación debe ser accesible a todos, especialmente a los grupos no vulnerables de hecho y de derecho, sin discriminación por ninguno de los motivos prohibidos (véanse los párrafos 31 a 37 sobre la no discriminación);

Accesibilidad material. La educación ha de ser asequible materialmente, ya sea por su localización geográfica de acceso razonable (por ejemplo, una escuela vecinal) o por medio de la tecnología moderna (mediante el acceso a programas de educación a distancia);

Accesibilidad económica. La educación ha de estar al alcance de todos. Esta dimensión de la accesibilidad está condicionada por las

diferencias de redacción del párrafo 2 del artículo 13 respecto de la enseñanza primaria, secundaria y superior: mientras que la enseñanza primaria ha de ser gratuita para todos, se pide a los Estados Partes que implanten gradualmente la enseñanza secundaria y superior gratuita.

c) Aceptabilidad. La forma y el fondo de la educación, comprendidos los programas de estudio y los métodos pedagógicos, han de ser aceptables (por ejemplo, pertinentes, adecuados culturalmente y de buena calidad) para los estudiantes y, cuando proceda, los padres; este punto está supeditado a los objetivos de la educación mencionados en el párrafo 1 del artículo 13 y a las normas mínimas que el Estado apruebe en materia de enseñanza (véanse los párrafos 3 y 4 del artículo 13).

d) Adaptabilidad. La educación ha de tener la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades de sociedades y comunidades en transformación y responder a las necesidades de los alumnos en contextos culturales y sociales variados.

Un ejemplo del derecho a la educación en el D.F., fue la creación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), lo que permitió que los jóvenes de la ciudad tuvieran acceso a la educación superior (Evalúa DF, 2013, p. 68).

Las estrategias en educación son factores importantes para lograr la equidad e igualar las oportunidades, así como son el determinante principal para posibilitar el bienestar (Bravo, 2000, p. 58).

Sin embargo, el capital educativo destinado a optimizar el bienestar de las personas, está ligado con el ingreso de capital económico de sus familias, pero si las familias viven en una desigualdad en la distribución de los ingresos, esto reproduce la desigualdad en educación ya que no cuentan con las condiciones materiales de vida para ofrecer a las niñas y niños (Bravo, 2000, p. 59).

La educación no es accesible para una población que no alcanza un estado adecuado de bienestar, físico, mental, social y ambiental. Por esta razón otro derecho que pretende cubrir el gobierno del D.F. es el derecho a la salud, el cual intenta “atender las necesidades en salud, así como mejorar la calidad de vida de la población y disminuir las inequidades, desigualdades, exclusiones y discriminaciones en salud con la construcción de políticas sociales, basadas en mejorar las condiciones básicas de asistencia y protección social a los grupos más vulnerables de la ciudad” (Evalúa, D.F. 2013, p.89).

Algunos de los programas que ha creado el gobierno del D.F. para revertir las desigualdades son regidos por la legislación que garantiza el derecho a la salud, entre ellos podemos mencionar: El Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de setenta años; en 2006, el Derecho de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas que residen en el Distrito Federal que carecen de seguridad social.

Así pues se deben establecer estrategias contra la desigualdad e inequidad, entendidos como:

Problemas multidimensionales que incluyen los riesgos monetarios, calidad del trabajo y del empleo, la garantía de la seguridad social, el goce de los derechos de la salud, la educación, la vivienda, entre

otros. Las estrategias y política [...] deben pensarse vinculadas a los determinantes sociales (Evalúa, D.F. 2013, p.95).

1.4 Artículo 4º Constitucional

Las políticas sociales que se generen en el D.F. y en las que se generen programas sociales, deberán adscribirse al artículo 4º Constitucional y a la Ley General de la Salud.

El artículo 4º Constitucional establece (Promoción de la Salud, 2012, parr. 2-7):

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios, tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

1.5 Ley General de Salud

La Ley General de Salud es la regla en la que se deben basar los servicios en salud para su dispersión, como: servicios médicos, farmacias, publicidad, programas en salud entre otros, lo cual deben de guiarse ante esta Ley para el funcionamiento y regulación de actividades.

Para intereses de este estudio, solo se retomará de la Ley General de salud el apartado de Promoción de la Salud Capítulo I que se encuentra en el Título Séptimo. Los artículos que se retomaran son el 110 y 111, los cuales tienen las siguientes disposiciones (Secretaría de Salud, 2015, p. 35):

ARTÍCULO 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

ARTÍCULO 111. La promoción de la salud comprende:

I. Educación para la salud;

II. Nutrición;

III. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

IV. Salud ocupacional, y

V. Fomento sanitario

Así mismo, se retoma el Capítulo II de la misma Ley los artículos 112 y 113 sobre Educación para la salud, los cuales tienen el objetivo de (Secretaría de Salud, 2015, p. 35 y 36):

ARTÍCULO 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

²⁵III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

ARTÍCULO 113. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

36 Tratándose de las comunidades indígenas, los programas a los que se refiere el párrafo anterior, deberán difundirse en español y la lengua o lenguas indígenas que correspondan.

De la misma Ley se retoma el artículo 114 del Capítulo III sobre nutrición de (Secretaría de Salud, 2015, p. 36):

ARTÍCULO 114. Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal.

¹⁵ La Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, formularán y desarrollarán programas de nutrición, promoviendo la participación en los mismos de los organismos nacionales e internacionales cuyas actividades se relacionen con la nutrición, alimentos, y su disponibilidad, así como de los sectores sociales y privado.

1.6 Programa Centro de Día No. 1 DIF.

En los últimos años la descentralización de las instituciones compone la problemática de política social, este hecho ha derivado en programas como es el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, el cual “desarrolla como principal objetivo el brindar asistencia social a la familia enfocándose principalmente en la mayoría que integran a los mexicanos, jóvenes y niños (Cruz, Duana, Espinoza, Hernández, Morales y Rodríguez, 1999, p. 10).

El DIF del D.F. atiende a las poblaciones desprotegida, con el objetivo de cumplir con los principales factores que constituyen la política social, como son educación, alimentación, vivienda y salud que permitirán elevar su nivel de vida (Cruz *et al.*, 1999, p.10).

El objetivo principal es “promover el desarrollo integral, de las niñas, los niños y adolescentes, de bajos recursos económicos, favoreciendo el ejercicio pleno de sus derechos, disminuyendo el riesgo de callejerización y coadyuvando a su integración y permanencia en el sistema educativo, además de contribuir a fortalecer una cultura de respeto a sus derechos y los de la familia” (DIF, 2014).

La creación del Centro de Día No. 1 del DIF fue propuesto en Octubre de 1996 por la Licenciada Sofía Almanzán de Jonson, quien propuso, a la Dirección General de Protección Social el modelo del Centro de día y así se creó el 5 de Diciembre de 1996 en la colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc en la Ciudad de México (Cruz, *et al.*, 1999, p. 13).

En febrero de 1998, con el cambio de gobierno y la razón social, la Dirección General de Protección social creó el DIF del D.F. con los siguientes objetivos:

- Contribuir a la construcción de una cultura de prevención y equidad para evitar callejerización de las niñas y niños.
- Crear una cultura de los derechos de las niñas y niños.
- Promover y fortalecer la permanencia, incorporación y reincorporación al sistema escolarizado (Cruz, *et al.*, 1999, p. 13).

Características de la población atendida:

- Niños y niñas de 4 a 17 años.
- Niños y niñas indígenas y urbanos de bajos recursos económicos.
- Niños y niñas que por diversas causas han tenido que dejar la educación formal o que nunca han ingresado a esta” (Cruz, *et al.*, 1999, p. 14).

El Centro del Día cumple sus funciones principales en coordinación con las siguientes instituciones:

- Comedor DIF-DF
- Clínica de Especialidades No. 5 Sector Salud.
- Hospital Nuestra Señora de la Luz I.A.P
- Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO)
- Centro Educativo Revolución
- Escuela Primaria República de Bolivia
- Escuela Primaria Dr. Agustín Rivera
- Secundaria Técnica No. 6
- Secretaría de Educación Pública (SEP)
- Protección civil (Emergencia escolar)

La organización del Centro del Día se integra por la parte operativa que es compuesta por tres áreas principales: Área de coordinación General (Dirección), Área educativa, Área de Recreación y Área Familiar (Psicología y Trabajo social) (Cruz, *et al.*, 1999, p.18).

Dichas áreas se encuentran en función de un proyecto por cada una de ellas:

- ✓ Área de Coordinación General (Dirección)

Objetivo: organizar y sistematizar las diferentes funciones y áreas que integran el servicio desde el punto de vista técnico y administrativo.

Modalidades de Operación: Supervisar áreas técnicas, establecer políticas generales, supervisar áreas de intendencia y cocina, llevar controles administrativos de recursos, crear redes de apoyo interinstitucional, capacitación permanente al personal.

Métodos a utilizar: Juntas interdisciplinarias, elaboración de reglamento interno, controles de asistencia, inventarios, eventos etc.

- ✓ Área familiar, en este se encuentra el trabajo social, cuyo objetivo es: Definir el sistema sociológico sobre el que se está estructurando el individuo.

Modalidades de Operación: Realización de estudios socioeconómicos, organización de la campaña, seguimiento de caos, trabajo interdisciplinaria, crear identificación personal.

Método a utilizar: entrevista, visita domiciliaria expediente individual, pláticas, boletines informativos, periódicos murales, reportes y expedición de credenciales de identificación.

- ✓ Psicología:

Objetivo: detectar los mecanismos de conducta que han llevado al niño o niña y su sistema familiar a una dinámica disfuncional.

Modalidades de operación: Trabajo con familias, individual, escuela de padres, apoyo a otras áreas, seguimiento de casos.

Métodos a utilizar: entrevista, pláticas de prevención, valoraciones especiales y expediente.

✓ Área Educativa

Objetivo: impulsar la incorporación o reincorporación del niño o niña a la educación formal o al sistema abierto.

Modalidades de operación: investigar situación escolar del niño o niña, implementación de un plan de acción.

Métodos a utilizar: aplicación de diferentes técnicas de valoración, establecer compromiso de trabajo mutuo, estrategias específicas, expediente, reporte, entrevista y orientación (Cruz, *et al.*, 1999, p.18-19).

En síntesis, el Centro del Día no. 1 del DIF se puede considerar un programa social dentro de una política social, dirigida por el DIF que pretende mejorar las condiciones sociales de los niños del D.F. Nuestro interés se centra en analizar las condiciones materiales de vida y salud de los niños que están inscritos en el Centro, así como conocer las prácticas de Promoción de Salud que se realizan para luego identificar los problemas que se presentan en dicho Centro, por esta vía podemos saber si cumple como una política social en el Distrito Federal.

Capítulo II

Delimitación del problema

En este apartado se desarrollan los elementos que nos dan a conocer las condiciones materiales de vida y salud de la niñez que delimitan el problema que nos ocupa. Se parte de la problematización, luego se concluye a través de formulación de las preguntas para configurar los cuestionamientos relevantes. Estos últimos guiarán la estructura del estudio. El grupo al que dirigiremos nuestras reflexiones son los niños inscritos al programa del Centro de Día No.1 DIF, así como el personal que en el labora. Nos atañe conocer el programa, ya que forma parte de una política social que está guiada por la lógica de mejorar las condiciones de vida de la niñez que se encuentra en condiciones vulnerables. El propósito es identificar por un lado con los padres de familia las condiciones en la que éstos se encuentran y si esto afecta a su hijo(a) y por el otro lado identificar con el personal del Centro las problemáticas organizacionales e institucionales que se están presentando e identificar qué prácticas de Promoción de la Salud desde la Carta de Ottawa, el artículo 4º Constitucional y la Ley General de Salud requiere el Centro de Día No. 1 DIF

2.1 Planteamiento del Problema

Las condiciones materiales de vida y de salud de la niñez transitan por etapas llenas de necesidades básicas que requieren de satisfactores para garantizar mejores condiciones materiales de vida y de salud.

Los primeros años de vida son cruciales para que los niños sobrevivan, sobre todo, para aquellos que viven en un contexto de pobreza, desigualdad y discriminación; es por ello que asistir a la escuela y contar con una buena alimentación y salud son esenciales para desarrollar sus capacidades para su presente y futuro.

Este transitar de la niñez también es llevado por circunstancias que son el resultado de la distribución del dinero, el poder, y los recursos a nivel mundial, nacional y local y que depende a su vez de las políticas públicas (económica, empleo, educativa) que se han desarrollado en los últimos años para generar un ajuste estructural del Estado al mercado.

Por lo anterior, es necesario indicar que las políticas públicas son acciones del gobierno en torno a asuntos públicos y se aplican en una realidad social a través de leyes, reglamentaciones, marcos jurídicos y normativos, los cuáles posteriormente se concretizan en instituciones, planes, políticas y programas gubernamentales o de alguna organización no gubernamental -civil, social, e incluso, algunos autores plantean la participación privada.

Así, las políticas públicas siempre se constituyen como un conjunto articulado de planteamientos proyectivos integrados y se desarrollan en una realidad social a través de diversos rubros, entre ellos la política social que hace referencia a las orientaciones, contextos, mecanismos y directrices relacionadas con una cuestión social.

Es por ello, que retomamos el programa del Centro de Día No.1 DIF que ha desarrollado el Gobierno del Distrito Federal (D.F.), ya que se desarrolla con miras a una cuestión social para mejorar las condiciones de vida de la niñez que tienen que ver con la vulnerabilidad de los niños, la pobreza y la desigualdad en la que viven algunos niños del D.F.

Por lo que se pretende hacer una reflexión desde el contexto en el que viven los padres de familia que tienen inscritos a sus hijos (as) en el Centro de Día No.1 DIF, para conocer en qué condiciones viven y por otro lado conocer el contexto a través de la voz del personal que labora en dicho Centro y con ello reflexionar qué Prácticas de Promoción de la Salud requiere y si éste se adscribe a la normatividad del artículo 4º Constitucional y a la Ley General de Salud.

2.2 Preguntas de Investigación

- ✓ ¿Cuáles son los factores que influyen en las condiciones de salud de los niños inscritos en el Centro de Día no. 1 DIF?
- ✓ ¿Qué prácticas de Promoción de la Salud se identifican en el Centro de Día no. 1 DIF?
- ✓ ¿Qué problemáticas organizacionales e institucionales identifica el personal del Centro de Día no. 1 DIF, para su operación?
- ✓ ¿Qué prácticas de promoción de la salud se requieren en el Centro de Día No. 1 DIF de acuerdo a la Carta de Ottawa, Artículo 4º Constitucional y Ley General de Salud?

2.3 Objetivos Generales

- Realizar un diagnóstico de salud sobre las condiciones materiales de vida y salud de los padres de familia y sus hijos que asisten al Centro de Día No.1 DIF
- Analizar si se llevan a cabo prácticas de Promoción de la Salud en el Centro de día No. 1 DIF.
- Identificar los problemas organizacionales e institucionales que presenta el Centro del día No.1 DIF.
- Incorporar propuestas desde una mirada en Promoción de la Salud al Centro de Día No. 1 DIF.

2.4 Objetivos Específicos

- Identificar y describir las condiciones materiales de vida y de salud de los padres de familia y sus hijos inscritos en el Centro de Día No. 1 DIF.
- Analizar si se llevan a cabo prácticas de Promoción de la Salud en el Centro de día No. 1 DIF.

- Identificar con el personal las problemáticas organizacionales e institucionales del Centro de Día no. 1 DIF.
- Incorporar propuestas desde una mirada en Promoción de la Salud al Centro de Día No. 1 DIF.

2.5 Ejes analíticos

- Las condiciones materiales y la forma de inserción de los padres de familia en los modos de producción, determinan las condiciones de vida y de salud de los escolares inscritos en el Centro de Día no. 1 del DIF en la Ciudad de México.
- La observación participante y la planeación estratégica son instrumentos de la Promoción de la Salud que permiten diseñar prácticas de Promoción de la Salud desde una perspectiva crítica.

2.6 Justificación

En la Ciudad de México existen zonas vulnerables que no cuentan con recursos que cubran las necesidades básicas que debe de tener un niño para su crecimiento y desarrollo y esto lo condiciona a vivir en desigualdad e inequidad social.

La desigualdad e inequidad están condicionadas por diversos elementos como los sociales, económicos y culturales que como consecuencia las niñas y los niños posean condiciones materiales de vida y salud poco favorables, como desnutrición, relacionada principalmente con la condición de pobreza en los hogares.

Aunado a lo anterior, la deserción escolar, ya que gran parte de las niñas y los niños dejan la escuela, ya sea para incorporarse al empleo, porque dejan de vivir en sus comunidades para ir en a busca de “mejores condiciones”, por ende migran a las grandes ciudades para buscar empleo.

Lo anterior son factores que limitan el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños, con ello no contarán con los recursos para enfrentar las demandas de su presente y futuro.

Los infantes que pasan por estas circunstancias se enfrentan a entornos que ponen en peligro su vida, pues sus familias no cuentan con los medios materiales de vida y salud para ofrecerles mejoras en su vida y otro factor que permeará su existencia es la desigualdad e inequidad social en sus vidas.

Por lo tanto impulsar acciones y estrategias encaminadas a mejorar las condiciones de vida y salud de las niñas y niños es primordial hoy en día para disminuir y contrarrestar paulatinamente la discrepancia que existe, así, ofrecerles mejores condiciones materiales de vida y de salud.

Capítulo III

Marco Teórico

En este capítulo se abordan las categorías que son de importancia capital para desarrollar los apartados del presente trabajo. Partimos de las categorías más generales a las más particulares. Así dispuesto, se inicia la discusión en torno al abordaje de los determinantes sociales de la salud, particularmente, la determinación económica. También retomamos la categoría de condiciones materiales de vida. Ambos son los dos factores más relevantes para este trabajo. Posteriormente se hace una revisión teórica sobre las diferentes metodologías, estrategias y técnicas de la Promoción de la Salud para enmarcar en ellas el trabajo realizado en el Centro del Día no.1 DIF.

3.1 Determinantes Sociales de la Salud

La transformación de la sociedad conlleva asuntos fundamentales como la salud. De ahí la premisa de que la salud-enfermedad sea vista como un hecho social. En este sentido su estudio se propone desde la epidemiología crítica, la comparación de perfiles epidemiológicos de comunidades diferentes haciendo hincapié en el distinto nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción, sin eludir la desigualdad en salud que presentan las diversas clases sociales (Laurell, 1981, p.1).

Los principales problemas de salud que hoy los países industrializados son: los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos. Bajo este contexto la medicina clínica no ha intentado una solución para optimizar las condiciones de salud en el marco de la colectividad (Laurell, 1981, p.8).

El carácter histórico de la enfermedad se inscribe en el proceso que se da en la colectividad humana, es decir, la situación de enfermar y morir de los grupos humanos:

Un estudio de la tuberculosis a pesar de que su historia natural sea distinta hoy a la de hace 100 años, no es en el estudio de los

enfermos de tuberculosis en donde vamos a encontrar el carácter social de la enfermedad, sino en los perfiles patológicos que presentan los grupos sociales, comprobando así las diferencias de los perfiles patológicos a través del tiempo como el resultado de las transformaciones de la sociedad ya que existe un grado de desarrollo, de organización social y de patología colectiva diferente por lo que en una misma sociedad las clases que la componen mostrarán condiciones de salud diferentes (Laurell, 1981, p. 9).

Por lo que se debe verificar las disimilitudes en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como el resultado de los cambios considerables a nivel social (Laurell, 1981, p. 9). El fundamento teórico que hace factible esta explicación coloca en primer plano el grado de desarrollo de los medios de producción, la forma en que los grupos se insertan en los medios de producción y las relaciones sociales de producción. En esta investigación exploramos las ocupaciones de los padres de los niños y niñas que acuden al Centro del Día no. 1 DIF, como uno de los elementos que más influye en las condiciones de vida y de salud de la niñez que tiene acceso a este programa.

De tal forma es posible indicar que las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades es una forma de mostrar el carácter social de la enfermedad. Al mismo tiempo nos permite indagar cuáles son las determinantes sociales del perfil patológico.

De acuerdo a un estudio realizado por Behm en Costa Rica comprueba la probabilidad diferencial de morir en temprana infancia según la clase social:

El riesgo de morir durante los dos primeros años está directamente relacionado con la ocupación del padre o con el modo como se inserta en la producción, por lo que la probabilidad de que un niño

muerta antes de los dos años de edad es cuatro veces mayor que un hijo de la alta o media burguesía; el riesgo del niño campesino es cinco veces mayor, es así como se ha demostrado que el perfil patológico cambia para una misma población según las características del momento histórico y las diferencias de los perfiles patológicos según el modo particular de combinarse el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción (Laurell, 1981, p.14).

Si la salud-enfermedad está determinada socialmente, adquiere un nivel de historicidad. Para este cometido se deberán contemplar su apropiación a través del proceso de trabajo, esto es: un determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción (Laurell, 1981, p.12).

He ahí que el concepto de enfermedad deja de lado su dimensión individual, hasta reducirla a una imposibilidad para efectuar una actividad laboral. (Laurell, 1981, p.18).

Es preciso observar los determinantes del proceso salud-enfermedad pues coadyuvan a describir las condiciones de salud de un grupo las cuales están articuladas con las condiciones sociales (Laurell, 1981, p.12).

Un plano objetivo de la salud y sus problemas debe considerar las relaciones en las formas de vida o de reproducción social que son propias de los grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura (Breilh,1989, p. 204). Explicar el origen de la salud debe partir en términos de la vida social e interpretar que las causas de enfermar, no son estáticas, sino que tienen que ser interpretadas como parte de la vida social (Breilh,1989, p.205). La vida social halla su origen en el resultado de las fuerzas económicas, políticas y culturales que operan como un

todo, por encima de las circunstancias y voluntades individuales (Breilh,1989, p. 206).

Así, a través de estos conceptos se explica que la salud-enfermedad alcanza una determinante histórica y es así mismo, la expresión de las condiciones de vida (Breilh,1989, p. 212).

Conviene apuntar que el proceso salud-enfermedad exhorta a dirigir un estudio en el que se revisen otros procesos sociales, nos referimos a los de producción y consumo de bienes con base en las estructuras sociales en la que estos se realizan, como: su trabajo, la comunidad, la escuela. (Mendoza, s/f, p. 3). Solo complejizando los vínculos entre los micro-procesos y los macro-procesos será definir el carácter dinámico de los problemas de salud-enfermedad como parte de un todo en donde este proceso tiene lugar (Mendoza, s/f, p.3).

Lo arriba expuesto arguye que el trabajo tiene como propósito generar un contexto de satisfacción en la subsistencia, entonces no solo es el medio que rige las personas como activas económicamente, de suerte es el vehículo que les ayuda a aspirar a las satisfacción de otras necesidades que ya no solo determinan su supervivencia, sino que lo llevan a desarrollar la actividad física y simbólica que lo acerca a su libertad” (Mendoza, s/f, p.5).

Igualmente, debemos contemplar que las personas representan “lo cultural y simbólico, en el sentido en que producen y reproducen formas específicas de transformar y apropiarse de la naturaleza a través de su actividad económica, es por ello que los modos de producción y consumo de la sociedad adquieren un papel relevante en el estudio de los procesos sociales” (Mendoza, s/f, p. 5).

En síntesis, para los fines de nuestro trabajo, nos interesa la determinación económica del proceso salud enfermedad sobre todo las referidas a las clases sociales, y que son de gran utilidad para nuestra investigación. Al respecto, la desigualdad social como concepto, desde la perspectiva crítica, se estudia como un problema en el que se observa la apropiación desigual del capital simbólico, político, económico, cultural e ideológico. Esta premisa teórica permite explicar

que a partir del lugar que ocupan los sujetos socialmente, estará relacionada con las desigualdades en salud y la única forma de transformar desigualdades será a través de las políticas sociales redistributivas.

3.2 Condiciones materiales de vida

Actualmente las condiciones de crisis y políticas impactan negativamente en las condiciones materiales de vida, de salud y de trabajo de los grupos sociales. Esta problemática aumenta la pérdida de la capacidad adquisitiva de las ideas abordadas en salarios, el aumento del empleo precario y el incremento de la pobreza urbana. Este apartado nos ayudara a explorar que se entiende por los conceptos de condiciones materiales de vida y calidad de vida, para más tarde describir en qué condiciones se encuentran los padres de familia cuyos hijos frecuentan el Centro de Día no. 1 del DIF.

Las condiciones materiales de vida en nuestros días, fragmentan en primera instancia a las instituciones públicas. Las consecuencias se explican en la reducción del gasto social que contribuyen a la privatización de lo público e incrementa las desigualdades del ámbito social y económico (Blanco y López, s/f, p.103). Ante este contexto, la protección social ha sido un camino viable para mejorar las condiciones materiales de vida de la sociedad.

En los últimos años el acelerado crecimiento urbano ha generado una transición demográfica, ya que ha aumentado la migración, lo cual impacta principalmente a las condiciones materiales de vida y salud de la población. De manera que se incrementa la demanda de servicios básicos e infraestructura lo que produce un acrecentamiento de las necesidades sociales y de salud. En suma, todo lo anterior se traduce en un reto en la conformación de los sistemas de salud. (Blanco y López, pp.105-106).

Las condiciones bajo las cuales tienen cabida la reproducción social de los grupos humanos, como: el trabajo remunerado no remunerado práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y

valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno (Blanco y López, s/f, p.106).

Por ende, los grupos humanos tienen que producir y reproducir sus condiciones de vida, las formas de producir y consumir los medios que les permitan continuar como sociedad (Mendoza, s/f, p.4).

Asimismo, las condiciones materiales de vida ponen en relieve un proceso contradictorio entre la propiedad privada, la producción colectiva y la distribución desigual cuyo resultado son: la desigualdad social y en salud (López y Blanco, 2003 p. 13).

La inequidad es una de las principales fuentes generadoras de pobreza, desde esta perspectiva resulta difícil satisfacer las necesidades básicas y participar satisfactoriamente en la vida social. Por lo tanto, no se crea un entorno factible que facilite el acceso a buenas condiciones de salud (López y Blanco, 2003, p. 10).

Estas necesidades humanas básicas se reconocen en dos grandes conjuntos (López y Blanco, 2003, p.10):

- a) Necesidades y sus correspondientes satisfactores derivados de la noción de dignidad humana y de la universalidad de los derechos humanos esenciales, que dan lugar a un concepto absoluto.
- b) Necesidades y satisfactores definidos por cada sociedad particular, en relación a su propio desarrollo, a su concepción de bienestar, a los estándares de vida.

Por lo que ámbitos como la educación, la salud, el ambiente, los aspectos socioculturales, la satisfacción, los estilos de vida y aspectos económicos, establecen un vínculo indiscutible con las necesidades humanas (Restrepo y Magala, 2001, p. 57).

Un análisis de las condiciones de vida subyacen en dos actividades, una interna y otra externa; en otros términos la primera referida a las experiencias personales de los individuos y que es percibida en el entorno (con todo lo que este universo implica: casa, sustento, sociedad, entre otros), y la segunda se pone de manifiesto en la percepción que el propio individuo tiene de su existencia. (Restrepo y Magala, 2001, p. 57)

Así bien, para conocer la representación social de las condiciones materiales de vida de los sujetos se han configurado cuatro ámbitos de interés y preocupación:

- ◆ El primero incluye aspectos que se consideran decisivos para el bienestar general del ciudadano: trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamiento.
- ◆ El segundo, relacionado con la contribución que tiene el medio; la calidad ambiental en las condiciones de vida y, que viene representada por la calidad del ambiente atmosférico, el ruido, la calidad del agua.
- ◆ Un tercer ámbito de naturaleza psicosocial, vinculado al ámbito interactivo del sujeto: relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre.
- ◆ Un cuarto ámbito que hace referencia a aspectos de cierto orden socio-político, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica (Restrepo y Magala, 2001, pp. 57 - 58).

De acuerdo a lo anterior, el Estado debe procurar un sistema económico, social y político a los disimiles estilos de una sociedad y se podrá, para que

obedezca con el fin de mejorar las condiciones fundamentales de ésta, pues como se sabe la satisfacción de las condiciones de vida, es esencial para el bienestar social. Lo antepuesto se rige como el motor del desarrollo de manera individual y social (Restrepo y Magala, 2001, p. 58).

Aludir al desarrollo de las personas conlleva a componentes correlacionados, tales como “la salud, educación, crecimiento económico, un ambiente inocuo y sano y toda una gama de libertades para las personas, entre ella la democracia y los derechos humanos” (Restrepo y Magala, 2001, p. 60).

Cuando hablamos de desarrollo, debemos indicar “la oportunidad que tengan las personas para vivir ese desarrollo desde sus comienzos, dando origen así a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden en el que se puede conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social y el crecimiento de las sociedades y los individuos” (Restrepo y Magala, 2001, p. 59).

Uno de los componentes para el desarrollo de las personas es la salud según la OPS (1991), implica:

Reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis, conformar programas integrales de bienestar social, mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de las grandes mayorías y transformar los sistemas de salud sobre la base de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada (Restrepo y Magala, 2001, p. 60).

Así pues, el desarrollo precisa atención desde la edad más temprana. Su cuidado implica sobre todo proveer una adecuada nutrición. Así el estado de

salud, ya que esto es el fundamento para lograr la incorporación del individuo en una vida productiva o bien permitirá identificar oportunamente alguna problemática que tendrá lugar en una determinada etapa de su (NOM-008-SSA2-1993).

Para un mejor control de la salud infantil, en México se creó la Cartilla Nacional de Salud, este recurso facilita la atención de las necesidades fundamentales de salud a todos los mexicanos, desarrollar sus aspiraciones de plenitud y por consiguiente, procurar una mejor calidad de vida (Secretaría de Salud, 2015).

La cartilla funciona bajo dos rubros; para infantes de 0 a 9 años y para adolescentes de 10 a 19 años de edad. Su descripción se compone de un apartado de nutrición para conocer el peso y la estatura de acuerdo con la edad, el Índice de Masa Corporal (IMC), los estándares de desnutrición, peso normal, sobrepeso y obesidad. Estos son valorados con base en los datos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece.

A continuación presentamos la cartilla nacional con los estándares de peso, estatura e IMC de acuerdo con la edad:

NUTRICIÓN Peso y estatura de acuerdo con la edad						NUTRICIÓN Peso y estatura de acuerdo con la edad							
SI EL PESO Y/O LA ESTATURA DE SU NIÑA SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA						SI EL PESO Y/O LA ESTATURA DE SU NIÑO SE ENCUENTRAN EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA							
EDAD	NIÑAS			NIÑOS									
	PESO (kg)			ESTATURA (cm)									
	RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	RIESGO DE ESTATURA BAJA	NORMAL	RIESGO DE DESNUTRICIÓN	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	RIESGO DE ESTATURA BAJA	NORMAL	
Al nacer	< 2.8	3.2	> 3.7	> 4.2	< 47.3	49.1	Al nacer	< 2.9	3.3	> 3.9	> 4.4	< 48.0	49.9
1 mes	< 3.6	4.2	> 4.8	> 5.5	< 51.7	53.7	1 mes	< 3.9	4.5	> 5.1	> 5.8	< 52.8	54.7
2 meses	< 4.5	5.1	> 5.8	> 6.6	< 55.0	57.1	2 meses	< 4.9	5.6	> 6.3	> 7.1	< 56.4	58.4
3 meses	< 5.2	5.8	> 6.6	> 7.5	< 57.7	59.8	3 meses	< 5.7	6.4	> 7.2	> 8.0	< 59.4	61.4
4 meses	< 5.7	6.4	> 7.3	> 8.2	< 59.9	62.1	4 meses	< 6.2	7.0	> 7.8	> 8.7	< 61.8	63.9
5 meses	< 6.1	6.9	> 7.8	> 8.8	< 61.8	64.0	5 meses	< 6.7	7.5	> 8.4	> 9.3	< 63.8	65.9
6 meses	< 6.5	7.3	> 8.2	> 9.3	< 63.5	65.7	6 meses	< 7.1	7.9	> 8.8	> 9.8	< 65.5	67.6
7 meses	< 6.8	7.6	> 8.6	> 9.8	< 65.0	67.3	7 meses	< 7.4	8.3	> 9.2	> 10.3	< 67.0	69.2
8 meses	< 7.0	7.9	> 9.0	> 10.2	< 66.4	68.7	8 meses	< 7.7	8.6	> 9.6	> 10.7	< 68.4	70.6
9 meses	< 7.3	8.2	> 9.3	> 10.5	< 67.7	70.1	9 meses	< 8.0	8.9	> 9.9	> 11.0	< 69.7	72.0
10 meses	< 7.5	8.5	> 9.6	> 10.9	< 69.0	71.5	10 meses	< 8.2	9.2	> 10.2	> 11.4	< 71.0	73.3
11 meses	< 7.7	8.7	> 9.9	> 11.2	< 70.3	72.8	11 meses	< 8.4	9.4	> 10.5	> 11.7	< 72.2	74.5
1 año	< 7.9	8.9	> 10.1	> 11.5	< 71.4	74.0	1 año	< 8.6	9.6	> 10.8	> 12.0	< 73.4	75.7
1 año 6 meses	< 9.1	10.2	> 11.6	> 13.2	< 77.8	80.7	1 año 6 meses	< 9.8	10.9	> 12.2	> 13.7	< 79.6	82.3
2 años	< 10.2	11.5	> 13.0	> 14.8	< 83.2	86.4	2 años	< 10.8	12.2	> 13.6	> 15.3	< 84.8	87.8
2 años 6 meses	< 11.2	12.7	> 14.4	> 16.5	< 87.1	90.7	2 años 6 meses	< 11.8	13.3	> 15.0	> 16.9	< 85.5	91.9
3 años	< 12.2	13.9	> 15.8	> 18.1	< 91.2	95.1	3 años	< 12.7	14.3	> 16.2	> 18.3	< 92.4	96.1
3 años 6 meses	< 13.1	15.0	> 17.2	> 19.8	< 95.0	99.0	3 años 6 meses	< 13.6	15.3	> 17.4	> 19.7	< 95.9	99.9
4 años	< 14.0	16.1	> 18.5	> 21.5	< 98.4	102.7	4 años	< 14.4	16.3	> 18.6	> 21.2	< 99.1	103.3
4 años 6 meses	< 14.9	17.2	> 19.9	> 23.2	< 101.6	106.2	4 años 6 meses	< 15.2	17.3	> 19.8	> 22.7	< 102.3	106.7
5 años	< 15.8	18.2	> 21.2	> 24.9	< 104.7	109.4	5 años	< 16.0	18.3	> 21.0	> 24.2	< 105.3	110.0

Cartilla Nacional de Salud, 2015

NUTRICIÓN				
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg /m²)				
Ejemplo: Niña de 7 años, pesa 22 kg y mide 1.12 m				
Paso 1		Se multiplica la estatura por la estatura.		1.12 x 1.12 = 1.25
Paso 2		Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1.		22 ÷ 1.25 = 17.6
Paso 3		IMC =		17.6
SI EL IMC DE SU NIÑA/NiÑO SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDA A CONSULTA MÉDICA				
VERDE=NORMAL AMARILLA=RIESGO ROJA=PELIGRO				
NIÑAS				
EDAD	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	≤ 12.7	15.2	≥ 16.9	≥ 19.0
6 años	≤ 12.7	15.3	≥ 17.0	≥ 19.2
6 años 6 meses	≤ 12.7	15.3	≥ 17.1	≥ 19.5
7 años	≤ 12.7	15.4	≥ 17.3	≥ 19.8
7 años 6 meses	≤ 12.8	15.5	≥ 17.5	≥ 20.1
8 años	≤ 12.9	15.7	≥ 17.7	≥ 20.6
8 años 6 meses	≤ 13.0	15.9	≥ 18.0	≥ 21.0
9 años	≤ 13.1	16.1	≥ 18.3	≥ 21.5
9 años 6 meses	≤ 13.3	16.3	≥ 18.7	≥ 22.0
NIÑOS				
EDAD	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
5 años 6 meses	≤ 13.0	15.3	≥ 16.7	≥ 18.4
6 años	≤ 13.0	15.3	≥ 16.8	≥ 18.5
6 años 6 meses	≤ 13.1	15.4	≥ 16.9	≥ 18.7
7 años	≤ 13.1	15.5	≥ 17.0	≥ 19.0
7 años 6 meses	≤ 13.2	15.6	≥ 17.2	≥ 19.3
8 años	≤ 13.3	15.7	≥ 17.4	≥ 19.7
8 años 6 meses	≤ 13.4	15.9	≥ 17.7	≥ 20.1
9 años	≤ 13.5	16.0	≥ 17.9	≥ 20.5
9 años 6 meses	≤ 13.6	16.2	≥ 18.2	≥ 20.9

6 FUENTE: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007

Cartilla Nacional de salud, 2015

Para adolescentes solo se presenta el IMC:

NUTRICIÓN				
ÍNDICE DE MASA CORPORAL *(kg /m²)				
Ejemplo: Adolescente masculino de 14 años, pesa 50 kg y mide 1.56 m				
Paso 1		Se multiplica la estatura por la estatura.		1.56 x 1.56 = 2.43
Paso 2		Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1.		50 ÷ 2.43 = 20.6
Paso 3		IMC =		20.6
SI TÚ, TU MADRE O PADRE, TUTOR(A) IDENTIFICAN QUE TU ÍNDICE DE MASA CORPORAL SE ENCUENTRA EN LAS COLUMNAS AMARILLA O ROJA, ACUDE A CONSULTA MÉDICA				
VERDE=NORMAL AMARILLO=RIESGO ROJO=PELIGRO				
MUJERES				
EDAD (años)	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10 años	≤ 13.5	16.6	≥ 19.0	≥ 22.6
11 años	≤ 13.9	17.2	≥ 19.9	≥ 23.7
12 años	≤ 14.4	18.0	≥ 20.8	≥ 25.0
13 años	≤ 14.9	18.8	≥ 21.8	≥ 26.2
14 años	≤ 15.4	19.6	≥ 22.7	≥ 27.3
15 años	≤ 15.9	20.2	≥ 23.5	≥ 28.2
16 años	≤ 16.2	20.7	≥ 24.1	≥ 28.9
17 años	≤ 16.4	21.0	≥ 24.5	≥ 29.3
18 años	≤ 16.4	21.3	≥ 24.8	≥ 29.5
19 años	≤ 16.5	21.4	≥ 25.0	≥ 29.7
HOMBRES				
EDAD (años)	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10 años	≤ 13.7	16.4	≥ 18.5	≥ 21.4
11 años	≤ 14.1	16.9	≥ 19.2	≥ 22.5
12 años	≤ 14.5	17.5	≥ 19.9	≥ 23.6
13 años	≤ 14.9	18.2	≥ 20.8	≥ 24.8
14 años	≤ 15.5	19.0	≥ 21.8	≥ 25.9
15 años	≤ 16.0	19.8	≥ 22.7	≥ 27.0
16 años	≤ 16.5	20.5	≥ 23.5	≥ 27.9
17 años	≤ 16.9	21.1	≥ 24.3	≥ 28.6
18 años	≤ 17.3	21.7	≥ 24.9	≥ 29.2
19 años	≤ 17.6	22.2	≥ 25.4	≥ 29.7

*FUENTE: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007

5

Cartilla Nacional de Salud, 2015

Los valores de arriba nos ayudan a conocer y a evaluar cuales deben ser las condiciones normales o no del nivel de IMC y para evaluar las condiciones de salud de los infantes y adolescentes.

Nos interesa el concepto de condiciones materiales de vida para conocer cómo viven los padres de familia encuestados, para saber, qué tipo de trabajo desarrolla, el salario y si ese salario procura el acceso al consumo de bienes y servicios para cubrir las necesidades básicas. De igual forma abordar el desarrollo nutricional nos ayudará a saber las condiciones de salud de los hijos y de los padres de familia y por esta vía realizar un diagnóstico de salud que describa su estado de salud y cómo está vinculado con las condiciones materiales de vida de toda la familia.

3.3 Promoción de la Salud

En esta sección se aborda un análisis de la Promoción de la salud para saber las líneas de acción de esta disciplina, para llevar a cabo un análisis de éstas y reflexionarlas en las prácticas que se realizan en el Centro de Día no. 1 del DIF.

A partir de las conferencias internacionales de Promoción de la Salud en esta se configuran como un campo de conocimiento y práctica social. La Primera Conferencia Internacional se realizó en Ottawa, Canadá en 1986, donde se reunieron 200 delegados de 38 países y así se creó la Carta de Ottawa (Rodríguez, 2013, p.23).

La Carta de Ottawa es el primer documento en el cual se hace referencia a la Promoción de la Salud y en el que se inscribieron las bases y el camino para reactivar acciones intersectoriales e intervenciones en el ámbito político con el objetivo de lograr mejores condiciones de salud en el mundo (Rodríguez, 2013, p. 23).

A partir de la Carta, la Salud y la Promoción de la Salud se definen como:

“La Salud es la fuente de riqueza de la vida cotidiana”

“La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Guzmán, Angulo, García y Gómez 2010, p. 78).

La Carta propone que la propia población controle su salud para el beneficio de sus aspiraciones y la satisfacción de sus necesidades. Con el fortalecimiento de acciones con miras a la Promoción de la Salud enfocada a una práctica plena de salud (Chapela y Cerda, 2010, p. 42).

Es de suma importancia la participación social no solo desde el plano individual, sino como un proceso de la vida en comunidad de suerte que dará paso a la elaboración de estrategias, mecanismos y estímulos, siempre con la intención de estimular la parte activa, para que sean entes capaces de saber decidir sobre sus vidas. A saber, forma la agenda operante de la Promoción de la Salud (Chapela y Cerda, 2010, p. 46).

La Carta de Ottawa señala la participación activa dentro del marco de la Promoción de la Salud a partir de las siguientes líneas de acción:

-La proyección de una política pública: aquí se hace énfasis en no ver a la salud inserta en un contexto sanitario, sino dentro de la configuración de políticas que concienticen a los actores responsables para crearlas (Salud Pública Educ, 2001, p. 20).

-Una política de Promoción de la Salud; las prioridades son crear políticas sociales, de economía y de salud, los cuales sean viables para promover con mayor frecuencia la equidad y crear servicios públicos más saludables en espacios insanos y así, erradicarlos (Salud Pública Educ, 2001, p 20).

-Creación de ambientes favorables: los sujetos vivimos en entornos interrelacionados con la vida, el trabajo y el ocio, estos tienen un efecto sobre nuestra salud. Este hecho implica que la sociedad debe organizar el ámbito laboral a partir de la creación de sociedades saludables. La Promoción de la Salud genera condiciones de vida y de trabajo seguro, estimulante, satisfactorio, recreativo y agradable (Salud Pública Educ, 2001, p. 21).

-Por otro lado, cuando hablamos del fortalecimiento de la acción comunitaria, es aquí donde la Promoción de la Salud adquiere gran relieve al considerarlo como uno de sus objetivos primordiales, en este sentido la tarea estriba en: “crear acciones comunitarias, para la toma de decisiones en la organización para lograr una salud mejor. En este caso se habla sobre el empoderamiento de las comunidades [con el fin de que ellas mismas controlen sus propios destinos]” (Salud Pública Educ, 2001, p. 21).

-Para el desarrollo del fortalecimiento de la acción comunitaria se deberá prestar atención a los recursos humanos y materiales ¿con qué fin? Para efectuar la auto-ayuda y el apoyo social. Por esa vía es posible crear sistemas flexibles que refuercen la participación y la dirección de políticas sociales dirigidas a las cuestiones de la salud. Tal labor requiere brindar mayor apertura, informarse sobre las oportunidades para la salud, el soporte financiero por ejemplo (Salud Pública Educ, 2001, p.21).

-Otra de las acciones fundamentales de Promoción de la Salud es el desarrollo de habilidades personales la anterior es esencial para el enfoque de atención a la salud, porque se relaciona en el desarrollo individual y colectivo cuyo acto se consigue a través de la información educación para la salud, para finalmente desarrollar las habilidades que fortalecen la vida, los sujetos llevan a cabo un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes (Salud Pública Educ, 2001, p.21).

-Es importante desarrollar habilidades individuales para que se empoderen de recursos útiles para cada etapa de su vida y, sobre todo de su salud. También son precisas las acciones por medio de los cuerpos educativos, profesionales, comerciales y de voluntariado, [y dentro de las propias instituciones] (Salud Pública Educ, 2001, p. 21).

-Es conveniente, asimismo la reorientación de servicios sanitarios para la configuración de un sistema de asistencia sanitaria en favor de la obtención de la

salud integral y el fortalecimiento de Promoción de la Salud (Salud Pública Educ, 2001, p.21).

-Con la reorientación de los servicios sanitarios se persigue que los servicios se erijan como perceptivos a las necesidades de la sociedad y así tener una vida más sana y un mayor apoyo por parte del sector sanitario y los mecanismos sociales, políticos, económicos y del ambiente físico (Salud Pública Educ, 2001, p.21).

-Finalmente, se habla del avance hacia el futuro, en cuyo movimiento la salud tiene una función primordial, sin olvidar que “la crea y la vive la gente dentro de los ambientes de su vida cotidiana; donde aprenden, trabajan, juegan y aman. La salud se crea cuidando de uno mismo y de los demás, siendo capaces de tomar decisiones y de ejercer control sobre las propias circunstancias vitales, y garantizando que la sociedad en que uno vive cree las condiciones que permitan que todos sus miembros alcancen la salud” (Salud Pública Educ, 2001, p. 22).

Por lo anterior, la Carta de Ottawa pretende a través de sus estrategias reconocer la importancia de hacer Promoción de la Salud, para intervenir en las condiciones sociales en donde se desarrolla la existencia de las personas, por ejemplo la pobreza, la exclusión, la discriminación social, la falta de acceso a servicios sociales, entre otros. Sin olvidar las desigualdades sociales que generaran las necesidades en su salud (Salud Pública Educ, 2001, p. 22).

Es así que, la conferencia de Ottawa se extendió a través de diferentes Conferencias Internacionales en las que se encuentran: Adelaide 1988, Sudsvalls 1991, Yakarta 1997, México 2000, Bangkok 2005 y Nairobi 2009.

La Conferencia Internacional de Adelaide en 1998, se enfocó en la formulación de políticas públicas para la salud con el objetivo de que éstas creen un entorno idóneo que procure una vida sana (Secretaria de salud., 2014). También se señala la relevancia de los entornos sociales físicos, puntualizando que tales entornos deben contribuir a optimizar la salud.

La siguiente Conferencia Internacional se llevó a cabo en 1991 en Sundsvall en ella se reconocen que los ambientes saludables son una condición necesaria para que de manera individual y social se pueda alcanzar una mayor calidad de vida. De manera que se consiguió conceptualizar la idea de “ambientes de apoyo” (Salud S. d., 2014). Para 1997 en la Conferencia de Yakarta se reconsideraron los factores determinantes de la salud, generadores de un mayor beneficio en la población con el fin de reducir la inequidad en salud y garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular el capital social (Secretaría de salud, 2014).

En el año 2000 en la Ciudad de México, especialmente se proporcionó a los gobiernos las medidas a tomar para abordar los determinantes de la salud, la intención es lograr la salud para todos. Igualmente, se prestó mayor cuidado a las determinantes socioeconómicas de la salud (Secretaría de salud, 2014).

La siguiente Conferencia se realizó en Bangkok en el año de 2005, dentro de ese marco se fundaron las medidas y los compromisos para trabajar con los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado, ¿cómo lograrlo? Con la Promoción de la Salud. También, se subrayó que las políticas deben enfocarse en empoderar a las comunidades y mejorar la salud y promover la igualdad (Secretaría de salud, 2014).

Finalmente, en la Conferencia Internacional efectuada en 2009, Nairobi, se identificaron estrategias para implementarse a nivel de la salud, cuyo vehículo para alcanzarlo es la Promoción de la Salud (Secretaría de salud, 2014).

Se retoma desde la Carta de Ottawa hasta las conferencias internacionales que se llevaron a cabo, con el fin de posicionar a la práctica de Promoción de la Salud con eje teórico con fines a nuestro estudio.

La práctica de Promoción de la Salud tiene diversos paradigmas que contribuyen de acuerdo a su visión a mejorar la salud de las personas, estas prácticas son: Promoción de la Salud Higienico Preventivista, Estilo de Vida, Emancipadora, Empoderante y Socio- Histórica.

Para fines de este estudio, solo se abordará la práctica de Promoción de la Salud, SocioHhística.

3.4. Promoción de la Salud Socio-histórica

La práctica de Promoción de la Salud Socio-Histórica toma en cuenta que los determinantes socioeconómicos e históricos tengan lugar en el proceso llamado salud-enfermedad.

Esta mirada, aborda a la problemática como proceso alterado por condiciones estructurales como: lugar de trabajo, la comunidad, la escuela, los hospitales. De esta forma tal asunto no sólo es visto a través de procesos biológicos (Mendoza, s/f, p. 3)

Al mismo tiempo, la desigualdad es una preocupación que analiza esta mirada, y estudiarla conlleva un carácter de justicia social (Documento Interno, s/f, p. 2-3).

El sujeto, en esta práctica adquiere un estatuto individual y colectivo; el sujeto bajo estas peculiaridades dará respuesta a las condiciones de vida en el momento y en el lugar histórico en el que vive, pues ahí es generador y productor de condiciones de vida para producir y consumir los medios que les permiten subsistir como sociedad (Mendoza, s/f, p. 3).

Es así que este modelo ve a la salud como un proceso intervenido por condiciones estructurales (Documento Interno, s/f, p. 2).

3.5 Planeación estratégica

Para la realización de nuestro estudio es indispensable partir de una planeación estratégica que nos permite pensar en los diversos procesos en los que se desenvuelva la salud por ejemplo, de aquellos determinantes culturales, sociales, políticos, económicos o la calidad de vida, etc. y cómo éste se puede afectar tanto positivamente como negativamente. Es por ello que se necesita de una metodología que nos ayude abordar aquellos determinantes para llevar a la

práctica las soluciones del presente para el futuro (Posgrado en Salud, 2010, p. 17).

La planeación de acuerdo a Alan Dever es “un proceso orientado a la acción por medio del cual una institución se adapta a los cambios tanto en su estructura interna como en su ambiente exterior” (Posgrado en Salud, 2010, p. 22).

Para las instituciones o programas resulta la planeación para identificar problemas actuales y futuros y así intervenir en la ejecución de soluciones (Posgrado en Salud, 2010, p. 23).

Planear, desde una visión estratégica, es importante para el reconocimiento de los factores clave para aprovechar las oportunidades clave para la acción. La planificación estratégica debe contar con una dinámica social y política, así como una planificación participativa cuya importancia se relaciona con el tratamiento de las comunidades, poblaciones y grupos como sujetos dotados de derechos que deben ser escuchados y que deben participar desde diversas formas para conseguir la realización de las (Posgrado en Salud, 2010, p. 23).

En América Latina, la planificación estratégica fue descrita principalmente por Carlos Matus, cuyos estudiosos construyen su propuesta de planificación estratégica sobre la noción de situación, comúnmente definida como el lugar social donde se está situando el actor y la acción (Testa, 2006, p. 105).

Las formas de relación entre actor y acción explica la realidad en función de su propósito, en cuanto a la acción y la situación conforman una totalidad compleja con el actor. Conviene advertir que es la situación distinta para cada actor puesto implica todo lo que es relevante para su acción, que naturalmente dependerá de su propósito, dísimil para cada actor. Es por ello que la situación y la acción condiciona al actor; la acción es eficaz en la construcción de la situación (Testa, 2006, p.105).

3.6 Diagnóstico de Salud

En este apartado abordamos el concepto de diagnóstico salud, ya que hace factible saber cuáles son los elementos sociales, ambientales, demográficos, económicos, etc., para conocer el proceso salud-enfermedad de los padres de familia encuestados y al mismo tiempo conocer el estado de salud de sus hijos inscritos en el Centro de Día no. 1 del DIF (Salud Pública I, 2007, p. 25).

El diagnóstico de salud se entiende como “el proceso sistemático y periódico a través del cual pretendemos conocer la situación de salud de una comunidad, este conocimiento lo conseguimos a través de información que identifique los factores, problemas y necesidades que condicionan y afectan la salud de una comunidad” (Salud Pública I, 2007, p. 25).

La salud no forma parte de un ámbito médico exclusivo, sino que implica un carácter de movilidad que comprendido en un entorno natural en donde se “mueven” diversos factores como la vivienda, la educación, comunicaciones, la nutrición, el saneamiento ambiental, la cultura, la recreación etc. Lo anterior puede ser tanto favorable, como no favorables para la salud de la población o del individuo (García, 2010, p.225).

Conocer el entorno de la población o del individuo nos ayuda a obtener información de manera directa a través de un interrogatorio o de manera indirecta a través de una encuesta, lo cual nos da de manera tentativa una explicación de la salud-enfermedad, ya que se interpreta la información recabada que corresponde a un diagnóstico y de ahí se parte para la toma de decisiones adecuadas para solucionar los problemas (García, 2010, p. 225).

Otro enfoque define al diagnóstico de salud como “la descripción y análisis cuantitativo y cualitativo de los problemas de salud de una colectividad, en el que se identifican los elementos condicionantes y determinantes que intervienen de forma tal que permiten una conclusión acerca de las causas, emanando de ello un planteamiento para proponer alternativas de solución” (García, 2010, p. 225)

La elaboración de un diagnóstico de salud considera cinco etapas (García, 2010, p. 225-226):

- 1) Descripción, tiene como objetivo la recolección de datos de la población o sea el objeto de estudio, así como recabar los indicadores e índices de la salud y los factores condicionantes o determinantes de la situación de la salud y las formas de vida socialmente construidas entre otros;
- 2) Análisis: ayuda a identificar las necesidades o problemas;
- 3) Identificación de prioridades: a partir de las necesidades encontradas, se podrán jerarquizar los problemas de salud que presenta el objeto de estudio, mismos que permitirán dirigir las estrategias, los programas y las acciones. Con base a esto se desprenden algunas acciones para jerarquizar las prioridades, éstas son: la magnitud que determina las dimensiones del problema, esta actividad incluye la frecuencia y la distribución de los problemas, es decir, la identificación de las características de las personas afectadas (edad, sexo); la trascendencia permite valorar las repercusiones o consecuencias biológicas, psicológicas y socioeconómicas de los daños acaecidos en el individuo, su familia y sociedad; la vulnerabilidad nos permite evaluar la posibilidad de controlar o erradicar un problema de salud, y la factibilidad referida a la relación costo-efecto, se trata de los costos de la prevención, tratamiento y rehabilitación;
- 4) Evaluación es la etapa que desde un inicio nos ayudará a comparar la situación observada, así es posible determinar en qué medida se atendieron o resolvieron las necesidades o problemas de salud detectados y finalmente
- 5) La formulación de pronóstico que corresponden a un planteamiento hipotético de la evaluación de la situación.

3.7 Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas (FODA)

Abordamos como recursos el análisis FODA para aplicarlo como metodología en el estudio que se realizará con el personal del Centro de Día no. 1 del DIF. El análisis FODA se entiende como un proceso estratégico de evaluación enfocado en proyectos participativos que hace factible conocer y observar con detenimiento los factores tanto positivos como negativos (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p 131).

Esta metodológica propone la identificación de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

Las fortalezas son todos aquellos elementos internos y positivos que diferencian al programa o proyectos de otros de igual clase. Las oportunidades son aquellas situaciones externas, positivas, que se generan en el entorno y que una vez identificadas, pueden ser aprovechadas. Las debilidades son programas internos, que una vez identificados y tras el desarrollo adecuado de una estrategia, pueden y deben eliminarse y finalmente, las amenazas son situaciones negativas, externas al programa o proyecto, que están en toda posibilidad de atentar contra éste, si fuera el caso, puede ser preciso diseñar una estrategia adecuada para poder sortearla (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p.187).

Considerando los agentes de arriba, permitirá identificar y jerarquizar factores externos e internos que afectarán o condicionaran la configuración de un proyecto (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p. 137).

Veamos la siguiente tabla:

	FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
Aspectos Positivos	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Aspectos Negativos	DEBILIDADES	AMENAZAS

Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, P. 132

Las oportunidades y amenazas pueden condicionar la tarea. Identificarlos ayuda a trabajar primero con los que son percibidos como amenazas para luego transformarlos en oportunidades (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p.137).

Las fortalezas y las debilidades, son internos del programa o del equipo de trabajo, se identifican con preguntas como: ¿qué soy capaz de hacer?, ¿qué es lo que me cuesta?, ¿qué es lo que no me gusta hacer?, ¿qué ventajas reconozco para la realización de esta tarea? (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p. 132).

El cruce de los factores con sus respectivos aspectos surgen de las siguientes combinaciones:

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Fortalezas	POTENCIALIDADES	RIESGOS
Debilidades	DESAFIOS	LIMITACIONES

Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, P. 132

De las potencialidades enlazadas con las fortalezas surgen las oportunidades, con el propósito de potenciar el desarrollo e implementación del trabajo, para entonces así identificar líneas de acción (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p. 137).

Las limitaciones están determinadas por la unión de las debilidades y las amenazas. Estas pueden transferirse a lo largo del desarrollo de las tareas (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p. 137).

Los riesgos se originan por la asociación de las amenazas y las fortalezas internas, esto indica los factores externos que pueden afectar las tareas (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p. 137).

Por último se encuentran los desafíos, que pueden ser incorporados al proceso de trabajo para transformarlos en potencialidades internas (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p. 138).

En suma, podemos afirmar que las fortalezas deben utilizarse; las oportunidades aprovecharse; las debilidades eliminarse y, finalmente las amenazas sortearse (Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, p. 138).

El esquema de abajo ilustrar como debe de ser la matriz FODA:

FACTORES INTERNOS	FACTORES EXTERNOS
Controlables	No Controlables
FORTALEZAS (+)	OPORTUNIDADES (+)
DEBILIDADES (-)	AMENAZAS (-)

Posgrado de Salud Comunitaria y Salud, 2010, P. 188

3.8 Guía de Observación

Debido a los intereses de nuestro estudio utilizamos el concepto de guía de observación como otra metodología para abordar el análisis al Centro de Día no. 1 del DIF.

La guía de observación se erige como un instrumento de investigación cualitativa para obtener datos sobre la gente, los procesos y las culturas (Kawulich, 2005, p. 2).

En 1989, se arguye que la observación es “la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social, elegido para ser estudiado” (Kawulich, 2005, p. 2).

Para 1998, se describe la observación participante como el primer método empleado por los antropólogos al realizar trabajo de campo. Esta labor involucra miradas activas, entrevistas informales, escribir notas de campo, así los investigadores aprenden los modos de existencia, las actividades de las personas de estudio a través de la observación y la participación (Kawulich, 2005, p. 2).

Este tipo de observación tiene como una de sus peculiaridades la actitud abierta, esto es, no elaborar juicios e interesarse en conocer más que los otros,

ser un observador cuidadoso, un buen escucha y estar atento y dispuesto a las cosas inesperadas de lo que se está aprendiendo (Kawulich, 2005, p. 3).

En términos generales, se espera que el observador se incorpore o forme parte del grupo estudiado con el fin de buscar la información necesaria para saber cómo está operando el grupo (Kawulich, 2005).

En 1994 se realiza un listado de las razones por las que resulta preciso incluir la observación, pues incrementará la validez del estudio, este listado es el siguiente (Kawulich, 2005, p. 6):

- Ayuda a recoger datos, familiarizar al investigador con la comunidad.

- El investigador puede realizar preguntas en un sentido más abierto.

- Otorga al investigador una mayor comprensión de lo que está ocurriendo y una mejor interpretación de lo observado

Cabe apuntar que los roles del observador pueden variar, algunos roles que realiza el observador, son;

El de no-participación (las actividades son observadas desde afuera del escenario de la investigación), el de participación pasiva (las actividades son observadas en el escenario pero sin participación de las actividades), el de participación moderna (las actividades son observadas en el escenario con casi completa participación en ellas), y el de participación completa (las actividades son observadas en el escenario con completa participación en la cultura) (Kawulich, 2005, p.11).

Asimismo, se describe el rango de roles: Rol de membresía periférica, quienes se encuentran en este marco, observan el escenario pero no participan en las actividades. Roles de membresía activa denotan la participación del investigador en algunas o todas las actividades. El rol de membresía completa que refleja una participación completa en la cultura. En todos los casos el grado en el participa el investigador puede ser determinado por él mismo o por la comunidad (Kawulich, 2005, p.11).

Para saber que se debe observar el investigador, en nuestro caso, debe orientarse por preguntas de la investigación.

Las observaciones deben de tener una mirada: ética, establecer relaciones, seleccionar informantes clave, en los procesos para dirigir las observaciones, se debe decidir qué y cuándo observar, mantener notas de campo y describir lo hallazgos que se tienen (Kawulich, 2005, p.12).

Otras fases capitales en el proceso de observación son (Kawulich, 2005, p.17):

- Observación descriptiva: la cual requiere tanto observar cualquier cosa como el todo, asumiendo que se ignora todo.

- Observación enfocada: en ella se enfatiza la observación sustentada en entrevistas, en cuyos instrumentos los puntos de vista de los participantes guían las decisiones del investigador para saber qué observar.

- Observación selectiva: el investigador se concentra en diferentes tipos de actividades para ayudar a delinear las diferencias en dichas actividades.

En 1988, se desarrolló una guía de observación en la cual se integró varios elementos, tales como:

- Ambiente físico; Implica observar los alrededores del escenario y ofrecer una descripción sobre el contexto.

- Describir los participantes: Se deben registrar las actividades e interacciones que ocurren en el escenario.

-Duración y frecuencia de las actividades formales, informales, significados simbólicos, comunicación no verbal y claves físicas (Kawulich, 2005, p.12).

3.9 Grupo Focal

Abordamos igualmente el concepto de grupo focal como la técnica que nos ayudará a generar un espacio de práctica con el personal del Centro de Día no. 1 del DIF.

La técnica de grupos focales se explica como un marco de opinión para captar las actividades como el sentir, pensar y vivir de los individuos, la meta es provocar explicaciones para obtener datos cualitativos (Hamui y Varela, 2012, p.2). El grupo focal se define como una “forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información “(Hamui y Varela, 2012, p.2).

Otra forma de definir el grupo focal es un método que requiere poco tiempo es de carácter individual que toma como línea directa la pluralidad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes. Esta técnica es particularmente viable para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, como piensa y por qué piensa de esa manera (Hamui y Varela, 2012, p.2).

Se asume que los grupos focales es una construcción que se genera al confrontar el pensamiento del investigador con los múltiples eventos empíricos que se presentan, este hecho da pie a crear nuevas construcciones y articulaciones (Hamui y Varela, 2012, p. 2).

Los grupos focales se llevan a cabo en el marco de protocolos de investigación e incluyen: una temática específica, preguntas de investigación, objetivos claros, justificación y lineamientos (Hamui y Varela, 2012, p.3).

De acuerdo al objetivo se determina la guía de entrevista y la logística para su consecución (elección de los participantes, programación de las sesiones,

estrategias para acercarse a ellos e invitarlos a participar etc. (Hamui y Varela, 2012, p. 3).

Capítulo IV

Metodología

Este estudio se realizó a 30 padres de familia, los cuales 8 fueron hombres y 22 fueron mujeres y a través de éstos se obtuvo información de sus hijos de los cuales fueron 17 niños y el 13 niñas, dando un total de 30 infantes. Así mismo, se realizó un estudio con 8 trabajadores del Centro de Día no. 1 DIF, ubicado en la Avenida Balderas no. 93 Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, “Mercado de la Ciudadela” en la Ciudad de México, D.F.

Para dar respuesta a las preguntas de esta investigación se desarrollaron los siguientes instrumentos:

- I. Taller para los padres de familia o tutores.
- II. Encuestas.
- III. Guía de observación.
- IV. Taller para los escolares del Centro de día.
- V. Grupo focal.

Cabe mencionar que los talleres de nutrición fueron una estrategia para poder involucrarnos y generar una empatía con los padres de familia y sus hijos y llevar a cabo el diagnóstico. El taller de nutrición fue un tema propuesto por personal del Centro de Día, pensando en las necesidades que requerían los niños y sus padres.

A continuación se describen los procedimientos de cada instrumento:

- I. Taller para los padres de familia o tutores: Se diseñaron e impartieron dos sesiones de un taller para los padres de familia, las fechas para su realización fueron del 18 al 21 de marzo de 2014. El taller se denominó “Hablemos de lo que comemos”, los temas que se desarrollaron fueron los siguientes:

- ✓ Dieta correcta y balanceada.
- ✓ El plato del bien comer.
- ✓ Grupos de alimentos.
- ✓ La alimentación y las enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes).

Para la ejecución del taller se realizó una carta descriptiva (ver anexo 1), ahí se señaló por tiempos el inicio, la apertura, las dinámicas a desarrollar y el cierre.

II. Encuestas

Durante las sesiones de los talleres se aplicó una encuesta a los padres de familia, se elaboró con el propósito de saber cuáles son los aspectos y factores que influyen en las condiciones materiales de vida y de salud de los niños del Centro de Día no. 1 DIF. Los criterios en esta encuesta descriptiva fueron:

- Transversal, los datos recolectados se hicieron en un solo momento.
- Descriptiva, se entrevistaron a los padres de familia de los escolares del Centro de Día no. 1 del DIF, en la ciudad de México.
- Observacional, no se modificó a la población.
- Prospectiva, la información obtenida del centro se recolecto por parte de las investigadoras.

La encuesta constó de 20 preguntas con los siguientes apartados (ver anexo 2):

- a) Dato socio - económico del padre de familia entrevistado.
(Edad, sexo, escolaridad, ocupación e ingreso familiar aproximado)
- b) Vivienda.
- c) Servicios públicos y equipamiento.
- d) Personas con las que se relacionan los (a) niños (a).
- e) Datos antropométricos.
- f) Perfil de salud e interés sobre la salud del (la) niño(a)

Las variables para los datos generales fueron: sexo, edad, lugar de nacimiento, ocupación e ingreso familiar y escolaridad de los padres de familia.

Del apartado sobre la vivienda, las variables alcanzadas fueron: tipo de vivienda, si es propia y el número de habitaciones con las que cuenta.

Además mencionaron si la zona de residencia cuenta con los servicios públicos básicos y si la casa dispone de algunos equipamientos para el bienestar de la familia.

Otras variables obtenidas fueron el tipo de familia con la que vive el niño (a); si viven con sus propios hermanos, consanguínea (papá, mamá y hermanos), monoparental (sin padre), monoparental (sin madre) y compuesta (mamá, papá, abuelos, tíos, primos etc.).

Los datos antropométricos fueron: la edad (años), peso (kg), talla (m) y se calculó el índice de masa corporal (IMC, $\text{kg}^2\cdot\text{m}^{-1}$).

En cuanto al perfil de salud e interés sobre la salud del (la) niño(a), se obtuvieron datos como tipo de enfermedad padecida la última vez, centro de salud donde acudieron o si fue con un médico particular y el monto de dinero invertido para la atención de los menores. También se les solicitó mencionar el aspecto que más les preocupa sobre la salud de su niño (a) y algún tema de interés que les gustaría conocer para mejorar las condiciones de salud de sus hijos (a).

Los datos recabados en la encuesta se ordenaron en una hoja de cálculo en el programa Excel ® y posteriormente analizarse con el programa Statistica versión 8.0 portable. Se elaboraron las estadísticas descriptivas de cada variable de acuerdo con el sexo. Además se obtuvieron tablas de contingencia entre las variables alcanzadas, sus frecuencias relativas y se realizó la prueba de independencia a través del estadístico X^2 entre las variables, con un nivel de significancia (α) de 0.05. También se logró el error máximo de verosimilitud (e) de cada variable cuantitativa.

III Guía de observación

La guía (ver anexo 3) se realizó para la caracterización de la población intervenida, para ello fue necesaria una visita al Centro de Día No. 1 del DIF en Julio de 2014, con este instrumento se facilitó la respuesta a la segunda pregunta de investigación (¿Cuáles son las prácticas de Promoción de la Salud que se realiza en este Centro?).

La Guía de Observación se conformó de los siguientes apartados:

1. Tipo de instalaciones: luz, agua, drenaje, gas e internet u otros; patio, área de juegos, comedor, lugar para el lavado de manos, baños y salida de emergencia.
2. Organización: horas de alimentación, tiempo de esparcimiento, comunicación entre el personal del centro y los padres de familia, programación de cursos de capacitación de las educadoras, maestros (as) y talleristas.
3. Recursos humanos: si el personal que labora en el Centro es fijo o temporal y tipo de profesión u oficio que desempeñan.
4. Recursos materiales con los que cuenta el comedor como son: alimentos, utensilios (platos, cucharas, tenedores, etc.), mesas, sillas y manteles. Además si se les proporcionan a educadoras y profesores el material didáctico; y finalmente si se dispone de material de higiene en el Centro de día.
5. Se observó la actitud, la disposición, la capacidad y la habilidad del personal.
6. Si los profesores se guían en algún material didáctico.
7. Si contaban con algún tipo de menú en el comedor y quién lo elaboraba.
8. Si tenían actividades físicas o recreativas con los niños(as), cuál era la frecuencia y duración por sesión, así como las rutinas que se aplicaban.
9. Prácticas de Promoción de la Salud en el Centro de Día no. 1 del DIF.

La Guía de observación debido a su naturaleza y objetivos precisó conocer las instalaciones del Centro, se fueron haciendo anotaciones pertinentes sobre lo observado. Igualmente se entrevistó a todo el personal que presta sus servicios en el Centro para evaluar su actitud y disposición en su área de trabajo.

III. Taller para los escolares del Centro

Una vez concluida la Guía, se realizaron dos sesiones del taller para los escolares del Centro de día el 25 y 28 de marzo de 2014 en el turno matutino. El taller se denominó “Descubriendo lo que comemos”. Para el diseño y ejecución del mismo se elaboró una carta descriptiva con los siguientes tiempos: inicio, desarrollo y cierre, en cada momento se desarrollaron técnicas didácticas (ver anexo 4).

Los temas abordados en el taller fueron:

- a) El plato del bien comer.
- b) Una dieta correcta y balanceada.
- c) Grupos de alimentos.

IV. Como quinta y última intervención en julio de 2014 se formó un Grupo focal con el personal del Centro de Día no. 1 del DIF. Los participantes fueron: 5 profesores, 3 trabajadoras sociales, 2 talleristas y 1 coordinadora operativa. El objetivo fue identificar las necesidades que estos presentan en su área de trabajo determinando las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) y, así, proponer posibles soluciones.

Para el Grupo Focal se diseñó una carta descriptiva (ver anexo 5) en donde se señalaron los tiempos, las técnicas didácticas correspondientes para su desarrollo, el material requerido, el moderador y facilitador.

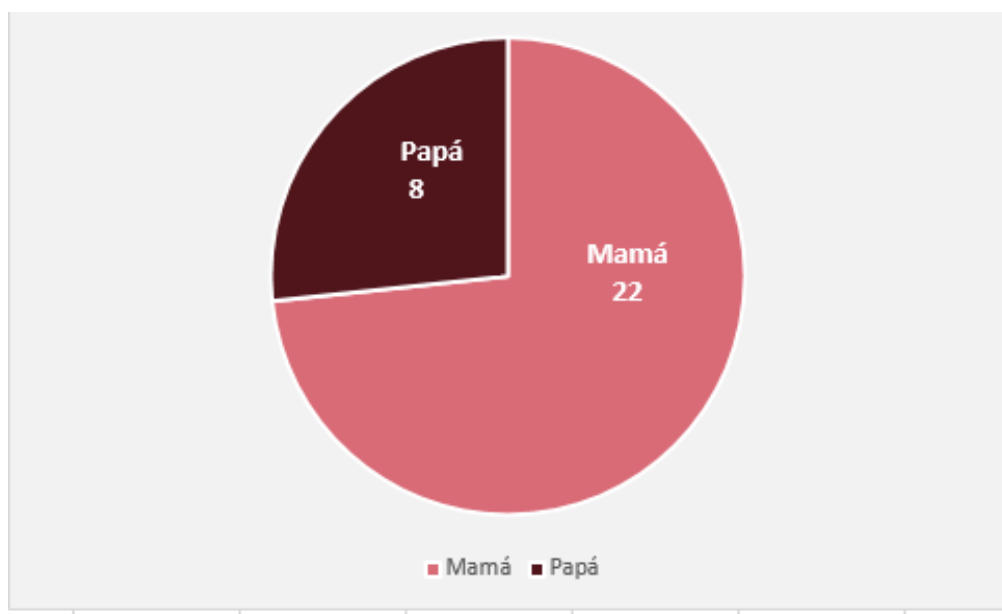
El grupo focal se desarrolló en el siguiente orden, se video grabado y se transcribió el audio (ver anexo 6).

1. Bienvenida al personal del Centro y se dio a conocer el objetivo del grupo focal. Para motivar e integrar al grupo se recurrió a la técnica de “rompe-hielo”.
2. Enseguida se dio inicio al análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), para ello la facilitadora solicitó a cada trabajador (a) del Centro que identificara cada una de las situaciones presentadas en su área de trabajo para luego escribirla en cada sección correspondiente.
3. Como parte del análisis en plenaria, la facilitadora solicitó al personal del Centro que reflexionara sobre sus respuestas y, con base en ello, dieran solución a algunas preguntas disparadoras de reflexión (ver anexo 7), como ¿Qué tipo de problemas laborales se han encontrado para desempeñar su trabajo?, ¿Cuáles son sus necesidades como trabajadores para desarrollar óptimamente su trabajo?, ¿Qué problemas de salud-enfermedad han observado con gran frecuencia en los niños(as)? Y ¿Qué necesidades consideran que presentan las y los niños del Centro para su óptimo desarrollo biopsicosocial? Finalmente, se pidió aportar propuestas para mejorar el funcionamiento del Centro de día.
4. Al término de las reflexiones y propuestas se dio paso al cierre del grupo focal.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Los resultados de la encuesta aplicada a los padres de familia durante las dos sesiones del taller, participaron 22 mamás y 8 papás, se observó que la proporción de mamás que asisten al Centro de Día es mayor que el de papás (ver gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentaje de los padres de familia encuestados por sexo que tienen inscritos a su hijo(a) en el Centro de día No. 1 DIF, marzo de 2014.

A continuación se describe los estadísticos descriptivos de los padres de familia:

La edad promedio de las mamás entrevistadas fue de 34 años y de los papás de 30 años. De acuerdo al coeficiente de variación, se observó que la variabilidad de la edad fue menor en los papás en relación a las mamás. Se observó que no existen diferencias estadísticas significativas en la edad de los padres (ver cuadro 1).

Para comprobar se puede observar la siguiente prueba de hipótesis: ($t=1.25$ ns; $\alpha=0.05$).

Cuadro 1. Estadísticos descriptivos de la edad de los padres de los escolares del Centro Día no. 1 del DIF, en la Ciudad de México obtenidos de una encuesta elaborada en marzo de 2014.

	N	MEDIA	*CV (%)
Edad (años)	22	34	24
Mamá			
Papá (años) papá	8	30	20

*CV (%) coeficiente de variación

En cuanto al ingreso familiar los papás perciben un salario mayor que las mamás (ver cuadro 2).

En cuanto al ingreso aportado por las mamás, el coeficiente de variación mostró más similitud que el de los papás, porque un papá argumentó percibir en un mes \$ 36,800, lo cual no es apreciable a lo que la mayoría de los papás entrevistados ganan. Así mismo, la desviación estándar fue más alta en los papás con \$1234 que en las mamás, las cuales tuvieron \$783. Por ello, por un criterio de exclusión para el análisis de los datos, se eliminó al papá que gana en un mes más que los demás papás, ante ello el coeficiente de variación ya tuvo mayor similitud entre ambos padres entrevistados; para la desviación estándar siguió siendo mayor el salario de los papás que el de las mamás.

La prueba de hipótesis manifestó que no existen diferencias estadísticas significativas en el nivel de ingresos familiares entre ambos padres ($t= 1.1$ ns; y $t= 1.24$ ns, respectivamente; $\alpha=0.05$).

Cuadro 2. Estadísticos descriptivos del ingreso familiar de los padres de los escolares del Centro Día no. 1 del DIF, en la Ciudad de México obtenidos en el diagnóstico a los padres de familia elaborada en marzo de 2014.

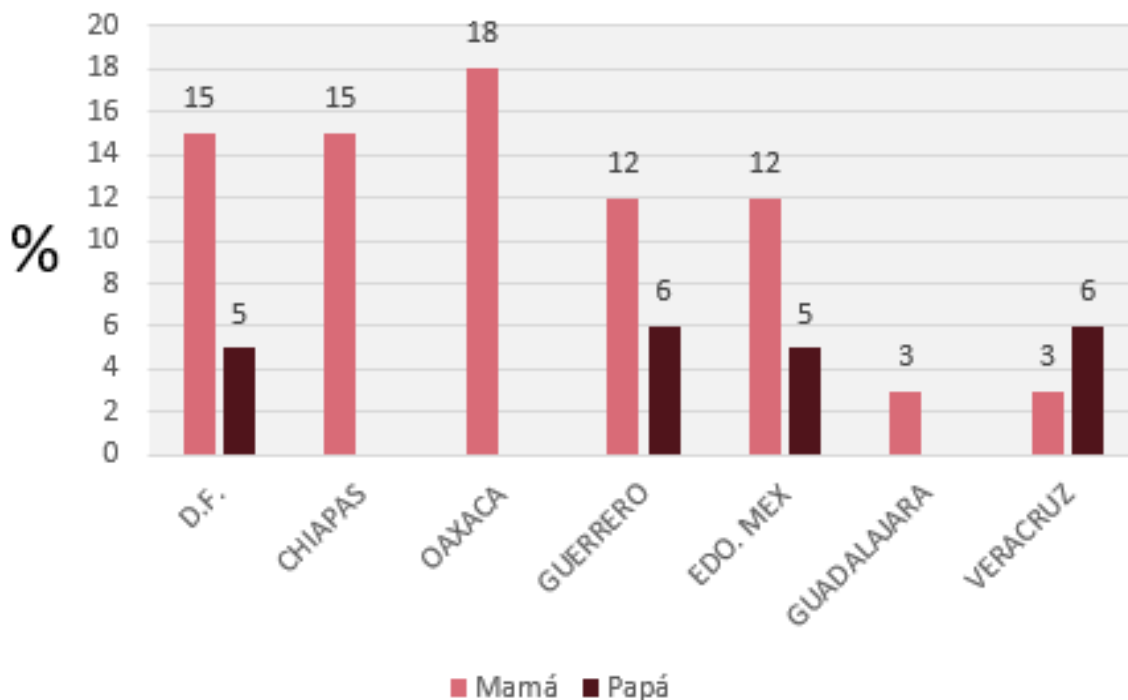
	N	MEDIA	CV	S²
Ingreso Familiar Mamá (\$)	8	1564	50	783
Ingreso Familiar Papá (\$)	22	6375	193	1234
Ingreso Familiar Papá** (\$)	22	2028	54	1104

*CV (%), coeficiente de variación, I. de C., intervalo de confianza. *s, desviación estándar

** Se eliminó el caso del papá con ingreso mayor, por un criterio de exclusión para el análisis de los datos.

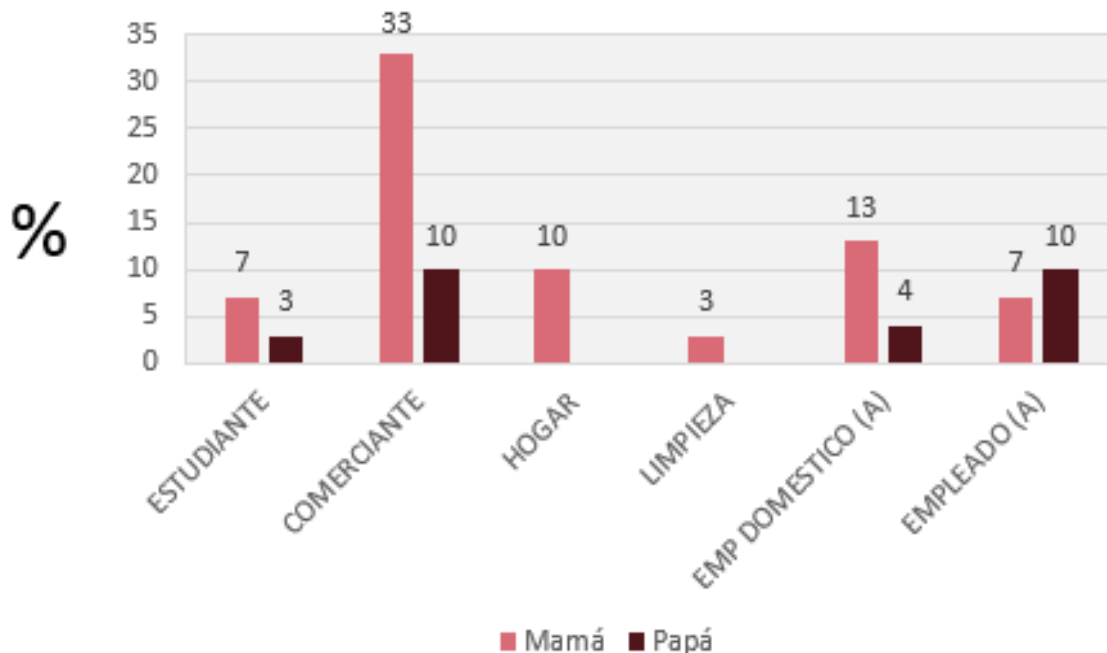
Para fines a otros estudios que se quisieran realizar, se calculó el el error máximo de verosimilitud estimado (e), para la edad de los papás fue de eedp= 1.73 y para las mamás de eedm= 1.2; el error de estimación para el ingreso familiar dejando fuera al papá con mayores ingresos fue de eifp= \$ 23.02 y eifm = \$ 11.69, respectivamente.

Sobre el lugar de procedencia se observó que la mayoría de las mujeres provienen del Estado de Oaxaca, en segundo lugar del D.F y de Chiapas, en tercero el Estado de México y Guerrero, con menor proporción estuvieron las que procedían de Guadalajara y Veracruz. Los papás procedían principalmente de los estados de Veracruz, Estado de México, Guerrero y D.F. (ver gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentaje por sexo del lugar de nacimiento de los padres de familia entrevistados en el Centro Día No. 1 DIF, marzo de 2014.

En cuanto a la ocupación laboral, se observó que la mayoría de las mamás se emplean en el comercio, enseguida de empleadas domésticas, actividades del hogar, empleadas, estudiantes y por último en menor proporción limpieza. Mientras que los papás se dedican principalmente al comercio y ser empleados en menor proporción al empleo doméstico y ser estudiantes (ver gráfica 3).



Gráfica 3. Porcentaje por sexo de la ocupación de los padres de familia entrevistados en el Centro Día No. 1 DIF, marzo de 2014.

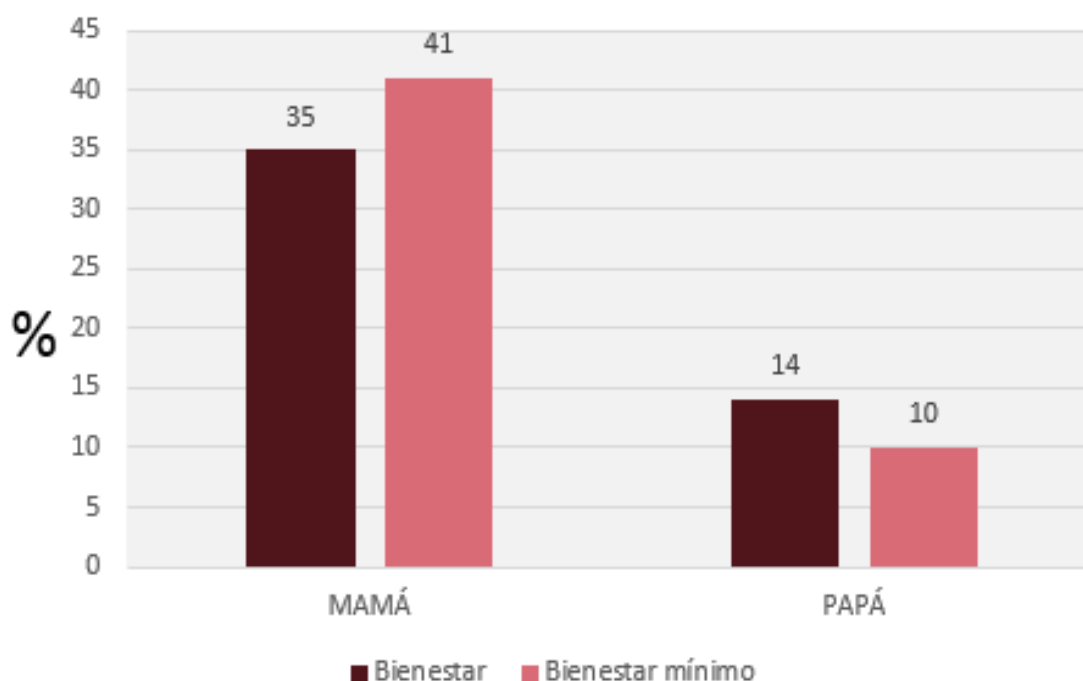
Se utilizó la prueba de independencia del estadístico X^2 para analizar los datos cualitativos de la encuesta y así analizar los valores para concluir si nuestras variables son dependientes o no independientes.

Por lo anterior se halló con la prueba de independencia que el tipo de ocupación de los padres de familia es estadísticamente independiente del sexo de los mismos ($X^2= 6$ ns; $\alpha=0.05$).

Los apartados siguientes ponen de manifiesto el ingreso familiar de los padres de familia y se realizó el análisis correspondiente a través del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015, parr.1), el cual considera que existe dos condiciones, uno es el bienestar mínimo, la cual se puede acceder a una canasta alimentaria con un ingreso mensual de \$1,283.98 y la otra condición es el bienestar que con un ingreso mensual de

\$2,628.03 se puede acceder a una canastas básica y así tener un mejor bienestar de calidad de vida.

Es así, que se observó que el ingreso familiar de los 8 padres entrevistados tienen mayor línea de bienestar y con menor proporción cuentan con bienestar mínimo. Por su parte las 22 mamás entrevistadas se situaron en un bienestar mínimo la mayoría de ellas y con un bienestar en menor proporción (ver gráfica 4).



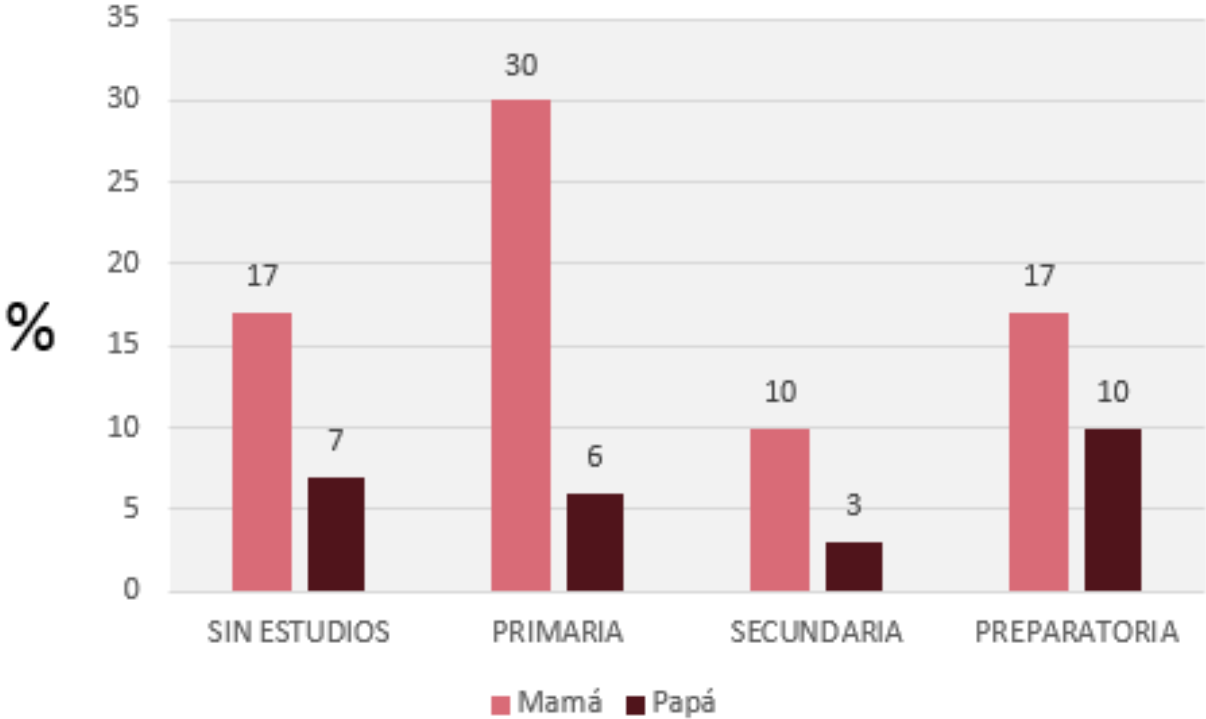
Gráfica 4. Porcentaje de la línea de bienestar mínimo y bienestar de los padres de familia entrevistados en el Centro del Día No.1 DIF, marzo de 2014.

Se encontró que la línea de bienestar de los padres de los niños es dependiente del sexo, de acuerdo a los siguientes terminos estadísticos ($X^2= 4^*$; $\alpha=0.05$).

Siguiendo con el análisis realizado, la variable escolaridad se asoció con el sexo, línea de bienestar y la ocupación.

Como resultado las variables sexo–escolaridad, se observó que el mayor porcentaje fue que las madres presentaron una escolaridad de primaria, como

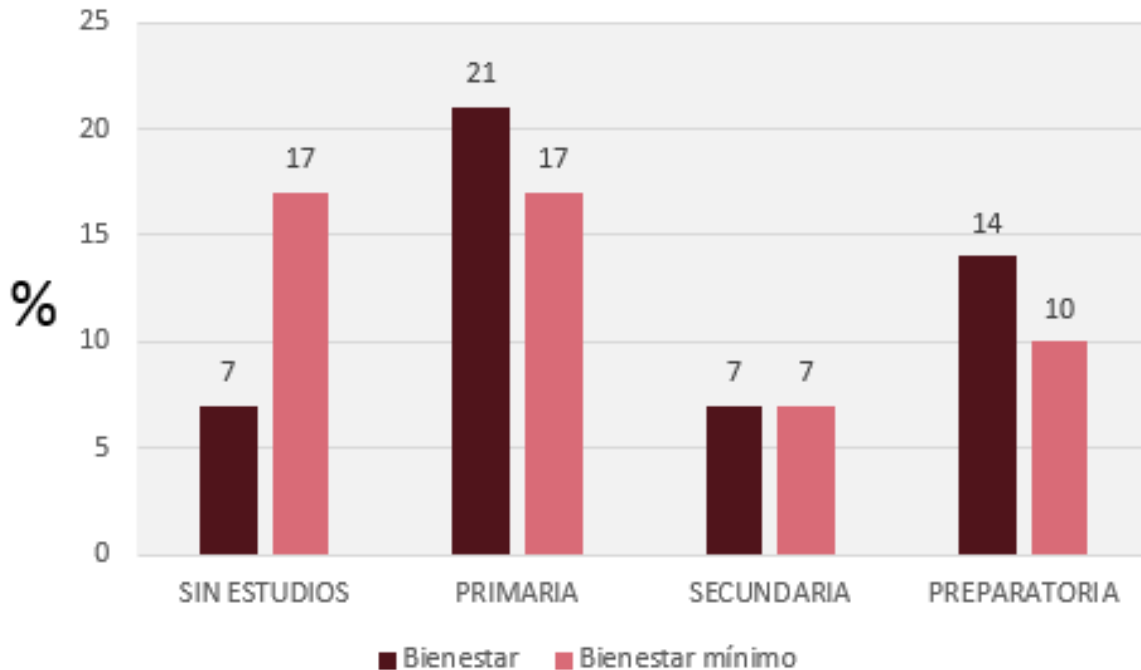
segundo porcentaje no tienen estudios y con menor porcentaje de las mamás fueron a la preparatoria y secundaria. Por su parte los papás tuvieron un mayor porcentaje a nivel preparatoria, seguida de quienes no tienen estudios y con menor porcentaje tienen una escolaridad en primaria y secundaria. (ver gráfica 5).



Gráfica 5. Porcentaje del sexo de acuerdo a su escolaridad del padre de familia encuestado en el Centro Día No.1 del DIF, marzo de 2014.

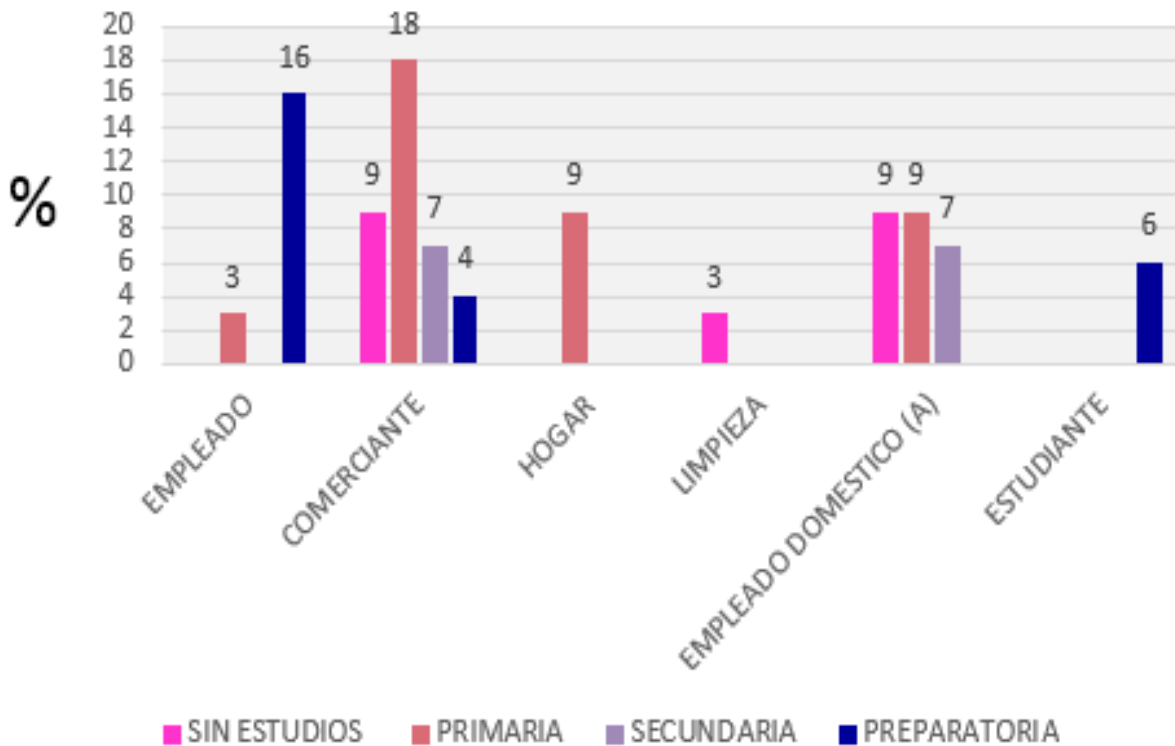
Así mismo, se observó que los padres que no tuvieron estudios se sitúan en un bienestar mínimo, caso similar ocurre quienes solo tienen escolaridad en primaria, secundaria y preparatoria. Para los padres de familia que contaban con bienestar su escolaridad fue en mayor porcentaje la primaria, seguido de quienes presentaron formación de preparatoria y en menor proporción sin estudios y secundaria (ver gráfica 6).

Como resultado estadístico, podemos concluir que a mayor escolaridad, mayor línea de bienestar presentan los padres de familia. ($X^2= 4^*$; $\alpha=0.05$).



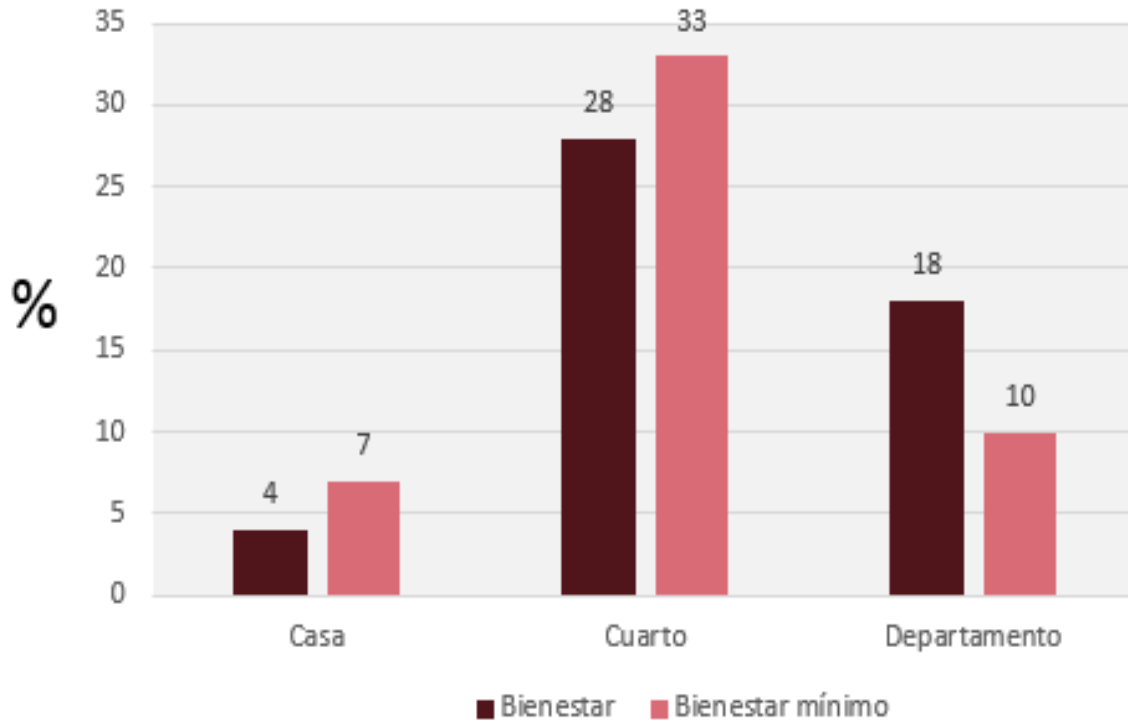
Gráfica 6. Porcentaje de acuerdo a su nivel de escolaridad asociado con la línea de bienestar mínimo y bienestar de los padres de familia del Centro Día No. 1 del DIF, marzo de 2014.

La siguiente relación fue la escolaridad del padre de familia de acuerdo con su ocupación. Se observó que los que cuentan con escolaridad en primaria, su ocupación fue comerciante, hogar y empleo domestico(a). Los padres de familia sin estudios, tuvieron una ocupación de comerciante, empleado domestico(a) y limpieza y los que cuentan con un nivel de preparatoria informaron que son empleados, estudiante y comerciante (ver gráfica 7).



Gráfica 7. Porcentaje de la escolaridad de acuerdo con su ocupación de los padres de familia encuestados en el Centro Día No. 1 del DIF, marzo de 2014.

Para los padres de familia que presentaron un bienestar mínimo, su tipo de vivienda es cuarto, departamento y en menor proporción casa propia. Mientras que los padres que tienen línea de bienestar, su vivienda es cuarto, seguido de departamento y casa propia. (ver gráfica 8).

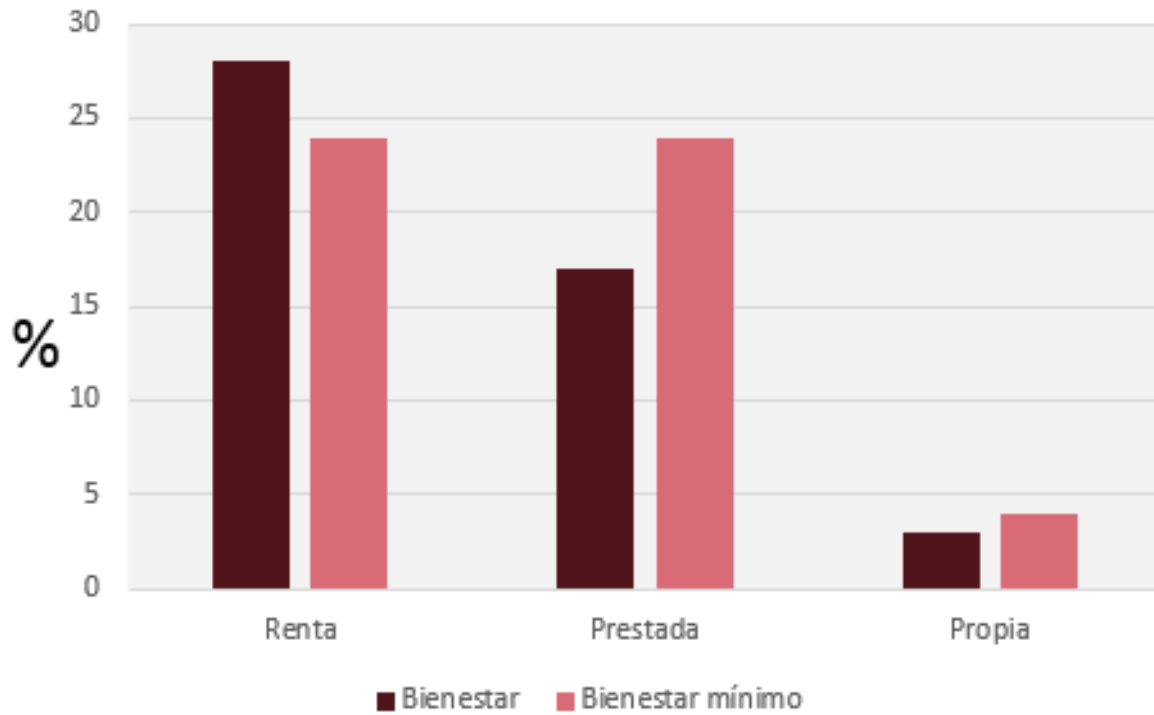


Gráfica 8. Porcentaje de línea de bienestar de acuerdo a la vivienda de los padres de familia encuestados en el Centro Día No. 1 del DIF, marzo de 2014.

El tipo de vivienda de los padres de familia fue estadísticamente dependiente la línea de bienestar ($X^2= 4^*$; $\alpha=0.05$).

Se determinó que los padres de familia con bienestar mínimo su casa era rentada o prestada; para los de bienestar la casa era rentada o prestada. Muy pocos contaban con casa propia (Gráfica 9).

Se halló asimismo que la casa en donde habitaban dependía de la línea de bienestar de los padres de familia ($X^2= 7^*$; $\alpha=0.05$).



Gráfica 9. Porcentaje del tipo de vivienda con respecto a la línea de bienestar de los padres de familia encuestados en el Centro Día No. 1 del DIF, marzo de 2014.

Los estadísticos descriptivos de los hijos de los padres de familia entrevistados mostraron que la edad promedio de los niños fue mayor que de las niñas, sin embargo, no existieron diferencias estadísticas significativas entre ellos, $t = 1.168$; $\alpha = 0.05$ (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Estadísticas descriptivas de los niños inscritos en el Centro Día No. 1 del DIF, marzo de 2014.

Variable	N		Media		s*		CV (%)*	
	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña
Edad (años)	17	13	8.8	9.5	2.2	3	25	32
Peso (Kg)	17	13	27	30	8.9	13.4	33	45
Talla (m)	17	13	1.28	1.29	0.12	0.15	9	11
*IMC	17	13	15.9	17.3	2	4.2	13	24

*s, desviación estándar; CV (%), coeficiente de variación; IMC, índice de masa corporal ($\text{kg}^2 \cdot \text{m}^{-1}$).

El coeficiente de variación mostró mayor diversidad en la edad de los niños que en las niñas.

Con respecto a las variables antropométricas se observó que el peso promedio de los niños fue de 30Kg y de las niñas 27Kg, por lo que se mostró mayor diversidad en el peso de los niños que las niñas, pero no se observó diferencias estadísticas significativas entre ellos ($t=0.81$ ns; $\alpha= 0.05$).

La estatura tanto de las niñas como de los niños alcanzó valores similares, aunque presentaron mayor diversidad los niños, de acuerdo al coeficiente de variación, conviene apuntar que, no existieron diferencias estadísticas significativas entre ambas partes ($t=0.04$ ns; $\alpha= 0.05$).

Finalmente, el promedio de IMC para ambos casos fue de 16 ($\text{kg}^2 \cdot \text{m}^{-1}$), el coeficiente de variación mostró mayor disparidad en los niños que en las niñas. Se encontraron; además, diferencias estadísticas significativas entre los dos géneros, pero en la media no existieron diferencias estadísticas significativas entre ellos ($t= 1.13$ ns; $\alpha= 0.05$).

Así mismo, para otras investigaciones posteriores se calcula el error de estimación (e) se explican como $e_{edniños} = 0.71$ para la edad de los niños y de $e_{edniñas} = 0.94$ para las niñas; en el caso del peso fueron de $e_{pniños} = 1.42$ y $e_{pniñas} = 1.99$, respectivamente. El error de estimación de la estatura fue de $e_{t niños} = 0.16$ y para las niñas de $e_{t niñas} = 0.21$. El error máximo de estimación del IMC de los niños fue de $e_{imcniños} = 0.67$ y de las niñas de $e_{imcniñas} = 1.11$.

Las niñas presentaron en menor proporción obesidad, seguido de sobrepeso en edad adolescente. Mientras que en edad de crecimiento y desarrollo se mostró peso normal y bajo peso. Para los niños de igual forma presentaron: en menor proporción, obesidad y sobrepeso, y en edades de crecimiento y desarrollo presentaron peso normal y bajo peso.

Podemos observar que en edades primordiales para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas manifestaron bajo peso, este hecho puede condicionar sus niveles de salud en su presente y futuro (Ver cuadro 4).

Cuadro 4. Porcentaje de nivel de IMC (Índice de Masa Corporal) de los escolares inscritos en el Centro Día no. 1 del DIF, marzo de 2014.

Edad (años)	Bajo peso (%)		Peso Normal (%)		Sobrepeso (%)		Obesidad (%)	
	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña
6	3	---	---	3	---	---	---	---
7	7	3	10	3	---	---	---	---
8	3	3	---	---	3	---	---	---
9	3	---	10	3	---	---	---	---
10	---	3	10	---	---	---	---	---
11	---	---	---	8	---	---	---	---
12	---	4	3	3	---	---	---	---
14	---	---	---	---	---	3	---	---
15	---	---	---	---	3	3	---	3

En el mismo diagnóstico se preguntó sobre los servicios públicos y el equipamiento del hogar con los que cuentan los padres de familia. La mayoría de ellos disponen de servicios públicos de drenaje, alcantarillado y electricidad; con respecto al equipamiento de su vivienda cuentan con teléfono celular, estufa con gas, refrigerador, radio y televisión, no tienen teléfono fijo, lavadora, computadora e Internet (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Porcentaje de los servicios públicos y del equipamiento del hogar con los que cuentan los padres de familia del Centro Día No. 1 del DIF, marzo de 2014.

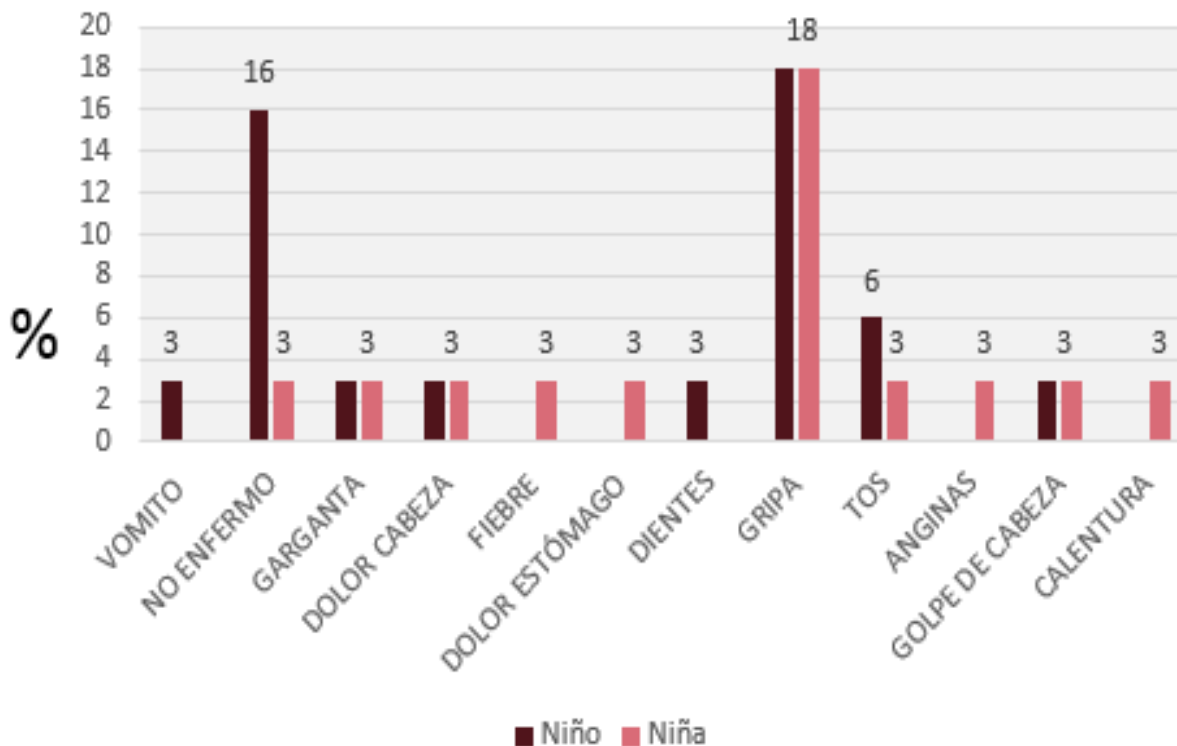
Variable	Si (%)	No (%)
DREN	74	23
ALCA	74	22
ELEC	90	6
TEL F.	23	74
TEL CEL	61	35
EST G	74	23
REFRI	58	39
LAV	35	61
RAD	61	35
TV	81	16
COMPU	29	68
WEB	16	81
ES	35	61

*DREN, Drenaje; ALCA, Alcantarillado; ELEC, Electricidad; TEL F, Teléfono Fijo; TEL CEL, Teléfono Celular; EST G, Estufa con Gas; REFRI, Refrigerador; LAV, Lavadora; RAD, Radio; TV, Televisión; COMPU, Computadora; WEB, Internet y ES, Estufa.

Por otra parte, los padres de familia refieren que la enfermedad más recurrente es la gripa tanto niños, como niñas. Asimismo se aludió que los niños no enferman, en menor proporción presentan vomito o padecimientos dentales. En el caso de las niñas se enferman en menor proporción de fiebre, estómago y

anginas. Ambos sexos se enferman, en igual proporción de garganta, dolor de cabeza, golpe de cabeza y tos (Ver grafica 10).

Es revelador señalar que el hecho de enfermarse depende del sexo de los infantes ($X^2= 5^*$; $\alpha=0.05$).



Gráfica 10. Porcentaje de las principales enfermedades manifestadas por los padres de los infantes inscritos en el Centro Día No. 1 del DIF, marzo de 2014.

Así mismo, se les pregunto ¿Hace cuanto tiempo se enfermo su hijo(a)? en mayor proporción no se enfermaron; hace una semana se enfermaron de “vómito, dolor de cabeza, dolor de estómago, gripa y tos”; hace un mes fue de “vómito, garganta, dolor de cabeza, gripa y calentura”; hace dos meses presentaron “anginas y golpe de cabeza”; hace tres meses tuvieron dolor de dientes, gripa y tos; hace cuatro meses solo fue de tos; hace cinco mese fue de gripa; hace seis meses presentaron “fiebre y gripa” y hace un año solo fue de gripa (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Porcentaje de la enfermedad presentada en los escolares inscritos en el Centro Día No. 1 DIF, marzo de 2014

CUANTO TIEMPO SE ENFERMO (%)									
Enfermedad	No enfermó	Hace una semana	Hace un mes	Hace dos meses	Hace tres meses	Hace cuatro meses	Hace cinco meses	Hace seis meses	Hace un año
Vómito	---	4	3	---	---	---	---	---	---
No enfermó	21	---	---	---	---	---	---	---	---
Garganta	---	---	3	---	---	---	---	---	---
Dolor de cabeza	---	3	3	---	---	---	---	---	---
Fiebre	----	---	---	---	---	---	---	3	---
Dolor de estómago	---	3	---	---	---	---	---	---	---
Dientes	---	---	---	---	3	---	---	---	---
Gripa	---	6	13	---	3	---	3	6	3
Tos	---	3	---	---	3	4	---	---	---
Anginas	---	---	---	3	---	---	---	---	---
Golpe de cabeza	---	---	---	3	---	---	---	---	---
Calentura	----	---	3	---	---	---	---	---	---

Quando los infantes se enfermaron de vómito y gripa los padres de familia manifestaron que acudieron al IMSS para la atención médica; para el dolor de

estomago fue autómédicación; fueron a la farmacia para la atención de la “garganta, gripa y fiebre”; asistieron al Centro de salud para “dolor de dientes, tos, gripa y anginas”; optaron Seguro Popular en el caso de “garganta y gripa”; asistieron a un similar para la atención en “garganta y gripa”; en el DIF acudieron por “gripa”; asistieron al médico particular por “dolor de cabeza”; asistieron al servicio médico de la escuela por “golpe de cabeza” y la mayoría de ellos no enfermó (ve cuadro 7).

Cuadro 7. Porcentaje sobre la pregunta ¿De qué se enfermó el infante inscrito en el Centro Día no. 1 del DIF? y ¿A dónde acudio para su atención?, marzo de 2014.

Enfermedad	PORCENTAJE DE ¿A DÓNDE ACUDIO EL PADRE DE FAMILIA PARA LA ATENCIÓN DE SU HIJO (A)? ¿CUANDO ENFERMÓ? (%)									
	IMS S	AUTOMEDICA CIÓN	FARMA CIA	NO ENFER MÓ	CENT RO DE SALUD	SEGUR O POPUL AR	SIMIL AR	DI F	DOCTOR PARTICUL AR	SERVIC IO MÉDIC O DE LA ESCUE LA
Vómito	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---
No enfermó	---	---	---	20	---	---	---	---	---	---
Garganta	---	---	3	---	---	3	3	---	---	---
Dolor de cabeza	---	---	---	---	---	---	---	---	3	---
Fiebre	---	---	---	---	---	---	3	---	---	---
Dolor de estómago	---	3	---	---	---	---	---	---	---	---
Dientes	---	---	---	---	3	---	---	---	---	---
Gripa	10	---	3	---	3	3	3	13	---	---
Tos	---	---	---	---	10	---	---	---	---	---
Anginas	---	---	---	---	3	---	---	---	---	---
Golpe de cabeza	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3
Calentura	---	---	3	---	---	---	---	---	---	---

Los padres de familia declaran que invirtieron de \$0 (pesos) a \$600 (pesos) en la atención médica de su hijo(a) al acudir a los siguientes servicios de atención médica (ver cuadro 8):

De \$0 (pesos) fueron a: IMSS, Centro de Salud, Seguro Popular, DIF, Servicio Médico de la escuela.

De \$80 (pesos) acudieron a: Doctor Particular.

De \$90 (pesos): Similar.

De \$100 (pesos): Farmacia, Centro de Salud, DIF y Doctor Particular.

De \$200 (pesos): IMSS.

De \$300 (pesos): Automedicación, Centro de Salud y Doctor Particular.

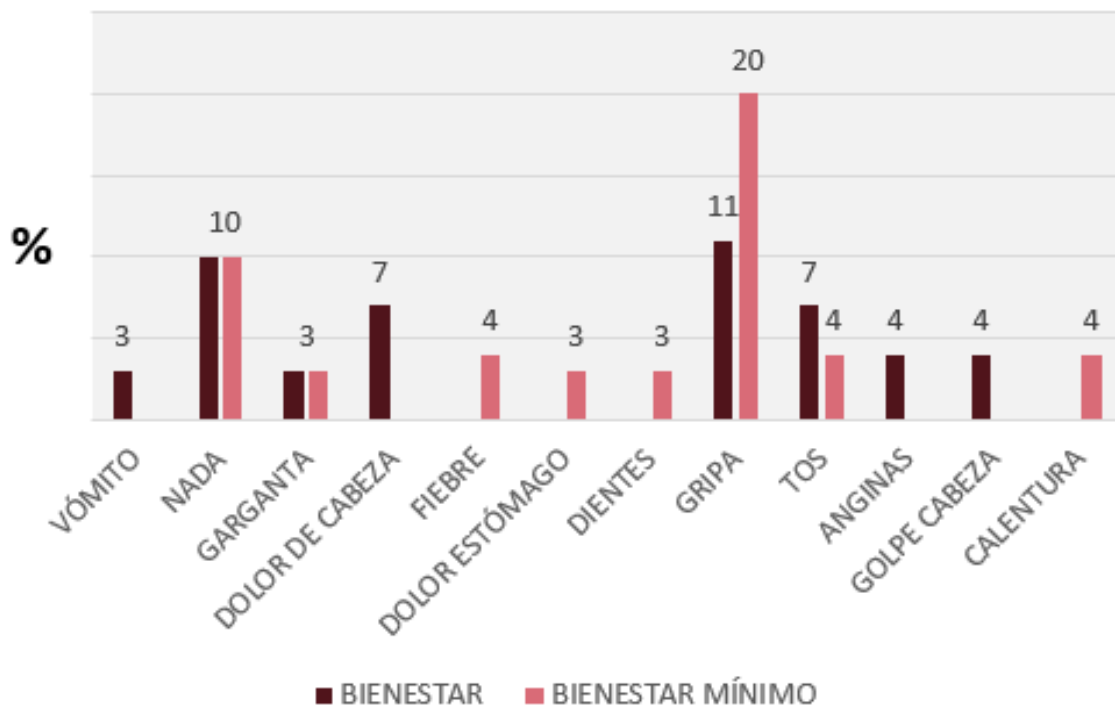
De \$600 (pesos): Doctor Particular.

Cuadro 8. Porcentaje referente a la cuestión ¿Cuánto gasto el padre de familia en la atención médica de su hijo(a) inscrito en el Centro Día No. 1 DIF, marzo de 2014.

GASTO \$ (Pesos)	PORCENTAJE DE ¿ A DÓNDE ACUDIÓ EL PADRE DE FAMILIA PARA LA ATENCIÓN DE SU HIJO (A) CUANDO ENFERMÓ? (%)									
	IMSS	AUTOMEDICACIÓN	FARMACIA	NO ENFERMÓ	CENTRO DE SALUD	SEGURO POPULAR	SIMILAR	DIF	DOCTOR PARTICULAR	SERVICIO MÉDICO DE LA ESCUELA
\$0	10	---	---	23	13	3	---	6	---	3
\$80	---	---	---	---	---	---	---	--	3	---
\$90	---	---	---	---	---	---	3	--	---	---
\$100	---	---	3	---	3	---	---	6	3	---
\$200	3	---	---	---	---	---	---	--	---	---
\$300	---	3	---	---	3	---	---	--	3	---
\$600	---	---	---	---	---	---	---	--	6	---

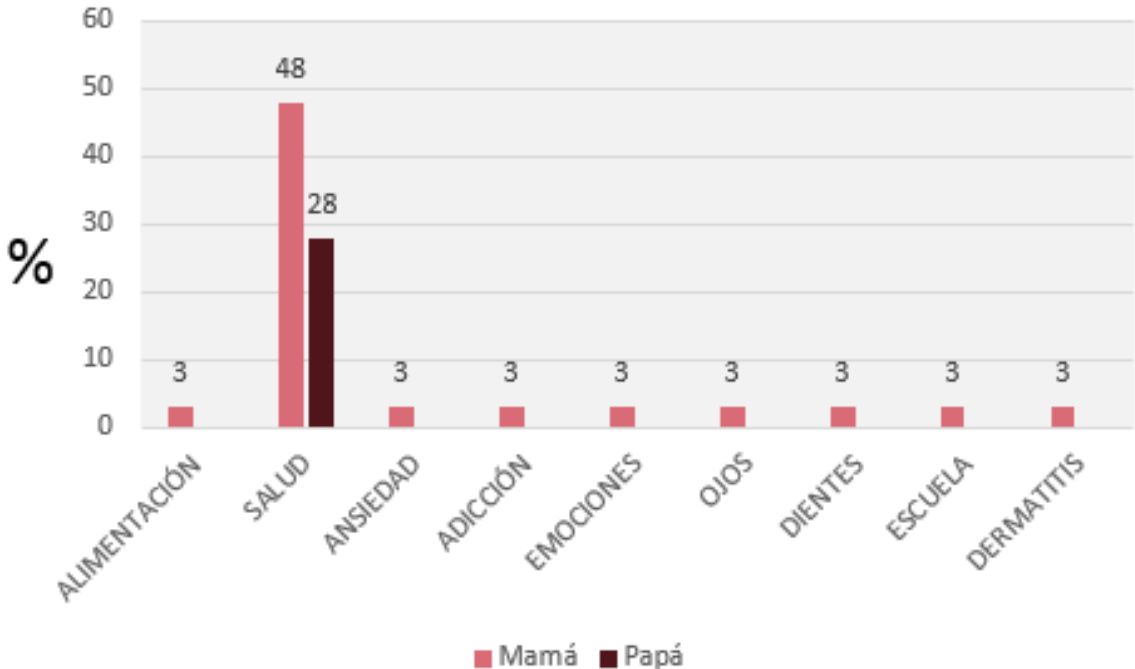
El gasto que realizaron en la atención médica fue estadísticamente dependiente del lugar a donde acudieron ($X^2= 0^*$; $\alpha=0.05$).

Los padres de familia que se encuentran en una línea de Bienestar Mínimo, manifestaron que su hijo(a) se enferma de “gripa, dolor de estómago, fiebre y enfermedades en la garganta”. Mientras que los que cuentan con la línea de Bienestar, refieren que su hijo(a) se enfermó de “gripa, tos y dolor de cabeza” en mayor proporción, en un porcentaje mínimo presentaron “vómito, garganta, anginas y golpe de cabeza”, es decir, se observó que quienes se posicionaron en la línea de bienestar mínimo son los que se enferman con mayor frecuencia (ver gráfica 11).



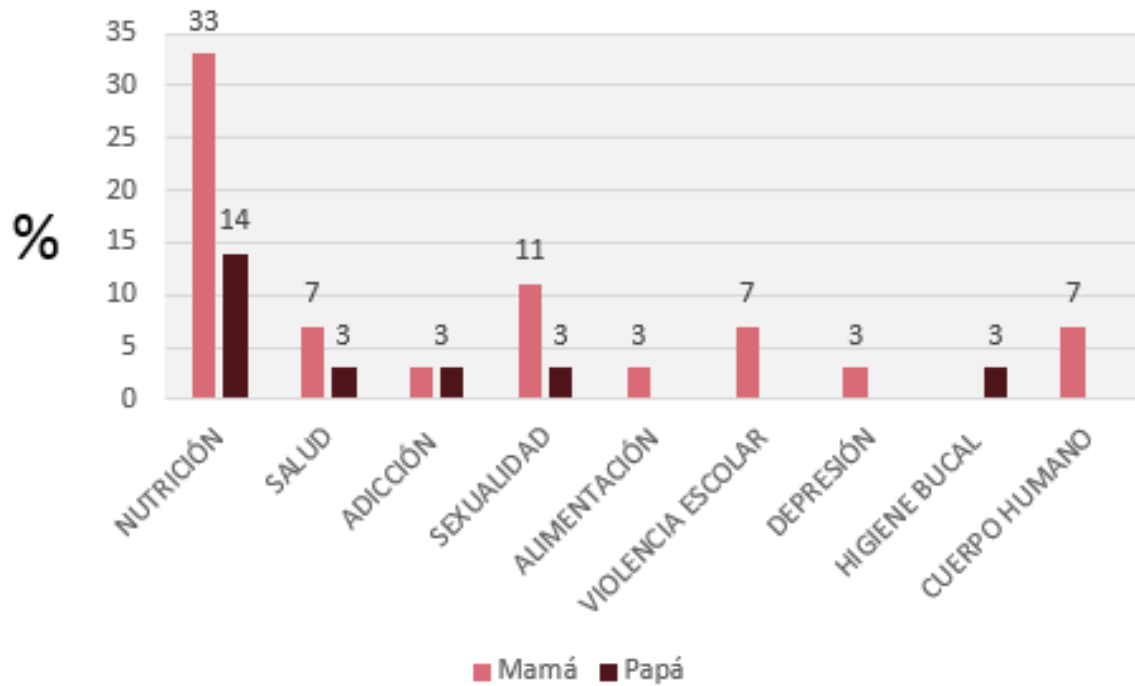
Gráfica 11. Porcentaje de las líneas de bienestar mínimo y de bienestar con respecto a las enfermedades de los niños (as) inscritos en el Centro Día No. 1 DIF ,marzo de 2014.

Durante la infancia la preocupación principal de los papás es únicamente la salud física general de su hijo(a). En cambio para las mamás, además, de interesarles el estado de salud física de su hijo(a), les preocupó otro tipo de enfermedades como la dermatitis, caríes dentales, infecciones en los ojos, enfermedades emocionales, la ansiedad, las adicciones y nutrición de los infantes (ver gráfica 12).



Gráfica 12. Porcentaje de las principales preocupaciones de los padres de familia sobre sus hijos (as) inscritos en el Centro de Día No. 1 DIF, marzo de 2014.

El tema que les gustaría conocer tanto a las madres como a los padres de los niños, fue en primera instancia la nutrición de sus hijos. A las mamás, en segundo lugar les intereso la salud sexual, en menor proporción los temas referentes a la violencia escolar y la anatomía del cuerpo humano, el efecto de las adicciones, la limpieza bucal y la depresión. A los papás, en menor medida les inquieta conocer temas sobre salud, adicciones, sexualidad e higiene bucal (ver gráfica 12).



Gráfica 12. Porcentaje de los temas de interés que tienen los padres de familia de los niños(as) inscritos en el Centro de Día No. 1 DIF, marzo de 2014.

El tercer instrumento de investigación consistió en una guía de observación en el Centro de Día No.1 DIF, realizada en julio 2014, a través de ella, en el espacio se observó lo siguiente:

1. Cuenta con instalaciones con dos niveles. En la planta baja se encuentra la entrada al Centro y la recepción, está última al cuidado de policías (ver imagen 1 y 2).



Imagen 1. Entrada del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.



Imagen 2. Recepción del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

En seguida se encuentra un salón pequeño en donde se encuentra el área de trabajo social, una de sus cualidades es su óptima ventilación (ver imagen 3).

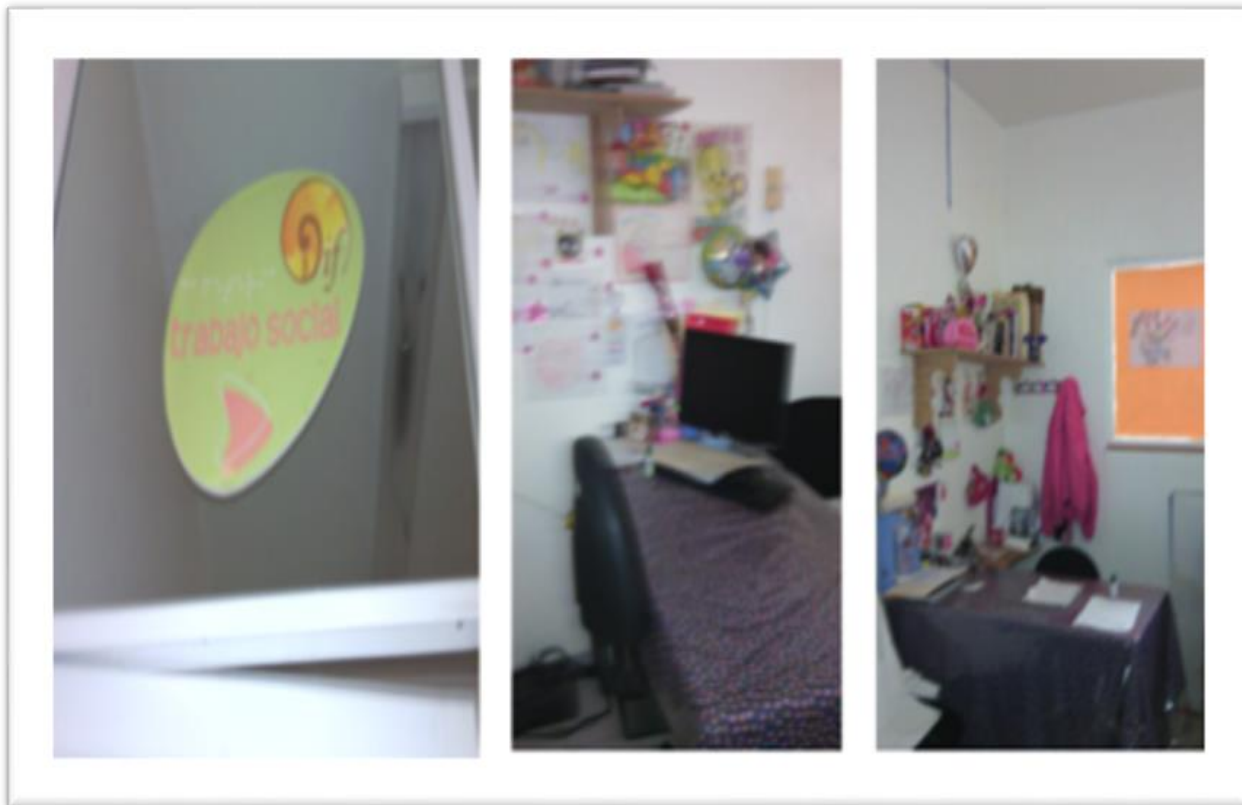


Imagen 3. Área de trabajo social del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

Al fondo se dispone un baño para el personal del Centro, el cual cuenta con un escusado, lavabo y un espejo (ver imagen 4).



Imagen 4. Baños del personal del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

En la planta alta, están los baños para los escolares, los cuales están divididos una sección para niños y otra para niñas. Cada baño cuenta con tasa de acuerdo a la edad, así como lavabo, jabón líquido y una toalla para el secado de manos y cada baño cuenta con puertas (ver imagen 5 y 6).



Imagen 5. Baños de los niños del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.



Imagen 6. Baños de las niñas del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

También, el Centro se compone de la oficina de la Dirección y la Coordinación del (ver imagen 7 y 8).

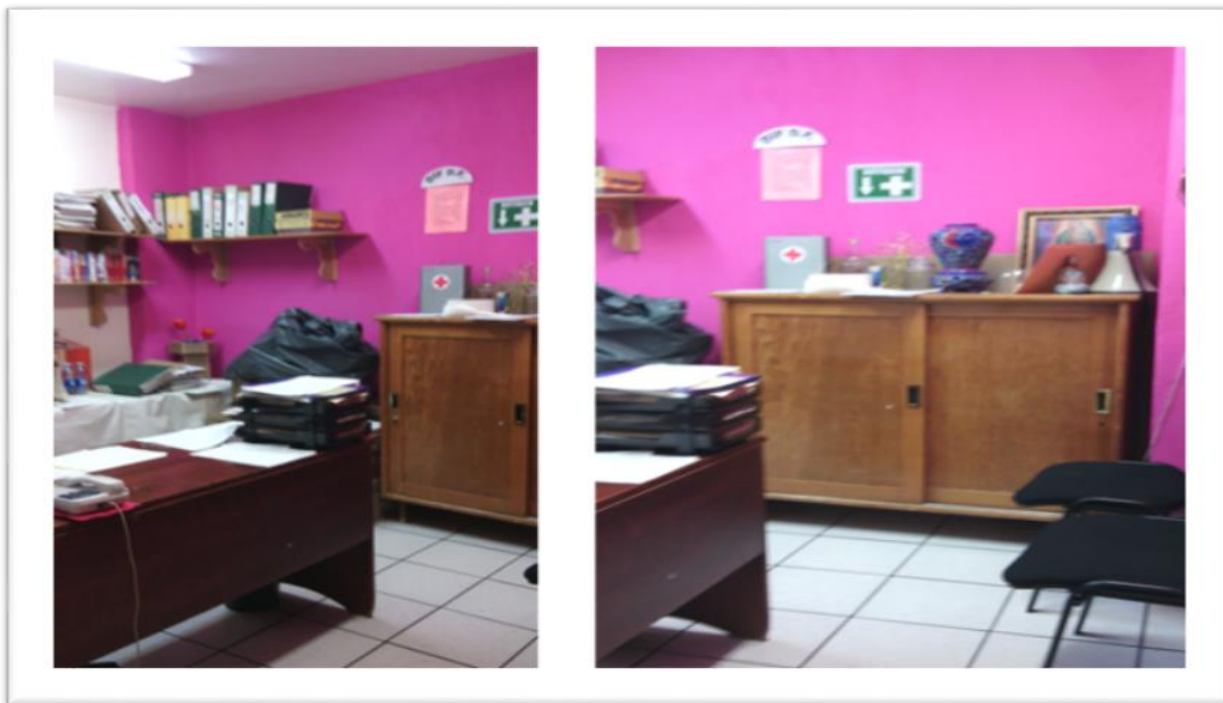


Imagen 7. Oficina de la Directora del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.



Imagen 8. Coordinación del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

Frente a la Coordinación se encuentran dos aulas, destinadas para los niveles de primaria mayor y secundaria. El aula de primaria mayor presenta una adecuada ventilación a que le favorecen cinco ventanas, solo en dos de ellas se puede ver hacia el exterior del Centro (ver imagen 9).



Imagen 9. Primaria mayor del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

El aula de secundaria tiene un ventilador en el techo y prescinde de ventanas (ver imagen 10).



Imagen 10. Aula de secundaria del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

Existen tres aulas para llevar a cabo de los talleres; en la primera principalmente se realizan juegos o es utilizado por el mismo personal del Centro, no posee recurso alguno para facilitar la ventilación (ver imagen 11).



Imagen 11. Taller 1 del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

La segunda aula para taller, no cuenta con ventanas y sólo está el marco de la puerta, sin que allá puerta para cerrar (ver imagen 12).



Imagen 12. Taller 2 del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

El tercer salón para taller sí cuenta con puerta, pero no con ventanas (ver imagen 13).



Imagen 13. Taller 3 del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

Se cuenta con un aula para primaria menor, principalmente destinada para la enseñanza de los pre-escolares, no cuenta con ventilación (ventanas, ni ventilador) (ver imagen 14).



Imagen 14. Primaria menor del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

A la salida de tal aula está la cocina, la cual tiene un lavabo, tubos de desahogo de humo, además de estufa, refrigerador y ventanas (ver imagen 15).

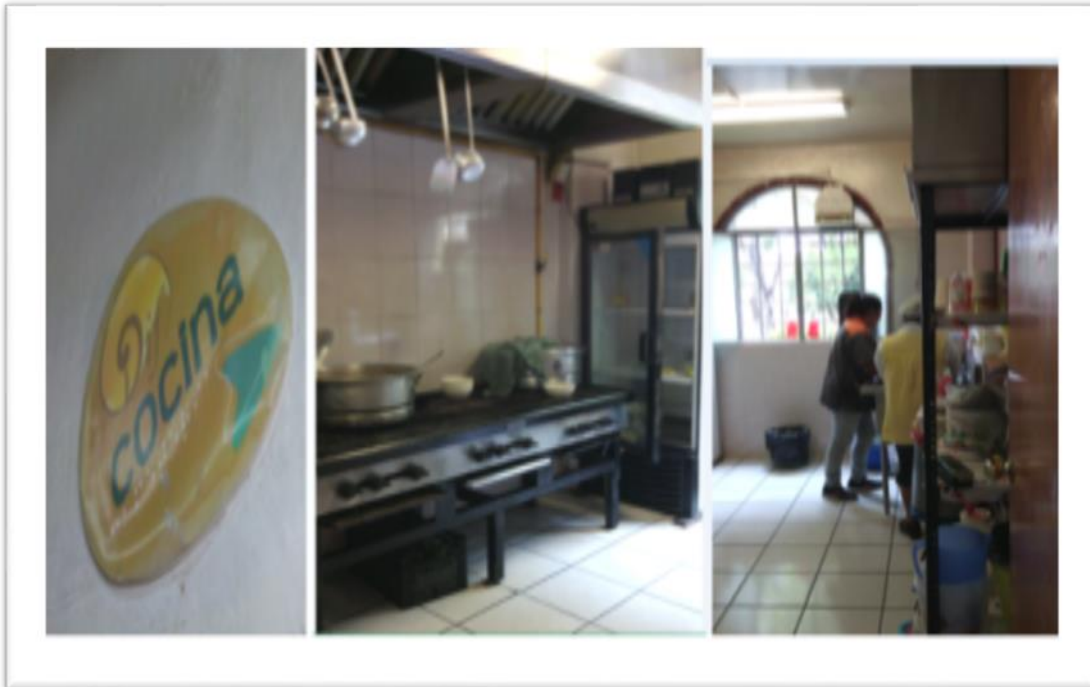


Imagen 15. Cocina del Centro de Día No. 1 DIF, julio de 2014.

Enseguida se encuentra el comedor exclusivo para los escolares y el personal del Centro, es amplio, se encuentra en buenas condiciones y si está ventilado (ver imagen 16).



Imagen 16. Comedor de Centro del Día No. 1 DIF, julio de 2014.

Retomando la primera parte de la Guía de observación a grosso modo el Centro cuenta con instalación de luz, agua, gas, drenaje e Internet. Sin embargo, no cuenta con un patio al aire libre dentro de las instalaciones.

2. Organización: la organización en parte se cumple a través los horarios de alimentación, los cuales están bien establecidos y se respetan; el desayuno se sirve de 9:00 am a 11:00 am, la comida para el turno matutino se sirve de 1:00 pm a 1:30 pm y para el turno vespertino se sirve de 2:00 pm a 3:30 pm. Después del desayuno o comida, los escolares se dirigen a las aulas.

Puesto que no se dispone de un patio al aire libre, los maestros llevan a los escolares a un parque cercano en los horarios de 12:00 pm y de 4:00 pm. El parque está a una cuadra del Centro y cuenta con áreas verdes y juegos, donde los escolares juegan y practican deporte.

En un aula de taller se encuentra un televisor, solo una vez por semana los escolares pueden ver películas.

La organización también estriba en realizar pláticas con los padres de familia, en estas se exponen temas especializados, o se aborda información que al Centro le atañe. Empero, no existen pláticas dirigidas a instruir al personal para optimizarla.

3. Recursos humanos. Para el número de los escolares que asisten al Centro de Día no. 1 del DIF, el personal que labora es suficiente y ahí se desempeña de manera temporal. Al personal lo constituyen son dos trabajadoras sociales, dos talleristas de derechos y valores, cuatro maestras, dos cocineras, una maestra de preescolar, una maestra de primaria mayor y una de primaria menor. El Centro no cuenta con enfermera, nutrióloga y jardinero.

4. Recursos materiales. La recepción se compone de un escritorio grande y un pequeño, una silla y sillas de espera, así como en la pared está un pizarrón. En el área de trabajo social se encuentran dos escritorios y en sillas en cada uno, hay repisas que contienen libros, una computadora, un pizarrón y, además motivos decorativos. Tanto el sanitario de los escolares como el del personal tienen papel higiénico y jabón. En la oficina de la directora del Centro se encuentran un escritorio, una silla y dos sillas para usuarios, repisas, estantes con libros, una computadora, teléfono, un botiquín de primeros auxilios, la coordinación escolar se conforma de dos escritorios, dos sillas, una computadora, repisas, libros y decoración. En aula de primaria menor contiene pocas sillas, mesas de pequeñas dimensiones, sobre todo juguetes, libros y decoración para la edad, así como un escritorio y silla para el personal. El aula de primaria mayor presenta sillas, bancas, estantes con libros, un escritorio, silla para el personal que imparte clase, un pizarrón con plumones, borrador y está decorado de acuerdo a la edad. El aula de secundaria tiene un pizarrón con plumones, borrador, bancas y sillas, así como un estante con libros, motivos decorativos que hacen alusión a la edad, tiene un escritorio y silla para el personal. En el aula para taller se encuentra una computadora, un escritorio y diversas sillas. En la siguiente aula para taller, se dispone de bancas, sillas, un escritorio, una silla, una televisión grande, películas, un pizarrón, plumones y borrador. En la siguiente aula para taller se encuentran

bancas, sillas, un escritorio, una silla, un pizarrón con plumones, borrador asimismo está decorado para la edad, cuenta con repisas y libros para los escolares. La cocina cuenta con estufa, refrigeradores, lavabo para platos, ollas, utensilios de cocina, utensilios para servir la comida, repisas, papel higiénico, trapos para limpieza, bote de basura y cada cocinera cuenta con delantal y cofias. Finalmente, el comedor se compone de mesas y sillas para servir el desayuno y la comida.

5. Actitud y disposición del personal. En general, la actitud del personal y de la directora fue buena; desde un principio mostraron interés en la investigación y facilitaron el acceso al Centro, manifestaron inclinación por algunos temas que resultan útiles para los escolares, por ejemplo, la alimentación. Durante las visitas se distinguieron por su amabilidad, sus capacidades de manejo de grupo y habilidades para el aprendizaje de los escolares, solo por cuestiones de seguridad y confidencialidad omitieron información de los infantes.

6. Uso de programas: los programas con los que opera el Centro son, el Manual Operativo y la Planeación mensual y anual del personal que está frente a grupo.

7. Menús: los menús son elaborados y elegidos de acuerdo a la alimentación que establece el DIF.

8. Actividad física o recreación: realizan actividad física tres veces a la semana en el parque cercano a las instalaciones del Centro, las actividades son de motricidad, correr, realizar juegos (atrapadas, encantados, policías y ladrones etcétera).

9. Prácticas de Promoción de la Salud en el Centro de Día No.1 DIF (ver cuadro 7).

Cuadro 7. Prácticas de Promoción de la Salud en el Centro de Día No. 1 DIF identificadas por las investigadoras durante la realización de la guía de observación en julio 2014.

Prácticas de promoción de la salud encontradas:

Prácticas de Promoción de la Salud (Líneas de acción de la Carta de Ottawa)	Prácticas de Promoción de la Salud observadas en el Centro de Día No. 1 DIF	Líneas de acción del programa del Centro de Día No. 1 DIF
Política pública saludable	Es un programa social, derivado de una política social que fomentan la lógica de mejorar las condiciones de vida de la niñez que se encuentra en condiciones vulnerables.	Se supervisan las áreas técnicas para establecer políticas generales, se llevan controles administrativos de recursos, se crean redes de apoyo interinstitucional.
Crear entornos de apoyo	Dicho Centro pretende contribuir al crecimiento del ejercicio de los derechos de los escolares de bajos recursos e igualmente intenta disminuir la posibilidad de acceder a un contexto de situación de calle o abandonar los estudios así se pretende mejorar las condiciones de vida del presente y del futuro de los niños.	Definen el sistema sociológico sobre el que está estructurado el niño y su familia y se tienen seguimientos de casos.
Desarrollar las habilidades psicosociales	El Centro imparte clases y talleres con el fin de apoyar a los niños en su desarrollo individual y	El Centro a través del área de psicología detecta mecanismos de conducta que han llevado

	colectivo. ¿Cómo lo consigue? a través de la educación para la salud, la potencialización de habilidades para la vida, de diversas dinámicas, como talleres de expresión corporal, derechos, valores, regularización.	al niño y a su sistema familiar a una dinámica disfuncional. Para ello se investiga la situación escolar del infante para implementar un plan de acción y dar seguimiento. Así mismo, se incorpora al niño a la educación formal o al sistema abierto y se otorgan clases y talleres.
Avanzar hacia el futuro	El Centro crea en los niños ambientes para su vida cotidiana, donde aprenden, estudian, juegan de esta forma pueden mejorar sus condiciones individuales y sociales para su presente y su futuro.	El Centro incorpora o reincorpora a los niños en la educación formal o al sistema abierto. Investiga la situación escolar del niño e implementan un plan de acción y le dan seguimiento.
Abogar	El Centro ha abogado por las condiciones de los niños para que éstas sean favorables a través de una política social por que incorpora o inscriben a los niños que presentan desigualdad o inequidad en la sociedad	A partir de la creación del Centro se ha pretendido abogar en la construcción de una cultura de prevención y equidad, una cultura de derechos para promover y fortalecer su educación.

	ó incluso en su familia.	
Mediar	El Centro pretende mediar a través de sus diferentes áreas, los grupos profesionales, los padres de familia etc. para llevar a cabo la consecución de mejorar las condiciones de salud y vida de los infantes. Empero, aún no se centra el apoyo e involucramiento de los familiares de los escolares.	Los profesionales realizan pláticas con los padres de familia una vez a la semana o una vez quincenalmente para tener contacto con éstos.

Al término de la guía de observación, como cuarto instrumento de nuestra planeación estratégica, se realizó el taller con los escolares, cabe mencionar que el taller se propuso e impartió como una estrategia de vinculación entre la institución y las investigadoras por lo que solo se agrega memoria fotográfica (ver anexo 8).

Durante el quinto y último momento de planeación, se llevó a cabo un grupo focal con el personal del Centro del día No. 1 DIF, el cual tuvo como propósito realizar un análisis FODA y responder a algunos cuestionamientos.

El análisis FODA se video grabo (ver anexo 10 en CD), para realizar este proceso fue necesario elaborar un guion de la intervención del mismo (ver anexo 9).

Las investigadoras dieron la bienvenida al grupo e informaron el objetivo de esta argumentación, el cual fue: Conocer qué problemas organizacional e

institucional, presenta el Centro para su operación con el fin de indagar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).

Enseguida se inició con la técnica rompe hielo denominada “Mi emoción en estos momentos es...” con el personal del Centro, con tal técnica se permitió generar un ambiente de empatía con el personal, así como la integración del mismo.

Posteriormente, se realizó el análisis FODA con el personal; en este proceso tanto se tomaron fotos, como se video-grabo (ver anexo 10).

Los resultados que se obtuvieron del análisis FODA fueron manifestados por el personal del Centro de Día No.1 DIF, los cuales fueron vaciados en el cuadro propuesto por el Posgrado de Salud (2010, ver cuadro 8).

Cuadro 8. Resultados del análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas) manifestados por el personal del Centro de Día No. 1 DIF, en julio 2014.

	FACTORES INTERNOS FORTALEZAS	FACTORES EXTERNOS OPORTUNIDADES
Aspectos Positivos	<p>“La capacidad del personal..</p> <p>Años de experiencia.</p> <p>Actitud para realizar tareas y obligaciones.</p> <p>Hacer lo que nos gusta, experiencia con el tipo de programa en el que trabajo.</p> <p>Asistencia de los niños al programa”.</p>	<p>Conocer más a las personas para abrir otros campos laborales.</p> <p>Conocer gente y lugares.</p> <p>La intención de mejorar individual y colectivamente en el Centro.</p> <p>Aprendizaje en el Centro.</p> <p>Termino de una carrera.</p> <p>Esperiencia para laborar en otras dependencias.</p> <p>Herramientas para tener éxito.</p> <p>Desarrollo personal y profesional.</p>
Aspectos Negativos	<p>DEBILIDADES</p> <p>Mi trabajo no es seguro, por la falta de apoyo de las autoridades del Centro y del DIF.</p> <p>Sueldos bajos.</p> <p>No hay prestaciones</p> <p>Carencia de material</p> <p>Falta de espacio para los escolares y el personal.</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>Pobreza.</p> <p>Desnutrición.</p> <p>El estrés con los niños más vulnerables.</p> <p>Los padres no saben leer , ni escribir.</p> <p>Nivel escolar bajo de los padres.</p>

	Muebles no adecuados. Falta de capacitación por áreas. No hay basificación para el personal. Falta de apoyo de las autoridades o directivos. No se cuenta con un periodo vacacional. Estrés laboral.	Desatención de los padres. Deserción escolar. Peligros existentes en la calle. Apatía por parte de los padres de familia y de sus hijos.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como parte del grupo focal, al término del análisis FODA el personal del centro respondió a una serie de preguntas que dieron respuesta a la identificación de las necesidades que presentan en su área de trabajo, así como propuestas para la mejora y desarrollo de su área de trabajo.

Partiendo de cada pregunta, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

¿Qué tipo de problemas laborales se han encontrado para desempeñar su trabajo?

El personal del centro expuso que los problemas laborales para desempeñar su trabajo son: el espacio de trabajo es reducido, escaso material de apoyo pedagógico, mala comunicación entre compañeros, falta de capacitaciones por áreas, ausentismo de padres de familia y de los escolares.

¿Cuáles son sus necesidades como trabajadores para desarrollar óptimamente su trabajo?

Las necesidades que presentan el personal del centro para desarrollar su trabajo son obtener un salario digno, así como percibir prestaciones, la basificación y un tiempo de vacaciones.

A lo largo del tiempo que lleva laborando el Centro del día qué problemas de salud-enfermedad han observado con gran frecuencia en niños inscritos en el Centro, medio por el cual se identificaron situaciones como: pobreza en las familias de los escolares, así como desnutrición, vulnerabilidad a situaciones de adicciones y violencia, desatención de los padres de familia, falta de espacios recreativos y deserción escolar.

¿Qué necesidades considera que presentan las y los niños del Centro del día para su óptimo desarrollo biopsicosocial?

Los trabajadores del centro del día, consideraron que algunas de las necesidades es generar espacios grandes para su recreación, falta de una vivienda segura, el apoyo de los padres para que los escolares no abandonen la escuela, mayor apoyo por parte de los padres para mejorar la nutrición de los escolares en casa.

Otras consideraciones que el personal menciona es que ha contribuido a mejorar las condiciones de salud de los escolares principalmente en la alimentación, ya que antes consumían: sabritas, vasos de sopa maruchan y refresco, en vez de pensar en ingerir alimentos saludables, ya que sus mamás no cuentan con las herramientas como para saber qué es lo que van a comer, entonces al entrar al Centro de día, es cuando empiezan a tener una comida balanceada. Así también se fomentado en la educación y los valores como dar gracias, saludar y pedir las cosas por favor. Asisten a la escuela de manera regular, se les brinda a tención y cariño, porque en sus casas carecen de ese afecto. Se ha apoyado en los conocimientos integrales en salud y se les ayuda a la realización de sus tareas y en otras áreas

¿Qué propuestas aportarían para mejorar los problemas que se presentan en el Centro del día para su mejor funcionamiento?

El personal del centro propuso las siguientes alternativas para contribuir al mejoramiento de los problemas que se presentan en su área de trabajo:

- Mejor comunicación y organización entre compañeros de trabajo.

- Solidaridad con el compañero de trabajo tomando en cuenta valores como la tolerancia, el respeto y la comprensión.
- Solicitar e insistir con las autoridades competentes un espacio de trabajo más amplio en donde los escolares puedan convivir sanamente y el personal del centro pueda desarrollar óptimamente su trabajo, así también solicitar e insistir en capacitaciones idóneas por cada área.
- Buscar capacitaciones por cuenta propia y como equipo de trabajo retroalimentarnos.
- Solicitar como trabajadores algún tipo de estímulo para el personal que realice con esfuerzo y dedicación su trabajo para con los escolares.
- Solicitar abastecimiento de material pedagógico y saber administrar los pocos materiales que existen.
- Duplicar esfuerzos para que los escolares mejoren su aprovechamiento escolar y no abandonen la escuela.
- Promover más el acercamiento de los padres de familia al centro.
- Observación y canalización de los escolares a instancias que atiendan problemas de desnutrición.
- Ampliar al personal del Centro para que cubran cada grado.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se da respuesta al Planteamiento del problema, es por ello que se irá mencionando cada punto.

Como primer apartado se hizo mención sobre ¿Cuáles son los factores que influyen en las condiciones de salud de los niños inscritos en el Centro de Día no. 1 DIF? Se observó que los factores que influyen en las condiciones de los niños es el nivel de escolaridad de los padres de familia, ya que éstos hicieron mención en la encuesta que la mayoría son comerciantes con un nivel de escolaridad en primaria o no tuvieron estudios y de acuerdo al análisis estadístico realizado, se observó que la escolaridad es dependiente de la ocupación.

El salario es otro factor de suma relevancia para el análisis de las condiciones de vida, por lo que se analizó de acuerdo al estatuto del CONEVAL el salario necesario para comprar una canasta básica, ya que de acuerdo a la información del CONEVAL, se necesita de \$2,628.00 para adquirir una canasta básica y contar con una línea de bienestar, por debajo de esta cifra, se tendría un bienestar mínimo. Ante ello los resultados obtenidos en la encuesta que se realizó a los padres de familia en marzo de 2014, respondieron que en un mes las mamás encuestadas, cuentan con un ingreso familiar de \$1,563.6 y los papás de \$2,028.00. Estos resultados demuestran que los dos padres de familia se sitúan en una línea de bienestar mínimo, porque están por debajo de las cifras establecidas por el CONEVAL para adquirir una canasta básica en un mes, por lo que esto es un factor determinante en las condiciones materiales de vida y salud de sus hijos. Cabe mencionar que los datos establecidos de bienestar mínimo y bienestar, establecidos por el CONEVAL tienen fecha al mes de marzo 2015, sin embargo, para Octubre de 2015 se homologo los salarios mínimos de toda la población mexicana, por lo que se tendría que analizar si esta homologación cambia los datos que se obtuvieron en el diagnóstico realizado, pero esto sería para estudios futuros.

Otro factor que se observó en este análisis es la diferencia entre el salario obtenido por los hombres y de las mujeres. Queda abierta la posibilidad de estudiar para estudios futuros la desigualdad de género como una determinante de la precariedad de las condiciones de vida.

Podemos aseverar que los padres de familia que tienen inscritos a sus hijos en el Centro de Día no.1 DIF cuentan con un bienestar mínimo, que de acuerdo al análisis realizado es dependiente de la escolaridad con la que cuentan sus progenitores, sin embargo, no hay que perder de vista que estos elementos forman parte de procesos más complejos: económico, político y cultural. Si los padres de familia cuentan con una escolaridad mínima, lo que corresponde a la mayoría, según Laurell (1981) las formas de inserción en los medios de producción, como el trabajo doméstico o ser empleado, son condiciones laborales precarias y por lo tanto condiciones materiales de vida y de salud también son precarias, lo que se traduce, en este caso, en bienestar mínimo. El trabajo tiene el propósito de generar satisfactores para la subsistencia, pero la subsistencia de los padres de los escolares es mínima de acuerdo a lo observado.

A decir de Breilh (1989) el concepto de salud esta históricamente determinado a lo largo de la vida de las personas, en este caso los padres de familia encuestados, obedeció las condiciones de vida en las que están insertos.

Las condiciones materiales de vida en las que viven los padres se expresan mediante la vivienda que habitan. A partir de nuestras observaciones, al estar en un bienestar mínimo su vivienda era en la mayoría de los casos un cuarto, rentado o prestado.

Por lo anterior y al observar las condiciones en las que se encuentran los padres de familia encuestados, se notó que las condiciones de salud de sus hijos principalmente en niños en crecimiento y desarrollo presentan bajo peso para la edad de acuerdo a lo establecido en la cartilla nacional de salud (2015). Es decir, el sistema de contradicción, siguiendo a Breilh, determina las formas de enfermar y morir.

También se aludió a las enfermedades más frecuentes en sus hijos, las cuales con mayor proporción tanto para niño como niña fue “gripa”, enseguida “dolor de cabeza, golpe de cabeza y tos”. El acceso a los servicios es en primera instancia al IMSS, o bien se recurre a la automedicación, solo asisten a la farmacia, al Centro de Salud, al seguro popular, farmacia similar, al DIF y al servicio médico de la escuela.

Así mismo, nos percatamos que el gasto promedio de la atención en salud de los padres para sus hijos es equivalente a \$0.00 si solo acuden al IMSS, o porque no enfermó de nada o acuden al Centro de Salud o al Seguro Popular, al DIF y al Servicio Médico de la Escuela. En cambio asisten a servicios privados el costo llega hasta los \$600.00, lo cual significa casi un 50% de su salario.

Como lo menciona Blanco y López (s/f), las condiciones en las que se ejecuta la reproducción social de los grupos humanos, en este caso los padres de familia del Centro de Día no. 1 DIF, incluyen diversas dimensiones tales como: las condiciones de trabajo, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes y servicios, así como el acceso a la calidad en salud.

Finalmente, la mayoría de los jefes de familia encuestados han migrado de Estados como Oaxaca, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Guadalajara y Veracruz sin encontrar las condiciones que les permitan desarrollar una vida con bienestar. Dado el contexto de vulnerabilidad de la migración, ser indígenas y pobres potencializa la discriminación y la estigmatización, por lo tanto, tienen mayor dificultad para acceder a bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas y contribuir en la mejoría de las condiciones de vida de sus hijos.

Con base en lo anterior, hacemos alusión a Servin (2013) y a la Alianza por los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes en México, que los menores en nuestro país tienen malas condiciones de vida, ya que las autoridades como agente externo no han sido capaces de garantizar condiciones mínimas de salud, educación y seguridad para las familias. Sin embargo, no podemos generalizar que todos los menores viven en condiciones de vulnerabilidad, ya que en el D.F.

existen zonas en la que los menores si cuentan con buenas condiciones materiales de vida, como en las zonas de Polanco, Colonia del Valle o en Delegaciones como Benito Juárez o Coyoacán.

Ante ello se observa que las autoridades o bien el Estado garante de los Derechos, no ha logrado garantizar condiciones adecuadas para la niñez que se encuentra vulnerable, ante esta falta de compromiso, éste genera otras formas para cubrir estas necesidades a través políticas sociales que se a su vez generan programas que en la mayoría se vuelven asistencialistas y solo logran que los sujetos sigan siendo vulnerables, sin que estos se vuelvan sujetos de derechos.

Las condiciones materiales y la forma de inserción de los padres de familia en los modos de producción, determinan las condiciones de vida y salud de los escolares inscritos en el Centro de Día no. 1 del DIF.

Podemos mencionar que el problema identificado en este primer momento de la investigación, fue el obtener el diagnóstico de salud de los infantes que están inscritos en el Centro de Día no. 1 del DIF a través de los registros con los que cuenta el mismo Centro. Sin embargo, por un carácter de confidencialidad fue negado todo acceso de información de los infantes y los padres de familia, ante ello, como fortaleza de este primer momento se elaboró un diagnóstico de él se obtuvieron los resultados mencionados.

Como segundo momento de la delimitación de nuestro trabajo, se partió de la pregunta:

¿Qué prácticas de Promoción de la Salud se identifican en el Centro de Día no. 1 DIF?

El Centro de Día es un programa social procedente de una política social; ante ello, visto desde una mirada en Promoción de la Salud, esta política se debe de adscribir a tratados internacionales como es la carta de Ottawa (1986), al artículo 4º Constitucional y a la Ley General de Salud.

Desde una mirada de Promoción de la Salud se hace referencia a la Carta de Ottawa (1986) en donde se menciona que la prioridad de una política de Promoción de la Salud es crear políticas sociales, de economía y de salud que sean viables y promuevan la equidad, generando espacios que otorguen servicios públicos saludables. Bajo este criterio el Centro de Día es un programa social que contribuye en la creación de espacios que promuevan ambientes favorables para los niños en situaciones de vulnerabilidad, apoyando en la mejora de las condiciones de vida y de salud de la niñez al brindar talleres de habilidades para la vida, clases y asesoramiento de tareas, actividades recreativas y asistencia alimentaria que acuden a este espacio.

Como segunda línea de acción se identificó la creación de entornos de apoyo que pretende disminuir las situaciones de desigualdad y de exclusión social que viven la niñez de bajos recursos económicos en el D.F; creando espacios que contribuyen al ejercicio de los derechos de la niñez en situaciones vulnerables, apoyando al derecho a la educación, a la recreación, la alimentación y a la salud estableciendo espacios saludables que disminuyan los riesgos de condición de calle y deserción escolar en los menores; en este marco son viables las ideas abordadas en la conferencia de Jakarta, 1997, en donde se considera los determinantes de la salud esenciales, para contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de los infantes reduciendo así la inequidad en salud y garantizar el respeto de los derechos de la niñez (Salud S.d. 2014). Ante lo anterior cabe mencionar que el estado como responsable de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de la niñez al diseñar una política social del que procede el programa del Centro de Día, este solo contribuye con sus líneas de acción a intervenir de manera inmediata en el problema; no logrando erradicarlo en su totalidad.

A través de las líneas de acción y de operación del programa se observó que el Centro de Día a pesar de que lleva un control médico bajo un expediente, no existe dentro de su personal un médico ni un nutriólogo, así también se observó de acuerdo a lo que respondieron en la encuesta los padres de familia, señalan que cuando se enferman sus hijos acuden al centro de salud o con

medico particular gastando alrededor de \$600.00; ante ello el artículo 4º Constitucional párrafo III, nos menciona que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, por lo que el Estado es responsable de garantizar este derecho, al diseñar una política social, por la que se diseñó el programa del Centro de Día, por lo que sus líneas de acción no se adscriben a dicho párrafo del artículo.

Cabe señalar que en el párrafo VI del artículo 4º Constitucional, menciona que las niñas y los niños tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral; ante ello el programa del Centro de Día brinda asistencia alimentaria a las y los niños en situación de vulnerabilidad apoyando a que los infantes obtenga este derecho, así como clases y asesoramiento contribuyendo así al derecho a la educación.

Como parte de este párrafo del artículo 4º se encuentra el derecho de los infantes al sano esparcimiento para su desarrollo integral; para ello, el Centro de Día les otorga talleres de habilidades para la vida, así como espacio recreativo en donde los escolares conviven, ven películas infantiles, juegan y hacen actividades recreativas, aunque cabe mencionar que el espacio del Centro de Día No. 1 no es el adecuado debido a que como se observó en la guía de observación, no hay suficiente ventilación así también, como un patio en donde los escolares puedan jugar. Por lo anterior, el Programa del Centro de Día solo contribuye a mejorar algunas condiciones de salud de los niños.

Cabe señalar que la Ley General de Salud en su artículo 110, menciona que la Promoción de la Salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva; ante esto el Centro de Día es un programa que bajo sus objetivos pretende mejorar las condiciones de salud de los infantes; sin embargo en sus líneas de acción no se encuentran adscritas a dicha Ley.

Asimismo, el Centro de Día presenta dos ejes temáticos que comprende la Promoción de la Salud, los cuales son: la educación para la salud y la nutrición y estos se encuentran en el artículo 111 de la Ley General de Salud.

Por lo anterior, el Centro de Día presenta dentro de sus líneas de acción la implementación de talleres en educación para la salud; otorgando únicamente temas de habilidades para la vida y valores, cabe señalar que el artículo 112 de la Ley, indica que la educación para la salud tiene por objetivo orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades, por lo que el Centro no cubre lo requisitado en la Ley.

La asistencia alimentaria que otorga el Centro de Día apoya al ejercicio del derecho de la alimentación de la niñez en condiciones de vulnerabilidad; sin embargo, a través de la guía de observación se observó que no hay una orientación alimentaria para el menor en donde el infante logre la reflexión sobre lo que está comiendo, la porción de lo que está comiendo de acuerdo a su edad y los nutrientes esenciales para su vida, ante ello, el infante no es visto como un sujeto de derecho dotado de capacidades como el de decidir, pensar, actuar, jugar y recrear.

Así también, de acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta a los padres de familia, reportaron una línea de bienestar mínimo y sus hijos presentaron bajo peso, esto indicó que a pesar de que el programa del Centro de Día contribuye con asistencia alimentaria a los infantes, esta acción no garantiza que los infantes mejoraran sus condiciones de salud.

Cabe señalar que como parte de los resultados obtenidos en el grupo focal los maestros mencionaron que el Centro de Día ha contribuido a cambiar malos hábitos alimenticios haciendo esto alusión que antes los niños “comían solo sopa

maruchan y que los infantes al ser beneficiarios del programa conocieron otro tipo de comida saludable que desconocían”, pero como se mencionó anteriormente, esto no justifica la mejora en su salud del infante.

Se observó el desarrollo de habilidades psicosociales; el personal del Centro de día imparte clases y talleres de expresión corporal, derechos y valores contribuyendo así al fortalecimiento de habilidades para la vida para su presente y su futuro.

Cabe mencionar que a pesar de que se encuentra el desarrollo de habilidades psicosociales como una línea de acción que pretenda el fortalecimiento y desarrollo de habilidades para la vida de los infantes, el programa se configura en un modelo higiénico preventivista, ya que la mayoría de sus acciones se encaminan a mejorar la salud de los niños inscritos. Con este fin lleva un expediente médico para procurar que éstos no enfermen de algún tipo de enfermedad; en éste caso se ve al niño como un sujeto pasivo, receptor de información cuando este se enferma o para aliviarlo de cierta enfermedad.

Por otro lado, se observó el proceso socio-histórico de los padres de familia que tienen inscritos a sus hijos en el Centro de Día a través del diagnóstico, por lo que se observó que los determinantes socioeconómicos e históricos influyen en las condiciones materiales de vida y salud, por el ejemplo desde su escolaridad y éste condicionando el empleo, tipo de empleo y su salario, por lo que se reflexiona que no solo el proceso biológico depende de tener una buena salud, sino que la salud está influenciada por diferentes factores que condicionan la vida de cada sujeto, en este caso, los padres de familia y sus hijos.

Durante este proceso se desarrolló una investigación cualitativa para recoger datos sobre el Centro de Día, por lo que solo esta labor se llevó a cabo a través de la observación, la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido, en este caso el Centro de Día para ser estudiado (Kawulich, 2005).

Solo nos interesó conocer la estructura de dicho Centro y ser observadoras y escuchar las opiniones del personal por lo que la intervención fue de no-participación, puesto que solo se observó desde el exterior del escenario de la investigación; en esta ocasión podemos hablar de una participación pasiva (Kawulich, 2005).

Para la tercera pregunta de la investigación:

¿Qué problemas organizacional e institucional identifica el personal del Centro de Día No. 1 DIF?

Los resultados obtenidos proporcionan de una mirada estratégica se identificó las problemáticas, ya que la planeación estratégica permitió identificar con el apoyo del personal del Centro, problemas que se viven actualmente en éste (Posgrado en Salud, 2010).

Además fue de gran importancia la planeación con base en una visión estratégica, ya que facilitó a reconocer los factores clave para la acción en la investigación (Posgrado en Salud, 2010).

Como un punto de la planeación, fue fundamental la participación de los sujetos a estudiar, quienes son sujetos plenos de derechos que deben ser escuchados y que deben participar de diferentes manera para hacer que las propuestas sean factibles (Posgrado en Salud, 2010), ante esto se da a pie a que la planeación estratégica es el lugar idóneo donde se sitúa al actor y la acción, en este caso fue el personal que labora en el Centro de Día No. 1 DIF (Testa, 2006).

Visto así, se realizó un grupo focal para identificar los problemas organizacional e institucional que presenta el personal del Centro, quienes fueron nuestros actores principales y parte de nuestra planeación estratégica. Este grupo focal consistió en un espacio en el cual se pudo captar el sentir, el pensar y vivir de cada uno de los asistentes, sus propias experiencia, provocando así un auto evaluación de ellos como trabajadores y del propio Centro de Día (Hamui y Varela, 2012).

Al efectuar el grupo focal se tuvo como objetivo llevar a cabo el análisis FODA, que facilitó obtener datos cualitativos (Hamui y Varela, 2012).

Como datos cualitativos se determinaron las problemáticas a partir del análisis FODA, pero desde una mirada de amenazas y referida al Centro del Día No. 1 DIF, en estas amenazas se reconocieron la pobreza, la desnutrición, estrés con los niños inscritos en el Centro, los padres no saben leer, ni saben escribir, desatención de los padres, existe deserción escolar, existen peligros en la calle e identificaron cierta apatía por parte de padres de familia y de sus hijos. De estas amenazas subyacen son problemáticas negativas, externas del Centro de Día.

Como problemática se identificó que el espacio donde desempeñan su trabajo no es el adecuado, ya que es reducido, por otro lado la falta de material es otra amenaza para desarrollar su trabajo. La falta de comunicación, falta de capacitaciones por áreas y capacitación de los padres de familia, así como obtener un salario digno, prestaciones de acuerdo a lo establecido a la ley, tener basificación y vacaciones son una problemática crucial para desempeñar mejor su trabajo.

Finalmente, las problemáticas que se presentaron al desarrollar esta parte del trabajo, estribaron que no todo el personal del Centro pudo participar, debido a que el grupo focal fue en un horario de trabajo. Así también, no se rescató información que nos ayudará al desarrollo para responder este apartado, como documentación del personal.

Como fortaleza en este apartado se pudo generar a través de una planeación estratégica el objetivo central, que fue reunir al personal del Centro de Día a través de un grupo focal, para dar pie al análisis FODA. Así se puso en práctica uno de los objetivos de la Promoción de la Salud: a partir del otro conocer sus saberes, poner en práctica la metodología fundamental en el desarrollo de prácticas de campo y ante ello se cumple con una mirada teórico – metodológica.

Finalmente, la última pregunta de investigación se dirigió a dar respuesta:

¿Qué prácticas de promoción de la salud se requieren en el Centro de Día No. 1 DIF?

Para dar solución a lo anterior se desarrolló, desde una planeación estratégica, la forma de poder generar técnicas teóricas y metodológicas que nos ayudaran a dirigir nuestras acciones.

Posteriormente pasamos a la metodología una parte fundamental que dirigió nuestras acciones para dar respuesta a nuestra investigación.

Al analizar cada pregunta se identificaron las líneas de acción de Promoción de la Salud que se requiere en el Centro de Día No. 1 DIF, las cuales se describen a continuación:

Como primera línea de acción se describe la creación del Centro de Día como un programa procedente de una política social desde la mirada de la Promoción de la Salud, se analizó que se requiere de mayor apoyo por parte de las autoridades responsables para que el programa tenga un mayor apoyo económico a través de insumos, mejor infraestructura, mayor apoyo a los maestros con base en capacitaciones de acuerdo al nivel requerido y con ello ser una vía de desarrollo para los niños inscritos en el Centro.

Una segunda línea de acción es la creación de ambientes favorables; se identificó que el Centro de Día, requiere de un mayor espacio al aire libre en su infraestructura, puesto que no cuentan con un lugar para la recreación de los niños. Resulta indispensable un espacio al aire libre seguro dentro de las instalaciones para evitar la salida al parque con el fin de realizar ejercicios, aunque cuenten con vigilancia (un tallerista o maestro) aún se puede correr peligro. También es indispensable contar con un tallerista que tenga perfil en activación física. Así, desde la mirada de Promoción de la Salud es indispensable la creación de ambientes favorables para generar condiciones de vida, de trabajo seguro, estimulante, satisfactorio y agradable, para el mismo personal del Centro y sobre todo a los niños inscritos, los cuales son el objetivo central de este programa social, por lo que también es necesario contar con servicio médico y nutriólogo

dentro de las instalaciones del Centro, ante todo para que los niños tengan acceso en cualquier momento, así como los padres de familia para cualquier duda, aclaración u orientación de los dos perfiles requeridos.

Por lo anterior, se plantea reorientar la asistencia alimentaria, en donde se brinden talleres que les enseñe a los niños, los padres de familia y al mismo personal del Centro, como elaborar un menú saludable, de acuerdo a la edad, económico y que cuente con las leyes de la alimentación, basada en la NOM-043 del D.F. Esto se menciona, ya que en nuestra investigación se realizaron talleres de alimentación solo como una vía de vinculación con los niños y los padres de familia para que éstos pudieran responder al diagnóstico de salud que requerimos. En esta etapa se identificó que los padres que asistieron a dichos talleres, les interesa conocer más sobre temas de alimentación, el cuidado de su alimentación, las bases de una alimentación adecuada para prevenir enfermedades, entre otros.

Para continuar con las líneas de acción de la Promoción de la Salud, se habla del fortalecimiento de la acción comunitaria. Al respecto se requiere como una acción mayor participación y compromiso por parte de los padres de familia, para crear acciones comunitarias, para la toma de decisiones que vayan encaminadas a mejorar las condiciones materiales de vida y salud de sus hijos de manera que el Centro de Día sea una vía para que los padres de familia y sus hijos controlen sus propios destinos. Estamos conscientes que la mayoría de los padres de familia fungen como empleados(as) y empleados domésticos(as) y que no tienen el tiempo suficiente para dedicar atención a sus hijos, sin embargo se debe de desarrollar una estrategia que los concientice, para que tomen decisiones en pro de sus hijos.

Otra de las acciones primordiales de Promoción de la Salud es el desarrollo de habilidades personales que son fundamentales para el enfoque de atención a la salud, porque se relaciona en el desarrollo individual y colectivo a través de la información, educación para la salud, para luego desarrollar las habilidades para la vida, para que los niños inscritos en el Centro aprendan, desarrollen paulatinamente autonomía, en el control de su salud y su bienestar. Lo

antepuesto requiere de talleres encaminados en estos temas, aquí se puede hablar de una estrecha relación entre la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) específicamente con la carrera de Promoción de la Salud con el Centro de Día No. 1 DIF, ¿Con que fin? para que estudiantes de la carrera realicen su servicio social en dicho Centro y desarrollen sus habilidades como Promotores de la Salud en talleres encaminados a habilidades para la vida, nutrición, sexualidad, autoestima, prevención de la violencia sexual, abuso y acoso en la niñez entre otros.

Las líneas de acción mencionadas dan pie a la siguiente línea encaminada al avance hacia el futuro, ya que al seguir cumpliendo con este programa social y dar respuesta a las problemáticas mencionadas por el personal de dicho Centro y tomar en cuenta lo que requiere desde una mirada de la Promoción de la Salud el Centro de Día No. 1 DIF, se podrá cubrir esta línea de acción, para ser capaces de tomar decisiones y de ejercer un control sobre las propias circunstancias vitales. De forma que se garantiza que los niños, sus padres y el mismo personal del Centro creen condiciones en las que todos alcancen condiciones materiales de vida y salud con un bienestar adecuado.

6.1 El papel del promotor de la salud

Al realizar la presente investigación tuvimos como trabajo principal realizar un vínculo con el personal del Centro de Día y con los niños inscritos y su familia; este ambiente se propició a través del respeto y el cuidado.

Como primer momento de la investigación, se pretendía realizar un acercamiento con los padres de familia para realizar el diagnóstico de salud, sin embargo, no se alcanzó la reacción esperada. Ante estas circunstancias reformulo a través de los talleres con el propósito de que los padres de familia asistieran a ellos para poder aplicar el diagnóstico. Pretendíamos que asistieran aproximadamente 100 padres, empero, solo asistieron 30, con quienes se aplicó el diagnóstico.

Así mismo, se pusieron en práctica otros talleres para establecer un vínculo con los niños inscritos en dicho Centro. En estos talleres se aplicaron técnicas y saberes de Promoción de la Salud, estas referidas a la nutrición. Nos hubiese gustado aplicar más talleres para llevar un seguimiento, mas amplio tanto de los padres de familia como de los niños, no obstante por cuestiones de tiempos, fue imposible.

También, se logró la vinculación con el personal del Centro de Día, a través de la realización del grupo focal.

Por lo anterior, se tuvo la vinculación requerida con los principales actores, para llevar a cabo la investigación.

Al tener el vínculo con los principales actores, pudimos identificar bajo qué condiciones viven los padres de familia y, por consiguiente sus hijos, además se reconocieron las problemáticas que identifica el personal y las prácticas de Promoción de la Salud que se realizan y las que se requieren. Ante ello, como Promotores de la Salud partimos del otro para conocer el contexto de la investigación.

En conclusión, es un menester hacer énfasis en el papel desarrollado por los Promotores de Salud, quienes desempeñan una importante labor en el desarrollo de diversas acciones de campo como son: facilitadores y acompañantes de procesos de aprendizajes ,reflexión - acción en los talleres, diseño, organización e implementación de acciones en el diagnóstico de salud, en el análisis y estudio de la población objetivo, identificación de problemas y desarrollo de propuestas. En este caso para contribuir a la mejora del Centro del Día no.1 DIF y a las condiciones materiales de vida y salud de los niños inscritos en el Centro, así como al bienestar de los padres de familia y personal del mismo.

Así mismo, como Promotores de la Salud llevamos a cabo una observación participante y se generaron planeaciones estratégicas, los cuales son instrumentos de la promoción de la salud.

En suma se da respuesta, con base en una experiencia teórica–metodológica, las prácticas de Promoción de la Salud que se realizan y que se requieren para mejorar las condiciones materiales de vida y salud de los niños inscritos en el Centro de Día no. 1 DIF.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIÓN

- Las condiciones materiales de vida y salud que presentan los padres de familia y por ende a sus hijos, están determinadas por un proceso socio-histórico que parte desde la escolaridad de los padres, fungiendo este como determinante para el empleo y el salario que percibe. Se hace mención a esto, por los resultados obtenidos estadísticamente, ya que a mayor escolaridad, hay una mayor línea de bienestar para comparar una canasta básica y así tener una buena calidad de vida.
- El Centro de Día No.1 DIF es un programa con miras a una cuestión social, para mejorar las condiciones de vida de la niñez que tienen que ver con la vulnerabilidad de los niños que se encuentran en pobreza y desigualdad, solo brindándoles un apoyo básico y viendo a los infantes como sujetos pasivos, convirtiendo a este programa con un enfoque asistencialista.
- Por lo anterior, el programa contribuye a mejorar la salud de los niños y su entorno, porque cambia la visión de vida, pero no erradica el problema que se presenta.
- Así mismo, el programa es un vehículo constructivo para la vida de los infantes, los cuales se encuentran en una etapa fundamental que al tener las herramientas necesarias en su presente les ayudará para su futuro, sin embargo al Centro de Día le falta generar líneas de acción concretas, un ejemplo podría ser líneas de acción desde la Promoción de la Salud.
- Desde una mirada en Promoción de la Salud se propone que el Programa del Centro se adscriba a las líneas de acción de la Carta de Ottawa, al artículo 4º Constitucional y a la Ley General de Salud, con el objetivo de que el programa no sea solamente asistencialista, sino que construya sujetos de derechos.
- Así mismo, se hace hincapié en la importancia de generar mayor apoyo por las autoridades correspondientes del DIF, para garantizar al personal del Centro de Día No. 1 mejores condiciones laborales que contribuya en su

vida profesional, brindándoles mejores salarios, basificaciones, capacitaciones, vacaciones y material de apoyo.

- Desde la Promoción de la Salud y de acuerdo a la Carta de Ottawa, la salud no debe de ser vista como la ausencia de enfermedad, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, esto implica que los sujetos tengan y deban tener el derecho a tener condiciones materiales de vida y salud que les ofrezca una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academia de Promoción de la Salud, Documento Interno (s/f). Introducción a la Promoción de la Salud.
2. Alianza por los derechos de las niñas, niños y adolescentes (2014). Recuperado de http://www.uam.mx/cdi/pdf/s_doc/biblioteca/informe_ejec_alianzamx_esp.pdf
3. Blanco O. y López G. (2006). Salud y nuevas políticas sociales en México. Recuperado de http://observatoriopolicasocial.org/sitioAnteior/imágenes/stories/biblioteca/pdf/derechos-humanos-politica-social/salud_nuevas_pol_soc_en_mex_enah-conaculta.pdf
4. Breilh J. (s/f). La salud-enfermedad como hecho social. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KZrgRq5EKP8J:terceridad.net/PyPS/Por_temas/14_Proc-Pol_metodo/Apoyo_3/Breilh_RepSocial.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx
5. Breilh, J. (1989). La salud-enfermedad como hecho social. Reproducción Social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras, p. 204-212. Recuperado de http://terceridad.net/PyPS/Por_temas/27_Ref_UI/Apoyo_3/Breilh_SPIII.doc.
6. Bravo R. (2000). Recuperado de <http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER6/5.pdf>.
7. Camacho S. F. (27 de Abril de 2013). Los niños padecen precarias condiciones de salud, educación y seguridad en México. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2013/04/27/sociedad/035n1soc>
8. Castro R. M. L. (s/f) Calidad de Vida y Promoción de la Salud.
9. Castro G. M. (2009). Política social y pueblos indígenas. Editorial Porrúa
10. CONASAMI (2014, Mayo). Boletín de prensa “La figura del salario mínimo”. Recuperado de http://conasami.gom.mx/fig_salari.html
11. CONASAMI (2014, Diciembre). Boletín de prensa. Recuperado de http://www.conasami.gob.mx/boletin_nvos_sal_2015.html
12. CONEVAL (2015). Medición de la pobreza. Recuperado de <http://www.coneval.gom.mx/Medicion/paginas/Lineas-debienestar-y-canasta-basica.aspx>

13. COPRED (2015). Niñas y niños. Recuperado de http://www.copred.df.gob.mx/wb/copred/ninas_y_ninos
14. Castro A. J. M. E. (1998). Marcos Conceptuales de la Promoción de la Salud: Reflexiones para la Práctica. Editorial Del Bosque
15. Cruz M. N., Duana P. M. E., Espinoza O. R. S., Hernández H. M. L., Morales F. L. y Rodríguez A. B. E. (1999). Deserción potencial escolar en la niñez indígena trabajadora que acude al Centro de Día No.1. (Tesis de licenciatura de Trabajo Social). Universidad Nacional Autónoma de México
16. Chapela M. del C. y Cerda G. A. (2010). Promoción de la Salud y Poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y exigibilidad de derechos (1ra edición). México D.F.
17. ENSANUT (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/sipi/unidad2/ensanut2006.pdf>
18. ENSANUT (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacinales.pdf>
19. Evalúa D.F. (2013). Recuperado de http://evalua.df.gob.mx/files/pdfs_sueltos/libro15.pdf
20. DIF (2014). Recuperado de http://ww.dif.df.gob.mx/dif/prog_serb.php?id_prog_serv=14
21. Guía de Observación (s/f). Manual descriptivo de instrumentos de evaluación bajo el modelo de competencias. Universidad Tecnológica de Cancún. Recuperado de <http://www.utcancun.edu.mx/images/archivos/competencias/DescripcionInstrumentos.pdf>
22. García G. J. J. (2010). Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/amenaza/planunico/sipii/antologia2012/20.pdf>.
23. Guzmán P. L., Angulo M. A., García C. D. y Gómez P. A, M. (2010). Introducción a la Promoción de la Salud. Recuperado de <http://www.manantialdenubes.org/wp-content/uploads/2013/03/SALUDpruebaELECTRONICAcongreso28mar12.pdf>
24. Hamui S. A. y Varela R. M. (2013). La técnica de grupos focales. Investigación en educación médica, 2(5), 56-57. Recuperado de http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num01/09_MI_HAMUI.PDF
25. Hernández F. D., Barberena R. C., Camacho. P. J. Á. y Vera LI. H. (2013). Desnutrición infantil y pobreza en México. Recuperado de http://www.odisea.org.mx/Biblioteca/Nutricion/Desnut_pob_Mx.pdf
26. Kawulich B. B. (2005) FQS: Forum: qualitative sociali. Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466/998>

27. López A. O. y Blanco G. J. (2006). Salud y Nuevas Políticas Sociales en México. Recuperado de http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/imagenes/stories/biblioteca/pdf/derechos_humans-politica-social/salud_nuevas_pol_soc_en_mex_enah_conaculta.pdf
28. Laurell A. C (1981). La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamérica de Salud. Pp. 7-25
29. Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 2(1), 7-25. Recuperado de http://historiadelamedicina.homestead.com/Laurell-La_salud_-_enfermedad_como_proceso_social.docx
30. López A. O. y Blanco G. J. (s/f). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción, pp. 103-106. Recuperado de <http://www.alames.org/documentos/oliterritorio.pdf>
31. López A. O. y Blanco G. J. (2013). Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Revista Nueva época /salud problema pp. 7- 16
32. Mendoza R. J. M. (s/f). La Mirada Médico- Social de la Promoción de la Salud. Documento interno – Academia de Promoción de la Salud UACM.
33. Posgrado en salud social y comunitaria. Herramientas para la planificación y programación local (2010). Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/4-modulo-pssyc.pdf>
34. NOM-008-SSA2-1993 (s/f). Recuperado de http://www.uncol.mx/content/cms/13/file/NOM/NOM_008_SSA2.pdf
35. Navarro I. (28 de Agosto de 2014). Hasta 22 horas de trabajo por canasta básica de \$184.00. Milenio. Recuperado de http://www.milenio.xom/politica/canasta_basica_DF-salario_minimo_DF_0_362363776.html
36. Posgrado de Salud Comunitaria y Salud (2010) Herramientas para la planificación y programación local. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/imagenes/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/4-modulo-pssyc.pdf>
37. PROFECO (2015). Productos de la canasta básica. Recuperado de http://www.profeco.gob.mx/transparencia/transfocalizada/Nota_Productos_canastas_basicas.pdf

38. Rivera D. y Blanco L. G. (2010). Crisis, condiciones de vida y salud en México. Nuevos retos para la política social. Recuperado de <http://www.medicinasoical.info/index.php/medicinasocial/article/view/434/878>
39. Rodríguez M. F. J. (2013). Estrategia de Promoción de la Salud en Obesidad Infantil. El caso del Centro de Desarrollo Infantil "Margaritas" (Especialidad para obtener el grado de Especialista en Promoción de la Salud). Instituto nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México.
40. Salud Pública I (2007). Recuperado de <http://uv.mx/msp/files/2013/01/dx-2005.pdf>
41. Salud Pública Educ. (2001). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Recuperado de <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
42. Secretaria de Salud (2014). Promoción de la Salud. Recuperado de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>
43. Secretaria de Salud (2015). Cartillas Nacionales de Salud. Recuperado de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas.html>
44. Testa M. (2006). Pensar en salud. Argentina, Editorial Castro Barros
45. UNICEF (2012) Informe anual de México Recuperado de [http://www.unicef.org/\(mexico/spanish/Reporte-Anual_2013_web.pdf](http://www.unicef.org/(mexico/spanish/Reporte-Anual_2013_web.pdf)

Anexo 1

“HABLEMOS DE LO QUE COMEMOS”

Universo de trabajo

Padres de familia que tienen inscritos a sus hijos en el Centro del Día no. 1 del DIF.

Espacio de trabajo

Centro de Día no. 1 del DIF.

Facilitadoras del taller: Reyna Nancy Rojas González

Aleli Vargas Guerrero

TEMA	OBJETIVO	FECHA Y HORARIO	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO
SESIÓN 1		Martes 18 de marzo 2014.			
Presentación - Integración de grupo.	Que los participantes conozcan los objetivos del taller.	9:00-9:15	Coctel de frutas.		15 minutos.
Dieta correcta. Plato del bien comer. Grupos de alimentos.	Los y las participantes conocerán las bases de una dieta correcta, así como los hábitos alimentarios saludables para la familia.	9:15-9:40	Lluvia de ideas Trabajo en equipo	Hojas de rotafolio Plumones Imágenes del plato del bien comer.	20 minutos
Evaluación		9:40-9:50	Cuestionario	Cuestionarios impresos. Plumas.	10 minutos
Cierre	Que las y los participantes identifiquen dudas y reflexionen a cerca de los hábitos saludables	9:50 – 10:00	Mi estado de ánimo es...		10 minutos. Total: 1 hora.

TEMA	OBJETIVO	FECHA Y HORARIO	TECNICA	MATERIAL	TIEMPO
SESIÓN 2		Viernes 21 de marzo de 2014.			
La alimentación y las enfermedades crónicas. (sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes)	Los y las participantes analizarán la importancia de la alimentación adecuada para prevenir enfermedades relacionadas con la dieta.	9:00-9:20	Debatiendo nuestras formas de alimentarnos.	Hojas de rotafolio Plumones	20 minutos
	Que las y los participantes identifiquen dudas y reflexionen a cerca de los hábitos saludables	9:20-9:45	Compartiendo mis conocimientos.		25 minutos
Cierre		9:45-10:00	Mi experiencia		10 minutos Total: 1 hora.

Anexo 2

Este cuestionario es anónimo los datos obtenidos de los mismo serán usados de manera confidencial y solo con fines académicos.

DATOS GENERALES

No. de Formulario ____ Delegación _____

Fecha DÍA ____ MES ____ AÑO ____

1. Sexo ____ (Mujer 1, Hombre 2) 2. Edad _____
3. Lugar de nacimiento _____ 4. Ocupación _____
5. Ingreso familiar en un mes \$ _____ 6. Escolaridad _____

7. ¿Dónde usted vive es?

- a) Casa
- b) Departamento
- c) Tipo cuarto

8. ¿La casa dónde usted vive es?

- a) Propia
- b) Pagan renta
- c) Prestada

9. ¿Cuántos cuartos para dormir hay en la casa? _____

10. ¿En la casa en dónde usted vive tiene?

SERVICIOS PUBLICOS		
Servicio	Si	No
Drenaje		
Alcantarillado		
Electricidad		
Teléfono fijo		
Teléfono celular		

EQUIPAMIENTO DEL HOGAR		
Equipo	Si	No
Estufa		
Refrigerador		
Lavadora		
Radio		
Televisor		
Computadora		
Internet		
Equipo de sonido		

11. Tipo de familia con la que vive el niño o la niña
- a) Los hijos solos
 - b) Extensa o consanguínea
 - c) Monoparental sin madre
 - d) Monoparental sin padre
 - e) Compuesta
12. ¿Quién de la familia cuida al niño o la niña?
- a) Hermana o hermano
 - b) Mamá
 - c) Papá
 - d) Otro (especificar)
13. Datos antropométricos del niño o la niña
- Edad _____ (años)
- Peso _____ (kg)
- Talla _____ (m)
14. ¿Cuándo fue la última vez que se enfermó su hijo(a)? _____
15. ¿De qué se enfermó? _____
16. ¿A dónde acudió? _____
17. ¿Cuánto gasto? _____
18. ¿Qué es lo que más le preocupa de la salud de su hijo? _____
19. ¿Qué tema le gustaría conocer de salud para fortalecer las condiciones de salud de su hijo(a) en el Centro del Día no.1 DIF? _____

¡Muchas gracias!

Anexo 3

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Fecha _____

1. INSTALACIONES

- Luz ()
- Agua ()
- Drenaje ()
- Gas ()
- Internet ()
- Baños ()
- Salida de emergencia ()
- Otro _____

1.2 Las instalaciones son adecuadas para la capacidad y demanda

1.3 Cuenta con

- Patio. Si () No ()
- Área de juegos. Si () No ()

1.4 Cuenta con cocina en condiciones adecuadas de higiene y mantenimiento

1.5 Comedor exclusivo

- Si () No ()

1.6 Hay estancias de lavado de manos adecuadas para los escolares

- Si () No ()

2. ORGANIZACIÓN

2.1 Horas de alimentación

2.3 Recreación

2.4 Existen pláticas dirigidas a los padres de familia de los escolares

Si () No ()

2.5 Existe pláticas dirigidas al personal

Si () No ()

2.6 Hay programación de cursos de capacitación para las educadoras, ~~talleristas~~ o maestros (as)

Si () No ()

3. RECURSOS HUMANOS

3.1 Personal que labora

Fijo ()

Temporal ()

3.2 ¿Qué tipo de personal (maestra, nutricionista, trabajadora social, enfermera, cocinera, jardinero, etc.)

4. RECURSOS MATERIALES

4.1 Alimentos disponibles. Si () No ()

Utensilios. Si () No ()

Sillas. Si () No ()

Mesas. Si () No ()

Manteles. Si () No ()

4.2 Material didactico (rotafolio, carteles, trípticos. Si () No ()

4.3 Material de higiene de manos (jabón, toalla, sanitas etc.). Si () No ()

5. Actitud y disposición del personal, así como capacidades y habilidades del personal

6. Uso de programas

7. Menús (Cómo y quién escoge el menú)

8. Actividad física o recreación (duración, horarios, rutinas etc.)

9. Prácticas de Promoción de la Salud del Centro de Día no. 1 del DIF

Prácticas de Promoción de la Salud (Lineas de acción de la Carta de Ottawa)	Prácticas de Promoción de la Salud observadas en el Centro de Día no. 1 del DIF	Lineas de acción del programa del Centro de Día no. 1 del DIF

Anexo 4

“DESCUBRIENDO LO QUE COMEMOS”

Universo de trabajo.

Niños inscritos en el Centro del Día no. 1 del DIF.

Espacio de trabajo.

Centro del Día no. 1 del DIF

Facilitadoras del taller: Reyna Nancy Rojas González

Alelí Vargas Guerrero

TEMA	OBJETIVO	MES Y HORA	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO
Sesión 1	Que las y los participantes conozcan los objetivos del taller.	Julio 2014	Recordando las partes de mi cuerpo...		15 minutos
Presentación – integración de grupo.		11:00-11:15		Papel rotafolio	
El plato del bien comer Grupos de alimentos.	Que las y los participantes identifiquen las cualidades de una dieta equilibrada a partir del plato del bien comer.	11:15-11:45	Nutriendo a Jorge	Plumones	30 minutos
Dieta correcta					
Cierre	Que las y los participantes identifiquen dudas y reflexionen a cerca de los hábitos saludables	11:45-12:00	Mi experiencia es...		10 minutos
					Total: 1 hora

TEMA	OBJETIVO	MES Y HORA	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO
Sesión 2	Que las y los participantes conozcan los objetivos del taller.	Julio 2014	Medio limón		15 minutos
Presentación- Integración de grupo.		11:00-11:15		Papel rotafolio	
El plato del bien comer. Grupos de alimentos.	Que las y los participantes identifiquen las cualidades de una dieta equilibrada.	11:15-11:50	Trabajo en equipo Descubriendo los colores del plato bien comer.	Plumones	30 minutos
Cierre	Que las y los participantes identifiquen dudas y reflexionen a cerca de los hábitos saludables.	11:50-12:00	Exposición Simón dice yo como saludablemente...		10 minutos
					Total : 1 hora

Anexo 5

TECNICA	OBJETIVO	DESARROLLO	MATERIAL	FECHA Y HORA	TIEMPO (minutos)
Bienvenida	Que las y los integrantes conozcan el objetivo del grupo focal.	El moderador dará la bienvenida a las y los participantes; así también mencionara brevemente cual es el objetivo del grupo focal.		Julio 2014 Hora de inicio: 9:00 am.	5
Mi emoción es...	Que las y los participantes se integren se conozcan e integren como grupo.	El facilitador pedirá a cada uno de los participantes que mencione su nombre y mencione con el inicio de la primera letra de su nombre la emoción que representa el colaborar en el Centro del día no.1.		9:10 – 9:15	10
En plenaria Análisis FODA	Que las y los participantes reflexionen sobre las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que han presentado en su trabajo en el Centro del día no.1	El facilitador pedirá a cada participante que escriba en la sección correspondiente las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que ha encontrado durante el tiempo que lleva trabajando en el centro del día. Al final el facilitador pedirá a cada uno de los participantes que lean cada una de una de las reflexiones.	4 papel rota folio Plumones Cinta adhesiva	9:15- 9:35	20
En plenaria		El moderador pedirá la atención un momento de las y los participantes mencionando que de acuerdo a la primera parte del análisis FODA, respondan unas pequeñas preguntas que buscan disparar reflexiones y nuevas propuestas.		9:35-9:40	5
Preguntas disparadoras de reflexión.	Que las y los integrantes reflexionen sobre las necesidades que presentan el Centro del día no.1 para su funcionamiento.	El facilitador indicara a cada uno de los participantes contestar las preguntas disparadoras de reflexión.		9:40-10:00	15
Cierre					

Anexo 6

Texto del guion del Grupo Focal video grabado con el personal del Centro de Día no. 1 del DIF, en Julio 2014.

Título. Grupo Focal con el personal del Centro de Día no. 1 del DIF

Realizadores. Reyna Nancy Rojas González y Alelí Vargas Guerrero

Lugar. Centro de Día no. 1 del DIF

Participantes de video grabación.

-Moderadora. Alelí Vargas Guerrero

-Facilitadora. Reyna Nancy Rojas González

-Eloísa

-Angélica

-Sonia

-Lucía

-Virginia

-Rosalba

-Francisco

-Sandra

PARTICIPANTES	TEXTO
Moderadora	Se les convoco para hablar sobre su experiencia que han tenido en su lugar individualmente en el Centro de Día no. 1. Les damos la bienvenida, mi nombre es Alelí Vargas Guerrero y...
Facilitadora	Reyna Nancy Rojas González
Moderadora	Y somos pasantes de la carrera de Promoción de la Salud. Nosotras estamos haciendo una investigación aquí en el Centro y se llama "Prácticas de Promoción de la Salud en el Centro de Día no. 1 del DIF, una experiencia teórico-metodológica".
Facilitadora	Para comenzar, empezariamos con un grupo focal, para saber, cómo saber, cómo es que ustedes han tenido sobre su experiencia de trabajo con tenido ciertas debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas dentro del Centro de Día. Entonces para ello les pusimos alrededor unas láminas, entonces con que nos diga su nombre y con la primera letra con que empieza su nombre, nos van a decir la emoción que representa el trabajo en el Centro de Día de ustedes

Intervención	¿La emoción?
Facilitadora	Aja, la emoción, con la letra de su nombre con la que ustedes puedan identificar esa emoción que los hace sentir o pertenecer en el Centro de Día. Empezamos por acá de este lado.
Eloísa	Soy Eloísa, ¿emoción?.. Pues con E...
- Risas -	
Eloísa	Emocionada
Risas	
Angélica	Yo me llamo Angélica y como mi emoción empieza con A, Amor.
Facilitadora	Amor, Gracias
Sonia	Me llamo Sonia, y yo soy solidaridad.
Facilitadora	Ok, gracias!
Lucía	Soy Lucía y sería la luz
Facilitadora	Gracias
Virginia	Mi nombre es Virginia y sería voluntad
Risas	
Rosalba	Yo me llamo Rosalba y sería Risa
Francisco	Yo soy Francisco y sería Felicidad
Sandra	Mi nombre es Sandra y sería sonrisa
Facilitadora	Ahora empezarán a anotar en cada lamina, cuáles son las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades.
Pasa el personal del Centro de Día a escribir en las láminas las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades.	
Facilitadora	Vamos a ver que pusimos. En fortalezas aunque Sandra se equivoco, vamos a ver que puso, personalmente de algo más fuerte emocionalmente, conociendo a cada integrante del Centro. Luego por aquí, Francisco, menciona la intención de mejorar, es decir ¿mejorar usted como persona o de mejorar para el Centro?
Francisco	De todos los aspectos, tanto del Centro con los niños como del personal.
Facilitadora	Ok, perfecto, gracias. Luego por aquí dice... conocer gente y lugares, esto es en oportunidades lo que pusieron. Luego fortalezas aquí pusieron, la capacidad del personal, apoyo entre compañeros, años de experiencia, apoyo de padres y niños, niñas, maestros, padres de familia y... aquí ¿en niños niñas, maestros, padres de familia qué significa?, ¿quién lo escribió?
Risas	
Lucía	Ósea, como se llama, en fortalezas ósea que si no hay niños no se lleva a cabo.
Facilitadora	Es parte del Centro que haya más niños, niñas, padres de familia y maestros. Ahora debilidades...
Sonia	En capacitación en tu área de trabajo, con

	respecto al programa en el que trabajamos pues no tenemos capacitaciones.
Facilitadora	Ok, perfecto. Ahora vamos con amenazas. El estrés con niños, más vulnerables ¿Quién de ustedes está de acuerdo con esta frase?
Intervención	¿Qué dice?
Facilitadora	El estrés con niños más vulnerables, si, ¿todos si sienten de ese sentido así?
Lucia	Mas los maestros
Facilitadora	La desatención de los padres de familia
Todos	Si
Facilitadora	Falta de apoyo de las autoridades con estudiantes. Ok, en esta manera quiénes son los que no les dan como el apoyo, la directora, los directivos o...
Intervención	Los directivos
Facilitadora	Los directivos del Centro de Día, ok. Peligros que existen en la calle, espacio, ok, perfecto en este caso dan hincapié, volvemos a lo mismo, el espacio es inadecuado, las instalaciones, precisamente no son como las adecuadas para el trabajo... Entonces, lo siguiente que vamos hacer de acuerdo a lo que ahorita ya escribieron en sus láminas, me van a contestar unas preguntas, cada uno, me gustaría escuchar cada uno que nos diga cuáles...
Sonia	No tenían cama, no tenían este, televisión, si algunos no todos, por lo que sí, lo que nos sorprendió es que su comida sábados y domingos eran sabritas, eran vasos de sopa marucha y refresco, en lugar de pensar a lo mejor en alimentarse, pues no tienen ni siquiera, las mamás las herramientas como para saber qué lo que van a comer, entonces al entrar al Centro del Día, es cuando empiezan a tener una comida balanceada, es cuando empiezan a decir, entonces eso qué es, ni siquiera conocían lo que es el brócoli, no les gustaba, el jitomate, la cebolla, ciertas cosas que no les gusta, porque no está en su dieta, no es que no la conozcan, es que no están ellos acostumbrados a consumirlos y es por eso que presentan desnutrición.
Angélica	Incluso hay papás que no saben leer ni escribir y eso de una u otra forma les atrasa, no los apoyan a los niños. Los niños aprenden o lorán aprender en las escuelas y a parte lo que uno les pueda dar.
Facilitadora	Les pueda apoyar aquí en el Centro de Día, ok, en el caso de la alimentación por ejemplo que se da aquí en el Centro de Día, precisamente me comentas que no conocen algunas verduras.

Sonia	La comida antes la traían al Centro, habían un comedor que revisaba toda la comida y aquí ya se calentaba y pues era peor. Ahora, la señora dela cocina la prepara.
Facilitadora	Esto ha influido, también en que ya coman que se alimenten un poquito más.
Intervención	Si
Facilitadora	A parte de eso que otras acciones o actitudes han visto que han logrado en los niños.
Virginia	Los valores, ya dicen gracias, me lo da por favor, saluda.
Francisco	Tocan la puerta
Risas	
Facilitadora	Todo eso no era parte de lo que hicieran
Intervención	No- Risas
Lucía	Y que también ponen más atención para cumplir con sus tareas, asisten más, ya no faltan mucho a la escuela, porque faltaban bastante a la escuela. Entonces se les dice, por favor no faltes a la escuela a los papás se les está insistiendo a que no falten ay que lleven sus tareas más que nada que tengan mejores resultados y de alguna forma a los padres se les ha concientizado. Se les da las clases fundamentales para que hagan mejores niños.
Facilitadora	Ok, para que se mejoren las condiciones de los niños y que su desarrollo sea más favorable. Ahora dentro de los temas que se dan como talleres, qué temas son los que se dan con mayor frecuencia para mejorar el desarrollo de los niños
Eloísa	Bueno a mí me toca ahorita trabajar con el área de español y el de derechos y el de derechos es fundamental, como dice la palabra el derecho de los niños y también tratamos de abordar de que si tengo derechos también tengo obligaciones, este y en el área de español de algunos de los temas.
Francisco	Muchas veces de lo que carecen de la atención y el afecto de sus casas.
Facilitadora	Lo que carecen es lo que se busca y brinda de alguna manera aquí en el Centro de Día, ok, perfecto, por aquí, gracias maestro, por aquí de este lado.
Risas	
Rosalba	También tenemos un reconocimiento por parte de los papás que siguen trayendo a sus hijos e invitan a otros niños que vengan.
Facilitadora	De alguna manera, los padres de familia, si contribuyen a venirlos a dejar de que no se presenten, durante todo el día pero que los vengan a dejar, implica como una ayuda. De este lado...
Virginia	Les hablamos sobre la salud en general.

Sonia	Buscar algunas alternativas para el personal y seguir fomentando la asistencia de los padres de familia, ya tenemos algunos papás pero seguir fomentando en el hecho que ellos vengan que haya un vínculo más cercano con ellos. Ahora si para los niños para que haya más acompañamiento. Buscar capacitación para no quedarnos estancados y estemos preparados.
Facilitadora	Gracias
Angélica	Solicitar que los padres y los alumnos cumplan con la responsabilidad que les correspondan y así tener las precauciones pertinentes para cualquier situación que se presente y tomar decisiones con asertividad y al mismo tiempo tenemos que tener, ser más preparados, tener mejores oportunidades de desarrollo y tener mejor resultados para los niños y nosotros como personas sentirnos más competentes.
Facilitadora	Ok, muchas gracias.
Eloísa	Que nos den más capacitaciones y promover más el acercamiento con los padres de familia y redoblar esfuerzos para que los niños mejoren su autonomía y que no abandonen la escuela.
Sandra	Comprensión, comunicación, compañerismo. Así mismo que seamos escuchados por las autoridades del DIF para que cumplan con sus obligaciones y llegar a más soluciones. Una vez que ella os cumplan, creo que nosotros mejoraremos en todos los aspectos y de solucionen todos los problemas que existen aquí.
Facilitadora	Perfecto, gracias Sandra.
Francisco	En cuanto a la falta de recursos, en material, la administración de los pocos recursos que existen, manejar de acuerdo como se vayan utilizando, platicas constantes a padres de acuerdo a lo que se vaya solicitando y en cuanto a los menores que tienen malas condiciones, llevar a canalización y observación de los menores en nivel bajo, buscarle otras opciones. Buscar la capacitación por parte del DIF.
Facilitadora	Gracias profesor
Rosalba	Varios de mis compañeros han mencionado, sería un mejor ambiente labora, mejor presupuesto para el programa, tener más preparación, capacitación, apoyo de las autoridades, apoyo de los papás que participen más, instalaciones apropiadas.
Facilitadora	Gracias
Virginia	Asistencia regular de los niños al Centro apoyo por parte de los adre para que mejoren su nutrición en casa, oportunidades de trabajo

	para los padres, seguridad en sus viviendas, porque muchos rentan y ellos tengan sueldos seguros, porque como a veces nos dicen que cuando no hay ventas, por ejemplo ahorita que es tiempo de lluvia, pues dicen que a veces no venden. Cursos con formación a nuestras áreas y más personal para atender el grupo, por ejemplo que cada maestro tenga un cierto grado.
Facilitadora	Gracias
Risas	

Anexo 7

Preguntas |

1. ¿Qué tipo de problemas laborales se han encontrado para desempeñar su trabajo?
2. ¿Cuáles son sus necesidades como trabajadores para desarrollar óptimamente su trabajo?
3. A lo largo del tiempo que lleva el Centro del día que problemas de salud-enfermedad han observado con gran frecuencia en las y los niños
4. ¿Qué necesidades considera que presentan las y los niños del Centro del día para su óptimo desarrollo biopsicosocial?
5. ¿Qué propuestas darían para mejorar los problemas que se presentan en el Centro del día para su mejor funcionamiento?

