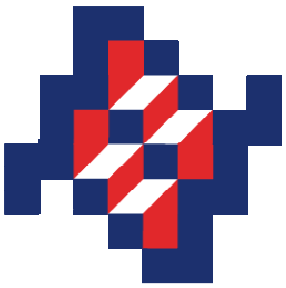


Instituto Nacional de Salud Pública

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA BIOESTADÍSTICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN
MODALIDAD VIRTUAL

EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INTESTINALES, EDAD PREESCOLAR.

Alumna: Carolina Ana Gómez Campos

caro-ana2@hotmail.com

Tel. Celular: 449-199-27-71

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN BIOESTADÍSTICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN
2011-2013

Directora: Dra. Lorena Elizabeth Castillo Castillo

Jefa de Servicios Escolares INSP

Investigadora en Ciencias Médicas C INSP

Coordinadora Académica MSP en Promoción en Salud INSP

Asesores: M.S.P. Luz María Lara López

Coordinación de la Práctica Comunitaria INSP

Operación Académica INSP

Secretaría Académica INSP

M.S.P. Raúl Arias Ulloa

Dirección General de Planeación y Desarrollo

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes

Aguascalientes, Ags. Septiembre 2015

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. JUSTIFICACIÓN	11
V. OBJETIVOS	12
VI. MARCO TEÓRICO	13
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	23
VIII. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	41
IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
X. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
XI. CONCLUSIONES	57
XII. RECOMENDACIONES	59
XIII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	60
XIV. BIBLIOGRAFÍA	61
XV. ANEXOS	65

I. INTRODUCCIÓN:

En la actualidad existe consenso sobre los beneficios que genera la programación local de acciones a problemas detectados en la propia comunidad. La estrategia fundamental de la Atención Primaria a la Salud es precisamente atender problemas encontrados localmente.[1]

El documento pretende mostrar las diferentes etapas de la planificación sanitaria para establecer una adecuada programación local.[2]

Considerando la definición de salud pública de Julio Frenk como “la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas”,[3] se deducen dos objetos de estudio, el estudio de las condiciones de salud y la respuesta social organizada a esas condiciones, en las que también se pueden llamar como determinantes de la salud.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “los determinantes de la salud son el conjunto de condiciones: sociales, ambientales y personales concatenadas entre sí, determinadas por el modo económico de producción, que influyen sobre el proceso salud-enfermedad de una población en un momento histórico determinado”.[4] Por lo que la OPS refiere en el año 2000, durante la V Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrado en la ciudad de México, México es que “no tiene sentido sanar a un individuo para que regrese a las condiciones de vida que lo enferman”.[5]

Se estudió particularmente los determinantes de la salud personales de los preescolares de la comunidad San Ignacio del municipio de Aguascalientes, estado del mismo nombre, en relación a los hábitos y conocimientos de la prevención de las enfermedades intestinales, resultados del mismo Diagnóstico Integral de Salud 2013, instrumento considerado como la investigación en salud pública por excelencia; dicho estudio consideró también la priorización de las necesidades utilizando el Método Hanlon.[6] Se propuso una alternativa para la solución de ese problema, realizando una intervención educativa que mejorará los hábitos positivos y su entorno, para la prevención de las enfermedades intestinales y adoptando así estilos de vida saludables. Para esto se evaluaron tres intervenciones educativas para la salud en la prevención de enfermedades intestinales, en población en edad preescolar de la comunidad de referencia: Programa de prevención establecido por las autoridades educativas del estado; Programa de prevención instaurado por el Instituto de Servicios de Salud del estado y programa educativo propuesto por la sustentante.

II. ANTECEDENTES:

La comunidad rural Ejido San Ignacio se encuentra ubicada geográficamente en el Poniente de la ciudad de Aguascalientes, estado del mismo nombre, con las coordenadas de 21.890251 latitud y 102.33842 de longitud. La comunidad cuenta con 1,360 habitantes y está ubicada a 1860 metros de altitud. Su clima es semi-seco en el 86% del territorio; presenta clima templado subhúmedo con el 14%. La temperatura media anual es de 17 a 18℃, presentándose en los meses de mayo y junio con una temperatura muy alta de 30℃ o más, y en el mes de enero la más baja, se encuentra alrededor de 4℃. Durante el verano se presentan lluvias escasas. Para la agricultura en Aguascalientes se requiere riego, debido que presenta una precipitación total anual de 526 mm.[7]

Al ser una comunidad rural, mantiene riesgos implícitos por las condiciones sanitarias en que viven sus habitantes, prevaleciendo las enfermedades transmisibles como las gastrointestinales y las infecciones respiratorias agudas. Para el tema que nos ocupa, nos centraremos en el estudio de las primeras.

La OMS señala a nivel mundial la causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez, refiriéndose a las enfermedades diarreicas. Estas se originan a través de la exposición de alimentos o agua contaminados. En el mundo, alrededor de 1,000 millones de personas no tienen acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2,500 millones no cuentan con instalaciones básicas de saneamiento. Las enfermedades diarreicas infecciosas se presentan frecuentemente en países en desarrollo. En los países de ingresos bajos, la tercer causa de muerte fueron las enfermedades diarreicas en el 2004, presentando el 6.9% de los fallecimientos. También es la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años. El 80% de los niños fallecidos por enfermedades diarreicas (1.5 millones) en el 2004, tenían menos de dos años. Cada año, los niños menores de tres años, sufren en promedio tres episodios de diarrea. Por cada episodio que se presente, impide al niño la captación de nutrientes necesarios para su crecimiento, originando así la malnutrición.[8]

En la reunión de la 54 Asamblea de la OMS celebrada en el año 2001, en Ginebra, Suiza, se estableció como objetivo en todos los países, garantizar a través de todos los niveles de atención de salud el acceso a los fármacos básicos contra las geohelmintiasis, esto para el tratamiento de casos clínicos como el de los grupos de alto riesgo como son los escolares. Otro objetivo que establecieron para cumplir antes del año 2010, fue la administración regular de medicamentos para al menos el 75% de los escolares en riesgo de morbilidad y además mejorar las condiciones sanitarias, el suministro de agua potable para el consumo humano y la educación para la salud mediante la participación social de los esfuerzos comunitarios sostenibles.[9]

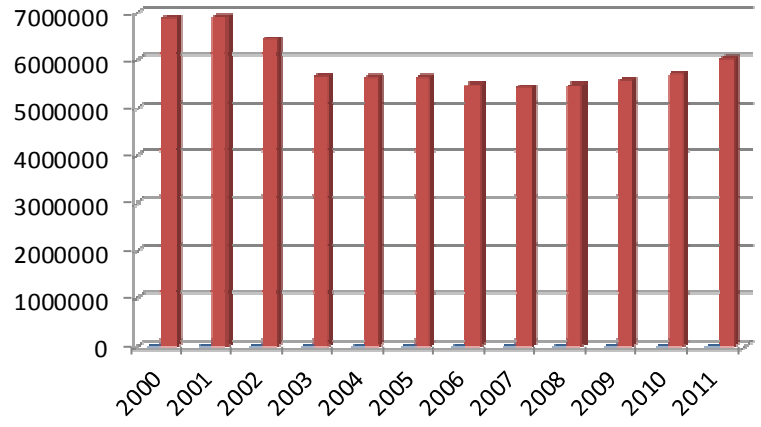
En 2001, la OMS estableció la meta de “controlar las parasitosis intestinales en niños del mundo para 2010”.[10] En mayo de 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Infancia emitió el documento final titulado “Un mundo apropiado para los niños”, en el que los líderes mundiales decidieron trabajar en la reducción de la prevalencia de las parasitosis intestinales y se reconoce la estrategia de desparasitación masiva como una herramienta útil a este propósito. En junio de 2003, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) anuncia que “el control de las geohelmintiasis en América Latina es un reto impostergable”.[10] En el 2006 América Latina y el Caribe, anunciaron el 5.1% de muertes en menores de 5 años por diarrea y deshidratación,

lo que representa aproximadamente 400,000 muertes, una de cada cuatro se debió a alguna de las enfermedades incluidas dentro de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Se hubieran prevenido estas muertes mediante medidas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, tanto en los servicios de salud como en la comunidad.[10]

De acuerdo con los datos del Population Reference Bureau (PRB) de los Estados Unidos, en América Latina y el Caribe, mueren aproximadamente 77,600 niños menores de 5 años al año por diarreas, lo que significa más de 200 muertes diarias. Los objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas respecto a saneamiento y agua limpia, se encuentran en buen camino para lograrlos 16 países de 33 de dicha región, por lo que todavía tienen que cubrir las necesidades de saneamiento el 8.4 millones de personas y en el caso del agua potable 6.1 millones.[11]

El comportamiento epidemiológico de las enfermedades intestinales en nuestro país es similar al de América Latina. En México, se observa un decremento de las enfermedades diarreicas agudas del 21% en el periodo 2001-2007, aparece una tendencia ascendente hasta el 2011 donde se registra una tasa de incidencia de 5,521 casos por cada 100,000 habitantes, representando un incremento del 10.6% de la tasa con respecto a 2007.[12] La gráfica 1 muestra los casos nuevos de enfermedades infecciosas intestinales en México 2000-2011.

Gráfica 1. Casos nuevos de enfermedades infecciosas intestinales
México, 2000 - 2011



Fuente: SINAVE/DGE/SaludSubsistema de notificación semanal de casos nuevos de enfermedad

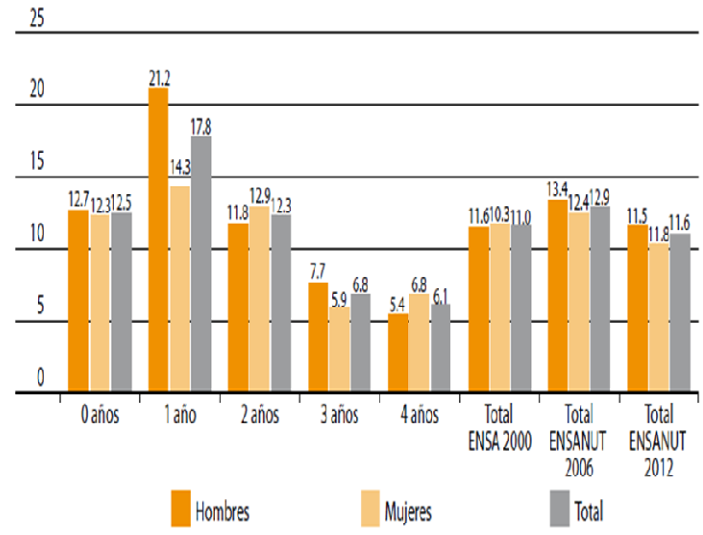
En México, "la tasa de mortalidad infantil por 1,000 nacidos vivos ha disminuido de 28.0 en 2003 a 18.8 en 2005 y 14.2 en 2007".[13] Estos logros se debieron a las intervenciones del Programa de Prevención de la Mortalidad Infantil, como es la prevención y tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA) en los menores de un año. En 2008, las acciones que más se destacan es la vacunación contra rotavirus y las infecciones respiratorias bajas, en niños menores de siete meses, como son las vacunas contra *Haemophilus influenzae tipo b*, vacuna conjugada de polisacáridos de neumococo para las neumonías y la vacuna contra influenza para menores de un año, esto para bronquiolitis o neumonía intersticial.[13]

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012, en niños menores de cinco años la prevalencia de EDA (eventos en las dos semanas previas) fue de 12.6, 13.1 y 11.0% respectivamente (Gráfica 2).[13]

En la ENSANUT 2012, los estados que presentan prevalencias más altas de EDAS son: Tabasco (18.9%), Yucatán (17.7%), Guerrero (15.5%), Baja California Sur (15.4%) y Estado de México (14.7%). Las entidades que registran prevalencias más bajas, son: Hidalgo (7.0%), Sinaloa (7.2%), Guanajuato, Chihuahua (7.4%, cada uno) y Tamaulipas (7.5%).[13]

En la ENSANUT 2006 y 2012, las niñas menores de cinco años presentan una prevalencia general de diarrea de 12.4 y 10.3%, con relación a esos años, lo que es ligeramente menor que en los niños presentando 13.4 y 11.6%, para esos años; mientras que en la ENSA 2000 los porcentajes fueron similares (11.5% niños y 11.8% niñas).[13] En la Gráfica 2 se reporta la prevalencia por año de edad y sexo; en la que muestra que los niños de 3 a 4 años de edad son los más afectados. Por lo que la estrategia efectiva para la prevención de diarrea es la lactancia materna en los primeros seis meses de vida. Otra de las medidas que se recomienda, es reforzar el A-B-C, es una estrategia que se encuentra en el Manual de Enfermedad Diarreica Aguda, consiste en la alimentación continua y habitual, bebidas abundantes y consulta oportuna. Ahora, para la prevención de la deshidratación a causa de esta enfermedad, es el consumo de vida suero oral (VSO) y de otras bebidas (té, agua de frutas o cocimientos de cereal), esto para evitar complicaciones.[13]

Gráfica 2. Distribución porcentual de la población de menores de 5 años que presentó enfermedades diarreicas, según edad y sexo.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera edición, 2012. Cuernavaca, Morelos, México.

La ENSANUT 2012 identificó que el 54.6% del total de niños menores de cinco años que registraron un episodio de diarrea en las últimas dos semanas, ingirió agua simple potable o de fruta y a 41.9% le fue administrado VSO.[13] Ambas bebidas son las más usadas para estos niños y niñas (ver anexos II, cuadro 3.13). Cuando se alivian de la diarrea, se les recomienda comer una comida más al día, hasta que obtengan el peso que tenían antes de enfermar.[13]

Además el 47.7% de las personas responsables del cuidado de los menores de cinco años que presentaron diarrea, mencionaron en la ENSANUT 2012, que les dieron la misma cantidad de alimento, mientras que el 34.2% les ofreció una cantidad menor. Esta cifra se mantiene de los 0 a los 3 años, pero a los cuatro años la proporción de niños que recibe igual cantidad de alimentos (42.7%) y menor cantidad (42.5%) es similar (ver anexos III, cuadro 3.14). En México, las infecciones intestinales para el 2010 fueron la quinta causa de muerte en niños de 1 a 4 años presentando 266 muertes, 3.5 por 100,000 nacimientos estimados.[13]

Por lo que entre los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM) hacia el 2015 para disminuir la mortalidad infantil, es reducir la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en dos terceras partes.[13]

El perfil epidemiológico de la morbilidad de las infecciones intestinales en el estado de Aguascalientes, municipio Aguascalientes y en la comunidad de San Ignacio del año 2012 muestra un comportamiento similar. A nivel estatal las infecciones intestinales ocuparon el segundo lugar como causa de morbilidad. A nivel municipal ocupa el mismo segundo lugar con 71,172 casos. En la comunidad en estudio, también se relacionan en el segundo lugar con 289 casos, afectando principalmente a los menores de 5 años y a los jóvenes adultos de 25 a 60 años.[14]

El comportamiento de la mortalidad refleja que las EDA's ya no ocupan los primeros lugares, que puede deberse a las diversas medidas adoptadas por los gobiernos y la propia población, bajando hasta el lugar 18 con 33 defunciones en el ámbito estatal. En el municipio de Aguascalientes está en el lugar 19 con 21 defunciones. En la comunidad de referencia, no se presentaron defunciones por infecciones intestinales desde el año 2011.[15]

Al realizar el DISP 2012-2013 en la Comunidad Rural San Ignacio con un total de 131 familias encuestadas, se encontró una situación parecida, ya que del total de los 57 preescolares antes de iniciar con la intervención educativa, se mostró en relación a la higiene personal, que todos los niños y niñas se lavan las manos de 3 a 4 veces al día, lo que no es tan frecuente, debido a todas las actividades que se realiza durante el día, por lo que es poco, pero también se observó que no todos usan jabón en el momento de lavarse las manos solo usan agua, reflejando el 5% de alumnos, algunas veces lo utilizan el 43% y los demás, el 52.46% todas las veces utilizan el jabón para el lavado de manos, por lo que existe riesgo. Además de contar con este resultado, también cuentan con el mayor riesgo de padecer esta enfermedad, por estar expuestos a las heces fecales de los perros y el jugar con ellos, ya que el 63.36% de las familias de la comunidad cuentan con este animal doméstico.[7]

El 62.59% de las familias se bañan diario, al contrario de ello, el 39.34% de los hijos e hijas preescolares respondieron que se bañan diario, que es menos de la mitad de los alumnos. Y cada tercer día se bañan el 55.74% de los alumnos, dos no contestaron con el 3.27% y 1.64% se baña solamente dos días a la semana. Las restantes 37.41% familias se bañan cada tercer día, tres veces a la semana y dos veces a la semana. Si existe la falta de higiene personal.[7]

Con respecto al consumo de agua potable y no potable, refieren que el 99% de las familias consumen agua potable, por lo que tienen menor riesgo de padecer enfermedades intestinales por este determinante.[7]

Otro factor determinante es la salud bucal en la que el 45.04% de las familias no acuden con el dentista para la prevención de enfermedades, tanto de caries como enfermedades intestinales que es casi la mitad, y los hijos e hijas preescolares respondieron con un 25% que no se lavan los dientes, que es una cuarta parte. Sin embargo

el 72% de los preescolares se lavan una vez los dientes durante el día y 3.27% no contestaron. Si no realizan buenas prácticas o adoptan el hábito de lavarse frecuentemente los dientes, por lo menos 3 veces al día, o mucho menos acuden al dentista para la prevención, sufrirán consecuencias. Por otra parte el 54.97% de las familias acuden 1 o 2 veces al año con el dentista.[7]

En materia de saneamiento ambiental, el 44.27% de las familias barren sus calles y patios, o sea menos de la mitad de las familias encuestadas realizan buenas prácticas para el autocuidado de la salud y de la vivienda. Por lo que los 53 hijos e hijas preescolares, que representa el 86.88%, dijeron que no habían recibido alguna plática o taller sobre saneamiento ambiental. El 3.28% no contestaron y solamente 6 preescolares, el 9.83% habían referido de haber tomado una plática de saneamiento en el año anterior (2° año de Kínder). Por lo que, si se encuentran mal con este determinante, no hacen por mejorar el medio ambiente, por ello el riesgo de enfermarse los niños y niñas de las enfermedades intestinales, esto, por jugar y comer fuera de la casa. Un dato curioso, en cuanto a la limpieza interior de la casa, el 83.60 % de los preescolares menciona que ayudan a sus papas a limpiar. El 13.11% dicen que no ayudan y el 3.28% simplemente no contestaron.[7]

En relación a la fauna nociva, las familias refieren que el 25.19% cuentan con moscas y el 18.32% de las familias dicen que tienen cucarachas en su casa y el 16.79% familias refieren que tienen ratas en sus casas, por lo que estos insectos y roedores son vehículos o portadores de bacterias, virus y parásitos que pueden causar enfermedades intestinales. Los restantes 52 familias, que representa el 39.69% tienen otro tipo de fauna nociva que no tiene relación alguna con las enfermedades intestinales. Por lo que en general viven en condiciones insalubres.[7]

En la revisión de la literatura científica, se encontró dos estudios con características similares al presente trabajo con respecto a la evaluación de conocimientos y hábitos o prácticas saludables en preescolares, solo que con temas no relacionados con el estudio, y encontrando sólo tres estudios que abordaron los determinantes de la salud de las enfermedades diarreicas agudas o intestinales y que se describen a continuación.

1.- Intervención Educativa en Salud Bucal, con una duración de 4 semanas, con preescolares indígenas de México, en los meses de Septiembre y Octubre del 2005, en la escuela pública de la zona central de México.
Es un estudio basado en la metodología educativa en teorías sobre el aprendizaje cognitivo-constructivista e inteligencias múltiples en donde participaron activamente dentro del proceso educativo 32 preescolares entre 4 a 6 años de edad, madres y maestras. Con el objetivo de implementar en los niños y niñas, hábitos de higiene bucal y el consumo moderado de carbohidratos simples. En la que se realizó un diagnóstico bucal inicial a los preescolares, y se aplicó un cuestionario pre y post-intervención educativa basado en conocimientos y prácticas. Para medir los resultados, se aplicaron estadísticas básicas de tendencia central y diferencias de proporciones con un nivel de significancia de 0.05. Se obtuvieron los siguientes resultados más relevantes: un aumento de nivel de conocimientos del 87%, clasificándose los preescolares dentro de la categoría de eficiente. Otro resultado, fue el aumento del hábito en los alumnos con el 84% en la ejecución del cepillado dental

matutino, un incremento del 69% en el cepillado diario y el 97% de los niños y niñas disminuyó la frecuencia en el consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos simples. Por lo que mostró que las intervenciones educativas basadas en este proceso junto con el nivel cognitivo, socioeconómico y cultural, desarrollan hábitos de salud bucal favorables.[16]

2.- Proyecto de Intervención para disminuir la incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en el Municipio de San Antonio Tecomitl, Milpa Alta D.F. Septiembre a Noviembre del 2009.
El estudio se basó en el método educativo por modalidad curso, enfocado a la prevención, manejo y atención de las EDA's a madres y responsables de menores de cinco años, se llevaron a cabo 30 cursos, proyectando capacitar a 404 madres o responsables, con el objetivo de incrementar en ellas el conocimiento acerca de la prevención de las EDA's en el hogar, mediante métodos educativos, verificándolo mediante evaluaciones pre y post capacitación, utilizando como medios de verificación los formatos de evaluación y de observación práctica, teniendo como supuesto el incremento del conocimiento en un 90% de los responsables de menores de cinco años capacitados en el manejo integral de las EDA's. Cuyos resultados fueron los siguientes:
Solo participaron 376 madres asistentes en el curso, de los cuales 345 madres obtuvieron una calificación de 10 al finalizar la intervención con un promedio grupal de 9.2 de calificación, representando un porcentaje del 91.8% del total de las madres de familia. El estudio no mostró cifras de evaluación inicial, por lo tanto no se puede comparar con los resultados de la evaluación final. Pero el autor comenta en conclusiones del estudio que hubo mejoría significativa, sin mencionar algún porcentaje. En relación a prácticas saludables no refieren resultados en la evaluación final, ni siquiera presentan comparación con la evaluación inicial.[17]

3.- Efecto de una intervención educativa sobre el consumo de frutas, verduras y pescado en familias de niños preescolares y escolares, colegios municipales de una comuna de la Región Metropolitana de Chile, 2012. Tuvo una duración de 3 meses, en donde se sometieron al estudio, un grupo intervenido y uno de control de niños preescolares, escolares y sus padres. Con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención educativa, se obtuvieron del grupo intervenido resultados positivos con respecto a las prácticas alimentarias saludables por las familias, teniendo un mayor consumo de frutas, verduras y pescado de acuerdo a la prueba de *Kolmogorov-Smirnov, test de Wilcoxon,* con un valor de $p<0,05$. Se realizó una comparación entre los dos grupos en pre-post de la intervención y resultó mejor el grupo intervenido, presentando en los padres un aumento de 135,8 g en el consumo de frutas, en las verduras con el 19,5 g y el de pescado con 10,2 g diarios. Con respecto a los niños y niñas, el consumo de las frutas aumentó con 92,1 g, las verduras 65,9 g y el pescado 5,2 g al día. Por lo que las familias lograron modificar significativamente la alimentación saludable de su hogar, generando hábitos saludables mediante la aplicación de talleres de cocina y de materiales audiovisuales.[18]

4.- El Modelo de intervención sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal en el centro poblado Pacherrez, Lambayeque – Perú. El objetivo del estudio fue resolver el problema de la parasitosis intestinal infantil en forma sostenible, aplicando la metodología del análisis participativo, basado en el enfoque de la teoría constructivista. En la evaluación diagnóstica inicial del nivel de conocimientos en las madres, fue deficiente, presentando una nota de 8.9. En el transcurso de la capacitación en teoría y práctica,

los conocimientos iban mejorando, después de las tres evaluaciones, las madres alcanzaron en promedio una calificación de 13.7. Aparte de la medición del conocimiento, se encontró en la comunidad un factor determinante no favorable de las enfermedades intestinales, en la que las familias no cuentan con agua potable dentro de su domicilio, y que estos mismos presentaron mayor frecuencia de parasitosis intestinal, por lo que es un factor de riesgo muy importante. Para ello, se recomienda el hábito de lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, pero contando siempre con el recurso del agua potable. Este mismo estudio evaluó el impacto de tipo cuantitativo, encontrando en el primer mes en niños y niñas, una disminución de parasitosis del 14.3%, a los tres meses el 10.2% y a los 6 meses con el 18.4%. Además se realizó la evaluación de impacto de tipo cualitativa, entrevistando a madres de familia, donde refieren el gusto y el agradecimiento de que fueron capacitadas en la prevención de las enfermedades intestinales y en la aplicación de cuidados o medidas de prevención en la casa con sus hijos y en el ambiente.[19]

5.- Una intervención estratégica para comprender o entender sobre la parasitosis intestinal, aplicada a las madres de niños de 1 a 10 años en el sector II de la comunidad El Cerrito en la parroquia Gustavo Vegas León del municipio Simón Planas del estado Lara Venezuela 2010, cuyo objetivo es aumentar conocimientos y habilidades, para que ellas mismas las apliquen en su práctica diaria. Se aplicaron entrevistas iniciales cualitativas y cuantitativas a las 28 madres de familia, cuyos resultados en las entrevistas ex ante y ex post se observó un cambio significativo en los conocimientos y habilidades iniciales y finales, demostrando que el método constructivista utilizado fue eficaz.[20]

En el caso de México, los modelos educativos en la promoción de la salud y prevención de enfermedades intestinales en los preescolares, se establecen en el sector educativo por medio de los principios pedagógicos que incluye el Programa de Educación Preescolar 2011[21] del campo formativo de competencias de desarrollo físico y salud de la Secretaría de Educación Pública Nacional (SEP), y por el sector salud mediante los promotores de la salud, los que no se basan en un modelo o guía educativa, sólo con la información que cuentan en el Manual para el personal de salud de la prevención, control y tratamiento de EDA's[22] mencionado anteriormente, en los talleres comunitarios del Programa de Oportunidades[23] y en el tarjetero de Salud Empieza en Casa, que es material otorgado por el Programa Nacional de Entornos y Comunidades Saludables[24] de la Dirección General de Promoción de la Salud de la Secretaria de Salud, el cual tienen que adaptarlo para el proceso de enseñanza – aprendizaje del preescolar. Sin embargo, ninguno de estos modelos educativos implementados en nuestro país evalúa el impacto en los hábitos y conocimientos adquiridos por los escolares.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los factores determinantes que se presentan en la comunidad rural San Ignacio con 131 familias (1,360 habitantes.) según el Diagnóstico Integral de Salud Poblacional 2012-2013, para las enfermedades intestinales y/o diarreicas, son principalmente la falta de cultura en la promoción de la salud (aplicación de las medidas preventivas) a nivel individual y colectiva (familiar), la temporada de calor (primavera-verano), los malos hábitos y costumbres no saludables en las prácticas de higiene personal, encontrando que solo el 62.59% de las familias de la comunidad se bañan diariamente, a pesar de contar con agua potable corriente. Otras circunstancias que favorecen la presencia de enfermedades son la mala preparación e higiene en los alimentos dentro del hogar y el consumo de alimentos no higiénicos en la calle o fuera de su hogar.[7]

Aunado a las condiciones antes descritas, se observó que el Ejido San Ignacio cuenta con un índice de rezago social de -1.96586, con cifras altas en las carencias sociales básicas, como una educación básica incompleta del 60.57% en la población de 15 años y más. En el 2010 con el estudio de rezago social se observa que la población sin derechohabiencia de los servicios de salud fue del 40.12%. Las viviendas que no disponen de drenaje 11.25%, viviendas que no disponen de excusado o sanitario 8.13%, población de 15 años o más analfabeta del 8.0%, población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela del 7.60% y viviendas que no disponen de agua entubada a la red pública 6.25%. Con respecto al saneamiento ambiental, en las viviendas se encuentran gallinas y perros, además en algunas de las casas se tienen caballos y vacas. No están pavimentadas algunas calles de la comunidad. Demasiados perros callejeros que dejan su excremento en las banquetas y en las calles de la comunidad. La fauna nociva más común son las cucarachas, zancudos y moscas. Los factores facilitadores son la falta de importancia de los habitantes de la comunidad en la educación para la salud y la falta de interés en poner en práctica las medidas preventivas en la vida cotidiana. Los factores reforzantes son la dificultad de terminar la educación básica y para seguir estudiando la educación media superior (bachillerato) y de asistir a las pláticas de prevención en salud que otorga el personal del centro de salud rural de San Ignacio, esto por acudir a trabajar. Referente a los servicios educativos, la comunidad cuenta con un plantel de nivel preescolar, la primaria “Vicente Guerrero”, la “Tele-Secundaria # 34 Lázaro Cárdenas” y la preparatoria “Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario (CBTA) 126”.[7]

Los servicios públicos que cuenta la comunidad se componen de un pozo municipal para el abastecimiento de agua. Todas las viviendas cuentan con luz eléctrica, algunos con red telefónica. Las viviendas de la comunidad cuentan con combustible o gas para cocinar.[7] En el mapa anexo se identifica la comunidad San Ignacio y la infraestructura de servicios públicos. (Ver anexos XI y XII).

El perfil epidemiológico de las enfermedades intestinales, resultado del Diagnóstico Integral de Salud Poblacional San Ignacio,[7] mostró a las EDA’s como la segunda causa de morbilidad con 289 casos, que representa el 21% de los habitantes, afectando a los grupos de población menores de 5 años y a los jóvenes-adultos de 25 a 60 años de edad. Con respecto a la mortalidad, no se presentaron muertes por EDA’s. Al tener esta prevalencia, se decidió trabajar en este padecimiento.

Una vez conocidos los datos sociodemográficos y epidemiológicos, se analizaron los recursos y servicios con los que se cuenta para hacer frente a esta situación de salud. Por lo que se refiere a los programas y proyectos, se encontró que en el ámbito de la educación para la salud, la intervención educativa que se aplica por parte del sector salud se asemeja a la teoría constructivista, debido que los promotores de la salud y el personal de salud orientan su enseñanza a través de la investigación autónoma y la creatividad, permitiendo que los preescolares sean partícipes en la construcción del conocimiento. Por otra parte, la intervención educativa del componente formativo del Desarrollo Físico y Salud del Programa de Educación Preescolar 2011 que aplica el Instituto de Educación del Estado de Aguascalientes, se basa en la teoría constructivista, mediante el enfoque de competencias, que destaca la importancia de la acción, es decir "del proceder activo en el proceso de aprendizaje".[21]

Dado que las dos intervenciones anteriores no cuentan con resultados, debido a que su plan o programa no tiene estipulado evaluar la intervención y que a través de la práctica empírica existe una mejor, se decidió implementar una nueva estrategia de diseño de intervención en educación para la salud de la prevención de enfermedades intestinales en la población preescolar basado en el mismo enfoque constructivista, y evaluar el impacto de cada una de ellas.

Por lo que se establece la pregunta de investigación: ¿La nueva intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales basada en la teoría constructivista con una estructura u operación del programa distinto a los demás, es más efectiva que las intervenciones educativas basadas en la misma teoría constructivista aplicada por el Instituto de Educación del Estado de Aguascalientes y por el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, para promover conocimientos y hábitos saludables que permitan disminuir la prevalencia de diarreas en niños y niñas de edad preescolar de 5 años de edad en la comunidad San Ignacio, Aguascalientes?

IV. JUSTIFICACIÓN:

La morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas agudas son un problema de salud pública mundial, afectando principalmente a los grupos más vulnerables de la población. Diversas organizaciones internacionales han documentado los determinantes de salud de las EDA's. Entre los factores asociados por EDA se encuentran: la escasa higiene personal, la falta de limpieza en la preparación y consumo de alimentos, contaminación fecal del agua y de alimentos; para los niños y niñas se agregan otros factores más como es la desnutrición, la carencia de lactancia materna, el bajo peso al nacer, esquema de vacunación incompleto, la falta de preparación o de instrucción de la higiene familiar a la madre y la deficiencia de vitamina A. Estudios de investigación han comprobado la alta relación que existe entre estos factores y la incidencia de la EDA en todos los grupos de edad, y los agentes patógenos que los afectan.[25]

Al ser una prioridad nacional, se plasma como una política pública de los tres niveles de gobierno, para la cual se ha desarrollado un programa prioritario de acción.

El conocimiento obtenido ayudará a establecer programas de acción para promover estilos de vida saludables, específicamente en la promoción y educación para la salud, esto para la adopción de conocimientos y hábitos saludables en la prevención de enfermedades intestinales en niños de 5 años de edad.

Esta investigación aplicada pretende generar nuevo conocimiento para el diseño de intervenciones eficaces, basadas en el reforzamiento de conocimientos aunado a actividades lúdicas y demostrativas prácticas, provocando la reflexión del menor para la adopción de hábitos saludables en su vida cotidiana.

Por lo que la nueva estrategia de diseño de intervención en educación para la salud de la prevención de enfermedades intestinales en la población preescolar (5 años de edad), se basa en la importancia del trabajo del niño y la colaboración adulto – niño. Así, la escuela no es un lugar donde el maestro transmite conocimientos, sino un lugar donde la inteligencia y la parte analítica crítica del niño y su participación activa se desarrollarán a través de actividades lúdicas, de reflexión, solución o toma de decisiones y demostraciones. Esta intervención fomenta la participación del niño/niña en los diversos temas a aprender y en el desarrollo de las actividades prácticas para la toma de decisión propia hacia la solución del problema que se está enfrentando o confrontando, en este caso sobre la salud integral del propio escolar.

Lo que se quiere buscar es una metodología del proceso de enseñanza-aprendizaje en los preescolares, que permita adquirir conocimientos y hábitos saludables con respecto a la prevención en salud, específicamente en las enfermedades intestinales.

Los resultados serán publicados en los órganos de difusión del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes y del Instituto de Educación del Estado.

Se promoverá la adopción de la mejor intervención educativa en las instituciones de nivel preescolar del estado, con la finalidad de llevar a cabo la transformación de una nueva cultura de salud basada en el autocuidado personal.

V. OBJETIVOS

A) GENERAL:

Evaluar tres intervenciones educativas en la promoción y fomento a la salud para la adopción de conocimientos y hábitos saludables, para determinar cuál es la más eficaz y aplicarla en la prevención de enfermedades intestinales en los preescolares de 5 años de edad de la comunidad rural San Ignacio, municipio Aguascalientes, Aguascalientes, durante los meses de agosto a octubre del 2013.

B) ESPECÍFICOS:

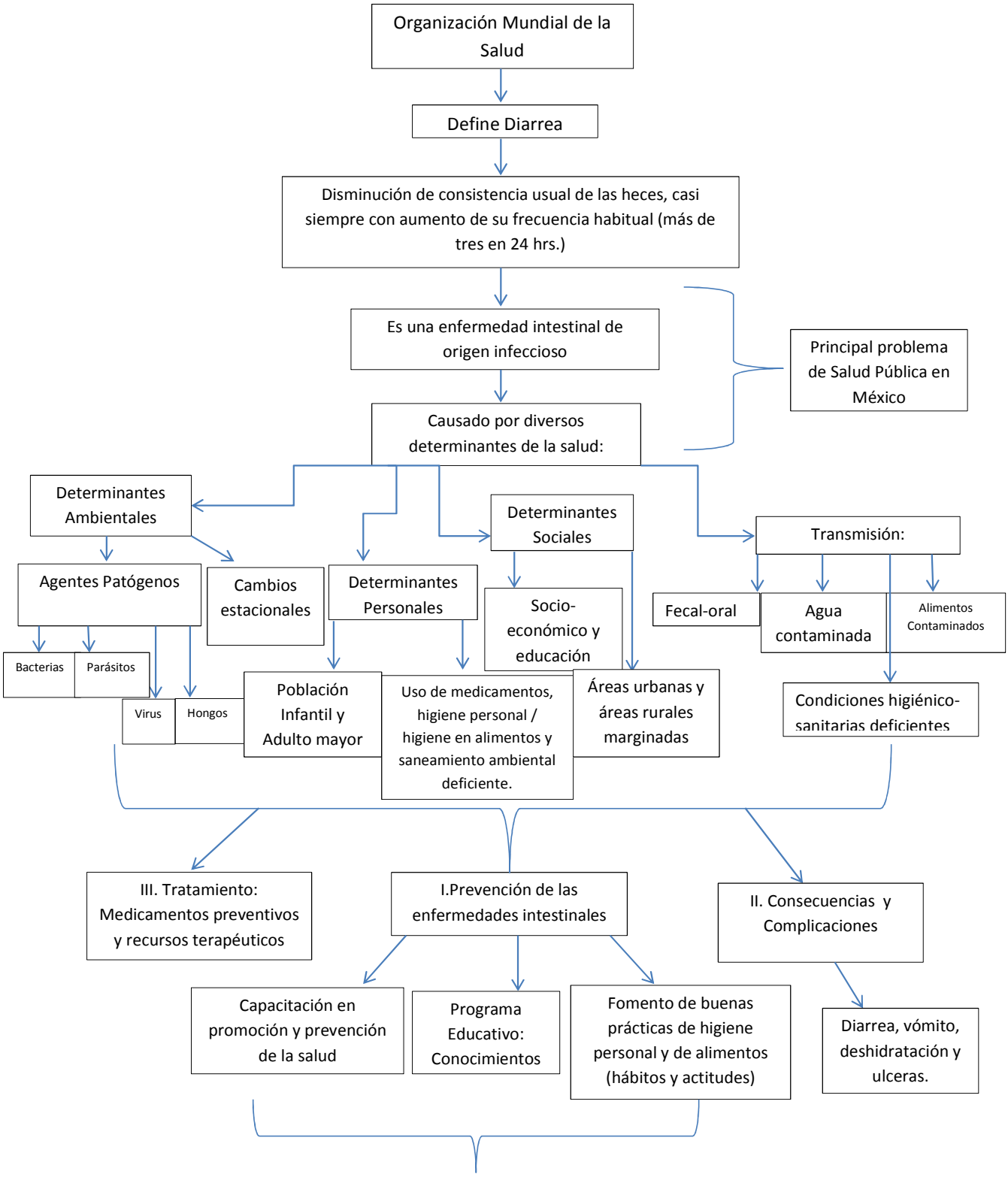
1.- Aplicar cada uno de los tres modelos educativos a los grupos de estudio mediante la participación social activa en los talleres y tareas implementados.

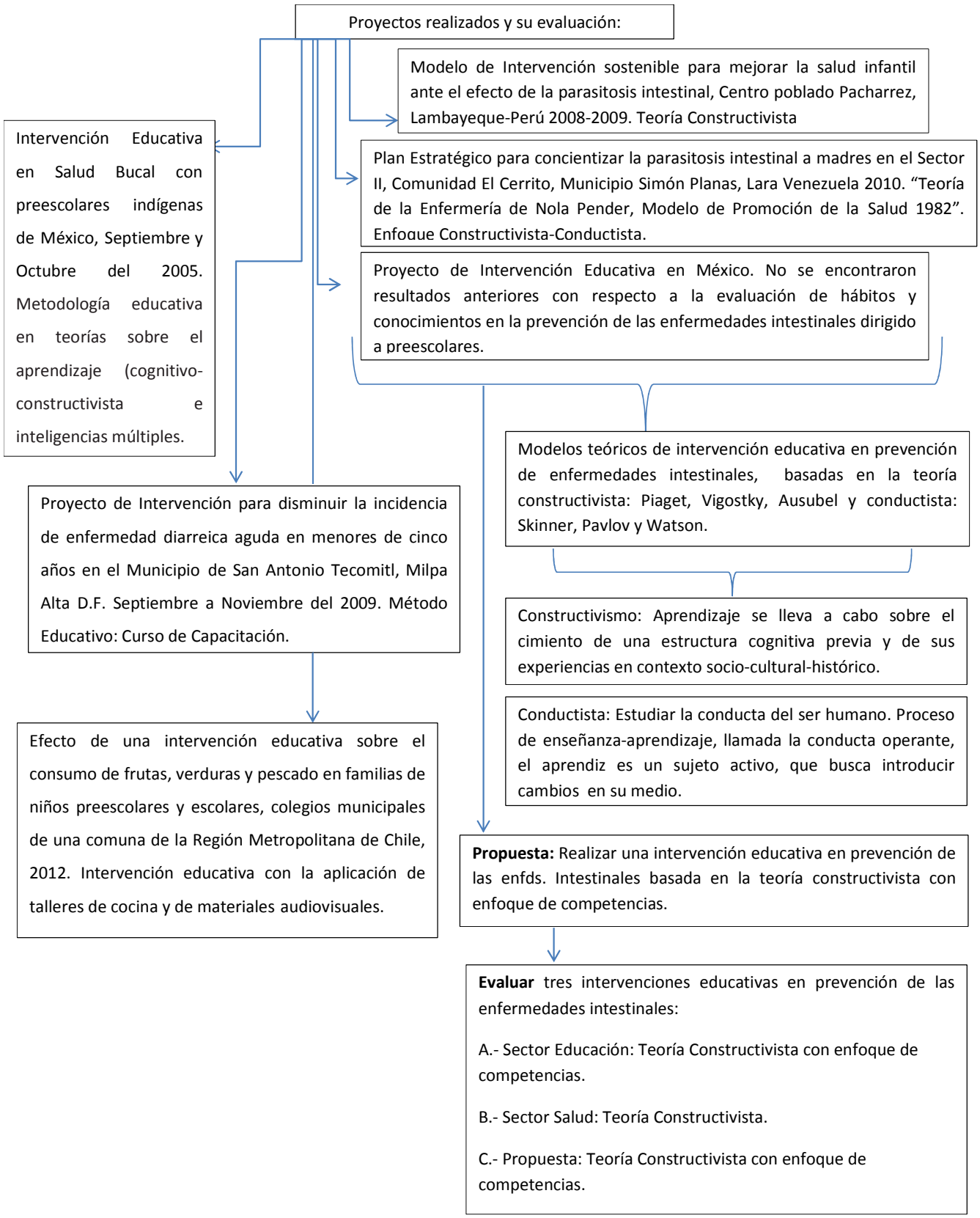
2.- Analizar y comparar estadísticamente los resultados de los conocimientos y hábitos que originaron los tres modelos educativos de intervención en la prevención de enfermedades intestinales y/o diarreicas en los preescolares exante, expost, entre grupos e intragrupos.

VI. MARCO TEÓRICO:

Las enfermedades intestinales o las enfermedades diarreicas son un problema grave de salud pública en México, afectando a los menores de 5 años y adultos mayores, además se encuentran ubicadas en las primeras causas de morbilidad a nivel nacional y estatal. Si no son atendidos y no se tienen los cuidados necesarios pueden desarrollar complicaciones e incluso la muerte. Por lo que es necesario prevenir estas enfermedades mediante la adopción de comportamientos, hábitos saludables y por supuesto los conocimientos adquiridos, impartidos ya sea por las madres/padres de familia, docentes y otros facilitadores o capacitadores interesados en esta materia, según sea el caso. Se observa en la actualidad que solo las madres reciben capacitación sobre la prevención de las enfermedades intestinales en menores de 5 años y sus cuidados, otorgado por el personal de salud o directamente por los promotores de salud de las unidades médicas pertenecientes de la Secretaría de Salud, por lo que surge una pregunta, ¿Realmente las intervenciones educativas que utilizan el Sector Salud ayudan a que las madres y los niños adopten prácticas saludables en su vida cotidiana? Es interesante saber si estos menores conocen sobre las enfermedades intestinales, si adoptan las medidas preventivas y/o higiénicas sanitarias en sus estilos de vida. Por lo tanto, es importante estudiar los determinantes de la salud: sociales, ambientales, culturales y personales que giran en el entorno de este padecimiento, desde la temprana edad de la persona hasta sus actitudes o comportamientos y las prácticas saludables que implementan durante su vida cotidiana. Como lo dice la Declaración de Yakarta en 1997, en la que describe a los determinantes de la salud como los diversos elementos que se interrelacionan entre sí, y que influyen en la salud.[4] La promoción de la salud comprende la acción y la abogacía, señalando a trabajar en el conjunto de determinantes de la salud potencialmente cambiables; como son las acciones de los individuos, los comportamientos y los estilos de vida saludables, así como también los determinantes socio-económicos como son los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo, las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos.[4] Es por ello la razón de mencionar a continuación, los conceptos más importantes, como es el tratado, su comportamiento y los proyectos o intervenciones que se han realizado en materia de esta enfermedad a nivel nacional e internacional, presentándolo en forma de mapa conceptual para la comprensión del mismo:

Figura 1. Diagrama de Promoción, Prevención e Investigación de las Enfermedades Diarreicas Agudas y sus Determinantes Sociales

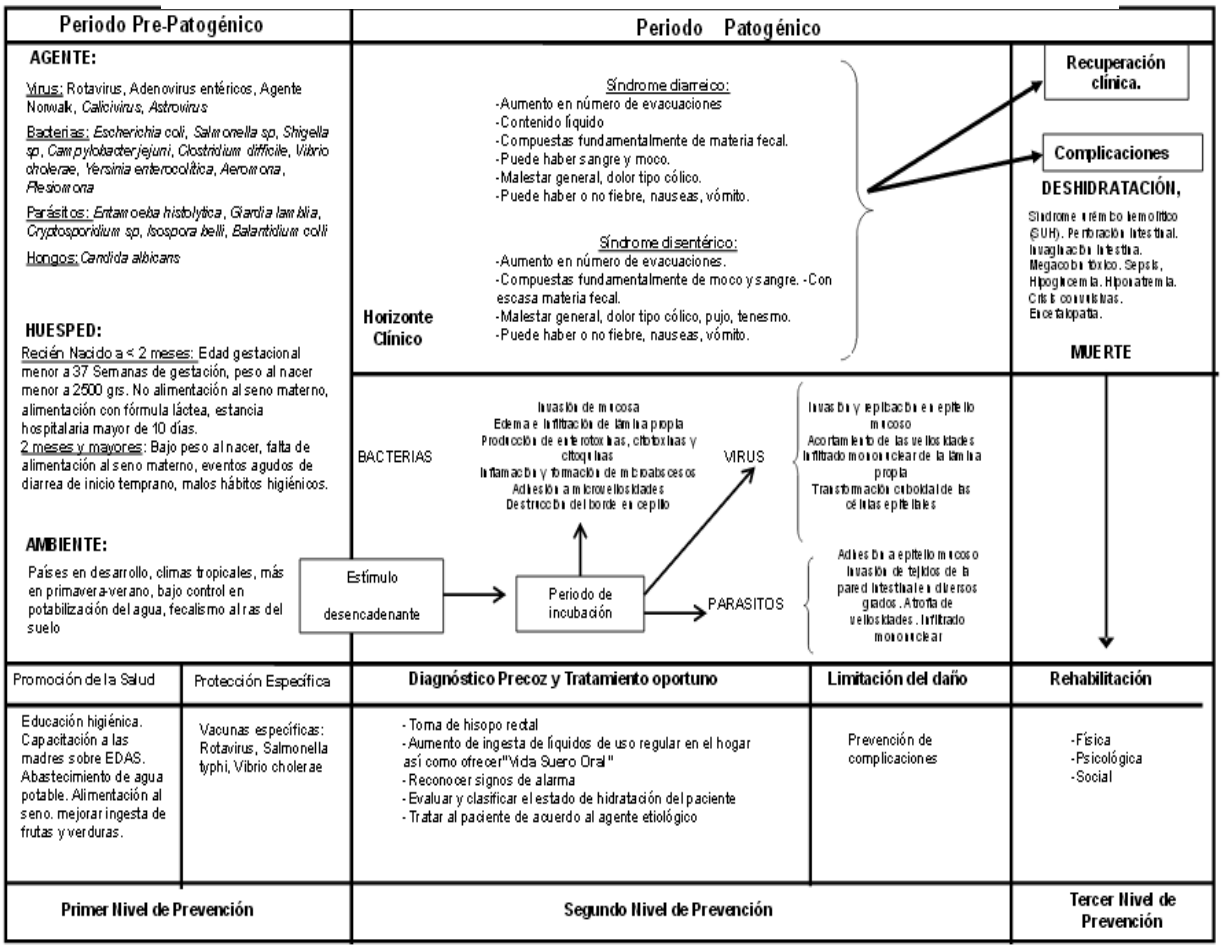



Proyectos realizados y su evaluación:
Modelo de Intervención sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la parasitosis intestinal, Centro poblado Pacharrez, Lambayeque-Perú 2008-2009. Teoría Constructivista
Intervención Educativa en Salud Bucal con preescolares indígenas de México, Septiembre y Octubre del 2005. Metodología educativa en teorías sobre el aprendizaje (cognitivo-constructivista e inteligencias múltiples.
Plan Estratégico para concientizar la parasitosis intestinal a madres en el Sector II, Comunidad El Cerrito, Municipio Simón Planas, Lara Venezuela 2010. "Teoría de la Enfermería de Nola Pender, Modelo de Promoción de la Salud 1982". Enfoque Constructivista-Conductista.
Proyecto de Intervención Educativa en México. No se encontraron resultados anteriores con respecto a la evaluación de hábitos y conocimientos en la prevención de las enfermedades intestinales dirigido a preescolares.
Modelos teóricos de intervención educativa en prevención de enfermedades intestinales, basadas en la teoría constructivista: Piaget, Vigostky, Ausubel y conductista: Skinner, Pavlov y Watson.
Proyecto de Intervención para disminuir la incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en el Municipio de San Antonio Tecomitl, Milpa Alta D.F. Septiembre a Noviembre del 2009. Método Educativo: Curso de Capacitación.
Constructivismo: Aprendizaje se lleva a cabo sobre el cimiento de una estructura cognitiva previa y de sus experiencias en contexto socio-cultural-histórico.
Conductista: Estudiar la conducta del ser humano. Proceso de enseñanza-aprendizaje, llamada la conducta operante, el aprendiz es un sujeto activo, que busca introducir cambios en su medio.
Efecto de una intervención educativa sobre el consumo de frutas, verduras y pescado en familias de niños preescolares y escolares, colegios municipales de una comuna de la Región Metropolitana de Chile, 2012. Intervención educativa con la aplicación de talleres de cocina y de materiales audiovisuales.
Propuesta: Realizar una intervención educativa en prevención de las enfds. Intestinales basada en la teoría constructivista con enfoque de competencias.
Evaluar tres intervenciones educativas en prevención de las enfermedades intestinales:
A.- Sector Educación: Teoría Constructivista con enfoque de competencias.
B.- Sector Salud: Teoría Constructivista.
C.- Propuesta: Teoría Constructivista con enfoque de competencias.

La enfermedad diarreica aguda es de origen infeccioso, causada por bacterias, parásitos, virus y hongos. Presentando un cuadro de sintomatología auto-limitado con un periodo de duración menor de cinco días. Es de inicio rápido con presencia de evacuaciones líquidas, vómito, náusea, dolor abdominal, fiebre, deshidratación y desequilibrio de electrólitos.[22] La Organización Mundial de la Salud define a la diarrea como la reducción de la consistencia usual de las heces (acuosas), con más de tres evacuaciones en 24 horas.[22]

En la Figura 2 se presenta la Historia Natural de las Enfermedades diarreicas.[22]

Figura 2. Historia Natural de las Enfermedades Diarreicas



MODIFICADO DEL PROPUESTO POR LEAVELL Y CLARK Y ADAPTADO POR RODRIGO GUADALUPE OJEDA ESCOTO EPIDEMIOLOGO DEL CENSIA.

Esta enfermedad se centra principalmente en agentes causales clásicos como Salmonella, Shigella, Escherichia, Vibrio, Campylobacter y Yersinia.[26] Se ha documentado en otros países como agente etiológico de enfermedades intestinales y marcador de contaminación fecal en el agua, las Aeromonas.[26]

Estas enfermedades intestinales afectan el nivel socio-económico de los pacientes[26] no respetan la edad ni la condición social, este fenómeno se acentúa más en las áreas urbanas y rurales marginadas.[27]

Con los conocimientos actuales, los medicamentos preventivos antiparasitarios y los recursos terapéuticos sencillos de bajo costo individual y otorgados gratuitamente por el sector salud, se podrían evitar más del 90% de las defunciones en la población infantil.[25]

Las complicaciones más graves cuando existe diarrea y vómito, es la deshidratación. Además, afectan órganos como son el esófago, el estómago, el duodeno, el ano, el recto, el páncreas y los intestinos, el delgado y el grueso. Entre las enfermedades más habituales están: la Colitis, el Reflujo Gastroesofágico, el Colon irritable, la Hepatitis C, la Salmonelosis, Amibiasis, Gastritis, Úlceras, Cálculos biliares, Agruras o pirosis y otras más.[27]

Estas enfermedades se previenen con medidas básicas como es la higiene y preparación correcta de alimentos, no comer en la calle o en lugares poco higiénicos, lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, hervir el agua, tomar agua embotellada, lavar y desinfectar las verduras y frutas, revisar las fechas de caducidad y calidad de los empaques de los alimentos que se consumen.[27]

Existen varios tipos de problemas digestivos que dejan devastada a una persona, pero que pasan rápidamente, y están las enfermedades a largo plazo, como es la enfermedad inflamatoria del intestino, causando la inflamación crónica de los intestinos y al complicarse originan las úlceras por agentes infecciosos, entre los que se encuentran la Yersinia enterocolítica, Yersinia pseudotuberculosis, Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium avium-intracellulare complex, histoplasma capsulatum, salmonella, cryptococcosis, Anisakiasis, Actinomycosis israelí, tropherima whippelli.[28]

Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas en los libros electrónicos y revistas sobre las investigaciones que se han realizado en materia de promoción y educación para la salud en prevención de enfermedades intestinales en los escolares, encontrando sólo cinco proyectos similares y realizados por los países de México, Chile, Venezuela y Perú, estos tres últimos pertenecientes al continente América del Sur. En México no se han realizado proyectos y/o investigaciones relacionados con los escolares en esta materia, sólo se realizan capacitaciones en promoción y prevención de enfermedades intestinales y diarreicas a las madres y padres de familia, basándose en el Manual del Personal de Salud en la prevención, control y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda[22] otorgado por la Secretaría de Salud del Nivel Federal y se refuerza en la historia natural de las enfermedades diarreicas del propio manual, en cuanto a las acciones a realizar en el primer nivel de prevención y en la área de promoción de la salud enfatizando en realizar capacitaciones a esta población, pero no en escolares.

Los modelos teóricos de intervención educativa en la prevención de enfermedades intestinales existentes se basan en la teoría cognitivo – constructivista y están dirigidos a padres de familia. No se encontraron estudios de evaluación de las intervenciones en población infantil y/o en escolares con respecto a esta materia, pero sin embargo existen estas que son similares con respecto a la evaluación de conocimientos y hábitos saludables en los preescolares, estas son las siguientes:

1.- Intervención Educativa en Salud Bucal con preescolares indígenas de México, Septiembre y Octubre del 2005.[16]

2.- Proyecto de Intervención para disminuir la incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en el Municipio de San Antonio Tecomitl, Milpa Alta D.F. Septiembre a Noviembre del 2009.[17]
3.- Efecto de una intervención educativa en el consumo de verduras, frutas y pescado en familias de niños preescolares y escolares, colegios municipales de una comuna de la Región Metropolitana de Chile, 2012.[18]

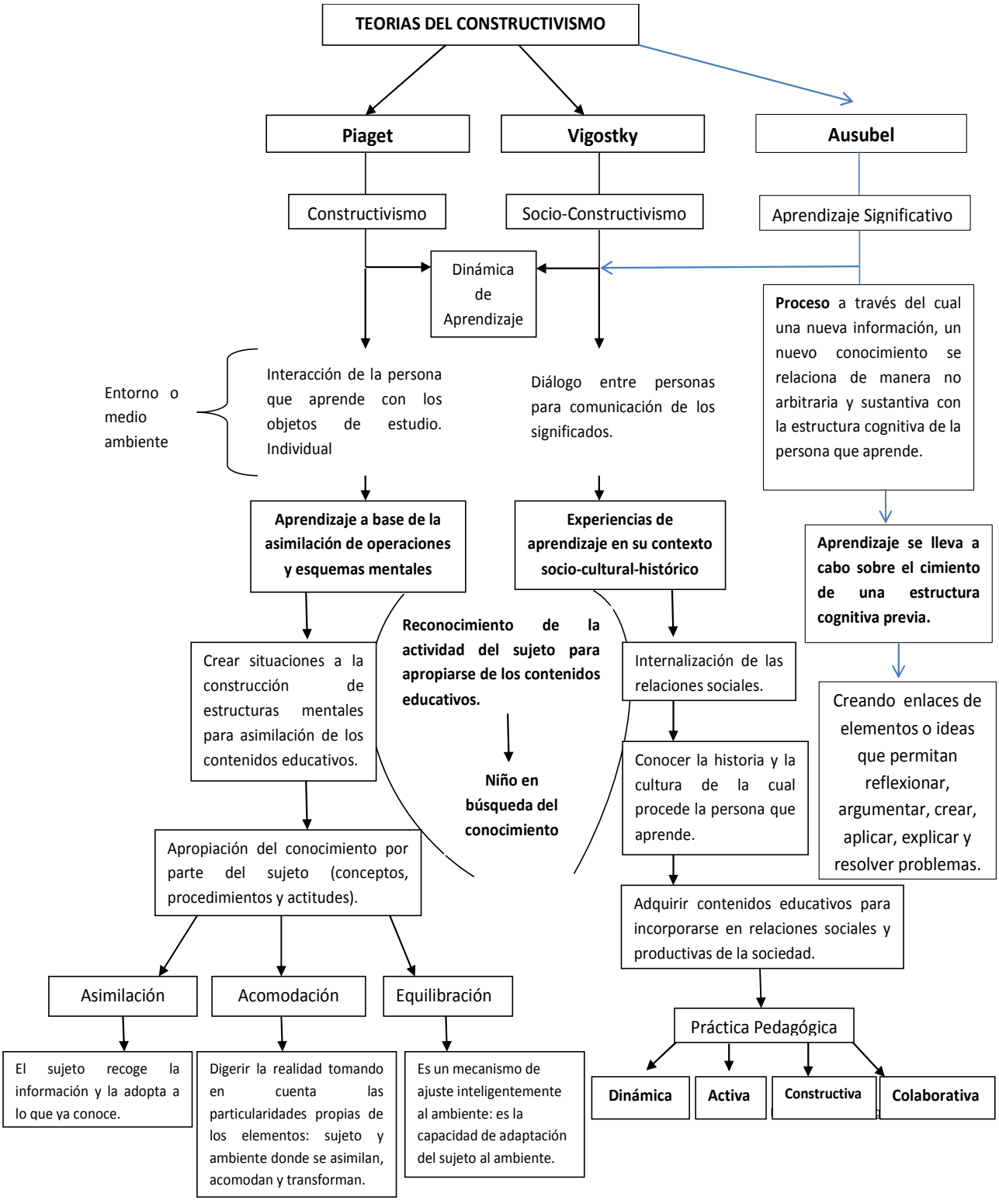
Para este trabajo de evaluación se tomó el modelo constructivista que es un proceso que busca el aprendizaje por medio de la resolución de problemas. Permite al alumno construir sus propios conocimientos por medio de estructuras cognitivas. Los principales autores de esta corriente son Piaget con su teoría epistemológica genética; Ausubel con su teoría del aprendizaje significativo; y Lev. S. Vigotsky planteando la teoría socio-cultural sobre el aprendizaje.[29]

La teoría otorga espacios de aprendizaje constructivista fomentando la reflexión en la experiencia, permitiendo que el contexto y el contenido sean dependientes de la construcción del conocimiento apoyando la construcción colaborativa del aprendizaje, a través de la negociación social o el trabajo en equipo.[29]

Uno de los objetivos educativos de esta teoría es: lograr un aprendizaje activo, fomentar la creatividad e innovación en el proceso de enseñanza-aprendizaje para que el estudiante desarrolle su autonomía e independencia y sean los responsables de su propio aprendizaje mediante la construcción de significados. Lo que origina conseguir resultados de experiencia directa con el objeto de conocimiento, buscándole sentido para lograr construir nuevos conocimientos.[29]

Esta es una teoría que permite la participación activa del alumno a través de prácticas o experiencias, en la que llevará el aprendizaje en su vida cotidiana. Se desarrolla a continuación el siguiente mapa conceptual de los diversos autores de la Teoría del Constructivismo:

Figura 3. Mapa Conceptual de las Teorías del Constructivismo



Las dos teorías anteriores permiten la enseñanza-aprendizaje activo del aprendiz.

Aunado a los dos modelos de intervención educativas presentados anteriormente y por experiencia previa del investigador, se diseñó una nueva intervención educativa, soportado como los otros dos intervenciones, en la teoría constructivista activa, solo que la diferencia es la operación del programa, en la que contiene actividades lúdicas, resolución de casos o problemas (pensamiento analítico- crítico), demostraciones y actividades prácticas a realizar en la escuela y en casa.

Por lo que la nueva propuesta de intervención se encuentra basada en el enfoque de competencias, adquiriendo significados en la construcción de los conocimientos para que los alumnos y alumnas desarrollen la habilidad de resolver algún problema. La función de esta perspectiva es preparar para la vida. De cómo tomar los conocimientos aprendidos para aplicarlo en la vida cotidiana, esto mediante la toma de decisiones para la resolución de los problemas, tareas, actividades, proyectos y entre otros actos más que se presenten, para así satisfacer las necesidades cotidianas. Tener la capacidad de resolver ante cualquier situación que se presente. Por lo que se realizan en el entorno escolar actividades básicas, prácticas de pensamiento analítico crítico para solucionar problemas en entorno al tema o materia que se está enseñando. El proceso de enseñanza-aprendizaje basada en este enfoque permite que se movilice la información, que lo aprendido sea de un contexto real y de gran intensidad.[31]

Por lo que las herramientas teóricas que se evaluaron para las tres intervenciones educativas de la teoría constructivista activa de los diferentes sectores, fue la aplicación de encuesta cara a cara exante y expost sobre la prevención de las enfermedades intestinales, pero con diferentes actividades participativas, como son materiales audiovisuales, practicas demostrativas, material didáctico alusivo y juegos dentro del contexto y el desarrollo de los talleres, por lo que se tomó ciertas características de acuerdo a la NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.[32] Aquí es importante recalcar que la norma oficial mexicana solo aborda la educación para la salud en las madres de familia, en la que refiere que son las más importantes medidas de prevención, y entre otros factores más para la disminución de la incidencia por diarreas como son: la lactancia materna, el uso del agua potable, la cloración del agua, la eliminación adecuada de las excretas, el lavado de manos, el saneamiento ambiental, el manejo correcto de los heces fecales, la vacunación y el consumo de vitamina A en los menores.[32] La cual en este estudio no se utilizó a los padres de familia como población objetivo, ni como apoyo para los niños y niñas como agente protector de la salud para la obtención de estilos de vida saludables y tampoco en la adquisición de los conocimientos y la motivación necesaria para la adopción de comportamientos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño[32], las acciones primordiales para prevenir las enfermedades diarreicas es la higiene en el hogar, haciendo hincapié en el lavado de manos, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo higiénico de los alimentos, el corte de uñas periódicamente y la eliminación correcta de las excretas en niños con diarrea, por lo que el estudio de la nueva propuesta de intervención se enfocó a las primeras tres variables de estudio y el saneamiento básico dirigido a los niños de 5 años de edad, la cual no se menciona en la norma oficial

mexicana como población objetivo a trabajar. Además se les orientó a este tipo de población a formar conciencia y auto responsabilidad para el autocuidado de la salud, con el objetivo de que participen activamente en las medidas.

La participación comunitaria es fundamental debido que se practicó con la población mujeres de la comunidad rural San Ignacio, realizando el Método de Hanlon[6] priorizando las necesidades o problemas de salud-enfermedad detectados para tomar soluciones y realizar una intervención eficaz o factible para abordar estilos de vida saludables mediante la adquisición de conocimientos y hábitos saludables; en la que así resultó como prioridad las enfermedades diarreicas, informándoles con respecto al tema, refiriendo ellas mismas, que se les debe dar educación para la salud a sus hijos para que adopten mejores prácticas saludables mediante la toma de decisiones y así ejerzan el autocuidado por su salud, por lo que se tomó como base la NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño[32], en la que se utilizó el medio de información de mediano alcance a través de comunicación grupal aprovechando el centro educativo preescolar. Por lo que las intervenciones educativas se dirigieron a informar a los niños y niñas las acciones para mejorar y mantener la salud, los determinantes que intervienen para favorecer la enfermedad y los riesgos que lo conllevan.

Por lo que se decidió trabajar con la población preescolar debido que inician su formación educativa y aprenden o captan todo lo que se les enseñan, porque son cosas nuevas que aún no experimentan y les crea interés, como lo dice la Teoría Cognitivo de Piaget, que el niño al estar relacionándose con su medio ambiente, va estar incorporando experiencias a su propia actividad y las ajustará con las experiencias obtenidas; este proceso se lleva a cabo mediante el mecanismo del equilibrio entre el ambiente externo y la organización interna del pensamiento; por lo que se describe el desarrollo cognitivo de la etapa pre-operacional (2-7años), refiriendo que es la etapa del pensamiento y del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales, y el desarrollo del lenguaje hablado.[31] Es por ello la importancia de trabajar con los niños y niñas por el estado cognitivo en que se encuentran, para adquirir conocimientos y adoptar hábitos saludables para la prevención de las enfermedades intestinales.

El autocuidado de la salud del niño y niña es fundamental, ya no es necesario delegar las funciones a los padres de familia como cuidadores o veladores por la salud de los niños, ellos ya deben junto con el instructor o facilitador enseñarles a valorar su salud, como cuidarse, ¿porque es importante mantener la salud?, ¿en qué contexto o consecuencias conllevan para mejorar los determinantes de la salud individual y del entorno?, y luego partir de ahí, el cómo deben tomar sus propias decisiones para mejorar sus estilos de vida saludables, como saber decir “si, voy a hacer esta acción para el beneficio de mi salud o no”, lograr reconocer que perjudicará su salud. Por lo que los padres e instructores deberán estar ahí para orientarlos o asesorarlos para el cuidado de la salud y reforzar conocimientos.

El autocuidado en la salud como concepto pedagógico ha tomado importancia en los últimos años de acuerdo a la prioridad asignada a la atención primaria como estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, y por la declaración de la Carta de Ottawa.[33]

Según el autor Coppard, el autocuidado trata sobre las acciones y decisiones que realiza el individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, son actividades individuales que mantienen y mejoran la salud, y la toma de decisiones tanto de los sistemas de apoyo formales de salud como los informales.[34] De acuerdo al autor Orem en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como las actividades prácticas que realiza el individuo al inicio y que realiza por voluntad para conservar la vida, la salud y el bienestar; por otro lado, la autora refiere que el autocuidado es una conducta que se aprende y que surge de la mezcla de experiencias cognitivas y sociales.[35] Por lo que los autores comparten la opinión de que un individuo puede transformarse en su propio agente de autocuidado, ya sea por él mismo o con el apoyo de los demás.

También se tienen las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud como es la IV, V y VII en la que refieren la importancia del autocuidado de la salud, esto es lo que comentan:

La IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Declaración de Yakarta 1997[4] en las que se plantean las prioridades para la Promoción de la Salud en el siglo XXI enfocándose al autocuidado de la salud, dentro de las cuales se encuentran:

- Promocionar o impulsar la responsabilidad social por la salud.

- Desarrollar las competencias de las comunidades y empoderar al individuo.

La V Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, “PROMOCIÓN DE SALUD, HACÍA UNA MAYOR EQUIDAD” México 2000: progresa en el desarrollo de las cinco prioridades para el siglo XXI en la promoción de salud que fueron determinadas en Yakarta y adaptadas en la asamblea mundial de mayo de 1998.[5]

La VII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Nairobi, Kenya 2009 “Llamado a la acción”, reconocen como “responsabilidades urgentes” para actuar en el fortalecimiento del liderazgo, la fuerza laboral, el empoderamiento de las comunidades y del individuo (autocuidado de la salud), así como la inducción de procesos participativos para la construcción y el uso del conocimiento en materia de promoción de la salud.[36]

Por lo que se está cumpliendo con los objetivos establecidos del tratado de las conferencias anteriormente mencionados, ya que se realizan proyectos y actividades de promoción y educación para la salud, para lograr el autocuidado de la salud en México y América del Sur.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS:

A. Planteamiento de Hipótesis:

Las hipótesis planteadas para el desarrollo del estudio son las siguientes:

a) HIPÓTESIS DE TRABAJO:

"**La nueva intervención educativa (C)", es mejor que las aplicadas** por el Instituto de Educación de Aguascalientes (A) y por el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (B) en la adopción de conocimientos y hábitos saludables en la prevención de enfermedades intestinales en los preescolares de 5 años de edad".

b) HIPÓTESIS ALTERNA:

"No existen diferencias entre la nueva intervención educativa (C), el que aplica el Instituto de Educación de Aguascalientes (A) y el que desarrollo el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (B) en la adopción de conocimientos y hábitos saludables en la prevención de enfermedades intestinales en los preescolares de 5 años de edad".

B. Tipo y Diseño General del Estudio:

El tipo de estudio planteado corresponde a uno epidemiológico del tipo Cuasi-experimental (dado que los sujetos no se asignaron al azar a los grupos de intervención, sino que solamente el tipo de intervención fue asignado al azar a los grupos de estudio).

a. Población Objetivo:

La población objetivo son los preescolares del tercer año que cuentan con 5 años de edad del Kínder Ignacio Allende de la comunidad rural San Ignacio, Aguascalientes.

b. Fuentes de obtención de datos:

Las fuentes de obtención de datos fueron de tipo primario, mediante formatos de cuestionario diseñados y validados exprofeso para el estudio (Anexo IV.) y a través de entrevistas estructuradas con los preescolares.

c. Procedimiento:

La población objetivo se conformó por 61 alumnos del tercer año de kínder, con los cuales se formaron 3 grupos; el primero (grupo A) de 20 alumnos; el segundo (grupo B) con 21 y el tercero (grupo C) con 20.

Se realizaron entrevistas mediante instrumentos de recolección de datos diseñados específicamente para el estudio a niños y niñas participantes en la investigación, con respecto a las prácticas (hábitos) y conocimientos hacia una prevención de las enfermedades intestinales; realizándose en dos tiempos, uno al inicio de la

intervención en el mes de agosto 2013 y en el segundo momento de la intervención los días finales del mes de octubre del mismo año (ver anexo VII).

Las actividades que se realizaron durante el mes de Agosto-Octubre 2013:

1.- Presentación del proyecto a los docentes y padres de familia al inicio del estudio.

Recurso humano que intervino: 1 estudiante de la Maestría en Salud Pública, 1 Promotora de la salud de la unidad médica rural San Ignacio y 1 Maestra o Educadora del Kínder Ignacio José Allende.

Insumos que se utilizaron para llevar a cabo el proyecto:

Material didáctico para la enseñanza, 1 rotafolio, 1 proyector/cañón, 1 lap-top (computadora), 1 mini-grabadora. Formatos para la evaluación de conocimientos y hábitos en prevención de las enfermedades intestinales. Formatos de consentimiento informado para padres de familia para el otorgamiento del permiso a que participen los niños y niñas en el proyecto y asentimiento informado para los preescolares de 5 años de edad para que ellos mismos decidan si quieren participar.

2.- Aplicación de encuestas a los tres grupos de estudio al inicio (ex – ante), con el objetivo de conocer los hábitos saludables sobre la prevención y control de las enfermedades intestinales de los integrantes de cada grupo de estudio que presentan en la comunidad y en su hogar al inicio de la intervención, mediante el instrumento de recolección de datos “Cuestionario de hábitos saludables Cara a Cara” para niños y niñas preescolares.

Esta actividad se realizó el día 27 y 28 de Agosto y del 2 al 6 de Septiembre del 2013.

3.- Aplicación de las intervenciones educativas.

A continuación se describen los tres programas educativos en materia de la prevención de las enfermedades intestinales, se impartían los días martes y miércoles de cada semana para realizar esta actividad, dando inicio el 3 de Septiembre y finalizando el día 16 de Octubre del 2013. Las tres intervenciones educativas iniciaron al mismo tiempo pero finalizaron en distintos tiempos, de acuerdo al plan educativo establecido:

4.- Descripción de las intervenciones educativas:

4.1. La intervención educativa (A) empleada por el sector educativo (Instituto de Educación del estado) se aplicó al primero grupo, en la que se implementó el componente formativo del Desarrollo Físico y Salud del Programa de Educación Preescolar 2011[21], basándose en la teoría constructivista, mediante el enfoque de competencias, destacando en sus planteamientos el papel relevante que juega el docente para lograr que las actividades en que participan las niñas y los niños, constituyan experiencias educativas. Por lo que se encuentran los siguientes componentes:

a.- Información básica sobre características generales de los procesos de desarrollo y aprendizaje que experimentan las niñas y niños en relación con cada campo, así como los logros.

b.- Competencias, que corresponden a los aspectos en que se organiza cada campo.
c.- Aprendizajes esperados, que definen lo que se espera de cada alumno en términos de saber, saber hacer y saber ser.

Ahora, las actividades educativas de la promoción de la salud que se aplicó para la intervención de la prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares por parte del sector educativo, es la siguiente:
Competencia que se favorece: Práctica medidas prácticas y preventivas y de seguridad para preservar su salud, así como evitar accidentes y riesgos en la escuela y fuera de ella.

Situación: Prevención de enfermedades intestinales.

Recursos: Cuentos, libros, revistas, cartulina, marcadores, imágenes relacionadas con el tema, marcadores, videos, jabón.

Tiempo: Dos semanas aproximadamente.

Objetivo: Que los niños y niñas practiquen acciones de salud individual y colectiva para preservar y promover una vida saludable.

Aprendizajes esperados: Identificar, entre los productos que existen en su entorno, aquellos que puede consumir como parte de una alimentación correcta. -Aplicar medidas de higiene personal, que le ayudan evitar enfermedades intestinales. -Aplicar las medidas de higiene que están a su alcance en relación con el consumo de alimentos.

Esta intervención se aplicó en los 20 alumnos del 3er grado grupo B del Kínder Ignacio José Allende (alumnos de 5 años de edad) en 10 sesiones educativas (ver anexo IV).

4.2.- La intervención educativa (B) del Sector Salud (Instituto de Servicios de Salud del estado) se aplicó empleando la técnica de enseñanza-aprendizaje significativa y constructivista activa, en donde explica la identificación de la población vulnerable a las enfermedades parasitarias y/o intestinales y a las condiciones que determinan la adquisición de estas enfermedades. Interviene en la descripción de la transmisión de los parásitos y las condiciones que las favorecen. Identifica los síntomas que presentan las personas y el cómo usar los hábitos de higiene para combatir las enfermedades.[23] Observación: No existe una guía temática de intervención para la realización de talleres por nivel educativo preescolar, adecúan el taller, del Programa de Oportunidades[23] para adultos y del Tarjetero “Salud empieza en Casa”,[24] para poder ofrecerlo a los niños y niñas del preescolar. Los mismos promotores diseñan y crean su plan de trabajo educativo (guía o carta descriptiva) y realizan su propio material didáctico (cuento, rotafolio, presentación en power point y entre otras).

Este programa educativo no contempla la información básica ni las competencias esperadas por el educando (ver anexo V).

4.3.- La intervención educativa (C) se basó en una enseñanza-aprendizaje significativa, de construcción activa basándose en actividades prácticas y lúdicas.

El preescolar desarrollará todo los aspectos buenos y malos en relación al tema, del ambiente que lo rodea, el lenguaje, experiencias, imágenes y así mismo la cultura hacia la prevención y el auto cuidado en salud, la enseñanza de la responsabilidad, hábitos, costumbres positivas a través de materiales concretos y aplicación de ejercicios en la implementación de buenas prácticas en la prevención de las enfermedades intestinales.

Se les otorgó talleres lúdicos, como es el auto-cuidado personal en materia de la salud, la higiene personal, el lavado de manos, saneamiento ambiental, prevención en las enfermedades intestinales y diarreas, cuidados del preescolar con EDA. Estos talleres están dirigidos a la vida práctica: son actividades que apuntan al cuidado de sí mismos, de los demás y del ambiente físico que habitan. También se encuentran actividades externas del entorno escolar, de las cuales permite el desarrollo de la creatividad del alumno, incluyendo tareas a realizar en casa con los padres de familia, en donde realizan ejercicios o acciones en relación a lo que se vio en el taller, como es realizar la técnica de lavado de manos, lavado de verduras y frutas, ilustrar, dibujar, identificar imágenes y objetos, se les dan recados escolares de consejos en relación a la prevención de las enfermedades intestinales y entre otras más. A través de éstas y otras actividades, se logra que los niños participen y aprendan a realizar una tarea de principio a fin, desarrollan su voluntad, su auto disciplina, la capacidad de concentración, la confianza en sí mismos y una participación social activa en conjunto con los padres de familia (ver anexo VI).

5.- Al finalizar las intervenciones educativas, se aplicaron las entrevistas y encuestas, utilizando la misma metodología, mencionada anteriormente en la actividad 1. Se realizó la actividad entre el 22 de Octubre y el 1 de Noviembre del 2013.

Plan de Análisis de los Datos:

Con los instrumentos de recolección de datos se generó una base de datos para los tres grupos de intervención en el paquete estadístico Minitab® Versión 17 y Microsoft Excel® 2010. El análisis de las características generales de la población en estudio se realizó mediante pruebas estadísticas descriptivas como la media y desviación estándar.

Las pruebas estadísticas utilizadas para la prueba de hipótesis fueron el Análisis de Varianza de un Factor para la medición entre grupos antes y después de la intervención y la *t* de Student para muestras pareadas en el análisis intragrupos exante – expost.

Para la evaluación de las encuestas de prevención de enfermedades intestinales para preescolares, se estudiaron en dos grandes dimensiones, como es el área de conocimientos y hábitos saludables, en la que se realizó una ponderación o se registró una calificación para cada variable de estudio.

En el área de conocimientos:

Se tomó la variable de estudio para medir los conocimientos de los preescolares: Medidas de prevención de las enfermedades intestinales (pregunta abierta) cualitativa en que se transformó en escala de razón como una variable cuantitativa.

Para medir el nivel de conocimientos, se tomó en cuenta el número de respuestas o la cantidad de medidas preventivas correctas que contestaron los preescolares, en una escala de valores entre 0 y 5.

En el área de hábitos saludables:

Se tomaron 21 variables de estudio (preguntas cerradas) cuantitativas, refiriéndose a las siguientes áreas: la higiene personal, manejo y preparación higiénica en los alimentos, el consumo de agua potable y saneamiento básico de la vivienda, midiéndose así los hábitos saludables de los preescolares en la prevención de las enfermedades intestinales.

Para medir la puntuación de los hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales se tomó en cuenta los 21 variables de estudio de la prevención de las enfermedades intestinales, en la cual se midió la respuesta de la variable de estudio a través de la suma de puntuación que tenía cada una. Dependiendo de la respuesta de la variable registrada por la contestación del preescolar, en las variables que contaban con una respuesta de "si" se le asignó el valor de 1, y "no" con un valor de 0, y otras variables que contaban con una respuesta sobre la frecuencia que realizan o practican cierta actividad, se registró el número de veces, por ejemplo si 7 veces al día se lava las manos, esa es la cantidad que se registra y se suma con las demás variables respuestas. Para las variables como el consumo de agua de la llave, tiene otro significado sus respuestas, si registra un "Si" tuvo el valor de 0 y registra un "No" obtuvo el valor de 1 punto. Por lo que se suma los puntos de cada respuesta variable, sumando los puntos de los 21 variables, y el que tenga un alto puntuación tendrá mejores hábitos saludables positivos. Dependiendo de las respuestas, esta escala tomó valores entre 0 y 32.

Por lo que al final se conjuntaron los resultados para cada intervención educativa con sus dos variables de estudio importantes, para determinar que intervención fue más efectiva, como son: nivel de conocimientos en la prevención de enfermedades intestinales y hábitos saludables, el que obtuvo la más alta calificación en conocimientos y puntuación alta en hábitos saludables, se dice que es la intervención educativa más efectiva para adoptar hábitos y estilos de vida saludables en los preescolares.

A continuación se menciona la Tabla de Operacionalización de Variables:

Variables	**Definición**	**Clasificación de la variable**	**Escala Utilizada**	**Medición**
Intervención educativa A en la prevención de las enfermedades intestinales	Acción y efecto de intervenir en un grupo poblacional, mediante un programa educativo de salud en la prevención de las enfermedades intestinales.	**Variable dependiente Cuantitativa**	**La intervención se evaluará mediante los hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales,**	Pruebas estadísticas descriptivas como: frecuencias, media y desviación

	La intervención educativa A realizará la aplicación de la técnica de enseñanza-aprendizaje significativo y constructivista activa, en la que tiene una duración de 2 semanas, con 10 sesiones, de 1 hora, implementado por el Instituto de Educación del Estado de Aguascalientes (IEA), la cual se trata de una enseñanza – aprendizaje expositiva-participativa, con cuentos para reflexionar y comentar, en conjunto con demostraciones, sin utilizar material didáctico de salud, esto en materia de la prevención de las enfermedades intestinales.	**Razón Policotómica para hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales** **Variable dependiente Cuantitativa Razón Policotómica para Educación para la salud Conocimientos en la prevención de las enfermedades intestinales.**	**utilizando escala de razón, entre 0 y 32 puntos.** **Criterios de Evaluación de Hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales:** El grupo que obtenga la mayor puntuación en el número de hábitos saludables practicados o adoptados antes y después de la intervención, según la escala de 0 a 32. **La intervención se evaluará mediante los conocimientos en Educación para la salud en la prevención de las enfermedades intestinales, mediante la escala de razón entre 0 y 5.** **Criterios para evaluar conocimientos:** El grupo que obtenga la mayor puntuación en el	estándar. Prueba de Hipótesis para el Análisis de Varianza de un Factor para la medición entre grupos antes y después de la intervención y la *t* de Student para comparación de medias en 3 muestras pareadas en el análisis intragrupos exante – expost.

			número de medidas correctas para la prevención de las enfermedades intestinales antes y después de la intervención, según la escala de 0 a 5 puntos.	
Intervención educativa B en la prevención de las enfermedades intestinales	Acción y efecto de intervenir en un grupo poblacional, mediante un programa educativo de salud en la prevención de las enfermedades intestinales. La intervención educativa B realizará la aplicación de la enseñanza-aprendizaje significativa y constructivista activa. Tiene una duración de dos días, con un taller, repartidos en dos sesiones, de 1 hr. y 30 minutos, cada uno, ya que los promotores de la salud u otro profesional de la salud diseñan sus propios talleres educativos, apoyándose en el material del Programa de Oportunidades y en el Tarjetero de "Salud Empieza en Casa", esto mediante la exposición-participativa y juegos de la prevención de las enfermedades intestinales.	**Variable dependiente Cuantitativa Razón Policotómica para hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales** **Variable**	**La intervención se evaluará mediante los hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales, utilizando la escala de razón, entre 0 y 32 puntos.** **Criterios de Evaluación de Hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales:** El grupo que obtenga la mayor puntuación en el número de hábitos saludables practicados o adoptados antes y después de la intervención, según la escala de 0 a 32.	Pruebas estadísticas descriptivas como: frecuencias, media y desviación estándar. Prueba de Hipótesis para el Análisis de Varianza de un Factor para la medición entre grupos antes y después de la intervención y la *t* de Student para comparación de medias en 3 muestras pareadas en el análisis intragrupos exante – expost.

		dependiente Cuantitativa Razón Policotómica para Educación para la salud Conocimientos en la prevención de las enfermedades intestinales.	**La intervención se evaluará mediante los conocimientos en Educación para la salud en la prevención de las enfermedades intestinales, mediante la escala de razón entre 0 y 5.** **Criterios para evaluar conocimientos en la prevención de las enfermedades intestinales:** El grupo que obtenga la mayor puntuación en el número de medidas correctas para la prevención de las enfermedades intestinales antes y después de la intervención, según la escala de 0 a 5 puntos.	
Intervención educativa C en la prevención de las enfermedades intestinales	Acción y efecto de intervenir en un grupo poblacional, mediante un programa educativo de salud en la prevención de las enfermedades intestinales. La intervención educativa C	**Variable dependiente Cuantitativa Razón Policotómica**	**La intervención se evaluará mediante los hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales, utilizando escala**	Pruebas estadísticas descriptivas como: frecuencias, media y desviación estándar.

	realizará la aplicación de la técnica de enseñanza-aprendizaje significativo, de construcción activa, la cual tiene una duración de 6 semanas, otorgando 6 talleres que tendrán una duración de 3 hrs. cada una, por lo que es un total de 18 hrs. de enseñanza-aprendizaje en la prevención de las enfermedades intestinales, de la cual se trata de una enseñanza-aprendizaje expositiva y de acción participativa, con realización de prácticas y demostraciones, momentos de reflexión, cuestionamientos a los alumnos y exploraciones dentro del salón y en el exterior (patio), otorgando tareas a realizar en casa en conjunto con padres de familia, además utilizando material didáctico en salud, cuentos y juegos para el aprendizaje de los preescolares.	**para hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales** **Variable dependiente Cuantitativa Razón Policotómica para Educación para la salud Conocimientos en la prevención de las enfermedades intestinales.**	**de razón, entre 0 y 32 puntos.** **Criterios de Evaluación de Hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales:** El grupo que obtenga la mayor puntuación en el número de hábitos saludables practicados o adoptados antes y después de la intervención, según la escala de 0 a 32. **La intervención se evaluará mediante los conocimientos en Educación para la salud en la prevención de las enfermedades intestinales, mediante la escala de razón entre 0 y 5.** **Criterios para evaluar conocimientos:** El grupo que obtenga la mayor puntuación en el número de medidas	Prueba de Hipótesis para el Análisis de Varianza de un Factor para la medición entre grupos antes y después de la intervención y la *t* de Student para comparación de medias en 3 muestras pareadas en el análisis intragrupos exante – expost.

			correctas para la prevención de las enfermedades intestinales antes y después de la intervención, según la escala de 0 a 5 puntos.	
Sexo	Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo. **Fuente:** **Diccionario de la Lengua Española.**	**Variable independiente** **Cualitativa** **Nominal** **Dicotómica**	**1.- Mujer** **2.- Hombre**	**Porcentaje** **Frecuencias simples**
Higiene personal (Baño)	Acción y resultado de bañar o bañarse. **Fuente:** **Diccionario de la Lengua Española.**	**Variable independiente** **Cuantitativa** **Razón** **Policotómica**	**Equivalencias:** **1. Todos los días = 4** **2. Un día sí y un día no = 3** **3. Dos días a la semana = 2** **4. Cada 8 días = 1**	**Porcentaje** **Frecuencias simples**
Saneamiento de vivienda	Saneamiento: Conjunto de procedimientos para dotar a un edificio de las condiciones de salubridad necesarias para preservarlo de la humedad y vías de agua. Vivienda: Edificio, construcción o habitación adecuada para que vivan las personas.	**Variable independiente** **Cuantitativa** **Razón** **Dicotómica**	**Equivalencias:** **1.- Si = 1** **2.- No = 0**	**Porcentaje** **Frecuencias simples**

	Fuente: **Diccionario de la Lengua Española.**			
Consumo de agua potable (garrafón)	Agua: Sustancia líquida, inodora, insípida e incolora en pequeña cantidad y verdosa o azulada en grandes masas, que está formada por la combinación de un volumen de oxígeno y dos de hidrógeno. Agua potable: La que se puede beber. **Fuente:** **Diccionario de la Lengua Española.**	**Variable independiente Cuantitativa Razón Dicotómica**	**Equivalencias:** **1.- Si = 1** **2.- No = 0**	**Porcentaje Frecuencias simples**
Consumo de agua de la llave	Agua: Sustancia líquida, inodora, insípida e incolora en pequeña cantidad y verdosa o azulada en grandes masas, que está formada por la combinación de un volumen de oxígeno y dos de hidrógeno. Agua de la llave: La que no se puede beber. **Fuente:** **Diccionario de la Lengua Española.**	**Variable independiente Cuantitativa Razón Dicotómica**	**Equivalencias de las respuestas:** **1.- Si = 0** **2.- No = 1**	**Porcentaje Frecuencias simples**
Hábitos Saludables en la prevención de las enfermedades intestinales.	**Hábito:** Proviene de la palabra latina *habere,* que significa tener, entendiéndose en el sentido de adquirir algo no poseído anteriormente. El hábito es un modo de conducta adquirido, es decir una reacción aprendida que supone la tendencia a	**Variable dependiente e independiente Cuantitativa Razón Policotómica**	**Hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales** (Lavado de manos, baño personal, higiene bucal, saneamiento de la vivienda, higiene en	**Porcentaje Frecuencias simples, promedios o medias.** **Prueba t de Student comparación de medias de 3**

	repetir y a reproducir ciertas acciones o actuar en la misma forma general bajo las mismas o similares circunstancias. **Fuente: Diccionario de la Lengua Española.** **Saludable:** Que sirve para conservar o restituir la salud. **Fuente: Diccionario de la Lengua Española.** **Prevención:** Acción y efecto de prevenir. Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. **Fuente: Diccionario de la Lengua Española**. **Enfermedades intestinales:** La mayor parte de las infecciones protozoarias que producen diarrea se deben a la amibiasis o a la giardiasis. Sin embargo, a veces se encuentran quistes y oocistos de otros protozoos en las heces de los pacientes con diarrea persistente. **Fuente: Organización Mundial de la Salud.**		los alimentos) **Hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales, se evaluará utilizando escala de razón, entre 0 y 32 puntos.** **Criterios de Evaluación de Hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales:** El grupo que obtenga la mayor puntuación en el número de hábitos saludables practicados o adoptados antes y después de la intervención, según la escala de 0 a 32.	**muestras emparejadas.** Prueba de hipótesis para el Análisis de Varianza de un Factor para la medición entre grupos antes y después de la intervención

Higiene Personal Frecuencia del Lavado de manos	Frecuencia: Repetición mayor o menor de un acto o suceso. Lavado de manos: Conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano. **Fuente:** **Diccionario de la Lengua Española.**	**Variable independiente Cuantitativa Razón Policotómica**	**Frecuencia del lavado de manos al día: Equivalencias** 0 veces = 0 1 vez= 1 2 veces= 2 3 veces= 3 4 veces= 4 5 veces= 5 6 veces= 6 7 veces= 7	**Porcentaje Frecuencias simples Promedios**
Momentos del Lavado de manos	Momentos: Instante, porción brevísima de tiempo. Lavado de manos: Conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano. **Fuente:** **Diccionario de la Lengua Española.**	**Variable independiente Cuantitativa Razón Policotómica**	**Momentos del lavado de manos: (equivalencias) Si=1, No=0** 1.- Antes de desayunar 2.- Antes de comer 3.- Antes de cenar 4.- Después de ir al baño 5.- Después de comer 6.- Después de estornudar 7.- Después de jugar 8.- No me lavo las manos	**Porcentaje Frecuencias simples**
Uso del agua y jabón para el	Limpieza de las manos para prevenir enfermedades	**Variable independiente**	**Equivalencias: 1.- Todas las**	**Porcentaje, Frecuencias**

lavado de manos	intestinales, utilizando los insumos agua y jabón para realizar la acción anterior.	**Cuantitativa Razón Policotómica**	**veces = 2** **2.- Algunas veces = 1** **3.- No uso jabón =0**	**simples**
Conocimiento sobre las medidas preventivas de las Enfermedades intestinales	**Conocimiento:** 1.- Acción y efecto de conocer. **2.-** Entendimiento, inteligencia, razón natural. **Fuente: Diccionario de la Lengua Española.** **Medidas:** Disposición, prevención. **Fuente: Diccionario de la Lengua Española.** **Prevención:** Acción y efecto de prevenir. Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. **Fuente: Diccionario de la Lengua Española.** **Enfermedades intestinales:** La mayor parte de las infecciones protozoarias que producen diarrea se deben a la amibiasis o a la giardiasis. Sin embargo, a veces se encuentran quistes y oocistos de otros	**Variable independiente Cuantitativa Razón Policotómica**	**Conocimiento sobre las Medidas Preventivas de las enfermedades intestinales:** Hábitos saludables en higiene personal, saneamiento de la vivienda e higiene en los alimentos. **Criterios para evaluar conocimientos:** El grupo que obtenga la mayor puntuación en el número de medidas correctas para la prevención de las enfermedades intestinales antes y después de la intervención, mediante la escala de razón entre 0 y 5 puntos.	**Porcentaje, Frecuencias simples, medias o promedios. Prueba t de Student comparación de medias de 3 muestras emparejadas.** Prueba de hipótesis para el Análisis de Varianza de un Factor para la medición entre grupos antes y después de la intervención

	protozoos en las heces de los pacientes con diarrea persistente. **Según Organización Mundial de la Salud, enfermedades intestinales.** Las estadísticas de enfermedades gastrointestinales reportadas por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) son enfermedades estadísticamente relevantes para la salud pública de México entre éstas: absceso hepático amibiano, amibiasis intestinal, fiebre tifoidea, giardiasis, intoxicación alimentaria bacteriana, paratifoidea y otras salmonelosis, shigelosis, infección intestinal debida a virus y otros organismos y las mal definidas y otras infecciones intestinales debido a protozoarios. **Fuente:** **SINAVE Revista Red sanitaria 2006.**			
Lavado de Frutas y Verduras (Higiene en los alimentos)	Son las medidas necesarias para garantizar que los alimentos no se contaminen y así conservar la salud de quien los consume. Todas las medidas necesarias para garantizar la inocuidad y salubridad del	**Variable independiente Cuantitativa Razón Dicotómica**	**Equivalencias:** **1.- Si = 1** **2.- No = 0**	**Porcentaje Frecuencias simples**

	alimento en todas las fases, desde su cultivo, producción o manufactura hasta cuando se sirve a las personas. **Ref. Bibliográfica:** Código de Prácticas de Higiene para los alimentos precocinados y cocinados utilizados en los servicios de comidas para colectividades CAC/RCP 39-1993. Los vegetales, frutas y sus partes se deben lavar con agua, jabón, estropajo o cepillo según el caso y se deben desinfectar con cloro o cualquier otro desinfectante de uso alimenticio. De acuerdo al producto que se emplee, se deben cumplir estrictamente con las instrucciones señaladas por el fabricante. **NOM-251-SSA1-1999** **Practicas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.**			
Educación para la Salud en la prevención de las enfermedades intestinales	La *educación para la salud* supone facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales para la salud o mantener los que son	**Variable independiente Cuantitativa Razón Policotómica**	**Talleres de educación para la salud en la prevención de las enfermedades intestinales, mediante el otorgamiento de**	**Porcentaje Frecuencias, simples**

	saludables. La *educación para la salud* es una parte de la estrategia de promoción de salud basada en el fomento de estilos de vida saludables, que se representan en la conducta de los individuos en la utilización de conceptos y procedimientos saludables y hábitos, valores y normas de vida que generen actitudes favorables para la salud. Es una herramienta de salud pública a través de la que podemos facilitar cambios, crear corriente de opinión, establecer canales de comunicación y capacitar a individuos y a colectividades para, con su autorresponsabilización e implicación, hacerles activos y participantes en el rediseño individual, ambiental y organizacional con acciones globalizadoras. Fuente: (Revista ASTERISCO del I.E.S. "Cuatro Caminos" de Don Benito (Badajoz-Extremadura-España), edición de 1998.		**los cuatro temas:** La respuesta al otorgamiento de los talleres y sus equivalencias son: Si = 1 , No= 0 1.- Higiene personal 2.- Saneamiento ambiental y vivienda 3.- Lavado correcto de manos 4.-Alimentación saludable	

Lavado de dientes o Higiene Bucal	La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. **Fuente: Organización Mundial de la Salud, Salud Bucal.**	**Variable independiente Cuantitativa Razón Policotómica**	**Momentos del lavado de dientes: (equivalencias) Si= 1, No= 0** 1.- Ayer en la noche 2.- Hoy antes de venir a la escuela 3.- Después de desayunar 4.- Después de comer 5.- Después de cenar 6.- No se lava los dientes	**Porcentaje Frecuencias simples**

VIII. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:

Análisis de factibilidad técnica:

Con respecto a los antecedentes geográficos, servicios, determinantes de la salud y el perfil epidemiológico de las EDA's revisados en el apartado de antecedentes y en el planteamiento del problema de la comunidad rural de San Ignacio, Aguascalientes, se propone el presente proyecto de intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales en edad preescolar, teniendo como objetivo; evaluar tres intervenciones educativas en la promoción y fomento a la salud para la adopción de conocimientos y hábitos saludables, para determinar cuál es la más eficaz y aplicarla en la prevención de enfermedades intestinales en los preescolares de 5 años de edad de la comunidad rural San Ignacio, municipio Aguascalientes, Aguascalientes, durante los meses de agosto a octubre del 2013.

Estas intervenciones educativas proponen promover y fomentar conocimientos y hábitos saludables positivos para el desarrollo de competencias en los estilos de vida saludables de los preescolares y a su vez la participación activa de sus familias para la aplicación de las prácticas saludables en la prevención de las enfermedades intestinales en su vida cotidiana.

Los talleres de las intervenciones educativas serán de manera gratuita y dirigida a los estudiantes preescolares de 5 años, con una población total de los tres grupos ya conformados de 61 asistentes.

En cuanto a recursos humanos se contará con un coordinador del proyecto (estudiante de la maestría), un promotor de salud de la unidad médica rural San Ignacio y tres maestras de educación preescolar.

Análisis de factibilidad financiera:

Existió presupuesto para desarrollar el proyecto, el cual fue financiado por la sustentante, con un costo total de $3,172.66 (ver anexo VIII).

Análisis de factibilidad política:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 4° establece el derecho a la protección de la salud a todos sus habitantes, derecho que se plasma en la Ley Reglamentaria denominada Ley General de Salud, de la cual se derivan diferentes reglamentos y normas. Por lo tanto en nuestro país existe una política pública específica para garantizar este derecho. Para el caso de las enfermedades diarreicas agudas se consideran como un programa de acción prioritaria en los tres niveles de gobierno por lo que la factibilidad política está plenamente garantizada.

Específicamente las herramientas para la prevención, control y tratamiento de las enfermedades diarreicas son el Programa de Atención a la Salud de la Infancia y del Adolescente de la Secretaría de Salud Federal y Estatal, el Manual de Procedimientos estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la enfermedad diarreica aguda mediante la Estrategia de Núcleos Trazadores (NuTraVE) de la Secretaría de Salud Estatal como Federal, el Manual para el Personal de Salud para la prevención, control y tratamiento de las enfermedades

diarreicas del Centro Nacional de la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) de la Secretaría de Salud Federal y en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la Salud del Niño.

De acuerdo al marco legal político estipulado anteriormente, las autoridades estatales de la Secretaria de Salud y del Instituto de Educación del Estado permitió realizar el proyecto de intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales o diarreicas agudas en la escuela preescolar Ignacio José Allende, con el apoyo de recursos humanos de los dos sectores, como son 3 maestras de grupo y 1 promotor de salud de la unidad médica rural de San Ignacio, Aguascalientes.

Análisis de factibilidad social:

La comunidad rural de San Ignacio es una población receptiva y participativa en los programas de salud que realizan las instituciones del sector, por lo que no se tuvieron problemas en la implementación del estudio. La comunidad participó en la priorización de necesidades en salud por el Método de Hanlon, resultando como programa prioritario de investigación en educación para la salud las enfermedades diarreicas agudas, como el más factible de llevar a cabo una intervención. Haciendo hincapié en trabajar con sus hijos en la población preescolar, debido que ellos están iniciando con su formación educativa y es más fácil que ellos adopten conductas, actitudes y prácticas saludables en el autocuidado de la salud. Ya que las madres de familia trabajan por la mañana y no podrían asistir a los talleres, por ello se decidió trabajar con los niños y niñas de edad preescolar (5 años), esto al finalizar el taller de priorización de necesidades en la comunidad.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo a los objetivos, métodos y procedimientos del estudio, éste no implica riesgo o daño a los sujetos incluidos en la investigación, de conformidad a lo que establece el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública fundamentado en la Comisión Nacional de Bioética publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2012. Sustentado en el Artículo 108 del reglamento del Comité de Ética en Investigación, basado en el Capítulo VIII "De la Revisión y Evaluación de los Proyectos" y en su efecto el Artículo 38. En la que refiere que "Se consideran exentas de revisión por el Comité: a) Las investigaciones conducidas en áreas de educación como las evaluaciones de técnicas educativas, currículo, etc. consideradas sin riesgo. b) Las investigaciones que involucren el uso de pruebas exclusivamente cognitivas o de aptitud, siempre que se mantenga el anonimato de los participantes. c) Las investigaciones que cuenten con entrevistas u observaciones del comportamiento público".[37]

La participación de los preescolares fue totalmente voluntaria, para lo cual se levantó el consentimiento informado dirigido a padres de familia (ver anexo IX) y un asentimiento informado (ver anexo X) a los niños y niñas de preescolar de 5 años de edad, para su debida autorización en la participación del proyecto.

El participante de la encuesta estuvo enterado y de acuerdo con el uso que se le dará a la información que proporcione. Se garantizó la seguridad, confidencialidad y, de ser posible, el anonimato de la persona que proporciono los datos. Se evitó el uso de datos para fines diferentes a los que autorizó el sujeto de estudio.

Una vez recolectados los datos, su manejo, análisis e interpretación se realizó de acuerdo a lo estipulado en el protocolo del proyecto terminal profesional, evitando su manipulación y uso para fines distintos a los establecidos.

X. RESULTADOS Y DISCUSION

El proyecto se llevó a cabo en las aulas del Kínder Ignacio José Allende a los preescolares de 5 años de edad, de la comunidad rural San Ignacio, que se encuentra ubicada geográficamente en el Poniente de la ciudad de Aguascalientes, con las coordenadas de 21.890251 latitud y 102.33842 de longitud, perteneciente al Municipio de Aguascalientes, estado de Aguascalientes. La comunidad cuenta con 1,360 habitantes en total. La comunidad de San Ignacio se ubica a 1860 metros de altitud. El clima del estado de Aguascalientes es semi-seco con el 86% de su territorio, el 14% presenta clima templado subhúmedo localizado en el noroeste y suroeste del estado donde está ubicada la comunidad de San Ignacio en esta zona específica, ya que la sierra El Laurel y la Sierra Fría respectivamente, propician que la humedad aumente y la temperatura disminuya. La temperatura media anual es de 17 a 18℃. La tempera tura más alta (30℃ o más), se presenta en los mese s de mayo y junio y la más baja, es alrededor de 4℃, en el mes de enero. Las lluvias son escasas y se presentan durante el verano. La precipitación total anual es de 526 mm, por lo que la práctica agrícola requiere de riego. Con respecto a la educación, la comunidad cuenta con una escuela preescolar llamado “Ignacio José Allende” turno matutino, la primaria “Vicente Guerrero” escuela de tiempo completo de 8:00 a.m. – 4:00 p.m. turno matutino, la Tele- Secundaria # 34 Lázaro Cárdenas turno matutino y el Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario (CBTA) 126 del turno vespertino.[7]

Los horarios de asistencia de los alumnos son de 9 a 12 hrs; dentro de ese horario se aplicaron los talleres con una duración de 1 hora y 30 min. cada uno con dos sesiones semanales. Cada taller constó de tres horas en total. La duración total de las intervenciones frente a grupo fue de dos meses y medio, durante los meses de Agosto a Octubre del 2013.

La población en estudio se conformó por 57 niños y niñas de 5 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que completaron los cuestionarios (se eliminaron 4 por no contestar el cuestionario); el grupo A se integró por 18 sujetos; el grupo B por 20 y el C por 19 niños.

La frecuencia por sexo mostró que el 42.1% fueron hombres y el 57.9% mujeres Tabla 1.

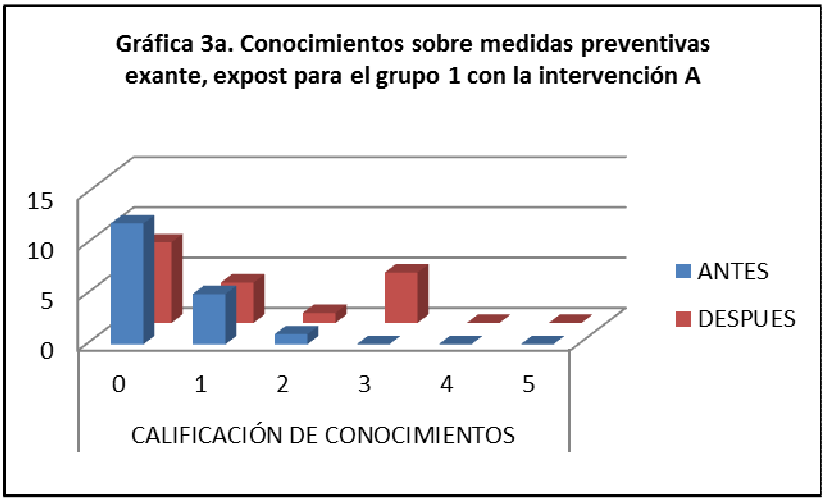
Tabla 1 Frecuencia de género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	24	42.1	42.1	42.1
	Mujer	33	57.9	57.9	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

Resultados sobre el nivel de conocimientos intragrupos exante, expost:

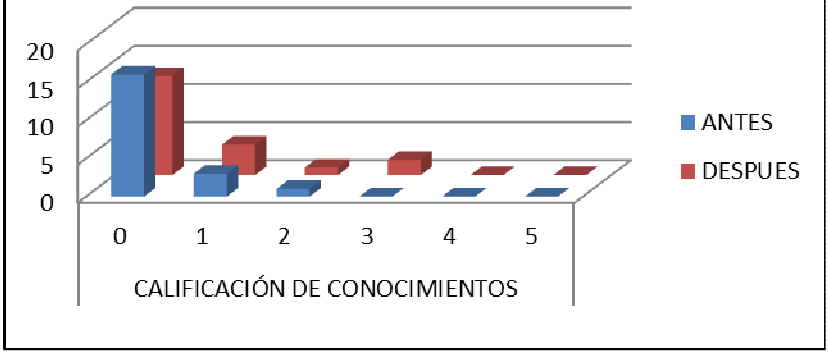
Se midieron las respuestas del grupo 1 con la intervención A, antes y después de la intervención con el modelo educativo desarrollado por el Instituto de Educación del estado, en la Gráfica 3a se observa que ambos grupos se distribuyen de forma similar con una leve mejoría en la medición expost para la calificación 3; sin embargo, ninguno de los sujetos de estudio alcanzó calificaciones entre 4 y 5 puntos. El promedio de calificación exante fue de 0.39 con una desviación estándar de 0.61, mientras que en la medición expost se obtuvo una media de calificación de 1.17 con una desviación estándar de 1.3, lo que demuestra que ambas mediciones fueron bajas en relación a lo esperado. El porcentaje de cambio promedio para ambas mediciones fue del 200%.

Gráfica 3a. Conocimientos sobre medidas preventivas exante, expost para el grupo 1 con la intervención A



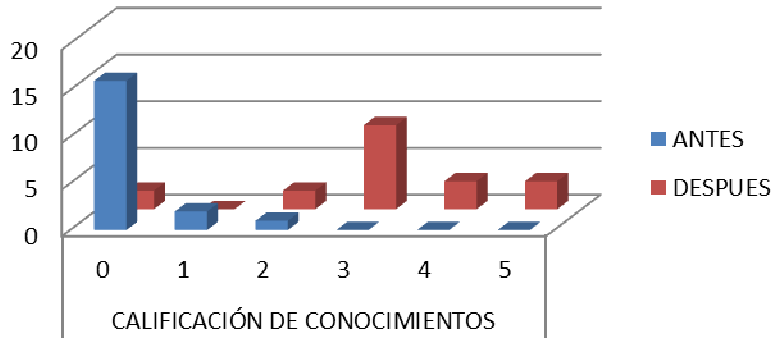
Para el grupo 2 con la intervención B aplicada por el Instituto de Salud del estado, los resultados obtenidos demuestran una distribución muy similar en los dos momentos de medición, sólo se observa una ligera mejoría en la calificación expost al alcanzar dos sujetos la calificación de 3 puntos. Al igual que en el grupo anterior, ninguno de los sujetos en estudio alcanzó calificaciones de 4 o 5 puntos antes o después de la intervención (Gráfica 3b). El promedio de calificación para la prueba exante fue de 0.25 con una desviación estándar de 0.55; para la expost, se obtuvo una media de 0.6 con una desviación estándar de 0.99. Estas cifras corroboran que ambas mediciones fueron bajas en relación al cambio esperado. El porcentaje promedio de cambio fue del 140%.

Gráfica 3b. Conocimientos sobre medidas preventivas exante, expost para el grupo 2 con la intervención B



Para el grupo 3 con la intervención C en la que se esperaba mayor cambio en ambas mediciones, la Gráfica 3c muestra que efectivamente, en este grupo es donde se observan los mayores cambios en ambos momentos de la medición, pasando de un promedio de calificación de 0.21 con desviación estándar de 0.54 antes de la intervención, a un promedio de 3.05 con desviación estándar de 1.4 después de la intervención. El promedio de cambio para ambos momentos de medición fue de 1,352%. Estas cifras revelan que el mayor cambio en los conocimientos sobre medidas preventivas para las enfermedades intestinales se obtuvo en el grupo en el que se desarrolló el modelo educativo innovador.

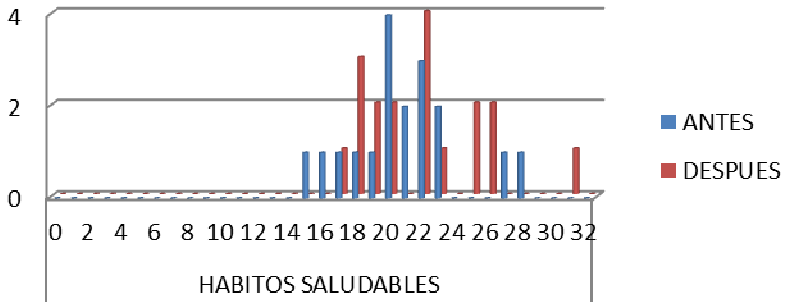
Gráfica 3c. Conocimientos sobre medidas preventivas exante, expost para el grupo 3 con la intervención C



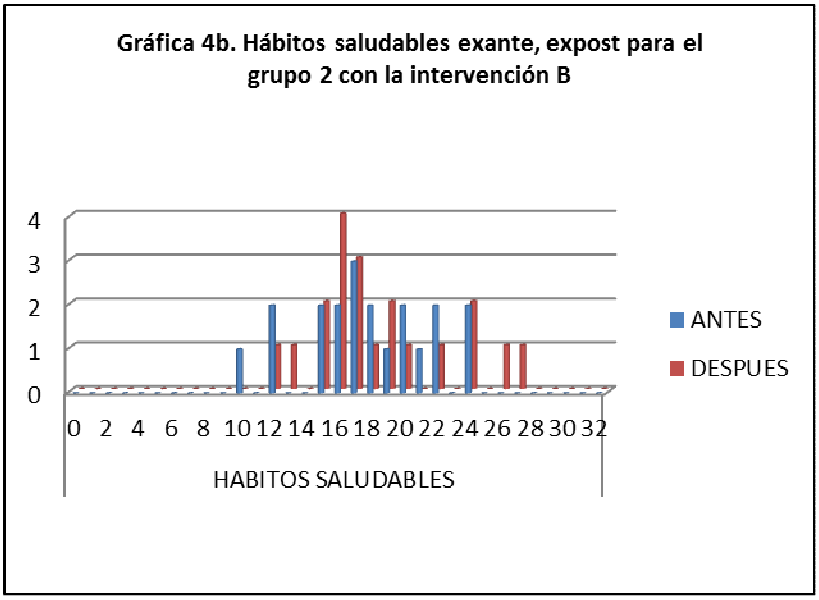
Resultados sobre la adopción de hábitos saludables intragrupos exante, expost:

La Gráfica 4a muestra los resultados obtenidos sobre los hábitos saludables desarrollados por los sujetos de estudio en el grupo 1 con la intervención A implementada por el Instituto de Educación del estado. Como se puede observar, la distribución de los datos es muy similar para ambas medidas. El promedio de hábitos saludables desarrollados por los estudiantes antes de la intervención fue de 20.78 con una desviación estándar de 3.34; para la postprueba, el promedio aumentó a 21.83 con una desviación estándar de 3.7. El porcentaje promedio de cambio para ambas mediciones fue tan sólo del 5.05%.

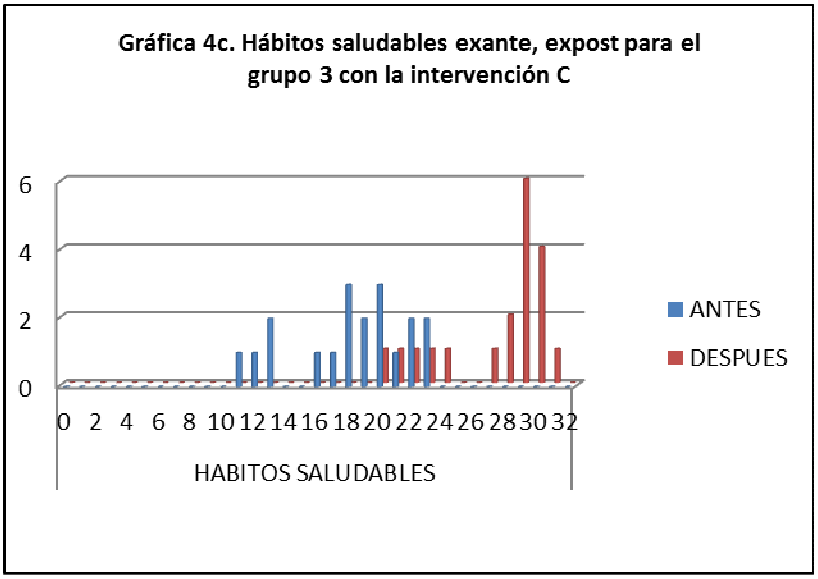
Gráfica 4a. Hábitos saludables exante, expost para el grupo 1 con la intervención A



Para el grupo 2 con la intervención B aplicada por el Instituto de Salud del estado, los resultados mostrados en la Gráfica 4b revelan una distribución muy similar en ambas pruebas, resaltando que en este grupo hubo niños que alcanzaron 26 y 27 hábitos saludables en la postprueba, aunque ninguno obtuvo puntuaciones por encima de esta última cifra. El promedio de hábitos para antes de la intervención fue de 17.75 con una desviación estándar de 3.9, mientras que la media para la postprueba fue de 18.45 con una desviación estándar de 4.2. El porcentaje promedio de cambio fue de 3.94%.

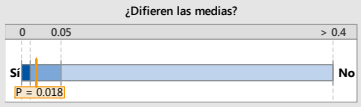


El grupo 3 con la intervención C, en donde se pretendían los mayores cambios, mostró una distribución conforme a lo esperado, alcanzando puntuaciones por arriba de 24 y hasta 31 puntos que no se obtuvieron en la evaluación inicial. La Gráfica 4c muestra claramente el cambio en la adopción de hábitos saludables antes y después de esta intervención educativa. El promedio de hábitos saludables antes de la intervención fue de 18.16 con una desviación estándar de 3.7, en tanto que para la postprueba fue de 27.26 con una desviación estándar de 3.4. Afianzando estos datos, el porcentaje de cambio promedio fue del 50.11%, cifra muy superior a las alcanzadas por las intervenciones A y B, lo que demuestra que este modelo educativo es más eficaz que los dos anteriores.



Resultados de la prueba de hipótesis estadística sobre el nivel de conocimientos intragrupos exante, expost para las tres intervenciones: Al realizar la comparación de los conocimientos antes y después de la intervención para el grupo (A) que siguió el modelo educativo del Instituto de Educación del estado, se puede observar que no existe diferencia entre las media del grupo antes y después de la intervención educativa en el nivel de p<0.01, por lo que podemos concluir que este modelo no produce cambios significativos en el nivel de conocimientos de los educandos (Figura 4a).

Figura 4a. Prueba t pareada para la media de conocimientos exante y expost del grupo con la intervención A
Informe de resumen



La media de A_28 no es significativamente diferente de la media de D_28 (p > 0.01).

Diferencias pareadas

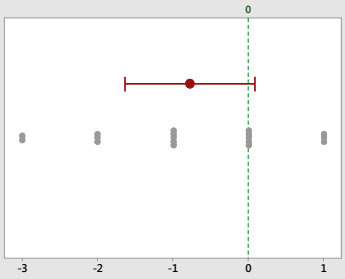
Estadísticas	*Diferencias pareadas
Tamaño de la muestra	18
Media	-0.77778
IC de 99%	(-1.6405, 0.084895)
Desviación estándar	1.2628

*Diferencia = A_28 - D_28

Muestras individuales

Estadísticas	A_28	D_28
Media	0.38889	1.1667
Desviación estándar	0.60768	1.2948

Distribución de las diferencias
¿Cuáles son las diferencias relativas a cero?

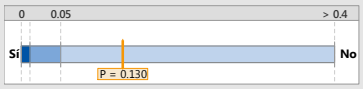


Comentarios

- Prueba: No existe suficiente evidencia para concluir que las medias difieren en el nivel de significancia de 0.01.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 99% de que la diferencia verdadera se encuentra entre -1.6405 y 0.084895.
- Distribución de diferencias: Compare la ubicación de las diferencias con respecto a cero. Busque diferencias poco comunes antes de interpretar los resultados de la prueba.

Al aplicar la prueba *t* pareada para comparar la media de conocimientos exante, expost para el grupo (B) que desarrolló el modelo educativo del Instituto de Salud del estado de Aguascalientes, se puede deducir que tampoco se presentaron diferencias significativas en el nivel de p<01, por lo que podemos afirmar este modelo educativo no produjo cambios en el nivel de conocimientos de los sujetos en estudio antes y después de la intervención (Figura 4b).

Figura 4b. Prueba t pareada para la media de conocimientos exante y expost del grupo con la intervención B
Informe de resumen



La media de A_28 no es significativamente diferente de la media de D_28 (p > 0.01).

Diferencias pareadas

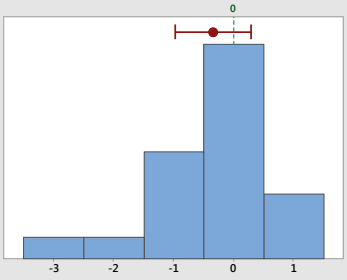
Estadísticas	*Diferencias pareadas
Tamaño de la muestra	20
Media	-0.35
IC de 99%	(-0.98210, 0.28210)
Desviación estándar	0.98809

*Diferencia = A_28 - D_28

Muestras individuales

Estadísticas	A_28	D_28
Media	0.25	0.6
Desviación estándar	0.55012	0.99472

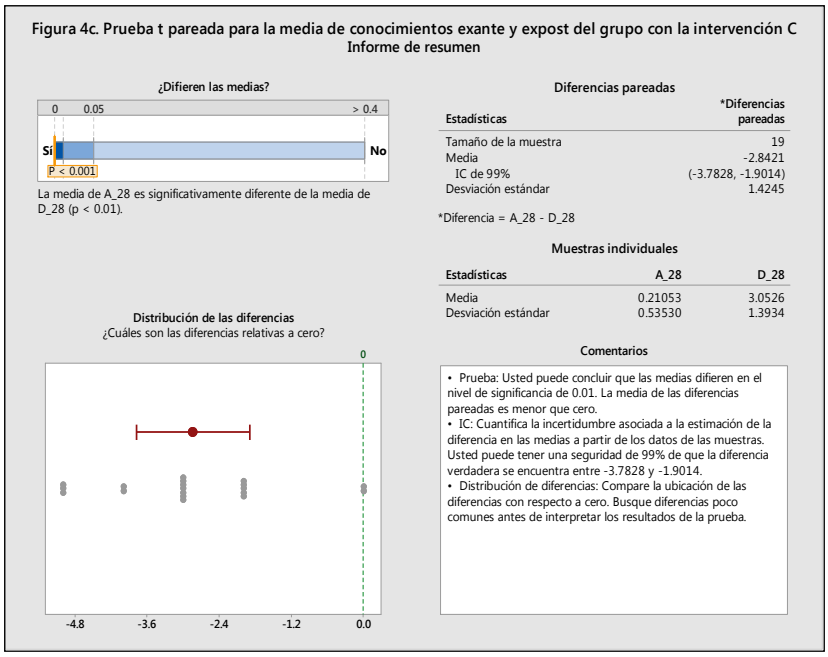
Distribución de las diferencias
¿Cuáles son las diferencias relativas a cero?

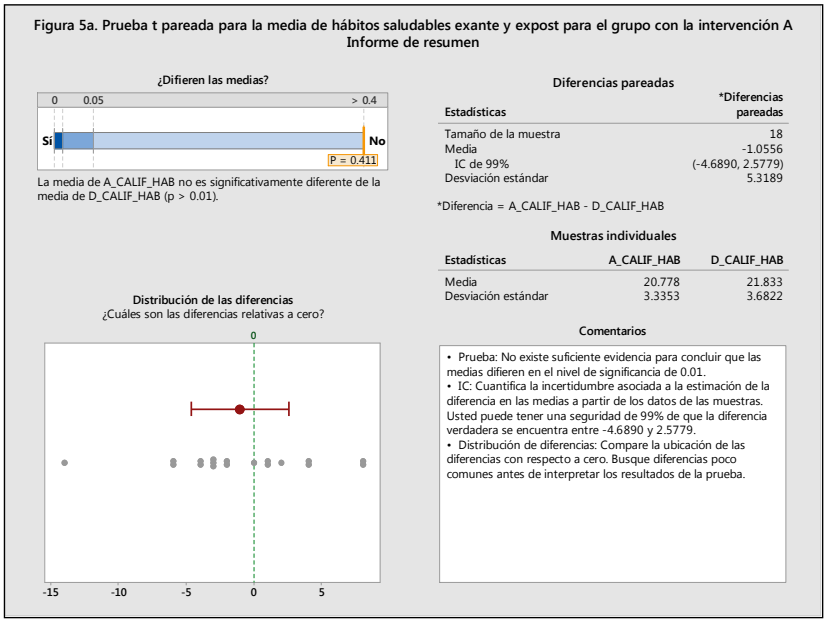


Comentarios

- Prueba: No existe suficiente evidencia para concluir que las medias difieren en el nivel de significancia de 0.01.
- IC: Cuantifica la incertidumbre asociada a la estimación de la diferencia en las medias a partir de los datos de las muestras. Usted puede tener una seguridad de 99% de que la diferencia verdadera se encuentra entre -0.98210 y 0.28210.
- Distribución de diferencias: Compare la ubicación de las diferencias con respecto a cero. Busque diferencias poco comunes antes de interpretar los resultados de la prueba.

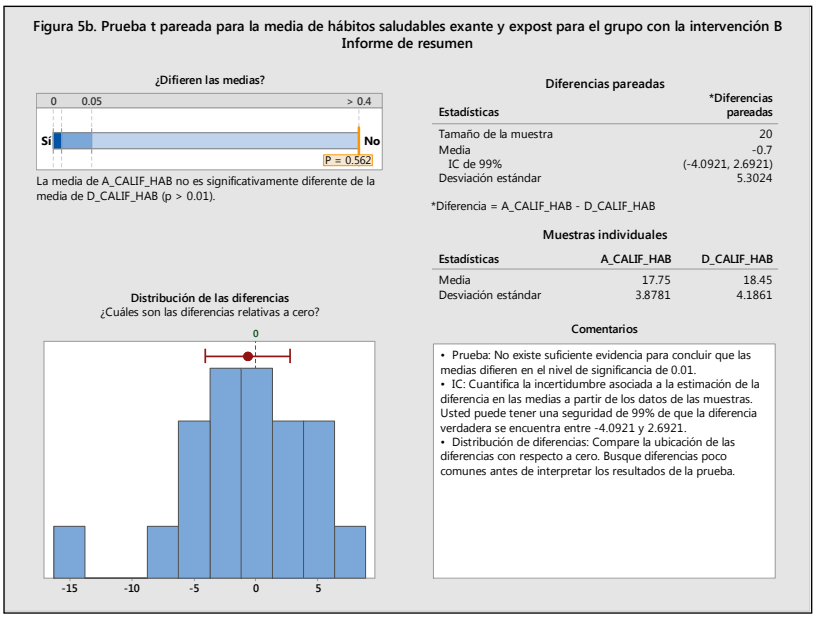
Al comparar la media de los conocimientos exante, expost para el grupo (C) en el que se aplicó el modelo fundamentado en una enseñanza-aprendizaje significativa, de construcción activa basándose en actividades prácticas y lúdicas, se demostró que sí existe una diferencia significativa en el promedio del nivel de conocimientos antes y después de la intervención, lo que permite concluir que este modelo educativo si produce cambios en los conocimientos adquiridos (Figura 4c).



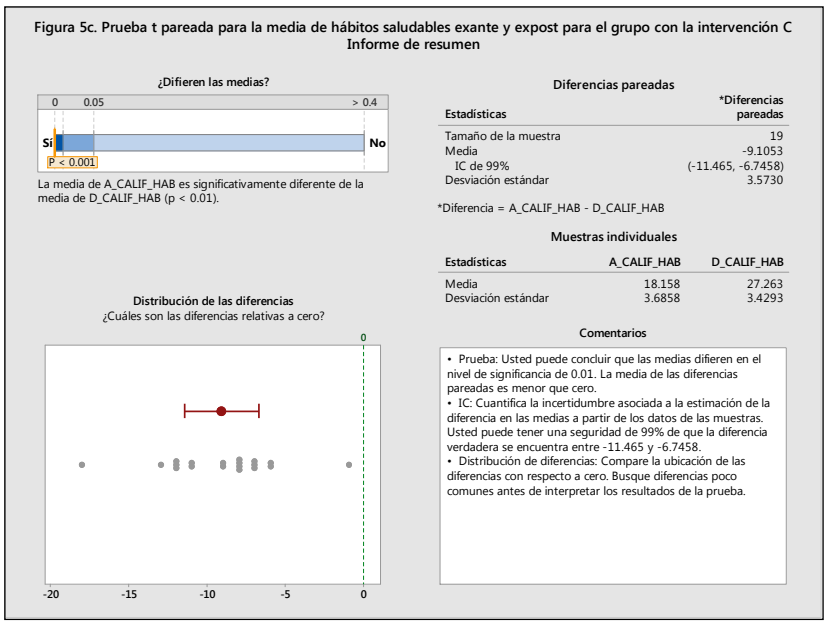


Resultados de la prueba de hipótesis estadística sobre la adopción de prácticas sanitarias intragrupos exante, expost para las tres intervenciones:

Al medir los hábitos saludables exante y expost para el grupo que utilizó el modelo educativo del Instituto de Educación del estado de Aguascalientes, se observó que no existe diferencia estadísticamente significativa en la media antes y después de la intervención en el nivel de p<01, por lo que podemos aseverar que este modelo educativo no produce cambios en la adopción de hábitos saludables (Figura 5a).



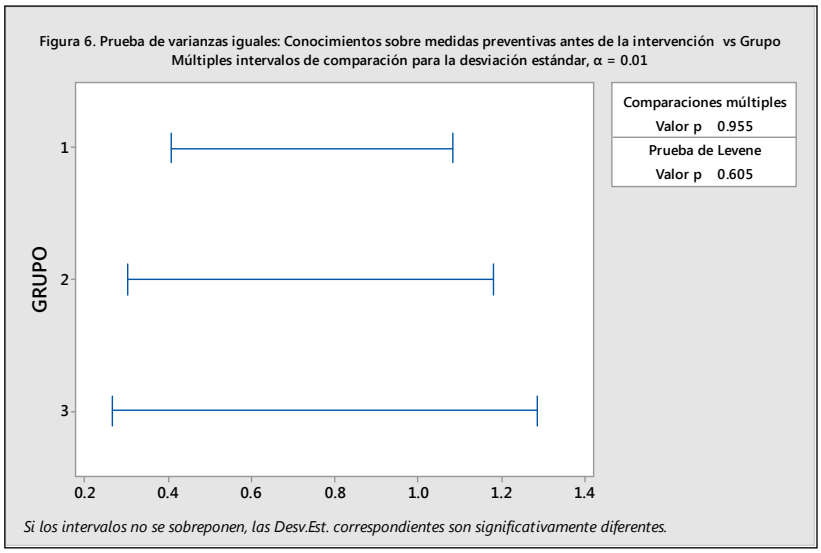
Al comparar los hábitos que tenían los sujetos antes de la intervención con los adquiridos después de aplicar el modelo educativo del Instituto de Salud del estado (B), se demostró que no existen diferencias en el promedio de hábitos saludables después de la intervención con respecto a la medición exante, en el nivel de significación de p<01, por lo que podemos afirmar que este modelo no aporta las herramientas suficientes para producir cambios en la adopción de hábitos saludables de los sujetos en estudio (Figura 5b).



Al realizar el análisis comparativo exante, expost para la media de hábitos saludables del grupo (C) que aplicó el modelo innovador, se puede demostrar que sí produjo cambios significativos en el nivel de significación de p<01, por lo que podemos afirmar que la aplicación de este modelo educativo sí produce la adopción de hábitos saludables en los niños (Figura 5c).

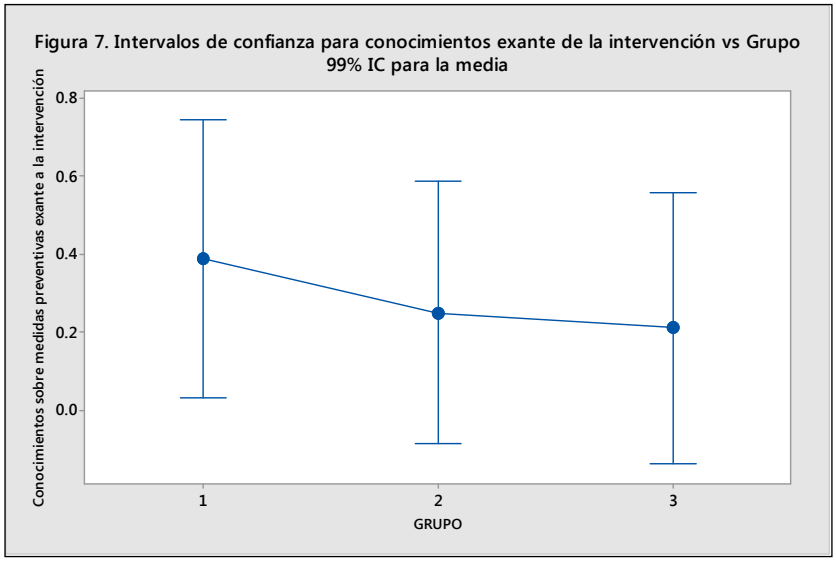
Premisas para el Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor en el nivel de conocimientos para las tres intervenciones exante:

Con la finalidad de establecer un modelo estadístico que respondiera al Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor, se realizó el análisis de las varianzas para determinar si éstas eran iguales o no en los tres grupos de estudio antes de la intervención. Se utilizó la prueba de Levene en el nivel de significación de p<0.01, encontrando que los conocimientos sobre medidas preventivas tienen varianzas iguales en los tres grupos de estudio.

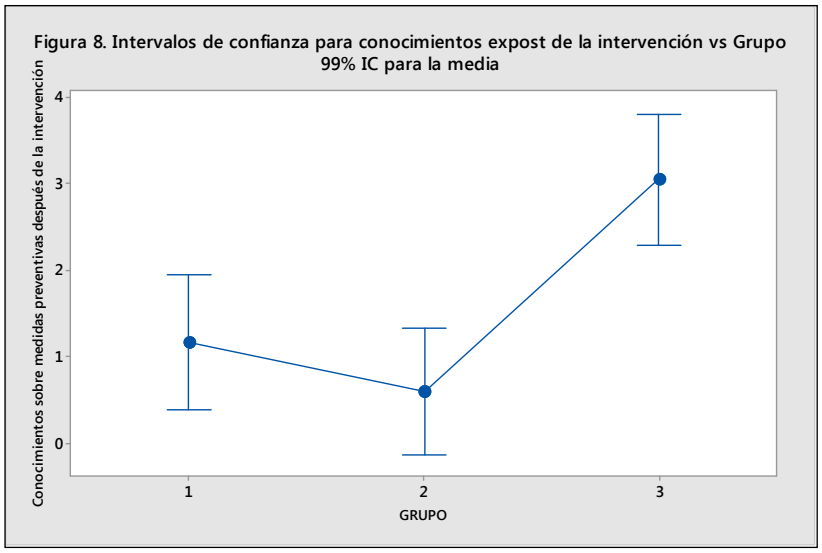


La Figura 6 muestra el comportamiento de los intervalos de confianza para la desviación estándar, donde se observa que para los tres grupos se traslapan, lo que indica que las varianzas son estadísticamente iguales.

Resultados de la prueba de hipótesis estadística sobre el nivel de conocimientos entre grupos exante, expost para las tres intervenciones:



Al aplicar la prueba estadística de Análisis de Varianza de un factor para la medición exante de los tres grupos de estudio, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de p>01, asumiendo la hipótesis nula de que las medias de los tres grupos son iguales y presuponiendo, como se demostró con la prueba de Levene, igualdad de varianzas para el análisis (Figura 7).



Al comparar las varianzas para los tres grupos de estudio expost a las intervenciones, se puede demostrar que sí existen diferencias entre las varianzas de los grupos, en el nivel de significación estadística de p<01, como lo muestra la Figura 8, en la cual las varianzas de los grupos A y B se traslapan y sólo la del grupo C, asumiendo las mismas condiciones de la hipótesis nula de no diferencias entre los grupos y de la igualdad de varianzas para el análisis.

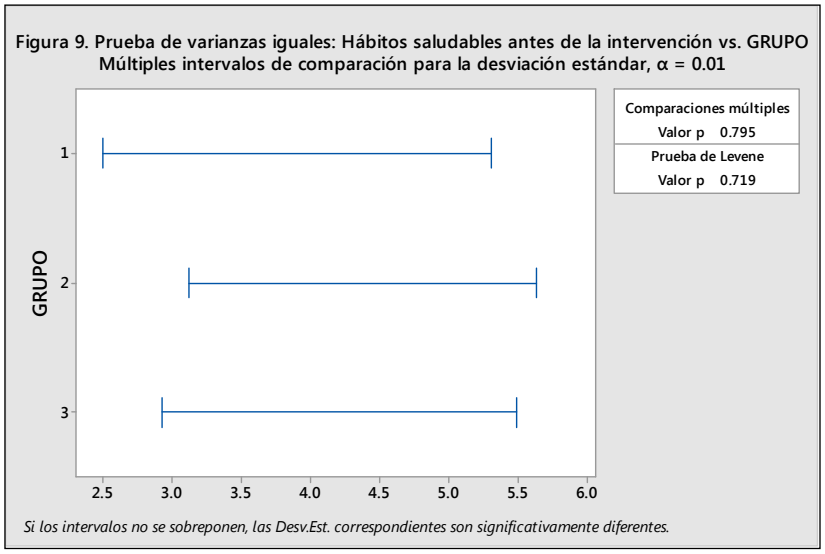
El cuadro 1 muestra las medias de los grupos antes y después de las intervenciones con su nivel de significación.

Cuadro 1. Diferencia de medias en el conocimientos de medidas preventivas exante y expost a las intervenciones

		Antes de las intervención				Después de la intervención			
Grupo	N	Media	Desviación Estándar	Intervalo de Confianza del 99%	Nivel de α	Media	Desviación Estándar	Intervalo de Confianza del 99%	Nivel de α
1	18	0.389	0.608	(0.034 – 0.744)	p=0.605	1.167	1.295	(0.390 – 1.943)	p=0.000
2	20	0.250	0.550	(-0.087 – 0.587)		0.600	0.995	(-0.137 – 1.337)	
3	19	0.211	0.535	(-0.135 – 0.556)		3.053	1.393	(2.297 – 3.809)	
		Desviación Estándar Agrupada = 0.56				Desviación Estándar Agrupada = 1.23			

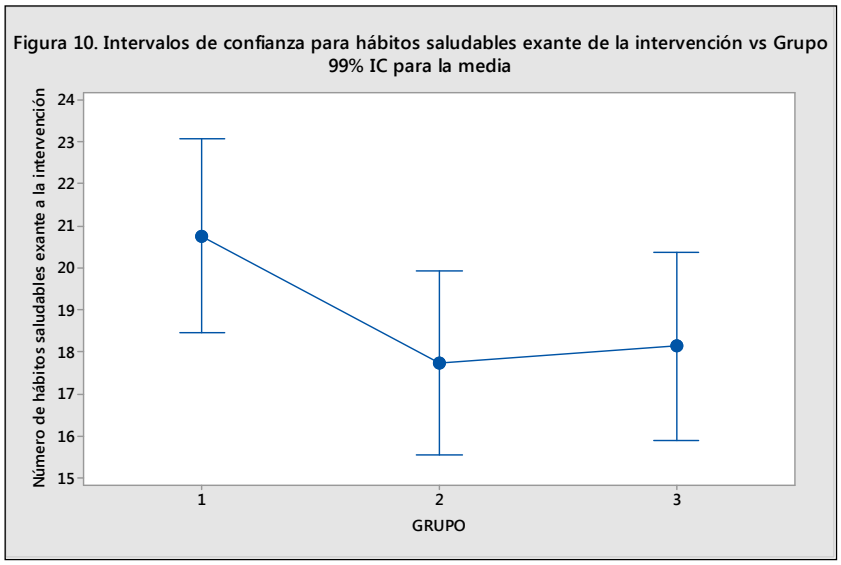
Premisas para el Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor para la medición de hábitos saludables de las tres intervenciones exante:

Con el objetivo de que el modelo estadístico utilizado para comparar los grupos antes y después de la intervención cumpliera con las premisas del Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor, se estudiaron las varianzas para verificar si éstas eran iguales o no en los tres grupos de estudio antes de la intervención. Se aplicó la prueba de Levene en el nivel de significación de p<0.01, determinando que los hábitos saludables tienen varianzas iguales en los tres grupos de estudio.

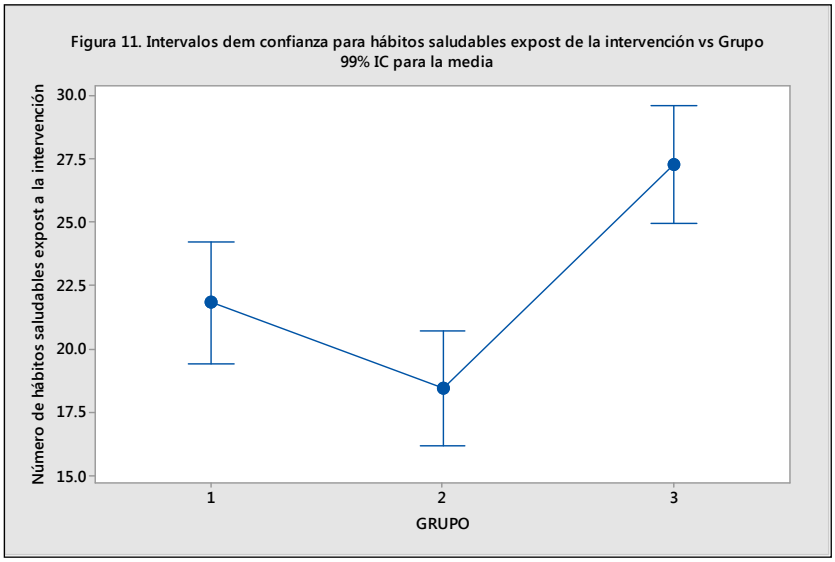


La Figura 9 muestra el comportamiento de los intervalos de confianza para la desviación estándar, donde se observa que para los tres grupos se traslapan, lo que indica que se acepta la hipótesis nula de no diferencia entre las medias de los tres grupos antes de la intervención educativa.

Resultados de la prueba de hipótesis estadística sobre la adopción de hábitos saludables entre grupos exante, expost para las tres intervenciones:



La comparación de hábitos saludables antes de la intervención para cada grupo de estudio mostró que no existen diferencias significativas entre el número promedio de hábitos para cada grupo, lo que permite aprobar la hipótesis nula planteada de no diferencia entre los grupos, en el nivel de significación de $p<0.01$. La Figura 10 muestra como los promedios de los hábitos saludables de los tres grupos se traslapan en el eje de las Y, lo que presupone que las medias son iguales.



Al realizar el análisis comparativo de los hábitos saludables expost a la intervención educativa, se puede concluir que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en el nivel de significación de $p<0.01$, lo que comprueba la hipótesis alterna de que al menos una de las medias de los grupos es diferente. En la Figura 11 se observa que el promedio que no se traslapa con los otros dos, es el del grupo C, que corresponde a la intervención educativa innovadora.

En el Cuadro 2 se muestran los resultados de los promedios del número de hábitos saludables exante, expost a las intervenciones en cada uno de los grupos.

Cuadro 2. Diferencia de medias en el número de hábitos saludables exante y expost a las intervenciones

		Antes de las intervención				Después de la intervención			
Grupo	N	Media	Desviación Estándar	Intervalo de Confianza del 99%	Nivel de α	Media	Desviación Estándar	Intervalo de Confianza del 99%	Nivel de α
1	18	18	20.77	(18.481 – 23.075)	p=0.03	21.83	3.682	(19.449 – 24.218)	p=0.00
2	20	20	17.75	(15.571 – 19.929)		18.45	4.186	(16.188 – 20.712)	
3	19	19	18.15	(15.922 – 20.394)		27.26	3.429	(24.942 – 29.584)	
		Desviación Estándar Agrupada = 3.64				Desviación Estándar Agrupada = 3.78			

Discusión de resultados.

Los resultados que se mostraron, nos permitieron ver con claridad el aumento del nivel de conocimientos y hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales en edad preescolar, que generó eficazmente la intervención educativa C basada en la teoría constructivista con enfoque de competencias, a diferencia de las demás intervenciones (A y B) evaluadas dentro del estudio. Al realizar la comparación de los resultados de la intervención educativa C con otros 3 estudios similares a las características estudiadas y realizadas en los países de México y Chile, con el objetivo común de capacitar a la población de estudio sobre las acciones encaminadas a prevenir las enfermedades que perjudican a nuestro estilo de vida, adquiriendo conocimientos y adoptando practicas saludables en edad preescolar, se denota una gran diferencia.

Primero, antes que nada el enfoque o la teoría que se basan para el proceso de enseñanza-aprendizaje y el tema a enseñar es distinto a la intervención educativa C, como son las intervenciones educativas en salud bucal con preescolares indígenas de México, la intervención para disminuir la incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en el Municipio de San Antonio Tecomitl, Milpa Alta D.F. y del consumo de verduras, frutas y pescado (alimentación saludable) en familias de niños preescolares y escolares en Chile.

La intervención educativa sobre el consumo de verduras, frutas y pescado maneja la población de estudio en familias de niños preescolares y escolares, lo cual engloban a la enseñanza de los padres de familias mediante talleres de cocina y materiales audiovisuales, para que estos a su vez sean intermediarios a la enseñanza a sus hijos, por lo que no permite que se compare con el estudio de la intervención educativa C para la prevención de las enfermedades intestinales, que tiene como población objetivo a los estudiantes preescolares y que se enfoca a la promoción y prevención de la salud. Además no utilizan ningún método o teoría educativa basada en la teoría constructivista con enfoque de competencias. La intervención educativa se basa en la adquisición de conocimientos y en el cambio de hábitos alimentarios negativos hacia a una alimentación saludable. Sin utilizar ninguna teoría científica, solo la metodología participativa (dialogo grupal y reflexión crítica). Tomando en cuenta a los padres de familia como soporte básico para el desarrollo de hábitos saludables y adquisición de conocimientos de los niños y niñas. Cuidando a que coman sanamente y correctamente.

La intervención educativa para disminuir la incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en un municipio del Distrito Federal México, se enfoca a estudiar a las madres de familia que tienen menores de cinco años de edad, la intervención se basa en la atención, control y las medidas preventivas, tampoco se basa con una teoría o método educativo para poder comparar con la intervención educativa C. Es un curso de capacitación utilizando procedimientos y prácticas de enseñanza y aprendizaje tales como: exposición, lluvia de ideas, demostración y trabajo en grupos. Aquí no se tomó en cuenta el autocuidado de la salud de los menores de cinco años, ellas fueron capacitadas para el cuidado del menor de cinco años y de cómo aplicar las medidas preventivas para que no se enfermen sus hijos. Por lo que no se tomó en cuenta a los padres de familia como el pilar básico para desarrollar hábitos saludables y adquisición de conocimientos a los menores de cinco.

Por lo que se estudiará la única intervención que tiene ciertas características similares:
La intervención educativa en salud bucal en indígenas de edad preescolar, se basaron en la teoría cognitivo-constructivista e inteligencias múltiples, muy diferente a la intervención educativa C que se encuentra basada en competencias. El contexto es distinto, los preescolares son de un pueblo indígena que cuentan con una cultura tradicional y en diferencia al otro grupo de intervención no pertenecen a la cultura indígena.

Lo que sí tienen en común es que las dos poblaciones de estudio de edad preescolar pertenecen a la zona rural y de socioeconómico bajo, en la que aumentaron el nivel de conocimientos. Con la intervención de salud bucal generó un aumento del 87% de nivel de conocimientos adquiridos, clasificándose los preescolares dentro de la categoría de eficiente y la intervención educativa C de prevención de enfermedades intestinales mostró un porcentaje de cambio promedio de 1352% en el nivel de conocimientos adquiridos. En relación a los hábitos

saludables en la intervención educativa C de prevención de enfermedades intestinales logró aumentar un porcentaje de cambio promedio del 50.11% en general y en la intervención de salud bucal en preescolares indígenas aumentó el 84% la ejecución del cepillado dental matutino, un incremento del 69% en la frecuencia diaria del cepillado y el 97% de los niños disminuyó la frecuencia en el consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos simples. Fundamentando cada cual su teoría aplicada. El estudio mostró que las intervenciones educativas basadas en teorías del aprendizaje y adaptadas al tipo de población considerando el nivel cognitivo, socioeconómico y cultural desarrollaron hábitos de salud bucal, junto con la participación de los maestros y madres de familia durante el proceso educativo. Realizando actividades que son similares o iguales a la intervención educativa C en materia de la prevención de las enfermedades intestinales basada en la teoría constructivista con enfoque de competencias, como son: talleres, prácticas realizadas en casa y en escuela, y actividades lúdicas (diseño de materiales didácticos).

Comparándolo con la intervención de salud bucal, ambos arrojaron resultados efectivos, trabajando con estas mismas herramientas, promoviendo y fomentando el autocuidado de la salud, porque fue una enseñanza directa hacia los estudiantes preescolares, en la que se les enseño el valor de la salud, la importancia de las medidas de prevención, el compromiso y la responsabilidad de tener un mejor estilo de vida saludable. Para la intervención educativa C solo se tomó en cuenta a los padres de familia (participantes activos) como el soporte básico para desarrollar hábitos saludables y adquisición de conocimientos en los preescolares como orientadores durante la realización de sus tareas en casa, para reforzar lo aprendido en los talleres otorgados por el facilitador de la intervención. Y la intervención de salud bucal capacitó aparte de los preescolares, a las madres de familia indígenas para que fueran como el soporte básico para desarrollar hábitos saludables y conocimientos en los niños y niñas, aparte del facilitador.

Por lo que los resultados positivos que arrojó la intervención educativa C, permitirá disminuir a largo plazo la incidencia de casos de enfermedad diarreica aguda en la edad de cinco años, si se adecua y se realiza el diseño de estudio de tipo longitudinal, de evaluación de impacto y cubriendo un grupo de edad específicamente, se logrará desarrollar competencias en los niños y niñas con respecto al autocuidado de la salud para la adopción de practicas saludables en el mejoramiento de sus estilos de vida.
Y que esta intervención educativa se trabaje para adaptarlo de acuerdo a la línea de vida (grupos de edad) que recibirá el proceso de enseñanza-aprendizaje con el enfoque constructivista y desarrollo de competencias en la prevención de las enfermedades intestinales, para mostrar resultados benéficos y reales.

XI. CONCLUSIONES:

Estos resultados muestran la necesidad de establecer nuevos paradigmas en la prevención de las enfermedades gastrointestinales en niños / niñas y continuar investigando nuevas soluciones que involucren métodos innovadores para cambiar los conocimientos y hábitos saludables que repercutan en toda su vida.

Como resultado final podemos afirmar que el único modelo que mostró cambios significativos o mejores resultados intra-grupos y entre grupos, es la intervención educativa C.

La intervención educativa C es benéfica para propiciar cambios tanto en los conocimientos como en los hábitos saludables para prevenir las enfermedades diarreicas agudas o intestinales, basada en la teoría constructivista con enfoque de competencias, resultando con un porcentaje de cambio promedio para nivel de conocimientos de 1,352% y de hábitos saludables con un porcentaje de cambio promedio fue del 50.11%, cifra muy superior a las alcanzadas por las intervenciones A y B, en el nivel de significancia estadística de $p<0.01$.

Por otra parte, lo que falto por hacer en el diseño de estudio, fue aplicar la evaluación de las clases o talleres que impartieron los tres facilitadores de cada intervención educativa realizada y analizar los resultados para evitar sesgos y observar realmente si la intervención educativa fue benéfica, sin embargo no se infiere que el programa sea bueno, pudo haber sido el facilitador que desarrolló sus competencias y habilidades en la enseñanza aprendizaje de forma lúdica constructivista y generó en ellos las habilidades o los comportamientos necesarios para la adopción de hábitos y mejoramiento de sus estilos de vida saludables, y en sí a lo mejor no fue la carta descriptiva (contenido) del programa de intervención, sino la manera en que se otorgó, o igual las dos maneras. No se sabe realmente.

Sería conveniente implementar este modelo educativo en el nivel preescolar por el Instituto de Educación de Aguascalientes sustituyendo los programas actuales que maneja el propio Instituto de Educación del Estado (IEA) y el del Instituto de Salud del Estado (ISSEA). Para este efecto es necesario presentar los resultados de la investigación al Consejo Consultivo de Salud en el estado para la viabilidad de su implementación no solo en nivel preescolar, sino a través de los grupos infantiles formados en las unidades de primer nivel de atención médica, por lo que permitirá a la población preescolar la modificación de conductas y hábitos, y aprenderán la importancia del auto-cuidado en la salud individual-colectivo y la higiene personal, para así adoptar hábitos y estilos de vida saludables en su vida cotidiana (entornos). Además ayudará a disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades diarreicas en los menores de 5 años.

La modificación de los hábitos saludables en los infantes se espera repercuta en mejorar los hábitos de la familia de su entorno social.

El proyecto fortalecerá y establecerá en el esquema de la Historia Natural de la Enfermedad de Leavell y Clark (1958), ahora adaptado por Rodrigo Guadalupe Ojeda Escoto[11] Epidemiólogo del Centro Nacional de Salud de la Infancia y Adolescencia en el año 2009, el primer nivel de atención de las enfermedades diarreicas en el área de promoción de la salud, la educación para la salud en el preescolar en materia de la prevención de las enfermedades intestinales y/o diarreicas, debido que es un grupo prioritario donde empiezan a formarse

(educarse) y adquirir actitudes, valores, habilidades para adoptar hábitos y estilos de vida saludables en su vida cotidiana (entornos), hasta su vida adultez, transmitiéndolo de generación en generación, mediante la participación social activa.

Por lo que es importante que las intervenciones de educación para la salud estén diseñadas con un enfoque de participación activa, empoderamiento social, interculturalidad y de valores. Para ello, es necesario formar, educar e instruir para que tomen conciencia y alcancen su desarrollo humano, mediante sus potencialidades y habilidades de acuerdo al enfoque de competencias. Esto nos permitirá que los individuos y los grupos sociales sean capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Con estas estrategias aplicadas nos llevarán al éxito en todos los programas prioritarios de acción en salud implementados en nuestro país y como estado, y a su vez al mejoramiento de los estilos de vida saludables de la población.

XII. RECOMENDACIONES:

Se sugiere que se lleve a cabo o se reproduzca la intervención educativa C en la prevención de las enfermedades intestinales de 2 a 3 veces al año o el ciclo escolar en cada grupo preescolar, esto para reforzar conocimientos, adopten actitudes y hábitos saludables en su vida cotidiana, y obtengan así mejores estilos de vida.

También se considera que se evalué obligatoriamente a los facilitadores de las intervenciones educativas que implementaron, durante el proceso de enseñanza – aprendizaje, como es la técnica, la metodología, las actividades prácticas que realizaron y las condiciones internas y externas de las aulas en que se impartieron, porque tiene que ver con el medio ambiente que le rodea el alumno en su proceso de aprendizaje interactivo, esto para evitar sesgos o errores en la interpretación final de los resultados favorables o no favorables, que arrojaron dichas intervenciones. Y así contar realmente con una respuesta creíble y efectiva con un sustento científico lógico.

Además se recomienda que se adapte la intervención según las características de la población escolar, esto de acuerdo al nivel educativo, ya sea de educación básica, media y superior, y a su vez con un enfoque de equidad de género y de interculturalidad, y que se incluya dentro de la "Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño", a los grupos escolares como una acción o medida preventiva más a trabajar y como la prioridad para la educación o capacitación en esta materia, además de las madres de familia, y que sea una de las medidas más importantes, dándole así la importancia a la promoción y fomento del "autocuidado de la salud" (incluir esta palabra clave anteriormente mencionada dentro de la NOM-031-SSA2-1999, para que esté completo). Y así transformaremos a la población estudiantil en una nueva cultura de prevención en salud, mediante el auto-cuidado personal y de su entorno que le rodea.

Sumémonos, siendo partícipes en la modificación de conductas y hábitos no saludables por los positivos, para así promover y mantener estilos de vida saludables a la población estudiantil. Apostemos por la investigación en esta materia de promoción y prevención de la salud como prioridad, en la que permita cumplir con estos objetivos anteriormente mencionados, y permitiendo también como refuerzo o apoyo a la realización de estudios longitudinales, evaluación de impacto y de prevalencia mediante los estudios copro- parasitológicos para disminuir la problemática. Esto con la participación social activa de la comunidad educativa, instituciones gubernamentales, no gubernamentales (privados), asociaciones, organizaciones sin lucro, universidades, instituciones de salud pública, de investigación y entre otros.

XIII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

De los tres grupos conformados con un total de 61 preescolares que se sometieron a la intervención de estudio de acuerdo a su consentimiento informado (aceptación al proyecto), solo 4 no contestaron las encuestas (Cuestionario cara a cara) a partir de la evaluación inicial y la final por diversas situaciones, por lo que se cuenta solo con las respuestas de 57 preescolares del total de los tres grupos.

Se observó dificultad en terminar algunos talleres de la intervención educativa C, debido que faltaba tiempo para realizar completo la parte final, que fue la práctica o el empleo de los conocimientos mediante actividades o juegos para reforzar el aprendizaje. Se necesitaba más tiempo por lo que se llegó a cortar y no terminar como se esperaba, debido que se tenían que ir los preescolares al receso y la maestra que se encontraba frente al grupo no permitía que se robara el tiempo del recreo. El taller iniciaba a las 9:00 a.m. y terminaba a las 10:30 a.m., hora en que empezaba el recreo. Por lo que se tenía que respetar los tiempos otorgados en una hora y media por día, no más ni menos. En ese caso no hubo flexibilidad para retomar la actividad, no se podía aumentar días al cronograma de actividades, se tuvo que respetar como estaba establecido desde un principio que se presentó el proyecto.

En los días de la aplicación de encuestas para las tres intervenciones, se presentaron contratiempos, ciertos niños y niñas no acudían, por lo que se tuvo que ir al día siguiente a recabar la información, buscar los que faltaron de realizarlo, esto sucedió desde la evaluación inicial como la final, y se tardó en recolectar los datos durante tres días. En la aplicación de encuestas o cuestionarios de conocimientos y hábitos de la prevención de enfermedades intestinales, al inicio y al final de la intervención, se eliminó la pregunta 11 de ¿Cuánto días a la semana comes comida que venden en la calle? 1 día a la semana, 2 días a la semana, 3 días a la semana, etc., por lo que estaba mal formulada, dado que algunos preescolares, adivinaban, o no recordaban los días que comían comida chatarra en la semana. Además no se especificó si era comida que no aportaba ningún valor nutritivo o si era nutritiva, o especificado si era papitas, hot-dogs, hamburguesas, pizzas, tacos fritos, quesadillas fritas, entre otras garnachas. Por lo que no se procesó y no se analizó este dato. Otra limitación de estudio fue el no realizar la evaluación a los facilitadores durante la intervención y al término de ello, además de la evaluación realizada en los conocimientos y hábitos de los preescolares, porque esto implicaría sesgo o diferencia significativa para poder decir que alguna de las intervenciones educativas resultó con respuesta efectiva.

XIV. BIBLIOGRÁFIA:

1.- Panamerican Health Organization. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6 -12 de septiembre de 1978.

2.- Pineault, R. y Daveley, C. La planificación sanitaria, conceptos, métodos y estrategias, Masson, 2a ed. 1995, pp. 382.

3.- Organización Panamericana de la Salud. La Crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate. Revista OPS, núm. 540, 1992.

4.- Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Julio 21 al 25, 1997. Yakarta, República de Indonesia. [consultado 2013 mayo] . Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf]

5.- Promoción de la Salud, Hacia una mayor equidad**.** V Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, México 2000.

6.- Método de priorización de problemas de salud (Hanlon), en la Comunidad de San Ignacio, Municipio Aguascalientes, Aguascalientes 2013.

7.- Diagnóstico Integral de Salud Poblacional Participativo de la Comunidad San Ignacio, Municipio Aguascalientes, Aguascalientes 2012-2013.

8.- Epidemiologia de las enfermedades parasitarias. [monografía en internet]. OMS, 2001. [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://www.saberdeciencias.com.ar/index.php/apuntes-deparasitologia/157-epidemiologia-de-las-enfermedades-parasitarias]

9.- Comportamiento parasitismo intestinal en pacientes atendidos en la comunidad de Potosí Bolivia. [monografía en internet]. Bolivia 2001. [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://www.monografias.com/trabajos94/comportamiento-parasitismo-intestinal-pacientes-atendidos-comunidad-potosi-bolivia/comportamiento-parasitismo-intestinal-pacientes-atendidos-comunidad-potosi-bolivia.shtml#ixzz2aMFs6o9s]

10.- Ministerio de Salud, República de Colombia. La salud en Colombia: diez años de información. Santafé de Bogotá, DC: Ministerio de Salud. [monografía en internet]. Colombia, 2008. [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://preventiva.wordpress.com/2011/09/04/enfermedad-diarreica-aguda/]

11.- Datos de la *Population Reference Bureau* en los Estados Unidos. *World J Gastroenterol*. [monografía en internet]. Estados Unidos, 2007. [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://preventiva.wordpress.com/2011/09/04/enfermedad-diarreica-aguda/]

12.- Manual de Procedimientos Estandarizados, para la Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda mediante la Estrategia de Núcleos Trazadores. [monografía en internet]. Secretaría de Salud. México, 2012 [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/18_2012_Manual_NuTraVe_vFinal_6nov12.pdf]

13.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera edición, 2012. Cuernavaca, Morelos, México.

14.- Morbilidad de las primeras 10 causas principales del Centro de Salud Rural San Ignacio, Municipal y Estatal. SUIVE 2012. Departamento de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica. Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.

15.- Mortalidad de las primeras 10 causas principales del Centro de Salud Rural San Ignacio, Municipal y Estatal. Sistema SEED 2012. Departamento Estadística. Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes.

16.- Claudia V Iglesias Padrón, Luz Arenas Monreal, Pastor Bonilla Fernández, Esteban Cruz Gama. Intervención Educativa en Salud Bucal con preescolares indígenas de México, 2005. Revista ADM (Medigraphic Artemisa en línea), Vol. LXV, No. 5, pp. 247-255. Sept-Oct. 2008

17.- José Ricardo Martín Fascinetto Constantini**.** Proyecto de Intervención para disminuir la incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años en el Municipio de San Antonio Tecomitl, Milpa Alta D.F. Septiembre a Noviembre del 2009. Proyecto de Intervención Maestría en Salud Pública en Servicio. Instituto Nacional de Salud Pública. 2009.

18.- Gabriela Fretes, Judith Salinas, Fernando Vio. Efecto de una intervención educativa sobre el consumo de frutas, verduras y pescado en familias de niños preescolares y escolares, colegios municipales de una comuna de la Región Metropolitana de Chile, 2012. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición, Vol. 63 No 1, 2013.

19.- Nancy Llalud Malca Tello. Tesis: Modelo de Intervención Social sostenible para mejorar la salud infantil ante el efecto de la Parasitosis Intestinal en el Centro Poblado Pacherrez, Lambayeque-Perú, 2008-2009. [monografía en internet]. 2011, Perú [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/66/3/TD_Malca_Tello_Nancy.pdf]

20.- Plan estratégico para concientizar sobre la parasitosis intestinal. [monografía en internet]. 2010, Venezuela [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://www.monografias.com/trabajos82/plan-estrategico-concientizar-parasitosis-intestinal/plan-estrategico-concientizar-parasitosis-intestinal2.shtml#ixzz2ZjxP0qBE]

21.- Programa de estudio 2011. Guía para la Educadora. Educación Básica. Preescolar. [monografía en internet]. 2011, Secretaría de Educación Pública. [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://www.reformapreescolar.sep.gob.mx/ACTUALIZACION/PROGRAMA/Preescolar 2011.pdf]

22.- Manual para el personal de salud. Enfermedad diarreica aguda, prevención, control y tratamiento. Programa de atención de la salud del niño. Centro Nacional de la Salud de la Infancia y Adolescencia. [monografía en internet]. 2009, Secretaria de Salud Federal México. [consultado 2013 julio]. Disponible en: [www.slideshare.net/KarenGSanchez/**manual**-ssa-**diarrea**]

23.- Programa de Oportunidades. Talleres comunitarios para el Autocuidado de la salud. [monografía en internet]. 2013, Seguro Popular. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Secretaria de Salud. [consultado 2013 agosto]. Disponible en: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=295&Itemid=355]

24.- Programa Nacional de Entornos y Comunidades Saludables. [monografía en internet]. 2013, Dirección General de Promoción de la Salud, SSA. [consultado 2013 julio]. Disponible en: [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades_saludables.pdf]

25.- José Luis Díaz Ortega, Elizabeth Ferreira, Lourdes García, Belem Trejo, Martha María Téllez Rojo, Juan Pablo Gutiérrez, Mauricio Hernández Ávila. Presentación de las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años: la respuesta es multifactorial. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera edición, 2012. Cuernavaca, Morelos, México.

26.- Hernández Cortez Cecilia, Aguilera Arreola Ma. Guadalupe, Castro Escarpulli Graciela. Situación de las enfermedades gastrointestinales en México. Revista Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Vol.31, num.4, octubre-diciembre 2011. 137-151.

27.- Manual ABC de las Diarreas. [monografía en internet]. México, 2010. [consultado 2013 mayo]. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/edas/faqedas.htm]

28.- Álvarez L. Manuel, Miquel Juan Fco. Ulceras intestinales. Departamento de Gastroenterología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. [monografía en internet]. [consultado 2013 mayo]. Disponible en: [www.intestino.cl/ulceras-intestinales.htm]

29.- Emmanuel Pimentel Aguilar. Ensayo Conductismo y Constructivismo [monografía en internet] 2013. Escuela Normal Superior Oficial Guanajuato. [consultado 2013 octubre]. Disponible en: [http://es.slideshare.net/dizzelmx/las-teoras-de-aprendizaje-conductista-y-constructivista]

30.- Pérez Córdoba Rafael Ángel. El Constructivismo en los espacios educativos. 1ª. ed.; San José, C.R.: Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana, CECC/SICA, 2009. 92 p; Volumen 5.

31.- Philippe Perrenoud. Construir competencias desde la escuela. Santiago de Chile. Dolmen Ediciones, 1999.

32.- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

33.- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa, noviembre de 1986.

34.- Coppard L. La auto atención de la salud y los ancianos. En: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985. (Publicación científica 492).

35. - Orem D. Nursillg. Concepts of Practice. 4th ed. St Louis: Mosby; 1991.

36.- Llamado a la acción. Nairobi-2009. La VII Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Nairobi, Kenya 2009.

37.- Reglamento Interno del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública. Comité de Ética en Investigación (CEI) 2013.

XV. ANEXOS:

Anexo I. CRONOGRAMA DE METAS

Actividades	2013 – 2014								
	Abril 2013	Mayo 2013	Junio 2013	Julio 2013	Agosto 2013	Sept. 2013	Oct. 2013	Noviembre 2013-2014	Diciembre 2014
1. Realización del método de priorización en problemas de salud de la comunidad. (DISP)	Abril								
2. Presentación de los resultados del Diagnóstico Integral de Salud Poblacional San Ignacio, Aguascalientes a la comunidad y personal de salud.	Abril								
3. Realización del método de priorización de problemas de salud con la participación social activa de la comunidad (líderes) y con el personal de salud.	Abril								
4. Establecimiento de estrategias de acción al problema prioritario elegido por la comunidad.		Mayo							
5. Diseño de intervención educativa de la prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares de 3er grado del Kínder Ignacio José Allende, San Ignacio.			Junio	Julio					
6. Presentación del Proyecto ante la comunidad educativa. Aplicación de las entrevistas "Conocimientos y Hábitos en la prevención de las enfermedades intestinales" al inicio de la intervención con la población objetivo (3 grupos de intervención).					Agosto				
7. Realización de los talleres (actividades) para la prevención de las enfermedades intestinales (prácticas saludables) a los grupos de 3er grado preescolar.						Sept.	Oct.		

8. Evaluación de los talleres de intervención (actividades) para la prevención de las enfermedades intestinales y los conocimientos adquiridos del preescolar. (Evaluación verbal).						**Sept.**	**Oct.**		
9. Aplicación de las entrevistas "Hábitos en la prevención de las enfermedades intestinales" al finalizar la intervención con la población objetivo (3 grupos de intervención).							**Oct.**		
10. Recolección, procesamiento y análisis de los datos (resultados).								**Noviembre 2013 – Noviembre 2014**	
11. Analizar y comparar estadísticamente los hábitos y los conocimientos de los tres grupos de intervención.								**Noviembre 2013 - Noviembre 2014**	
12. Realización de Conclusiones									**Dic.**

Anexo II.

Cuadro 3.13

Distribución de la población menor de cinco años que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista, según tipo de líquidos administrados. México, ENSANUT 2012

Tipo de líquido[‡]	0 años		1 año		2 años		3 años		4 años		Total[§]	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
Vida Suero Oral	103.6	41.0	154.9	41.0	106.5	38.1	75.3	48.7	63.2	46.4	503.6	41.9
Suero comercial/ casero	37.9	15.0	45.4	12.0	36.6	13.1	27.9	18.1	30.4	22.3	178.2	14.8
Agua sola y de fruta	119.2	47.1	221.1	58.5	148.9	53.2	89.9	58.2	77.4	56.8	656.5	54.6
Té, atole	79.5	31.4	97.8	25.9	72.2	25.8	32.9	21.3	22.2	16.3	304.5	25.3
Leche	43.9	17.4	59.0	15.6	15.6	5.6	19.3	12.5	5.1	3.7	142.8	11.9
Otro	41.2	16.3	80.8	21.4	75.2	26.9	49.1	31.8	35.8	26.3	282.0	23.5
Ninguno	19.1	7.5	11.1	2.9	16.2	5.8	5.1	3.3	4.7	3.4	56.1	4.7
No especificado	-	0.0	1.3	0.3	-	0.0	-	0.0	.8	0.6	2.1	0.2

* Frecuencia en miles
‡ Se admitió más de una opción de respuesta
§ El total estimado de niños menores de cinco años con diarrea en las últimas dos semanas es 1 201 574
Fuente: Cuestionario de niños, ENSANUT 2012

Anexo III.

Cuadro 3.14

Distribución de la población menor de cinco años que presentó diarrea en las dos semanas previas a la entrevista, según cantidad de alimentos administrados. México, ENSANUT 2012

Cantidad de alimentos	0 años		1 año		2 años		3 años		4 años		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
La misma cantidad	119.6	47.3	193.6	51.2	129.6	46.3	71.9	46.5	58.1	42.7	572.8	47.7
Más cantidad	33.8	13.4	35.4	9.3	15.4	5.5	13.2	8.5	10.5	7.7	108.2	9.0
Menos cantidad	59.9	23.7	126.8	33.5	109.4	39.1	57.2	37.0	57.9	42.5	411.3	34.2
Suspendió todos los alimentos	11.4	4.5	12.9	3.4	19.0	6.8	8.2	5.3	6.6	4.8	58.1	4.8
Aún no le da otro tipo de alimentos	25.5	10.1	7.8	2.1	6.1	2.2	.7	0.4	0.0	0.0	40.2	3.3
No especificado	2.6	1.0	1.7	0.5	.2	0.1	3.4	2.2	3.1	2.3	11.0	0.9
Total	252.8	100.0	378.2	100.0	279.7	100.0	154.6	100.0	136.2	100.0	1 201.6	100.0

* Frecuencia en miles
Fuente: Cuestionario de niños, ENSANUT 2012

Anexo IV. Actividades para el primer grupo (A) de intervención en preescolares con 5 años de edad, durante el periodo Agosto-Octubre 2013.

ACTIVIDAD	DINAMICA/TECNICA	MATERIAL	DURACION
Sesión educativa 1: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Los niños saldrán al patio con su silla y se leerá el cuento de la cucarachita comelona, después se les pedirá que mencionen los alimentos que aparecieron durante la lectura del cuento y digan cuáles de ellos aportan beneficios a nuestro cuerpo y cuáles no, y ¿porque?, y se registrarán en el pintarrón.	Cuentos, cartulina, marcadores.	1 hr.
Sesión educativa 2: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Se sentarán en semicírculo y conversaremos sobre los malestares que a veces sienten en su estómago, preguntaré si alguna vez les ha dolido su estómago, ¿cómo se sienten cuando les duele?, comentarán que es lo que nos causa dolor de estómago, vomito o diarrea. Se registrará a los niños que comenten en relación al tema.	Ninguno	1 hr.
Sesión educativa 3: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Los niños observarán imágenes relacionadas con los síntomas de algunas enfermedades intestinales, después comentarán sobre lo observado, les daré una pequeña explicación sobre las causas de estas enfermedades (bacterias, virus o parásitos) y como penetran en el organismo por medio de alimentos y agua contaminada. Los niños mencionaran en que momento los alimentos o el agua pueden estar contaminados.	Imágenes relacionadas con el tema.	1 hr.
Sesión educativa 4: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Los niños expresarán lo que saben acerca de una sana alimentación, mencionarán algunos alimentos nutritivos que consuman tanto en casa como en el jardín de niños, después se integrarán en equipos y buscarán en libros y revistas información sobre una sana alimentación, elaborarán un cartel relacionado con el tema y pasarán a explicarlo a sus compañeros.	Libros, revistas, cartulina y marcadores.	1 hr.

Sesión educativa 5: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Integrados en equipos, los niños conversarán sobre los alimentos chatarra, que conocen, reunirán, y clasificarán imágenes o envolturas de este tipo de alimentos, las pegarán en una cartulina, pasarán a mostrarlas y a exponer información sobre cómo estos alimentos perjudicarán nuestra salud.	Cartulina y marcadores.	1 hr.
Sesión educativa 6: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Los niños verán un video sobre el tema de la digestión, durante el transcurso del mismo haré algunos cuestionamientos en relación al tema, al terminar el video los niños comentarán si les gustó o no ¿por qué?¿Qué parte del video se les hizo más interesante, ¿Por qué?	Videos	1 hr.
Sesión educativa 7: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Retomaremos la información sobre las enfermedades intestinales y los niños mencionarán algunas medidas que conozcan para prevenir este tipo de enfermedades, se irá registrando en el pintarrón. Después integrados en equipos buscarán en la biblioteca de aula información sobre las medidas de prevención de enfermedades gastrointestinales, pasarán a compartir la información con sus compañeros y se complementará lo que ellos habían mencionado anteriormente.	Libros, pintarrón y marcadores.	1 hr.
Sesión educativa 8: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Sentados en semicírculo conversaremos sobre la importancia de lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, verán un video relacionado con el tema después saldrán a practicar la forma correcta de lavarse las manos, pasando por turnos a los lavabos correspondientes, al terminar dirán si les gusto conocer la forma correcta de lavarse las manos. Fue fácil o difícil de hacerlo, ¿Por qué?	Video	1 hr.
Sesión educativa 9: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Los niños expresarán lo que saben acerca de la higiene en la preparación de alimentos, dirán si en su casa lavan bien las frutas y verduras antes de comerlas, en equipo recopilarán información sobre el tema en la biblioteca de aula, la compartirán con los compañeros del grupo, al terminar elaborarán volantes con imágenes o dibujos relacionados con el tema para entregárselos a sus familiares o amigos y recordarles lo importante que es la higiene en la preparación de alimentos.	Libros, revistas y cartulina.	1 hr.

Sesión educativa 10: Prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares.	Verán un video sobre la manipulación correcta de alimentos como retroalimentación a lo que estuvimos trabajando sobre enfermedades gastrointestinales, comentarán que sabían antes y que saben ahora en relación al tema, dirán si les gusto o no trabajar sobre este tema ¿Por qué?	Video	1 hr.

Anexo V. Actividades para el segundo grupo (B) de intervención en preescolares con 5 años de edad, durante el periodo Agosto-Octubre 2013.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DINAMICA/TECNICA	MATERIAL	DURACION/FRECUENCIA
1.- "Taller de Prevención de Enfermedades intestinales en el preescolar"	Conocer e identificar las medidas de prevención y ponerlas en práctica en la vida cotidiana para así obtener una mejor calidad de vida.	Actividad 1.-: "Mis hábitos de higiene favoritos" Técnica Expositiva-Participativa Actividad 2.- "¿Qué sabemos de los síntomas que tienen, quienes se enferman por tener amibas y/o lombrices?" Técnica Expositiva-Participativa Actividad 3.- "La relación de transmisión de los parásitos y sus efectos sobre la salud" Técnica Expositiva - Participativa	Rotafolio, hojas de rotafolio, plumones, cinta adhesiva, presentación power point según el caso, tarjetas blancas, dos juegos de 7 tarjetas sobre la parasitosis (actuando y realizando sonidos), lotería de higiene personal y en alimentos, además un cuento.	2 hrs. Presentación del taller, una vez en el ciclo escolar. 1 hr. por día

Anexo VI. Actividades para el tercer grupo (C) de intervención en preescolares con 5 años de edad, durante el periodo Agosto-Octubre 2013.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS Y DINÁMICA/TÉCNICA	MATERIAL	DURACION/FRECUENCIA
1.- Taller "Valores y auto-cuidado personal en materia de la salud".	Los preescolares conocerán la importancia del autocuidado personal en salud y los valores de la salud para obtener mejor estilo de vida saludable, estarán formando 6 equipos de 5 integrantes para realizar las actividades del taller y además se presentará un cuento para su comprensión y se harán preguntas para que sean contestados por ellos. Se presentará en dos momentos o dos días. Técnica expositiva-participativa.	Pizarrón, gises, lápices, hojas bond, rotafolio, plumones, cartulina, lápices de colores, tarjetas blancas y de colores.	3 hrs. Presentación del taller en dos días. (1 hora con 30 min. por día) **3 y 4 Septiembre**
2.- Taller "Higiene personal".	Los preescolares conocerán la importancia de la higiene personal y la relación con la prevención de las enfermedades intestinales, mediante exposición, dinámicas y juegos, estarán formando 6 equipos de 5 integrantes para realizar las actividades del taller. Se presentará en dos momentos o dos días. Técnica expositiva-participativa.	Pizarrón, gises, lápices, hojas bond, rotafolio, plumones, cartulina, lápices de colores, tarjetas blancas y de colores.	3 hrs. Presentación del taller en dos días. (1 hora con 30 min.por día) **10 y 11 Septiembre**
3.- Taller "Técnica de lavado de manos" y "Técnica de lavado de	Los preescolares conocerán la importancia de la técnica de lavado de manos, el lavado de	Pizarrón, gises, lápices, hojas bond, rotafolio,	3 hrs. Presentación

dientes”.	dientes y su relación con la prevención de las enfermedades intestinales y diarreicas, aplicarán la técnica (práctica) en la escuela y en su hogar, estarán formando 6 equipos de 5 integrantes para realizar las actividades del taller. Se presentará en dos momentos o dos días. Técnica expositiva-participativa.	plumones, cartulina, tarjetas blancas, de colores, lápices de colores, jabones, toallas, cepillo de dientes, pasta dental, vasitos y la llave del agua de la escuela.	del taller en dos días. (1 hora con 30 min. por día) **17 y 18 Septiembre**
4.- Taller “Saneamiento ambiental y los cuidados del entorno”.	Taller de orientación y de cuidados en el medio ambiente y en los diversos entornos hogar, escuela y parque, aplicando medidas preventivas para evitar dañar nuestro ecosistema y la salud de la persona. Sera de forma expositiva - participativa, estarán formando 6 equipos de 5 integrantes para realizar las actividades del taller. Se realizarán juegos y dinámicas. Se presentará en dos momentos o dos días.	Pizarrón, gises, lápices, hojas bond, rotafolio, plumones, cartulina, tarjetas blancas, de colores, lápices de colores.	3 hrs. Presentación del taller en dos días. (1 hora con 30 min. por día) **1 y 2 Octubre**
5.- Taller “Prevención de las enfermedades intestinales y diarreicas”	Taller interactivo, donde se les expondrá el comportamiento de la enfermedad, las fuentes de contaminación y de transmisión, entre otras para que se tomen las medidas de prevención y control de las enfermedades intestinales en el hogar, escuela y medio ambiente, mediante juegos y ejercicios de trabajo. Se presentará en dos momentos o dos días. Técnica expositiva-participativa.	6 Frascos de parásitos en concentración con formol, láminas de ilustraciones, Pizarrón, gises, lápices, hojas bond, rotafolio, plumones, cartulina, tarjetas blancas, de colores, lápices de colores.	3 hrs. Presentación del taller en dos días. (1 hora con 30 min. por día) **8 y 9 Octubre**
6.- Taller “Cuidados del preescolar con las enfermedades intestinales y diarreicas agudas.	Orientación en el cuidado del manejo de enfermedades intestinales y diarreas agudas en el preescolar, a través de los manuales ABC en la prevención de las diarreas agudas. Técnica expositiva-participativa.	Manuales ABC en prevención de Diarreas, Pizarrón, gises, lápices, hojas bond, rotafolio, plumones, cartulina, tarjetas blancas, de colores, lápices de colores.	3 hrs. Presentación del taller en dos días. (1 hora con 30 min. por día) **15 y 16 Octubre**

Anexo VII. Cuestionario (entrevista estructurada)

No. Folio_____

Fecha de aplicación_____

Cuestionario (Cara a Cara) para ser contestado por el niño(a) de 5 años.

"Hábitos saludables y conocimientos en la prevención de las enfermedades intestinales en edad preescolar de 3er grado del Kínder Ignacio José Allende, Comunidad San Ignacio, Aguascalientes, 2013"

¡Hola, estamos interesados en conocer tus respuestas de forma verbal, a las siguientes preguntas, te agradecemos tu valiosa participación! Se registrará en la hoja de respuestas con una marca de **"X"**, según la opción que responda el niño y/o la niña. ¡Tus respuestas son importantes!

Higiene Personal

1.- ¿Cuántas veces al día te lavas las manos?

1.____Una vez al día
2.____Dos veces al día
3.____Tres veces al día
4.____Cuatro veces al día
5.____Cinco veces al día
6.____Seis o más veces al día
7.____No me lavo las manos

2.- ¿Cuándo te lavas las manos?

1 ___Antes de desayunar
2 ___Antes de comer
3.___Antes de cenar
4.___Después de ir al baño
5.___Después de comer
6.___Después de estornudar o toser
7.___Después de jugar
8.___No me lavo las manos

3.- ¿Usas agua y jabón para lavarte las manos?

1.___ Todas las veces
2.___ Algunas veces

3.___ No uso jabón

4.- ¿Menciona cada cuando te bañas?

1.___Todos los días

2.___Una día sí y un día no

3.___Dos días a la semana

4.___Cada 8 días

5.- ¿Te lavaste los dientes?

1.___ Ayer en la noche

2.___ Hoy antes de venir a la escuela

3.___ Después de desayunar

4.___ Después de comer

5.___ Después de cenar

6.___ No me lavo los dientes

6.- ¿Ayudas a tus papas a limpiar la casa o hacer el quehacer?

1___Si 2____No

Educación para la salud.

7.- ¿Te han dado pláticas de salud en relación a los siguientes temas?

_____Higiene personal

_____Enfermedades Intestinales

_____Saneamiento ambiental

_____El lavado correcto de manos

_____Alimentación saludable

Higiene en los alimentos.

8.- ¿Lavas las frutas y verduras antes de comértelas? (Casa o en la escuela)

1___Si 2____No

9.- ¿Tomas agua de la llave? (Casa o en la escuela)

1___Si 2____No

10.- ¿Tomas agua del garrafón? (Casa o en la escuela)

1___Si 2____No

11.- ¿Cuánto días a la semana comes comida que venden en la calle?

1.____1 día a la semana

2.____2 días a la semana

3.____3 días a la semana

4.____4 días a la semana

5.____5 o más días a la semana

6.____Ningun día

Conocimiento en la prevención de las enfermedades intestinales.

12.- ¿Tu qué haces para no enfermarte del estómago y que no te dé diarrea?

_____ **¡Muchas gracias, por tu participación!**

Anexo VIII. PRESUPUESTO

Recursos Humanos

Cantidad	Recursos Humanos
1	Estudiante de la Maestría en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
1	Promotora de la Salud del Centro de Salud Rural San Ignacio, ISSEA
1	Maestra del Kínder Ignacio José Allende de la Comunidad Rural San Ignacio
61	Alumnos preescolar de 3er grado, Kínder Ignacio José Allende de la Comunidad Rural San Ignacio

Recursos Materiales

Recursos Materiales	Cantidad	Precio Unitario	Precio Neto
Rotafolio	1	N.A.	N.A.
Tarjetas Blancas	2 paquetes c/100	$ 30.00	$ 60.00
Pizarrón	1	N.A.	N.A.
Caja de gises	1	$ 25.00	$ 25.00
Borrador	1	$ 12.00	$ 12.00
Cintas diurex	6	$ 8.00	$ 48.00
Papel Bond	25	$ 1.50	$ 37.50
Plumones paquete/ 6	6 paquetes	$ 33.86	$ 203.16
Lápices	5 cajas	$ 39.00	$ 195.00
Hojas Blancas Tamaño carta	1 paquete c/100 hojas	$ 40.00	$ 40.00
Plumas negras	5 cajas	$ 45.00	$ 225.00
Tarjetas de colores	2 paquetes c/100	$ 45.00	$ 90.00
Láminas de ilustraciones de las enfermedades intestinales (microorganismos, ciclo biológico de los parásitos, fuentes de transmisión de los microorganismos y parásitos,			

fuentes de contaminación, signos y síntomas de las enfermedades intestinales, entre otras**)**	5	$ 20.00	$ 100.00
Lápices de colores	6 cajas	$ 15.00	$ 90.00
Tijeras	6	$ 9.00	$ 54.00
Resistol	6	$ 8.00	$ 48.00
Hojas de cartulina	30	$ 1.00	$ 30.00
Franelógrafo	1	$150.00	$150.00
1 proyector	N.A.	N.A.	N.A.
1 Laptop	N.A.	N.A.	N.A.
1 mini-grabadora	N.A.	N.A.	N.A.
Juegos de salud: Lotería de salud e higiene personal, memorama de higiene en los alimentos y de saneamiento ambiental.	**4**	**$100.00**	**$400.00**
Total		**$573.96**	**$1,807.66**

***N.A. significa: No Aplica, debido que se cuenta con ese material, por lo que no se realiza la compra.**

Recursos Financieros

Gastos de la Intervención Educativa **Agosto-Octubre 2013**	
Material didáctico y equipo	$1,807.66
Alimentos	$ 765.00
Transporte: taxi	$ 600.00
Recurso humano: Personal de Salud y docentes.	$0.00
Total:	**$3,172.66** incluye I.V.A.

Presupuesto total de la intervención educativa, 2013: $3,172.66 incluye I.V.A.

Anexo IX.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción:

Este formulario de consentimiento informado es para que acepten participar en el Proyecto de "Evaluación de intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales en edad preescolar, San Ignacio, Aguascalientes 2013". El proyecto es importante para beneficiar el entorno escolar, mejorando las condiciones de salud de los preescolares y sus estilos de vida saludables, para así prevenir y controlar las enfermedades infectocontagiosas.

Soy Licenciada en Salud Pública, estudio la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Bioestadística y Sistemas de Información del Instituto Nacional de Salud Pública. Se realizará el proyecto de evaluación de la intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares de 5 años de edad del grupo de 3er grado del Kínder, durante los meses de Agosto – Octubre del 2013, con la finalidad de obtener resultados sobre la modificación de hábitos y la adquisición de conocimientos del preescolar para la implementación de buenas prácticas saludables en la prevención de las enfermedades intestinales en el entorno escolar y en el hogar, haciendo esto posible la disminución de las enfermedades diarreicas en los menores de 5 años de la comunidad.

Desarrollo:

Se les levantará un consentimiento informado durante la presentación del proyecto en el Kínder Ignacio José Allende con los padres de familia y docentes, en la cual se les explicará el proyecto de intervención educativa en la promoción y fomento de conocimientos y hábitos saludables en la prevención de las enfermedades intestinales, que se implementará en los preescolares de 3er grado que cuentan con 5 años de edad. Se les otorgará talleres para formar hábitos saludables y que aprendan la importancia de la higiene personal y limpieza del hogar para la prevención de las enfermedades intestinales, esto con el apoyo y participación del padre/madre de familia en conjunto con el alumno. Se les hará entrevistas y aplicación de evaluaciones para observar los conocimientos aprendidos y las prácticas o hábitos que implementa el preescolar en el hogar y en su entorno escolar, mediante lo aprendido de los talleres. El proyecto originará beneficio en la salud de los niños y niñas del grupo, y ayudará a prevenir y disminuir enfermedades intestinales y/o diarreicas en edad preescolar mediante la formación de valores del auto-cuidado y hábitos saludables, obteniendo así una mejor calidad y estilo de vida saludable.

Esta información será confidencial, solo conocerán los resultados de la intervención educativa, los docentes del preescolar, padres de familia del Kínder Ignacio Allende, las autoridades del Instituto de Educación del Estado, personal del Centro de Salud Rural San Ignacio, autoridades del Instituto de Servicios de Salud del Estado, la comunidad rural de San Ignacio y el personal docente - alumnado del Instituto Nacional de Salud Pública.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es su decisión si usted elige no consentir. Los servicios que usted reciba en el centro de salud rural de San Ignacio y en la Institución Educativa Preescolar Ignacio José Allende continuarán y nada cambiara. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar que participe su hijo/hija, aun cuando haya aceptado previamente y continuarán los servicios que usted reciba en el centro de salud y en el Kínder. Estamos invitando a su hijo/hija a formar parte de esta investigación, debido que es importante ir formando a temprana edad los valores y hábitos saludables, y que adquieran

conocimientos de la prevención en la salud, para que así implementen en los entornos de la vida cotidiana buenas prácticas de la salud y así lograr controlar y disminuir las enfermedades intestinales y/o diarreicas en los menores de 5 años de edad. Esto nos traerá beneficios para analizar, tomar decisiones y solucionar en la mejora de la promoción de la salud y estilos de vida saludables del preescolar, así como también en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades intestinales y diarreicas en los menores de 5 años de edad en la comunidad rural San Ignacio.

Por lo que en términos de este consentimiento informado acepta participar y que participe su hijo/hija en el Proyecto de Evaluación de intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales en los preescolares 5 años de edad del Kínder Ignacio José Allende de la comunidad San Ignacio, con sus respectivas condiciones que se establecen en lo anterior mencionado:

Si, acepto participar (Nombre) _____, y autorizo a mi hijo/hija _____ del 3er grado de Kínder a participar en el proyecto.

No, acepto participar (Nombre) _____.

En fines de lo antes mencionado se informa que usted está informado sobre el Proyecto de "Evaluación de intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales en edad preescolar, San Ignacio, Aguascalientes 2013".

Firma de Consentimiento Informado (padre/madre de familia): _____

Anexo X.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Con el permiso otorgado por parte de los padres de familia, aceptando que su hijo/hija _____ participe en el proyecto de "Evaluación de la intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales en edad preescolar, San Ignacio, Aguascalientes 2013", que se llevará a cabo en el Kínder Ignacio José Allende en los grupos de 3er grado, del mes de Agosto a Octubre del 2013, mediante el cual se le otorga el asentimiento informado al preescolar para su aceptación en la participación del proyecto de intervención educativa, con sus respectivas condiciones que se establecen en el consentimiento informado del padre/madre de familia.

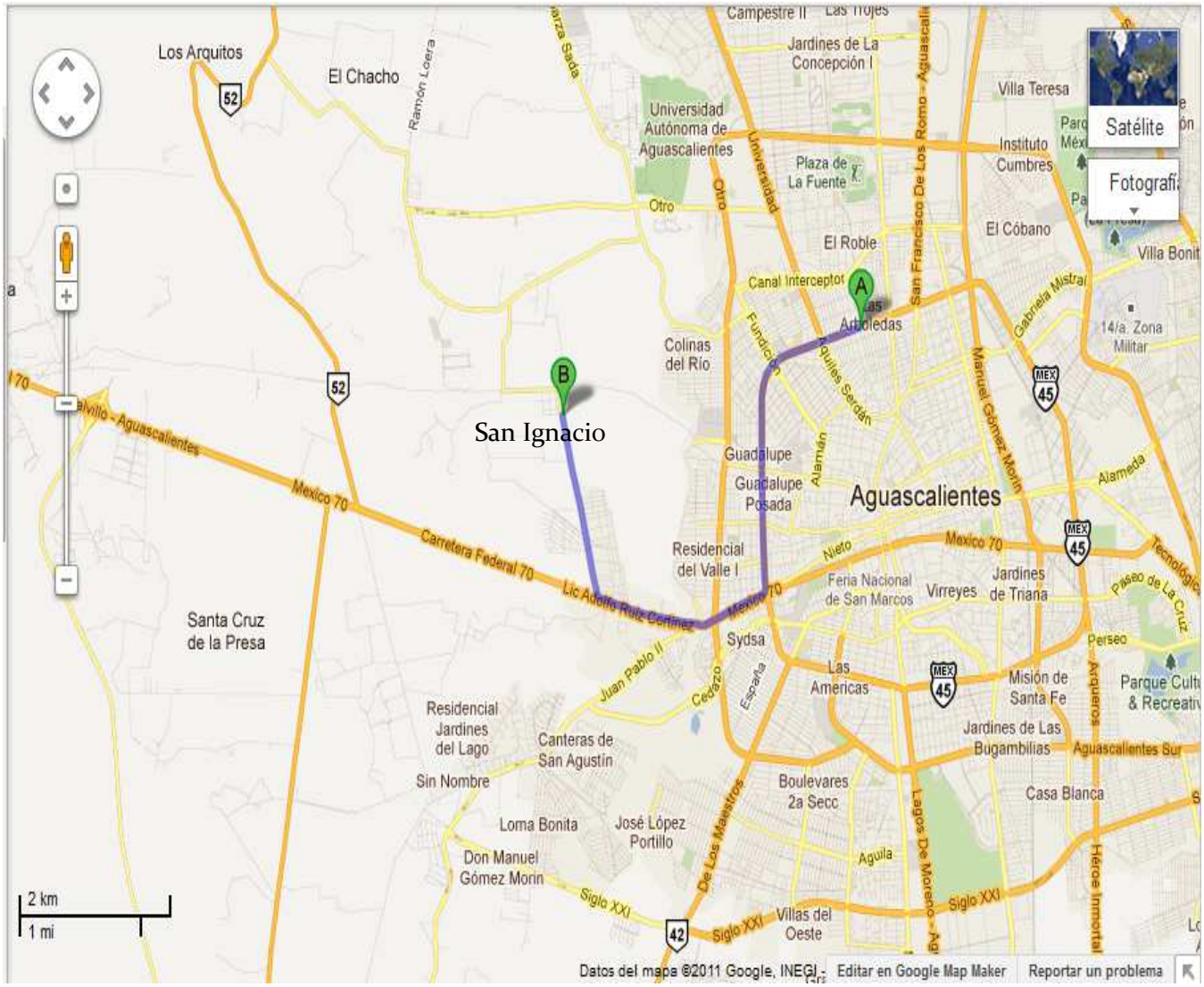
Por lo que en términos de este asentimiento informado, el alumno preescolar refiere lo siguiente:

Si, acepto participar (Nombre del preescolar) _____, y soy libre de tomar la decisión en cuanto quiero retirarme del estudio.

No, acepto participar (Nombre del preescolar) _____.

En fines de lo antes mencionado se informa que el preescolar está informado sobre el Proyecto de "Evaluación de intervención educativa en la prevención de las enfermedades intestinales en edad preescolar, San Ignacio, Aguascalientes 2013".

Anexo XI. Mapa de ubicación de la comunidad de San Ignacio, Aguascalientes.



Anexo XII. Mapa comunitario

Población 1360 hab.