



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA SOBRE HÁBITOS
SALUDABLES EN UNA
POBLACIÓN INFANTIL EN LIMA
(PERÚ).

Irene Alcoceba Herrero
Tutor: José María Jiménez Pérez

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que me han permitido descubrir diferentes pedacitos de lo que es Perú. En especial a Raúl y a Yussi por haberme acompañado en una de las experiencias más gratificantes de mi vida y por haber sido un apoyo en todo momento.

A Mikaela y Luciano por ser la semilla de lo que será el futuro de Villa el Salvador y mostrarme desde los ojos de un niño, la realidad de cada día.

A José María Jiménez Pérez, tutor de mi TFG, que me ha acompañado desde junio del año pasado en las diferentes fases de la intervención, por la ayuda, implicación y todo lo que me ha enseñado. Por despertar en mí el interés por la investigación.

A la Universidad de Valladolid por concederme la beca PACID dándome la oportunidad de vivir esta experiencia.

A mi familia y amigos que habéis sido un apoyo fundamental y os he sentido muy cerca en todo momento.

Muchas gracias Villa el Salvador por haberme permitido acercarme a una realidad tan diferente, interesante y a la vez bonita.

RESUMEN

Introducción: La mitad de las muertes en menores de 5 años tienen causas prevenibles, es por ello que las intervenciones educativas son fundamentales para la promoción de los hábitos saludables y empoderan al niño en la gestión activa de su autocuidado, siendo la escuela el lugar idóneo para afianzar las conductas de salud a edad temprana.

Objetivo: Promover hábitos de vida saludables en los niños del colegio Arenitas del Mar, mediante una intervención de educación para la salud.

Material y métodos: Estudio cuasi experimental prospectivo pretest y postest de una intervención educativa con estudiantes. La información fue recogida mediante la adaptación del cuestionario Global School-based Student Health Survey, que muestra variables antropométricas (peso y talla), el nivel socioeconómico, las conductas violentas, los hábitos de higiene y alimentarios.

Resultados: Participaron 223 estudiantes de 3 a 13 años del colegio Arenitas del Mar en Lima (Perú), con un nivel socioeconómico bajo. La intervención educativa ha reducido un 21,3% las conductas intimidatorias. También han mejorado los hábitos alimentarios al aumentar un 15,5% los estudiantes que comen cuatro o más piezas de fruta, disminuir un 15,3% el consumo de bebidas carbonatadas y el consumo de comida rápida, de $4,86 \pm 4,37$ veces a la semana a $3,76 \pm 3,16$. Se ha producido una mejora en el lavado de manos después de ir al baño aumento la prevalencia un 40% y el uso de jabón un 37,8%.

Conclusiones: La intervención educativa fue efectiva al haberse constatado una mejora estadísticamente significativa en los hábitos de vida saludables y en la modificación de las conductas de riesgo de los estudiantes.

Palabras claves: Enfermería, intervención educativa, hábitos de vida saludables, higiene, prevención de conductas violentas, escolar.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivo principal:.....	5
2.2. Objetivos específicos:	5
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
3.1. Características y diseño del estudio.....	5
3.2. Participantes del estudio	6
3.3. Recogida de datos e intervención educativa.....	6
3.4. Consideraciones éticas	10
3.5. Análisis estadístico.....	10
4. RESULTADOS.....	11
4.1. Características sociodemográficas.....	11
4.2. Conductas violentas.....	14
4.3. Hábitos alimentarios.....	16
4.4. Hábitos de higiene.....	19
5. DISCUSIÓN.....	21
6. CONCLUSIONES.....	27
7. BIBLIOGRAFÍA.....	28
8. ANEXOS	32
ANEXO 1- Cuestionario realizado a los padres/tutores sobre la prevalencia de enfermedades y la asistencia sanitaria de los estudiantes.....	32
ANEXO 2- Cuestionario pre-intervención para la valoración de los hábitos de vida saludables de los estudiantes del colegio Arenitas del Mar.....	33
ANEXO 3- Cuestionario post-intervención para la valoración de los hábitos de vida saludables de los estudiantes del colegio Arenitas del Mar.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Distribución de las actividades y metodología aplicada en la intervención educativa	9
---	---

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Situación geográfica de Perú en el mundo y específicamente del distrito de Villa el Salvador en Lima	2
Figura 2. Cronología de actuación en la intervención educativa	7
Figura 3. Cronología de los talleres dentro de la intervención educativa.....	8
Figura 4. Distribución de los estudiantes en función del sexo y del curso académico en el pretest.....	11
Figura 5. Causas de absentismo escolar según el curso académico antes de las acciones en EpS	12
Figura 6. Enfermedades que padecen los estudiantes con patologías crónicas	12
Figura 7. Razón por la que ha recibido el estudiante asistencia sanitaria en el último año	13
Figura 8. Frecuencia con la que los estudiantes pasan hambre previamente a la intervención educativa	13
Figura 9. Profesiones de los progenitores de los estudiantes según el sexo ..	14
Figura 10. Frecuencia con la que los estudiantes han tenido peleas físicas antes de la intervención de EpS	15
Figura 11. Agresiones físicas que ha sufrido el estudiante en el último año previamente a la intervención educativa.....	15
Figura 12. Comparativa de las formas con la que han sido intimidados en el último mes los estudiantes en el pretest y en el postest.....	16
Figura 13. Comparativa de la frecuencia diaria con la que consume bebidas gaseosas el estudiante en el pretest y en el postest.....	17
Figura 14. Comparativa de la frecuencia semanal de consumo de comida rápida del estudiante en el pretest y en el postest.....	17
Figura 15. Comparativa de la frecuencia diaria de consumo de fruta en el pretest y en el postest.....	18

Figura 16. Comparativa de la frecuencia con la que desayuna el estudiante en el pretest y en el postest.....	18
Figura 17. Comparativa de la frecuencia diaria con la que se lavan los dientes en el pretest y en el postest.....	19
Figura 18. Comparativa del lavado de manos después de ir al baño en el pretest y en el postest.....	20
Figura 19. Comparativa del lavado de manos con jabón en el pretest y en el postest.....	20
Figura 20. Comparativa del lavado de manos después de tocar animales de la calle en el pretest y en el postest.....	21

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CEDEC	Centro de Educación y Desarrollo Comunitario
EpS	Educación para la salud
GSHS	Global school-based student health survey
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IMC	Índice de masa corporal
ODS	Objetivos de desarrollo sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PACID	Prácticas universitarias en el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo
PROPOLI	Programa de lucha contra la pobreza en Lima metropolitana
TFG	Trabajo fin de grado
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como prioritario que se cumpla el derecho de los niños a gozar del grado máximo de salud que se puede lograr¹. En 2018, la tasa de mortalidad antes de cumplir los 5 años fue de 38,6 cada 1.000 niños, casi la mitad por causas prevenibles como enfermedades infecciosas que se pueden tratar de forma fácil y económica, como la neumonía, la diarrea o el paludismo^{2,3}. Este derecho se ve vulnerado especialmente en los grupos sociales más marginados por su bajo nivel socioeconómico, siendo la mortalidad infantil tres veces mayor en los quintiles de ingresos inferiores; también resulta muy influyente el nivel educativo de la madre^{1,4}.

Se prevé que hasta el 2030, plazo para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), se producirán cerca de 250.000 muertes más cada año, como consecuencia de la desnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés térmico, a menos que se aborde esta problemática³. Seguirán viviendo en la pobreza extrema 167 millones de niños y 3,6 millones de niños menores de 5 años morirán ese año³. Es esencial abordar esta problemática desde la equidad, focalizando los esfuerzos en fomentar una nutrición adecuada; un 25% de los niños tienen retraso de crecimiento y un 6,5% sobrepeso u obesidad⁵. También se deberá proporcionar salud infanto-maternal, ya que las muertes neonatales suponen el 45% del total, así como facilitar el acceso a los servicios básicos, para mejorar la situación del 32% de los niños que no tiene instalaciones mejoradas de saneamiento^{3,5}.

Está problemática se ve más acentuada en las regiones denominadas “en desarrollo” como es el área de América Latina y el Caribe, donde se estima que la tasa de mortalidad en menores de 5 años en el 2018 es de 16 por cada 1000 niños². Se ha observado un avance al respecto, reduciéndose un 34% este valor en 25 años, pero es necesario seguir trabajando para lograr una mayor equidad en la infancia, reduciendo las grandes brechas que hay entre los distintos países y entre las poblaciones con menor riqueza y nivel educativo más bajo^{2,6}.

Focalizando la atención en Perú, se reproducen estos problemas y las desigualdades dentro del propio país³. Alrededor de 30 millones de personas

viven en el territorio siendo el 35,7% niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 0 y los 19 años, de los cuales el 30% vive en condiciones de pobreza, situación que incrementa la prevalencia de enfermedades prevenibles y dificultando el propio desarrollo del niño^{3,7}. Existen factores de riesgo para el desarrollo en la primera infancia, como es una nutrición deficiente, que aumentan la prevalencia de enfermedades prevenibles⁸. En el 2015, el 15% de los niños tenían retraso del crecimiento y un 3% insuficiencia ponderal⁶.

Otro factor de riesgo, son los hábitos de higiene deficitarios que aumentan la prevalencia de enfermedades, como las infecciones respiratorias agudas que en el año 2018 se han visto aumentadas un 3,5% respecto al año anterior⁹. Igualmente, la prevalencia de la neumonía se incrementó un 8,5% respecto al 2015, teniendo algún grado de desnutrición el 38,5 % de los niños que fallecieron por esta causa⁹. También afectan al desarrollo del niño las altas tasas de violencia en su entorno; en el 2016 se cuantificaron 23.039 casos de violencia familiar y sexual contra niños y adolescentes en Perú¹⁰.

Estas condiciones de pobreza, así como los factores de riesgo a los que se enfrentan los niños, se intensifican en algunos de los distritos de Lima, como en el distrito de Villa el Salvador; así lo manifiesta el programa de lucha contra la pobreza en lima metropolitana (PROPOLI)¹¹.

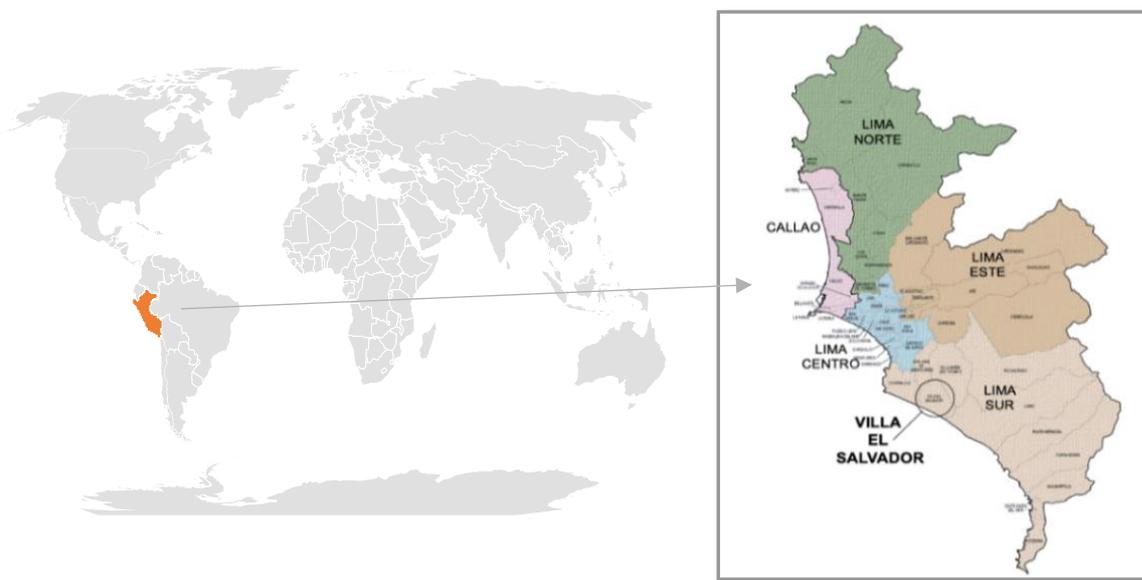


FIGURA 1. Situación geográfica de Perú en el mundo y específicamente del distrito de Villa el Salvador en Lima. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), elaboración propia¹².

El distrito de Villa el Salvador se crea hace 37 años¹³. La constante oleada de pobladores que se han ido asentando en las áreas desocupadas las han convertido en zonas con alto grado de pobreza y con cobertura limitada de servicios básicos; son zonas muy áridas y carecen de agua potable el 18,4% de la población^{13,11}. El 18,9 % de la población de Lima Sur vive en condiciones de pobreza, siendo porcentualmente el distrito de Villa Salvador el que tiene mayor porcentaje de población pobre con un 26,3% del total¹³.

Es el segundo distrito con mayor densidad poblacional de Lima Metropolitana Sur, con una tasa de natalidad del 17,3%, superior al 14,8% de Lima Metropolitana Sur¹³. El 35,8% de las madres eran adolescentes cuando tuvieron el primer hijo, siendo un claro factor de riesgo para el desarrollo del niño^{13, 11}. El 32,3% de la población son niños y adolescentes; es esencial que puedan alcanzar su pleno potencial de desarrollo, evitando posibles conductas de riesgo como una nutrición deficiente o unos hábitos de higiene inadecuados para promover su salud a corto y a largo plazo^{13,8}.

La primera causa de mortalidad en niños menores de 5 años en el 2016, fueron las infecciones respiratorias agudas que representan el 17.1% de las defunciones³. Unos hábitos de higiene correctos previenen el contagio de enfermedades, como infecciones respiratorias o gastro-intestinales¹⁴. Con un buen lavado de manos se reduce un 42-48% el riesgo de contraer diarrea³. Se detecta científicamente una mayor prevalencia de estas enfermedades en familias pobres del segundo quintil de riqueza con un 12,8%, respecto a las del quintil superior de riqueza con un 6,8%³.

Respecto a la nutrición en el distrito de Villa el Salvador, el 6,9% de los niños tienen desnutrición crónica y un 4,6% obesidad¹⁵. Es esencial abordar la malnutrición ya que aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad, incrementándose también la prevalencia de enfermedades crónicas¹⁶. Esta problemática disminuye la productividad académica e implica un retraso en el crecimiento y en el desarrollo cognitivo del niño^{17,18}. Una dieta balanceada y diversa es la llave para luchar contra la malnutrición, previniendo numerosas enfermedades y fomentando el desarrollo del niño^{18,19}.

Ante esta realidad, son fundamentales las intervenciones educativas que promocionan y empoderan al niño en la gestión activa de su autocuidado, fomentando la adquisición de hábitos de vida saludables y el control de los principales factores de riesgo mediante educación para la salud (EpS)⁶. Las escuelas son un escenario ideal para construir a edades tempranas estos hábitos porque es cuando se empiezan a adquirir y afianzar las conductas, buscando acciones sostenibles a largo plazo, con impacto duradero y que favorezcan así una vida adulta más saludable^{20,17}. También es muy importante abordar el entorno familiar por la afectación tan directa que tiene en el niño, por ser característico de estas edades imitar los hábitos de sus entornos más próximos¹⁵.

La enfermería tiene un papel fundamental en este ámbito, ya que se requiere de profesionales cualificados que promuevan la EpS tanto con los niños como con las familias²¹. Abordando dos perspectivas: desde la prevención, fomentando el desarrollo de actitudes y conductas para prevenir la aparición de patologías y desde la perspectiva de la promoción de la salud, capacitando a los estudiantes para que adopten hábitos de vida saludables que perduren a largo plazo²¹.

Se han realizado diferentes iniciativas de hábitos saludables en poblaciones en Perú, como la intervención en educación alimentaria para prevenir el sobrepeso en Villa el Salvador, el programa estatal de alimentación escolar Qali Warma, los programas de escuelas promotoras de salud en Lima y la intervención de hábitos saludables realizada en el colegio Arenitas del mar con el Centro de Educación y Desarrollo Comunitario (CEDEC)^{22,17,23}. La Universidad de Valladolid con carácter anual oferta becas de prácticas universitarias en el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo (PACID), la cual permitió llevar a cabo la intervención descrita en el presente trabajo fin de grado (TFG) sobre la población del Colegio Arenitas del Mar en colaboración con CEDEC.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal:

- Promocionar los hábitos de vida saludables de los niños del colegio Arenitas del Mar, mediante una intervención de EpS.

2.2. Objetivos específicos:

- Describir los conocimientos y los hábitos de vida saludable que tienen los alumnos antes de la intervención educativa.
- Diseñar las estrategias educativas que fomenten la adquisición e implementación de unos hábitos de vida saludable basados en tres pilares: hábitos de higiene, hábitos alimentarios y prevención de conductas violentas.
- Evaluar los conocimientos adquiridos y los posibles cambios en su estilo de vida saludable posteriormente a la intervención educativa.
- Promover la adquisición de unos hábitos saludables a través de estrategias que refuercen las acciones llevadas a cabo

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Características y diseño del estudio

Estudio cuasi experimental prospectivo pretest y posttest de una intervención educativa, realizada con la beca PACID, que promueve la cooperación internacional para el desarrollo, realizando intervenciones comunitarias con estudiantes de la universidad en países en vías de desarrollo.

La intervención en terreno se realizó en el colegio de Arenitas del Mar en Lima, durante los meses de junio, julio y agosto del curso académico 2019-2020. La población objeto del estudio se encuentra en condiciones de vulnerabilidad por su nivel socioeconómico bajo.

A través de un cuestionario estructurado se realizó un «pretest» para analizar los conocimientos de los que partía la muestra y evaluar los factores de riesgo de su comportamiento, basado en la iniciativa a nivel global de la OMS Global

School-based Student Health Survey (GSHS) que presenta adaptaciones específicas a la población de Perú^{24, 25}. Después de la intervención educativa se volvió a realizar el cuestionario «postest» para comparar, de este modo, los resultados en los dos momentos y evaluar si ha habido un cambio conductual en los estudiantes.

3.2. Participantes del estudio

El estudio se llevó a cabo sobre 223 estudiantes de edades comprendidas entre los 3 y los 13 años, matriculados en el colegio Arenitas del Mar (Lima), durante el curso académico 2019-2020. Están distribuidos en cursos académicos según la edad, desde primero de infantil a sexto de primaria.

Para complementar la recogida de información y el diagnóstico de la situación, los padres de los estudiantes que quisieron participar de manera voluntaria, realizaron un cuestionario anónimo y confidencial.

Los criterios de inclusión a tener en cuenta son: niños escolarizados en el colegio Arenitas del mar durante el curso académico 2019-2020 con el consentimiento informado de los padres firmado y que quieran participar de manera voluntaria en la intervención educativa. Se excluye a los alumnos que por la dificultad de comunicación no puedan participar, a los que no tengan el consentimiento firmado por los padres o no quieran participar en la intervención educativa.

Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, la selección de la muestra de estudio la componen 206 estudiantes, con una edad media de $7,2 \pm 2,84$ años, un 44% son hombres y el 56% mujeres. En la encuesta pretest (n=206) y en el postest después de la intervención educativa no participaron los estudiantes de infantil por causas externas (n=124).

3.3. Recogida de datos e intervención educativa

La recogida de datos y la intervención educativa se ha realizado en el colegio Arenitas del Mar, en Lima (Perú). La intervención ha estado dividida en cuatro fases (Figura 2).

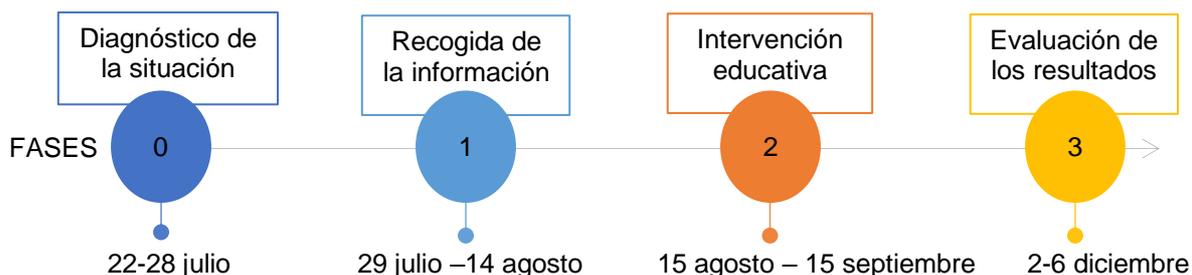


FIGURA 2. Cronología de actuación en la intervención educativa.

- **Fase 0: Diagnóstico de la situación**

Se presentó la intervención educativa sobre hábitos saludables al profesorado del colegio, solicitando colaboración e información y estableciendo el calendario de actuación.

Con la participación del profesorado del centro, se realizó una reunión presencial voluntaria con los padres de los estudiantes para informarles sobre la intervención educativa, explicando cada una de las fases del proyecto y las condiciones ético-legales. Se culminó con la resolución de las dudas que surgieron, la firma de los padres del consentimiento informado al ser menores de edad los encuestados y los que quisieron de manera voluntaria cumplimentaron una encuesta complementaria a la recogida de información (Anexo 1). Respecto a las encuestas de los padres, tienen el objetivo de obtener más información sociodemográfica, conocer las enfermedades más prevalentes en los estudiantes y las características de la asistencia sanitaria que utilizan.

- **Fase 1: Pre- intervención educativa con los estudiantes**

Para valorar los hábitos saludables de los estudiantes se utilizó un cuestionario anónimo, confidencial y ad hoc (Anexo 2). En infantil y 1º de primaria se realizó de manera oral e individual con cada alumno, para mejorar la comprensión del mismo y la propia contestación. En el resto de aulas, los estudiantes lo hicieron de manera autónoma, pero leyendo de manera grupal las preguntas para favorecer su comprensión, por la escasa alfabetización y para resolver las dudas.

El cuestionario está estructurado en dos partes. Una primera sección orientada a recabar información sociodemográfica basada en la Encuesta demográfica y de salud reproductiva realizada por el Centro de Control y Prevención de

Enfermedades (CDC)²⁶. Las variables recogidas, analizadas y estudiadas son el sexo, la edad, las variables antropométricas (peso y talla), el nivel socioeconómico y educativo de la familia.

La segunda sección está destinada a valorar los hábitos saludables y se encuentra dividida en tres bloques: conductas alimentarias, hábitos de higiene y la prevención de conductas violentas. Las preguntas provienen de la modificación del cuestionario GSHS realizado por la OMS y el CDC ^{24, 25}.

- **Fase 2: Intervención educativa**

La intervención educativa consta de diferentes talleres teóricos-prácticos de EpS, utilizando la metodología “Aprendizaje basado en juegos”, fomentando la participación activa de los alumnos y la aparición de espacios de diálogo entre los estudiantes durante el transcurso de la sesión.

Los talleres se han realizado de manera individual con cada curso académico, adaptando las actividades a la edad y al nivel educativo de los alumnos. La duración fue de 60 minutos cada uno, se hicieron en horario escolar en sus propias aulas y fueron realizados según la cronología establecida (Figura 3).

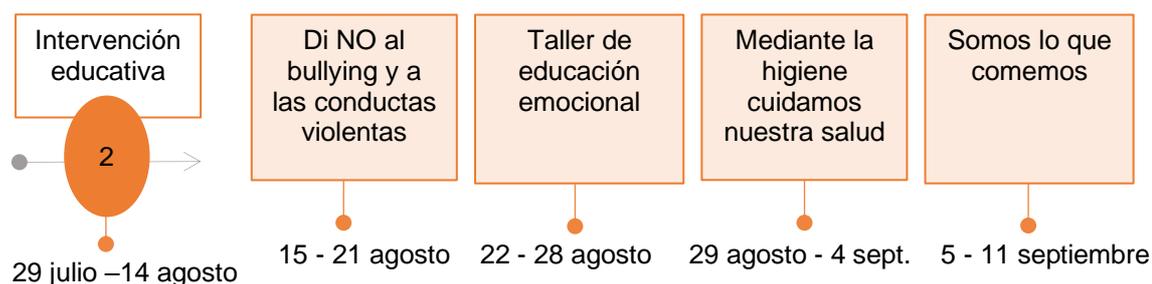


FIGURA 3. Cronología de los talleres dentro de la intervención educativa (fase 2).

En cada actividad se ha focalizado la atención en los aspectos que han sido más deficientes en la encuesta realizada pretest, como por ejemplo el alto consumo de comida rápida o las altas tasas de intimidación entre los alumnos. Han sido impartidos por una estudiante de enfermería y los recursos materiales utilizados han sido: el aula de cada curso, material de papelería y las herramientas específicas para cada juego. En todo momento se ha fomentado que las profesoras se sientan partícipes para que los resultados se mantengan a corto y a largo plazo.

TABLA 1. Distribución de las actividades y metodología aplicada en la intervención educativa

Actividades	Objetivos de aprendizaje	Metodología docente
Di NO al bullying y a las conductas violentas	Fomentar la prevención, detección e intervención ante conductas violentas y de bullying con gran prevalencia en este núcleo poblacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas sobre el concepto de bullying. • Clasificación de situaciones según el tipo de bullying y posterior explicación de los tipos. • Lectura de una historia sobre un caso de bullying para identificar la actuación de cada personaje (víctima, agresor y espectadores). • Representación de los alumnos de una situación y reflexión sobre las diferentes maneras de actuación del entorno. • Dinámica de resolución de conflictos de manera asertiva, pasiva y agresiva: representación de un niño que se cuele en la fila del colegio. • Debate conjunto para extraer conclusiones, recalcando la importancia de que actúen como grupo ante el problema y la resolución de dudas.
Taller de educación emocional	Potenciar las habilidades para reconocer las emociones propias y de los demás sirviéndoles como guía de actuación y de pensamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de relajación. • Mediante imágenes en la pared expresan qué emociones le produce, viendo que no todos sienten lo mismo. • Cuento para reconocer emociones y el bazar de las emociones (mímica). • Identificar las emociones como positivas y negativas para descubrir que no hay emociones malas ni buenas. • Dinámica del ovillo para fomentar la empatía y ver que ha sentido el otro en la actividad.
Mediante la higiene cuidamos nuestra salud	Concienciar de la importancia y los beneficios que conlleva unos hábitos de vida saludable para la calidad de vida y prevenir enfermedades.	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de rol para constatar la propagación de enfermedades sin el lavado de manos. • Juego en equipos para adivinar preguntas sobre la higiene. • Programa de lavado de manos dónde tienen que representar cómo lo realizan y el resto de la clase indican los fallos. • Debate conjunto para extraer conclusiones y resolución de dudas.
Somos lo que comemos	Sensibilizar sobre la importancia de una alimentación equilibrada, adaptada a las características socioeconómicas de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Por equipos construyen la pirámide de alimentos y tendrán que adivinar cuantas veces hay que consumir cada uno. • Dinámica sobre la comida basura y averiguar lo que realmente comemos. • Debate conjunto para extraer conclusiones y resolución de dudas.

- **Fase 3: Evaluación de los resultados post- intervención**

La encuesta post intervención se realizó dos meses y medio después de la intervención educativa con los diferentes cursos del colegio para evaluar el impacto y valorar si ha habido cambios conductuales en los hábitos saludables de los niños. Sólo se incluyeron en esta fase las variables que afectaban a los hábitos saludables. (Anexo 3) Se realizó la evaluación del 2 al 6 de septiembre con los cursos de primaria en sus respectivas aulas. Los alumnos contestaron la encuesta de manera anónima e individual pero acompañados mediante guía verbal a toda la clase para favorecer la comprensión. En los niños con escasa alfabetización se realizó de manera oral.

3.4. Consideraciones éticas

Todos los alumnos tenían cumplimentado el consentimiento informado y la información fue tratada de manera anónima y confidencial. El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del área de salud Valladolid Este. (número de referencia: 201652)

3.5. Análisis estadístico

Los datos han sido analizados en el programa SPSS (IBMS. Versión 25). Para probar la distribución de los datos, se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, con la cual observamos que nos encontramos ante una distribución no normal, lo que ha hecho que utilicemos pruebas no paramétricas. Las variables relacionadas con las características sociodemográficas se resumieron descriptivamente. Se muestran las variables cuantitativas como la media y la desviación típica; las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%); para su comparación se utilizó el test de chi cuadrado. Se consideró como valor de significación estadística una $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados divididos en secciones, que abordarán los aspectos recogidos en las encuestas de la fase 1 sobre las características sociodemográficas, la información obtenida de las encuestas realizadas a los padres en la fase 0 y finalmente las variables recogidas en las encuestas pretest de la fase 1 y en el posttest de la fase 3.

4.1. Características sociodemográficas

Del total de 223 estudiantes matriculados en el colegio Arenitas del Mar en el curso 2019-2020, la participación en la encuesta pretest fue del 92,4% (n=206) con una edad media de $7,2 \pm 2,84$ años, con un rango de [3-13]. De la muestra, un 55,8% (n=115) son mujeres y un 44,2% (n=91) hombres. En cuanto a la distribución de los estudiantes según el curso académico, se dividen de primero de infantil a sexto de primaria. En algunos de los cursos se observó una mayor prevalencia de niñas respecto a niños, especialmente en primero de infantil, primero y sexto de primaria (Figura 4). En el posttest participaron el 55,6% (n=124) de estudiantes, siendo un 58% (n=60) mujeres y un 42% (n=43) hombres.

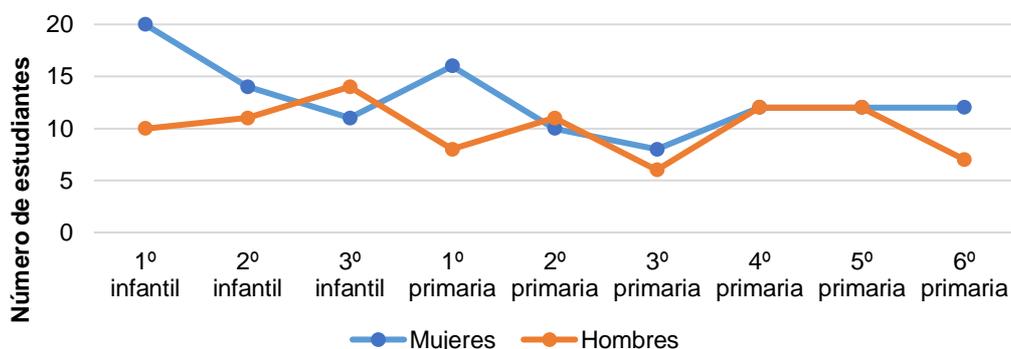


FIGURA 4. Distribución de los estudiantes en función del sexo y del curso académico en el pretest.

El colegio tiene altas tasas de absentismo escolar, con una media de $2,96 \pm 2,84$ días al mes por estudiante con un rango de [0-20]. Tiene mayor prevalencia en las edades más tempranas, con una media de 3,25 días en infantil, 2,80 de primero a tercero de primaria y 2,71 de cuarto a sexto de primaria. Estos datos se han recogido de la documentación que obraba la escuela y donde no siempre se apuntaban las faltas de asistencia. Respecto al sexo, las mujeres faltan al colegio ligeramente más respecto a los hombres, con una media de $3,09 \pm 3,09$

días y los hombres de $2,79 \pm 2,51$ días. La principal causa por la que no acuden los estudiantes al colegio es por estar enfermos, un 70% (n=126) de los niños. En la figura 5 se muestran las causas de absentismo escolar de los estudiantes según el curso académico; destaca que la principal causa en todos los cursos es la enfermedad, disminuyendo la prevalencia cuando aumenta el grado académico ($p < 0,05$). Respecto al sexo, los hombres padecen un 11% menos de enfermedades que las mujeres.

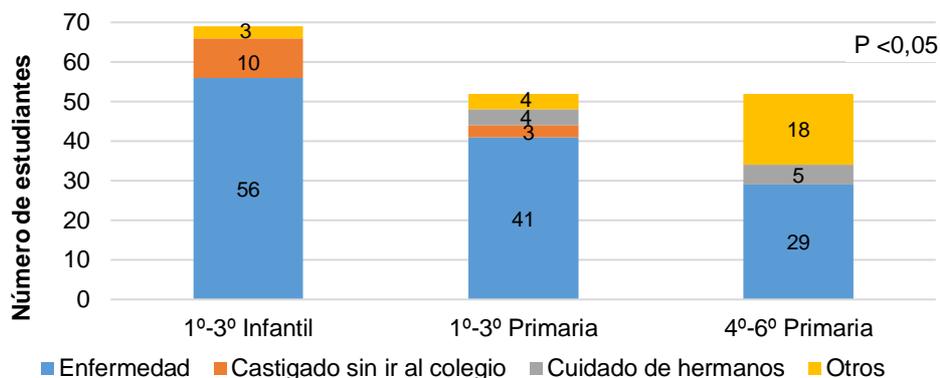


FIGURA 5. Causas de absentismo escolar según el curso académico antes de las acciones en EpS.

Focalizando la atención en la salud del estudiante, los datos obtenidos muestran que el 29,84% (n=37) de los alumnos tiene patologías crónicas, siendo las enfermedades con mayor prevalencia el asma con un 35% (n=13) y el trastorno del lenguaje con un 30% (n=11) (Figura 6). Se aprecia una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas en los hombres con un 23,6% (n=13), respecto a las mujeres con un 14,5% (n=10).

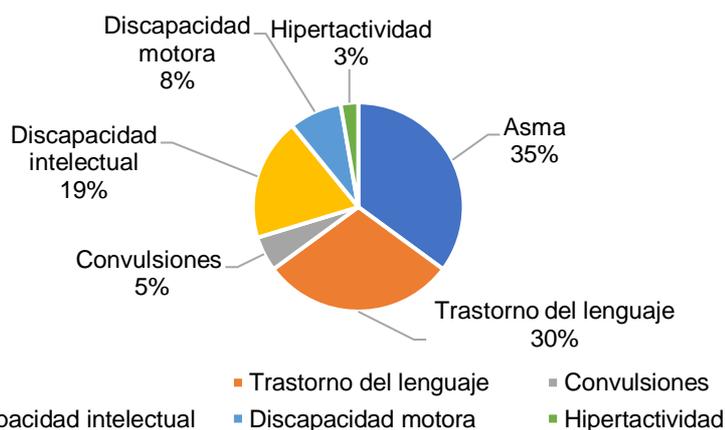


FIGURA 6. Enfermedades que padecen los estudiantes con patologías crónicas.

Estudiando la demanda de asistencia sanitaria de manera continuada, el 29,2% (n=21) de los estudiantes la recibe; asisten a terapia del lenguaje o del

aprendizaje el 43% (n=9), a tratamiento psicológico el 38% (n=8) y a tratamiento farmacológico el 19% (n=4). Por otro lado, los estudiantes han recibido asistencia en centros sanitarios de manera puntual, una media de $2,61 \pm 1,98$ veces en el último año; siendo las infecciones respiratorias la principal causa (Figura 7). Respecto a los antecedentes médicos de los familiares, las enfermedades metabólicas como la diabetes tiene la mayor prevalencia con un 16,44% (n=12).

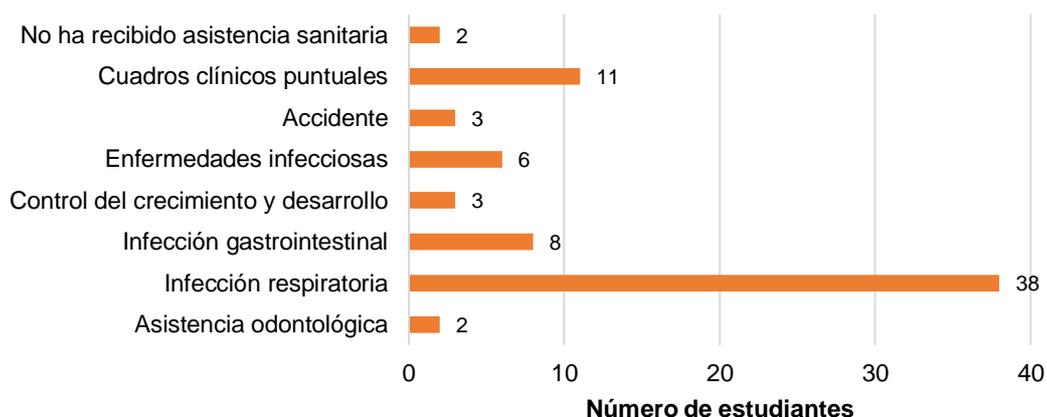


FIGURA 7. Razón por la que ha recibido el estudiante asistencia sanitaria en el último año.

En relación al índice de masa corporal (IMC) de los estudiantes, tienen una media de $18,63 \pm 3,74$ kg/m²; no se observaron diferencias respecto al sexo. De todos los estudiantes que han participado, un 20% (n=37) han afirmado que siempre pasan hambre (Figura 8).

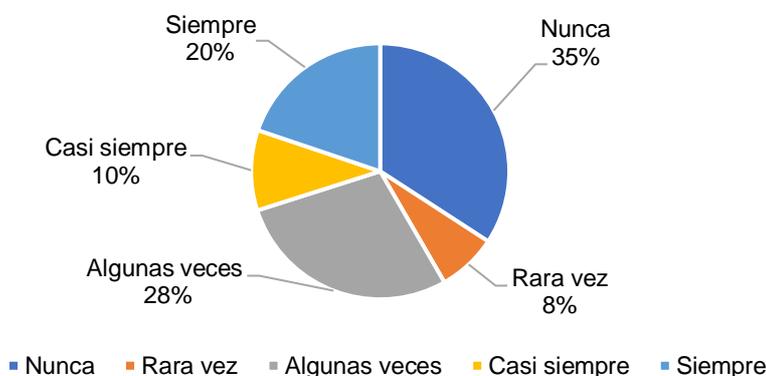


FIGURA 8. Frecuencia con la que los estudiantes pasan hambre previamente a la intervención educativa.

Observando las características de los hogares en los que viven los estudiantes, un 18,4% (n=36) no tienen agua corriente, electricidad o ambas; no se constatan diferencias por sexo. En los domicilios viven una media de $6 \pm 3,57$ personas. En la figura 9 se muestran las profesiones de los progenitores; sólo el 1% (n=2) de mujeres y el 2,9% (n=5) de hombres tienen trabajos cualificados y se aprecia

el sexo como un factor condicionante. Los trabajos más predominantes en las mujeres son los vinculados al hogar y en los hombres los del sector del transporte y de la construcción o reparación.

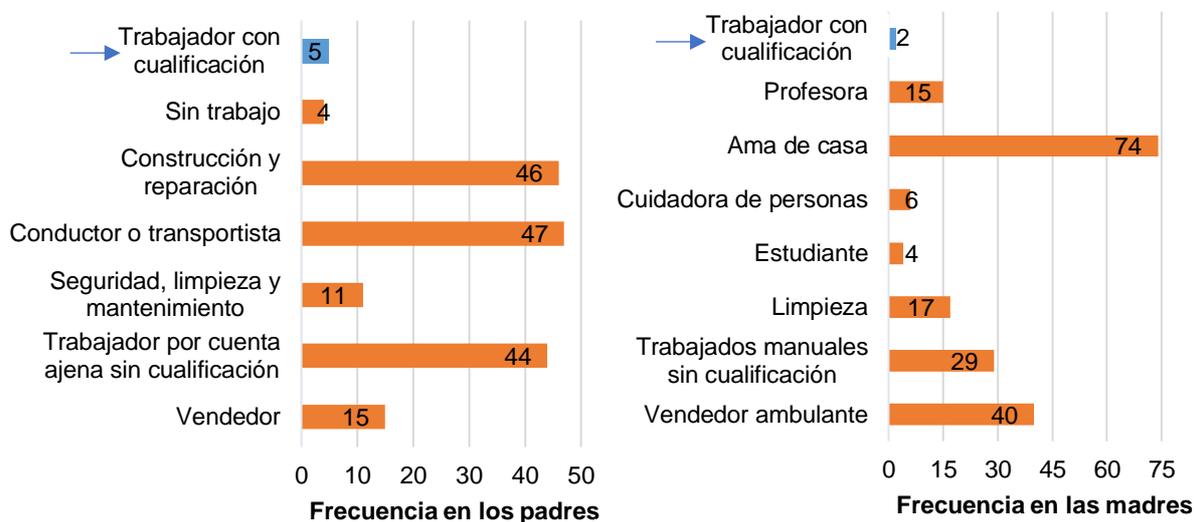


FIGURA 9. Profesiones de los progenitores de los estudiantes según el sexo.

Respecto a la información obtenida de los padres en las encuestas de la fase 0, participaron 73 padres de 223 alumnos, obteniendo una tasa de respuesta del 32,74%. La edad media de los progenitores fue de $35,13 \pm 7$ años con un rango de [21-52]. Respecto a la distribución por sexo, un 5,6% ($n=4$) de las respuestas provinieron del padre y el 94,4% ($n=67$) de la madre. La media de hijos que tienen es de $2,54 \pm 1,1$; rango [1-7]. La edad media con la que tuvieron el primer hijo las madres es de $21,74 \pm 4,34$ años; con un rango de [14-36]. Cabe señalar que el 28,79% ($n=19$) eran adolescentes cuando tuvieron el primer hijo.

4.2. Conductas violentas

En fase 1, antes de la intervención educativa, se analizó las características de la muestra respecto a las conductas violentas, observando las agresiones físicas, las peleas y lesiones físicas de los estudiantes.

A partir de la definición de la OMS, que considera como lesión física aquella que hace perder a la persona al menos un día completo de actividades normales o requiere atención sanitaria²⁴, se constata que un 52% ($n=96$) de los estudiantes ha sufrido una o más lesiones serias en el último año. El 25,5% ($n=47$) ha sufrido 1 lesión y un 16,8% ($n=31$) 2 o 3 veces.

Una pelea física es definida por la OMS como una conducta violenta entre dos o más estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad que deciden luchar entre ellos²⁴. Según estas indicaciones, un 40% (n=75) de los estudiantes han participado en una pelea física en el último año; una media de 2,16 veces por alumno, siendo un 13,8% (n=26) los que han participado 10 o más veces (Figura 10). Se presentan diferencias respecto al sexo; el 67,3% (n=72) de las mujeres y el 50,6% (n=41) de los hombres no han tenido ninguna pelea física en el último año.

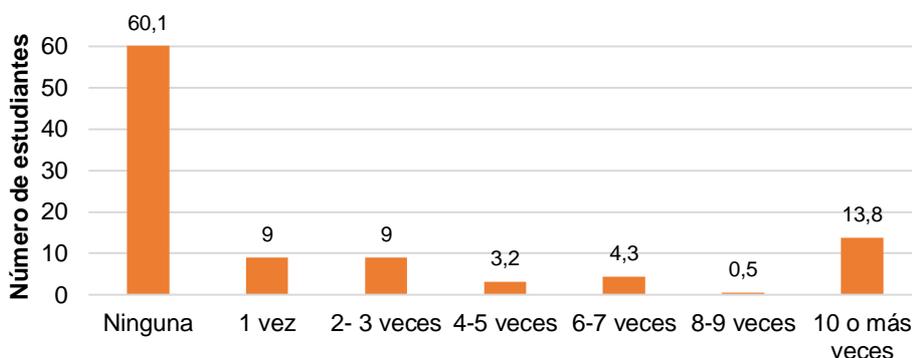


FIGURA 10. Frecuencia con la que los estudiantes han tenido peleas físicas antes de la intervención de EpS.

Sin embargo, la OMS denomina agresión física cuando una o varias personas golpean o hieren a otra persona con un arma (como un palo, un cuchillo o un arma de fuego), no pudiendo ser entre dos estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad²⁴. El 49,18% (n=90) de los estudiantes del colegio han sufrido en el último año una agresión física. Al analizarlo por curso académico, la figura 11 muestra que el 22,95% (n=42) son niños matriculados en infantil, remarcando que el 13,14% (n=24) las han sufrido 10 o más veces ($p < 0,05$). Estudiando esta variable respecto al sexo, tiene mayor prevalencia en los hombres con un 58,7% (n=47) que en las mujeres con un 41,7% (n=43).

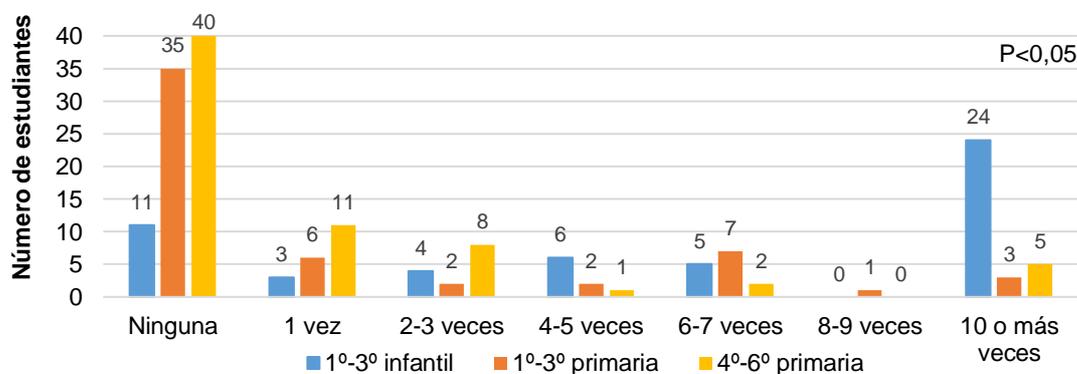


FIGURA 11. Agresiones físicas que ha sufrido el estudiante en el último año previamente a la intervención educativa.

En la fase 3 después de la intervención educativa, se realizó un postest para evaluar los cambios en las conductas de los niños, se analizó la forma en la que han sido intimidados los alumnos en el último mes. En la figura 12, antes de la intervención educativa, el 50,8% (n=94) de los estudiantes habían sido intimidados en el último mes; con mayor prevalencia fueron golpeados, empujados o encerrados. Los cambios en el postest muestran un cambio estadísticamente significativo respecto al porcentaje de estudiantes que han sido intimidados, reduciéndose un 21,3% este valor y disminuyendo la prevalencia en todas las formas de intimidación.

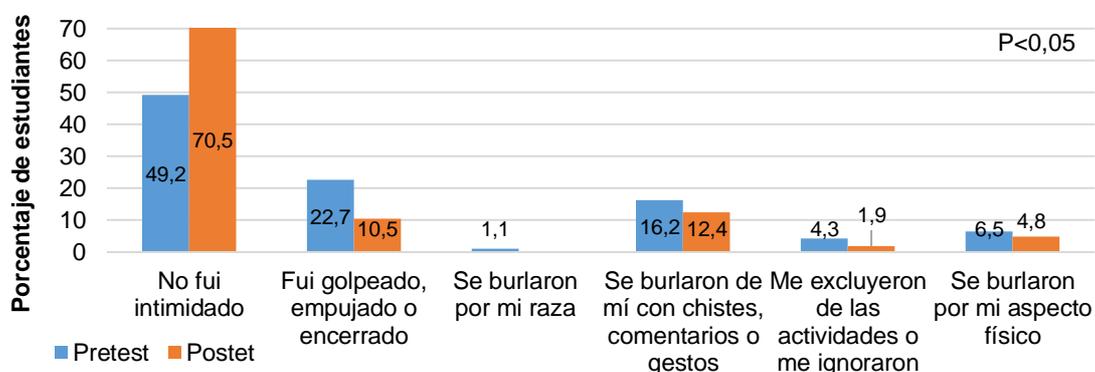


FIGURA 12. Comparativa de las formas con la que han sido intimidados en el último mes los estudiantes en el pretest y en el postest.

4.3. Hábitos alimentarios

En la siguiente sección se analizan los hábitos alimentarios de los estudiantes recogidos en la encuesta del anexo 2 y 3, comparando las diferencias entre el pretest y la implicación de la intervención educativa llevada a cabo.

Al estudiar el consumo de bebidas, hay un 3,3% (n=6) de estudiantes que no beben ningún vaso de agua al día; la media de vasos que beben es de 3,45 al día. El 70,5% de los estudiantes bebe entre 1 y 4 vasos de agua. En el postest, no hay ningún estudiante que no beba agua y la media de es de 3,79 vasos por persona ($p < 0,05$). Se analizó de donde procede el agua que consumen en el domicilio, un 75% (n=139) de estudiantes consumen agua hervida, un 10,9% embotellada y un 13,6% (n=25) del grifo; sin observar diferencias respecto el sexo. En el postest se aprecia que hay algunos estudiantes que han empezado a beber agua hervida en casa; sólo beben del grifo un 3,7% (n=4) ($p < 0,05$). El 80,2% (n=150) de los estudiantes llevan agua a la escuela en el pretest, el resultado es similar en el postest con un 82,4% (n=89).

Al analizar el consumo de bebidas gaseosas, el 36,4% (n=68) de los estudiantes las consumen una vez diaria y dos veces o más el 29,9 % (n=56). En el postest se aprecia una mejora con diferencias estadísticamente significativas al disminuir el consumo, al 28,7% (n=31) una vez al día y al 22,3% (n=24) dos o más veces (Figura 13).

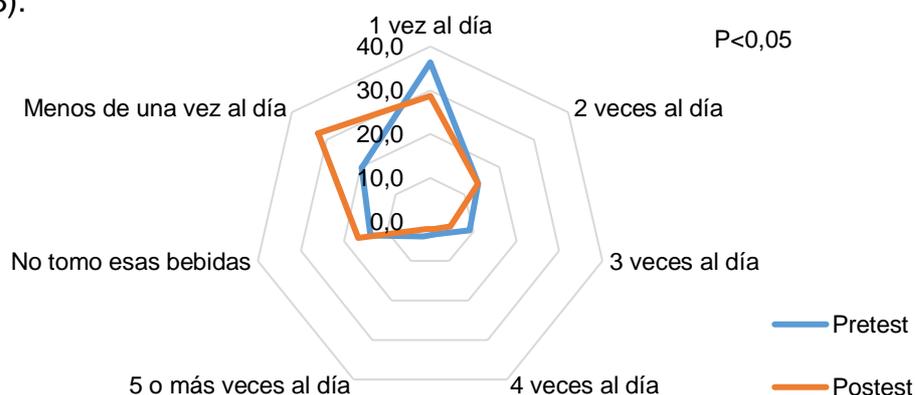


FIGURA 13. Comparativa de la frecuencia diaria con la que consume bebidas gaseosas el estudiante en el pretest y en el postest.

En la figura 14 se muestra el consumo de comida rápida antes de la intervención, los estudiantes comen una media de $4,86 \pm 4,37$ veces a la semana, siendo el máximo 25 veces. En el postest se observa un avance al disminuir la media a $3,76 \pm 3,16$ veces, con el máximo en 20 veces ($p < 0,05$).

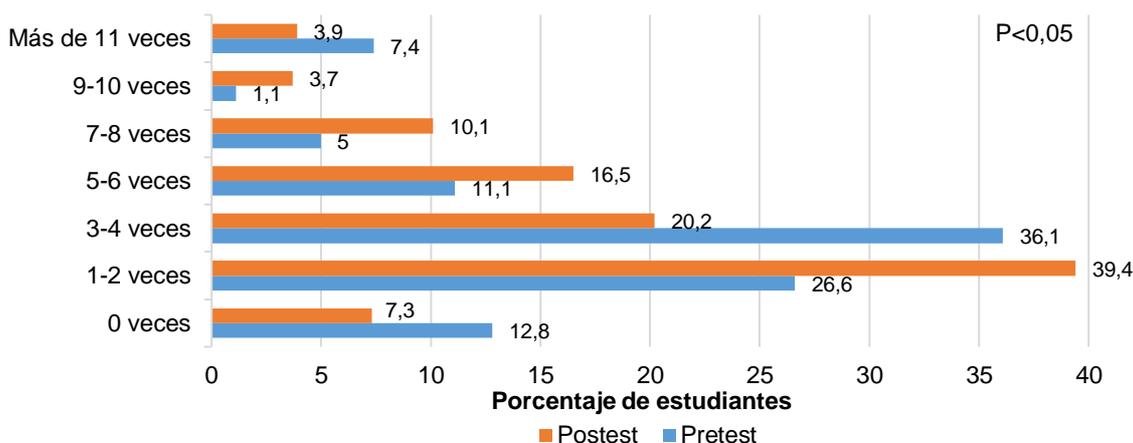


FIGURA 14. Comparativa de la frecuencia semanal de consumo de comida rápida del estudiante en el pretest y en el postest.

Se analizó el comportamiento alimentario, en el pretest un 7,1% (n=13) no comió ninguna pieza en la última semana de verduras y hortalizas, un 8,8% (n=16) menos de una vez al día y un 50% (n=91) comen dos piezas o más. Se muestra una mejora en el postest, un 4,6% (n=5) no han comido en la última semana verduras o hortalizas, un 6,5% (n=7) menos de una pieza diaria y dos piezas diarias o más un 69,5% (n=75) ($p < 0,05$). En la figura 15 se presenta el consumo

de fruta, el 6,45% (n=12) come menos de una pieza diaria de fruta y un 20,9% (n=39) come más de cuatro piezas. En el postest aumenta el consumo de piezas diarias, pero se mantiene el número de alumnos que no comen fruta ($p < 0,05$).

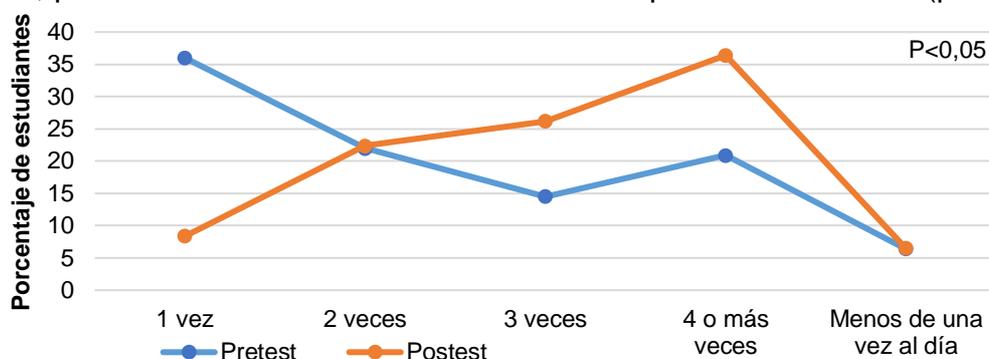


FIGURA 15. Comparativa de la frecuencia diaria de consumo de fruta en el pretest y en el postest.

Al estudiar la frecuencia con la que desayunan, antes de la intervención educativa un 8,5% (n=16) de estudiantes nunca desayunan, existen diferencias según el sexo, son más mujeres 11% (n=12) las que no desayunan que hombres 5,1% (n=4). En la figura 16 se observan datos estadísticamente significativos, en el postest disminuye el porcentaje de personas que nunca desayunan a 2,9% (n=3). Las principales razones por las que no desayunan, son la falta de tiempo un 48,1% (n=38) o la escasez de comida en el domicilio un 43% (n=34).

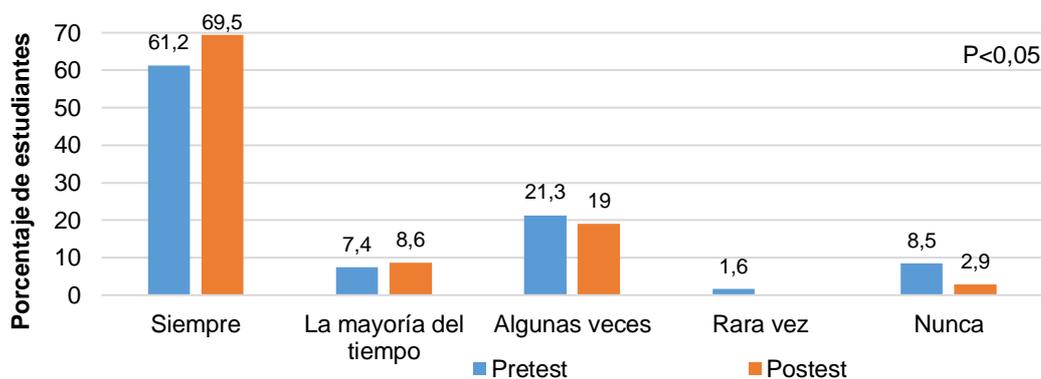


FIGURA 16. Comparativa de la frecuencia con la que desayuna el estudiante en el pretest y en el postest.

Respecto a la frecuencia con la que toman el almuerzo en el colegio, un 73,3% (n=137) de estudiantes lo llevan la mayoría de las veces o siempre y un 6,9% (n=13) rara vez o nunca; siendo mayor el porcentaje de hombres 11,3% (n=9) que no lo llevan respecto a las mujeres 3,7% (n=4). Se ve un avance en el postest; llevan almuerzo al colegio la mayoría de las veces o siempre un 78,7% (n=85) de los estudiantes y un 6,5% (n=7) lo lleva rara vez o nunca.

4.4. Hábitos de higiene

A continuación, se presentan los datos analizados en las encuestas del anexo 2 y 3, sobre los hábitos de higiene de los estudiantes en el pretest y la repercusión de la intervención educativa realizada en los datos del postest.

Los resultados de la encuesta referidos a prácticas de higiene, muestran en la figura 17 que en el pretest el 20% (n=37) de los estudiantes no se han lavado los dientes en la última semana. En el postest, se mantiene similar el número de estudiantes que no se han lavado los dientes con un 18,7% (n=20) pero aumenta la frecuencia de lavado de dientes ($p < 0,05$).

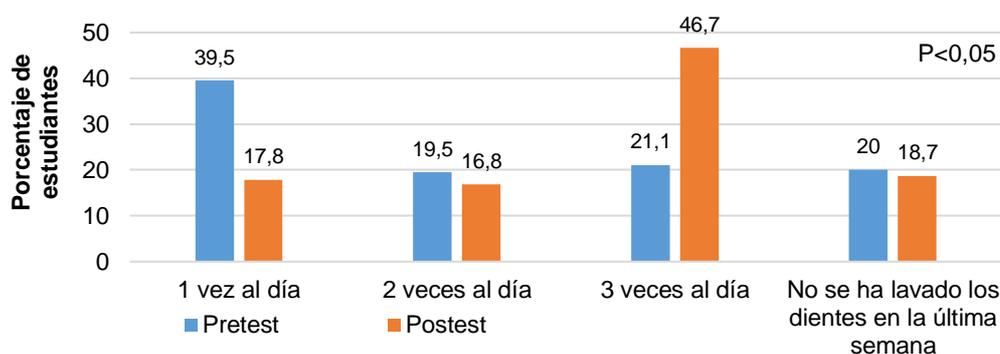


FIGURA 17. Comparativa de la frecuencia diaria con la que se lavan los dientes en el pretest y en el postest.

Del total de niños que han participado en el estudio, un 40,8% (n=75) nunca ha ido al dentista, el 33,7 (n=62) ha ido por alguna patología puntual en los dientes (caries) y un 25,5% (n=47) para una revisión odontológica.

Al analizar el lavado de manos, se constata que los estudiantes que no se lavan las manos antes de comer en su domicilio son un 2,7% (n=5). El 19% (n=35) se las lava en un recipiente usado por otra persona, el 6% (n=11) en un recipiente con agua solo para él y debajo del agua del grifo el 72,3% (n=133). En el postest se observan resultados estadísticamente significativos, un 2,9% (n=3) no se lava las manos antes de comer, un 6,7% (n=7) en un recipiente con agua usado por otras personas, un 10,5% (n=11) en un recipiente con agua solo para él y un 80% (n=84) debajo del grifo. En el colegio se lavan las manos el 100% (n=204) de los estudiantes en un recipiente con agua usado por otras personas y esto no varía en el postest ya que no hay disponible agua corriente.

Respecto al lavado de las manos después de ir al baño, en el pretest se lavan un 43,3% (n=81) siempre las manos y un 13,3% (n=25) nunca o rara vez, valor con mayor predominio en los hombres con un 17,3% (n=14) que en las mujeres con un 10,4% (n=11). En el postest, se constata una mejora estadísticamente significativa al aumentar el porcentaje de estudiantes que se lava las manos siempre un 40% (Figura 18). Al observar el curso académico antes de la intervención, destaca que la mayoría de las personas que se lavan siempre o casi siempre las manos pertenecen a los cursos superiores, el 40,28 % (n=53) de 4^o a 6^o de primaria y el 32% (n=35) de 1^o a 3^o de primaria.

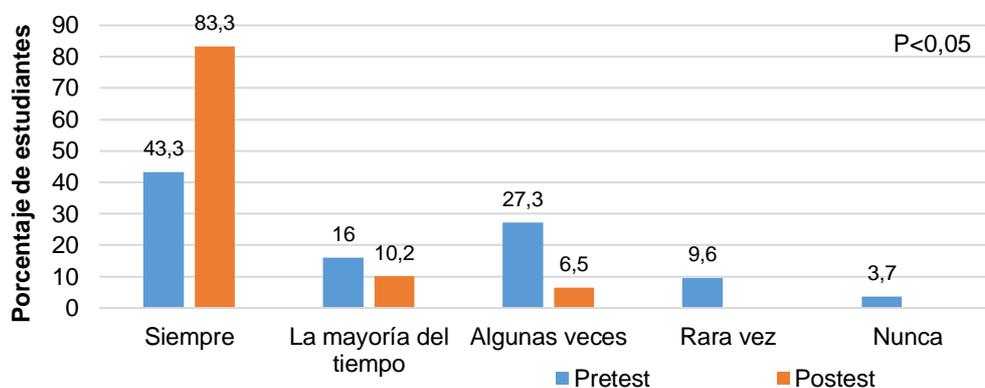


FIGURA 18. Comparativa del lavado de manos después de ir al baño en el pretest y en el postest.

Al analizar el uso de jabón en el lavado de manos, antes de la intervención un 26,1% (n=48) siempre usa jabón, sin diferencias respecto al sexo. En la figura 19, en el postest el 63,9% (n=69) de los estudiantes siempre usa jabón ($p < 0,05$).

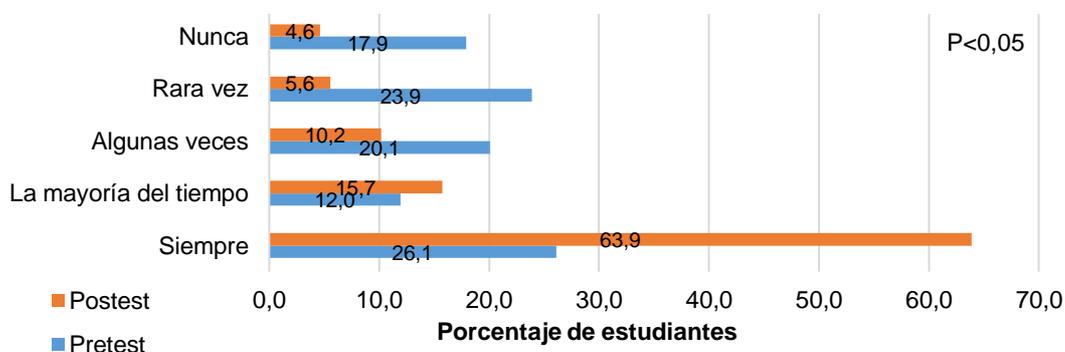


FIGURA 19. Comparativa del lavado de manos con jabón en el pretest y en el postest.

Respecto a los niños que tocan perros o gatos que viven en la calle, lo hacen siempre o casi siempre un 40% (n=74) y algunas veces un 34,6% (n=64). En el postest lo hacen siempre o casi siempre un 28,7% (n=31) y algunas veces un 36,1% (n=39) ($p < 0,05$). En la figura 20, en el pretest se lavan las manos siempre

después de tocar animales el 41,9% (n=78) y en el postest en 71,3% (n=77) (p<0,05).

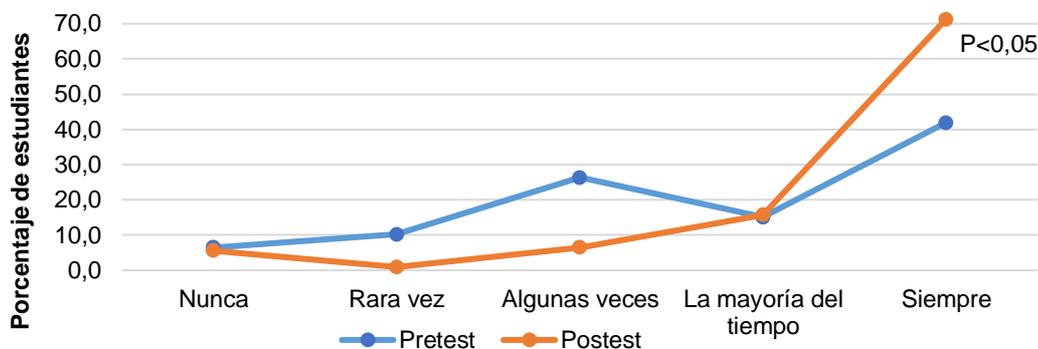


FIGURA 20. Comparativa del lavado de manos después de tocar animales de la calle en el pretest y en el postest.

Los niños se bañan una media de 3,32 veces a la semana, hay un 3,8% que nunca se ducha (n=7) y un 26,9% (n=49) que se ducha 1 vez a la semana. En el postest, una media de 4,19 veces se ducha, siendo el 0,9% (n=1) los niños que no se bañan y un 13,1% (n=14) los que se bañan una vez (p<0,05).

5. DISCUSIÓN

A continuación, se mostrarán los principales estudios que analizan las conductas violentas, los hábitos de higiene y alimentarios que son comparables con los resultados obtenidos en la intervención del presente estudio. Hay experiencias previas en la utilización de la encuesta GSHS, tanto a nivel estatal como internacional. Sólo valoraron el estado inicial de los estudiantes sin realizar intervención educativa y evaluación posterior de los avances, a diferencia del presente estudio.

Para mejorar la interpretación de los resultados se ha dividido la discusión en las principales secciones analizadas en el cuestionario.

- **Conductas violentas:**

Los resultados obtenidos en el estudio muestran que el 49,18% (n=90) de los estudiantes han sufrido una agresión física en el último año, valor que resulta un 11,2% superior que un estudio similar realizado a nivel estatal con estudiantes de segundo y tercer curso de secundaria²⁷. De la muestra analizada en el trabajo

el 46,67% (n=42) de las víctimas han sido niños de infantil, donde destaca el dato de que el 57,14% (n=24) lo han padecido 10 o más ocasiones. Estos resultados coinciden con los datos que reseña el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), donde dos de cada tres niños de entre 2 y 4 años experimentan habitualmente agresiones²⁸. Esta menor tasa de agresiones físicas puede deberse a que la encuesta estatal se hace a estudiantes de mayor edad.

Dado que la adolescencia es la etapa donde hay mayor prevalencia de esta problemática, la gran mayoría de los estudios realizan intervenciones en secundaria, lo que dificulta a la hora de comparar las distintas publicaciones con el presente estudio que muestra una alta prevalencia de conductas violentas en los niños más jóvenes²⁹. La revisión sistemática realizada en Latinoamérica por Herrera et al.²⁹ reporta que de los 196 artículos estudiados solo el 7,57% (n= 15) se realizó en primaria, es por esto que apunta la necesidad de realizar más estudios a edades tempranas.

El 40% (n=75) de los estudiantes que han realizado la encuesta han participado en una pelea física en el último año y el 52% (n=96) de los estudiantes han sufrido una o más lesiones serias; datos similares al estudio realizado a nivel estatal²⁷. Una exposición prolongada a esta problemática durante la niñez tiene consecuencias a corto y a largo plazo: aumenta la predisposición a sufrir limitaciones sociales, emocionales y cognitivas e incrementa las conductas que ponen en riesgo la salud, como el consumo de sustancias adictivas, relaciones sexuales precoces y la vinculación con la delincuencia^{30,28}.

Algunos de los factores de riesgo que muestran algunos artículos, están presentes en la muestra a estudio en nuestro trabajo: el alto nivel de pobreza, los hogares disfuncionales, el hacinamiento familiar (viven una media de $6 \pm 3,57$ personas), historia de violencia familiar, mal empleo del tiempo libre al no tener espacios seguros, bajo nivel educativo de los padres (padres con trabajos cualificados el 2%)^{28,31}. El bajo nivel educativo se perpetua en las distintas generaciones entre otras razones por los embarazos precoces; las madres que participaron en la intervención tuvieron el primer hijo a los $21,74 \pm 4,34$ años³².

La Encuesta Global de Salud realizada en un gran número de países, muestra que entre el 20% y 65% de los estudiantes fueron intimidados en el colegio en los treinta días precedentes²⁷. La implementación de programas de prevención de las conductas violentas en el ámbito escolar muestra una reducción de la violencia tras la intervención educativa, como presenta el programa "Aprendiendo Juntos"³³, que logró disminuir un 34,7% las conductas violentas entre los estudiantes, al igual que el programa "Recoleta en Buena"³⁴ aunque solo en la escuela primaria. El presente TFG presenta datos también estadísticamente significativos tras la intervención educativa, en el pretest el 50,8% (n=94) de los estudiantes han sido intimidados en el último mes, reduciéndose un 21,3% este valor en el postest.

- **Hábitos alimentarios:**

Después de la intervención educativa, pudimos observar un incremento del consumo de fruta y verdura estadísticamente significativo; en el pretest un 20,9% (n=39) come más de cuatro piezas de fruta diarias con un aumento del 15,5% en el postest. Este hallazgo también se refleja en los estudios dirigidos por Vio del R et al.³⁵ y Shreela et al.³⁶, que muestran una mejora significativa en el grupo intervenido respecto al grupo control. En el estudio del primer autor se muestra un aumento de 0,9% porciones/día de fruta consumida en el grupo intervenido, en relación con el grupo control que disminuyó un 0,1%³⁵.

A pesar de lo anterior, Bacardi et al.³⁷ y Rossi et al.²⁰ no presentan mejoras estadísticamente significativas en el consumo de fruta al finalizar la intervención educativa. Respecto al consumo de verduras, Bacardi et al.³⁷ muestra que antes de la intervención consumían $0,43 \pm 0,59$ porciones/día y aumenta en el postest a $0,52 \pm 0,60$ ($p < 0,05$)³⁷. El estudio cuasi-experimental realizado con niños de bajos ingresos también muestra una mejora estadísticamente significativa en el consumo de verduras y hortalizas en el grupo intervenido respecto al grupo control³⁶. Este último estudio complementó la intervención con EpS dirigida a los padres y reparto semanal de frutas y verduras; los padres aumentaron el consumo de 0,53 porciones al día en la mitad de la intervención, pero no después³⁶.

De manera global, diferentes informes exponen que entre el 7-34% de los estudiantes no desayunan, pudiendo afectar esto a su rendimiento escolar, al influir en la atención, la memoria y la concentración.³⁸ En nuestro estudio se muestran datos ligeramente superiores en el pretest con el 38,8% (n=115) de estudiantes que no desayunan. Se obtienen resultados estadísticamente significativos tras la intervención educativa con una disminución hasta el 30,5% (n=73). En el presente trabajo, el 43% (n=34) de los estudiantes no desayuna por la escasez de comida en el domicilio, lo que condiciona significativamente en la mejora de los hábitos saludables por una falta de medios. Los datos del estudio dirigido por Flores et al.³⁸ coinciden con lo mencionado anteriormente, el 27,8% no desayuna.

En cuanto a las bebidas, destaca el elevado consumo de bebidas carbonatas en la encuesta realizada a nivel estatal; el 54% de los estudiantes las consumen diariamente.²⁷ Esta alta prevalencia también se encuentra presente en nuestro estudio, en el que nos encontramos en el pretest con un 66,3% (n=124) y disminuye un 15,3% en el postest ($p < 0,05$). El elevado consumo de estas bebidas favorece la aparición de enfermedades crónicas, que son la causa del 80% de las muertes en países de ingresos bajos y medios.³⁹

Estos datos coinciden con los estudios de Sichieri et al.⁴⁰ y James et al.⁴¹, donde las intervenciones fueron dirigidas exclusivamente a la reducción del consumo de estas bebidas, obteniendo datos muy positivos posteriormente a la intervención y en comparación con el grupo control. El primer autor muestra en el pretest un consumo de 295 ml/diarios disminuyendo 67 ml en el postest ($p < 0,05$) y el segundo estudio constató la disminución de $1,9 \pm 0,5$ vasos diarios en el pretest a $1,3 \pm 0,6$ ($p < 0,05$).^{40,41} Los hallazgos también están presentes en el Programa “Mi escuela saludable” que disminuyó el porcentaje de estudiantes que consumían estas bebidas un 13,1% ($p < 0,05$).²⁰

Al estudiar el consumo de agua, la intervención realizada por James et al.⁴¹ presenta un aumento tanto en el grupo intervenido como en el de control, pero sin diferencias entre ambos. En la intervención realizada en nuestro estudio sí se obtienen datos estadísticamente significativos en el postest, dado que se aumenta el consumo de vasos de agua de 3,45 al día a 3,79.

Relacionado con lo anterior, el Programa “Mi escuela saludable”²⁰ destaca un aumento del 34,1% del porcentaje de estudiantes que llevan agua a la escuela llegando al 75% (n=141). En cambio, en el nuestro trabajo no se obtienen cambios tras la intervención.

- **Hábitos de higiene:**

Las condiciones de higiene de los estudiantes de la muestra estudiada mejoraron significativamente a raíz de la intervención de EpS. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por Gizaw et al.⁴² tras la intervención, al aumentar un 33,1% el número de niños con buenas condiciones ($p < 0,05$).

En la intervención realizada se promovió el lavado de manos a través de talleres educativos, obteniendo una mejora estadísticamente significativa, tanto después de ir al inodoro, como después de tocar animales de la calle, así como en el uso de jabón. Dichos resultados están en concordancia con el programa de Escuelas promotoras de salud realizado en Lima, donde en el pretest el 100% de los estudiantes presentó un nivel inadecuado, mejorando significativamente en el posttest con un 95% con nivel aceptable de lavado de manos.²³ Igualmente, en el estudio realizado por Gizaw et al.⁴², mejoró un 31% al finalizar la intervención. Biran et al.⁴³ y Galiani et al.⁴⁴ demostraron una mayor prevalencia del lavado de manos en el grupo intervenido que en el de control ($p < 0,05$); el segundo autor muestra una mejora del lavado de manos con jabón antes de comer del 23,6% en comparación con el grupo de control.

Algunos estudios complementan la promoción de la higiene en los colegios con otras acciones, como el proyecto realizado en Perú donde intervienen en la comunidad mediante programas de radio, publicidad y eventos, obteniendo datos estadísticamente significativos a nivel escolar y en la comunidad.⁴⁴

En ocasiones la falta de medios dificulta la mejora de los hábitos de higiene, como ocurre en el colegio y en alguno de los domicilios del presente estudio, al no disponer de agua corriente. Algunos autores defienden que es necesario que en las intervenciones se aborde el factor socioeconómico, al influir notablemente en la mejora de los hábitos saludables.⁴⁵ En relación con lo anterior, se han obtenido resultados muy positivos en el ensayo aleatorizado realizado en 51

comunidades peruanas que complementó la promoción de la higiene con la instalación de fregaderos de cocina reduciendo la prevalencia de diarrea un 29%.⁴⁶ Una adecuada higiene de manos con jabón favorece la prevención de enfermedades infeccioso-respiratorias lo cual influye de manera positiva en el rendimiento académico porque disminuye el absentismo escolar.⁴⁵ En el colegio objeto de estudio, la principal razón por la que no han acudido los alumnos al colegio ha sido por enfermedad.

De la misma manera, en otras publicaciones que estudian la higiene dental también se reflejan datos positivos, como en el estudio realizado en Cuba en el que el 88% de los niños antes de la intervención tenían una mala higiene dental y el 12% en el postest.⁴⁷ Otro estudio similar evaluó el nivel de placa dentaria, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de control ($63,2 \pm 15\%$) y el de intervención ($52,2 \pm 15,6\%$).⁴⁸ También se establece una mejora en una intervención realizada en la comunidad en vez de en un centro educativo; después de 18 meses, el 47% de los estudiantes tenían buena higiene oral, comparado con el 22,3% en el pretest ($p < 0,05$).⁴⁹ Los resultados obtenidos en el presente TFG son ligeramente dispares, el 20% ($n=37$) de los estudiantes no se lavaron los dientes en la última semana, resultado muy similar en el postest con un 18,7% ($n=20$). Esta escasa diferencia puede estar vinculada a un problema socioeconómico dado que los estudiantes que ya se lavaban los dientes si que han presentado mejoría en el postest.

Entre las limitaciones del estudio es necesario destacar la falta de aleatoriedad de la muestra estudiada al ser una población que pertenece al colegio Arenitas del Mar, los pocos recursos socioeconómicos que en ocasiones no permiten mejorar los hábitos saludables de los estudiantes por estar interrelacionados y la falta de comprensión lectora por el bajo nivel de escolarización. Otra limitación fue que, por duración de la beca y causas externas de la organización, no se pudo realizar el postest con los estudiantes de infantil porque requería estar con ellos al no ser la encuesta auto-administrada, lo que alargaba la realización del cuestionario y no fue viable por la duración de la beca.

Como líneas futuras se plantea poder continuar con la evaluación y el seguimiento de la población intervenida a largo plazo y que otros estudiantes

con la colaboración de la beca PACID puedan seguir acercando la salud a todas las poblaciones independientemente de su nivel socioeconómico.

6. CONCLUSIONES

La intervención educativa realizada en el colegio Arenitas del Mar de Lima, ha promovido la mejora de hábitos de vida saludables entre sus estudiantes como se muestra en nuestro trabajo, por ello se considera un instrumento fundamental para instaurar pautas de vida saludable, siendo la escuela el lugar idóneo para llevarla a cabo en poblaciones con condiciones socio-económicas análogas.

- La realización del pretest ha permitido constatar los conocimientos y conductas que tenían los estudiantes sobre hábitos de vida saludables así como sus características socioeconómicas y demográficas.
- Este diagnóstico inicial ha marcado el diseño de la estrategia educativa a través de diferentes talleres, que abordaban tres pilares fundamentales: hábitos de higiene, hábitos alimentarios y prevención de conductas violentas.
- La evaluación de la repercusión de la intervención educativa, ha mostrado un incremento estadísticamente significativo del conocimiento adquirido por los estudiantes en la materia, produciendo cambios en sus hábitos de vida, entre los cuales destaca el aumento del lavado de manos y el consumo de alimentos más saludables.
- La implicación del profesorado ha sido un elemento estratégico para reforzar la intervención educativa realizada, dado que se considera que son la palanca de cambio que va a consolidar a medio y largo plazo los conocimientos y prácticas adquiridas por los estudiantes, así como el interés despertado.
- Las competencias de enfermería y sus implicaciones en el desarrollo de intervenciones educativas de promoción de la salud y prevención de enfermedades han contribuido a mejorar las relaciones entre la familia, escuela y salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Una guía para implementar la estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente en América Latina y el Caribe. [Monografía en Internet]. Washington: OPS; 2018 [acceso 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ws4V14>
2. Banco Mundial. Tasa de mortalidad menores de 5 años [sede Web]. Grupo Banco Mundial; 2019 [acceso 12 de enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2zp3k3m>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Una oportunidad para cada niño: estado mundial de la infancia 2016. [Monografía en Internet]. Nueva York: UNICEF; 2016 [acceso 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://uni.cf/2LnB3N4>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 2018– ENDES. [Monografía en Internet]. Lima: INEI; 2019 [acceso 17 de enero de 2020] Cap. 1 y 9. Disponible en: <https://bit.ly/3cvYL5N>
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030. [Monografía en Internet]. Washington: OMS; 2015 [acceso 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3cC7Zh2>
6. Organización Mundial de la Salud. 56ª consejo directivo 70ª sesión del comité regional de la OMS para las américas. [Monografía en Internet]. Washington: OMS Y OPS; 2018 [acceso 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3bqllve>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2018. [Monografía en Internet]. Lima: INEI; 2016 [acceso 24 de diciembre de 2019]. Cap.4. Disponible en: <https://bit.ly/3bqAtsp>
8. Black M, Walker S, Fernald C, Andersen C, DiGirolamo A, Lu C et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. Lancet. 2016; 389(10064), 77-90. DOI: [10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
9. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú 2018. [Monografía en Internet]. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2018 [acceso 24 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3dNoZAL>
10. Unidad de generación de información y gestión del conocimiento. Programa nacional contra la violencia familiar y sexual: Boletín Estadístico. [Monografía en Internet]. Lima: MIMP; 2016 [acceso 24 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2LCXbDv>
11. Instituto nacional de estadística e informática. Perfil sociodemográfico del distrito de Villa el Salvador. [Monografía en Internet]. Lima: dirección técnica de demografía e indicadores sociales; 2005 [acceso 24 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3fLhMmU>
12. El sistema nacional de evaluación, acreditación y certificación de la calidad educativa. Caracterización de Lima Metropolitana. [Monografía en Internet]. Lima: Oficina de Gestión Descentralizada y Cooperación Técnica del SINEACE; [acceso 24 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2xZT6pv>
13. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud. ASIS 2018. [Monografía en Internet]. Lima: Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur; 2018 [acceso 24 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2LtlYIA>
14. Mbakaya BC, Lee PH, Lee RL. Hand Hygiene Intervention Strategies to Reduce Diarrhoea and Respiratory Infections among Schoolchildren in Developing Countries: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14(4): 371. DOI: [10.3390/ijerph14040371](https://doi.org/10.3390/ijerph14040371)

15. Navarrete Mejía PJ, Velasco Guerrero JC, Loayza Alarico MJ, Huatuco Collantes ZA. Situación nutricional de niños de tres a cinco años de edad en tres distritos de Lima Metropolitana. Perú, 2016. Horiz Méd Lima. 2016; 16(4): 55-9. Disponible en: <https://bit.ly/3bpsQCQ>
16. Monyeki MA, Awotidebe A, Strydom GL, de Ridder JH, Mamabolo RL, Kemper HC. The challenges of underweight and overweight in South African children: are we winning or losing the battle? A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2015; 12(2): 1156-73. DOI: [10.3390/ijerph120201156](https://doi.org/10.3390/ijerph120201156)
17. Diez-Canseco F, Saavedra-García L. Programas sociales y reducción de la obesidad en el Perú: reflexiones desde la investigación. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017; 34(1): 105-112. DOI: [10.17843/rpmpesp.2017.341.2772](https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.341.2772)
18. Das JK, Lassi ZS, Hoodbhoy Z, Salam RA. Nutrition for the next generation: older children and adolescents. Ann Nutr Metab. 2018; 72(3): 56–64. DOI: [10.1159/000487385](https://doi.org/10.1159/000487385)
19. Galloway R. Global Nutrition Outcomes at Ages 5 to 19. En: Bundy DAP, Silva N de, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editores. Child and Adolescent Health and Development. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017; capítulo 3. DOI: [10.1596/978-1-4648-0423-6/pt1.ch3](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0423-6/pt1.ch3)
20. Rossi ML, Antún MC, Casagrande ML, Escasany M, Ferrari MF, Raele G, et al. Evaluación de la intervención del Programa Mi Escuela Saludable en una cohorte de escuelas que ha participado durante 2016-2017. Rev Fac Cienc Médicas Córdoba. 2019; 76(1): 37-46. DOI: [10.31053/1853.0605.v76.n1.22574](https://doi.org/10.31053/1853.0605.v76.n1.22574)
21. Fernández F, Rebolledo DM, Velandía, AL. Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? Rev Hacia Promoc Salud. 2006; 11: 21-28. Disponible en: <https://bit.ly/2yHddZZ>
22. Gago J, Rosas O, Huayna M, Jiménez D, Córdova F, Navarro A, et al. Efectividad de una intervención multisectorial en educación alimentaria nutricional para prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad en escolares de cuatro instituciones educativas públicas del distrito de Villa El Salvador. Rev Peru Epidemiol. 2014; 18(3): 1-6. Disponible en: <https://bit.ly/2Ahz36Z>
23. Silva Núñez CR. Programa de escuelas promotoras de salud en los hábitos saludables de la institución educativa n° 7098 Rodrigo Lara Bonilla-Lurín [tesis doctoral]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2zolkJM>
24. Worth Health Organization. Global School-based Student Health Survey (GSHS): core-expanded questions [Monografía en Internet]. 2013 [acceso 8 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3fOKR0v>
25. Worth Health Organization. Global School-based Student Health Survey (GSHS): Peru GSHS Questionnaire [Monografía en Internet]. 2010 [acceso 8 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2LrheVm>
26. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Cuestionario modelo: encuesta demográfica y de salud reproductiva. [Monografía en Internet]. Atlanta: CDC; 2011 [acceso 8 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2T2hdeA>
27. Ministerio de Salud. Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados de Perú 2010. [Monografía en Internet]. Lima: Dirección general de promoción de la salud; 2011 [acceso 10 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2T39woj>
28. Modovar C, Ubeda ME. La violencia en la primera infancia. [Monografía en Internet]. Panamá: Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe; 2017 [acceso 8 de abril de 2020]. p.3 y 9. Disponible en: <https://uni.cf/3cyUwGA>

29. Herrera-López M, Romera E, Ortega-Ruiz R. Bullying y Cyberbullying en Latinoamérica. Un estudio bibliométrico. RMIE. 2018; 23(76): 125-55.
30. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La violencia contra los niños, niñas y adolescentes. [Monografía en Internet]. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas; 2006 [acceso 10 de abril de 2020]. p.11 y 15. Disponible en: <https://uni.cf/3dzGzIC>
31. Garmendia F. La violencia en América Latina. An Fac Med. 2011;72(4): 269-76.
32. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. [Monografía en Internet]. París: UNESCO; 2017 [acceso 10 de abril de 2020]. p.14-15. Disponible en: <https://bit.ly/2zCSV3L>
33. Varela J, Tijmes C, Sprague J. Programa de prevención de la violencia escolar. [Monografía en Internet]. Santiago: Fundación Paz Ciudadana; 2009 [acceso 10 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3dlGsdE>
34. Varela J. Efectividad de Estrategias de Prevención de Violencia Escolar: La Experiencia del Programa Recoleta en Buena. Psykhe Santiago. 2011; 20(2): 65-78.
35. Vio del R F, Zacarías I, Lera L, Benavides MC, Gutiérrez AM. Prevención de la obesidad en escuelas básicas de Peñalolén: componente alimentación y nutrición. Rev Chil Nutr. 2011; 38(3): 268-76.
36. Sharma SV, Markham C, Chow J, Ranjit N, Pomeroy M, Raber M. Evaluating a school-based fruit and vegetable co-op in low-income children: A quasi-experimental study. Prev Med. 2016; 91: 8-17. DOI: [10.1016/j.ypmed.2016.07.022](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.022)
37. Bacardí M, Pérez ME, Jiménez A. A six month randomized school intervention and an 18-month follow-up intervention to prevent childhood obesity in Mexican elementary schools. Nutr Hosp. 2012; 27(3): 755-62. DOI: [10.3305/nh.2012.27.3.5756](https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5756)
38. Flores S, Klünder M, Medina P. La escuela primaria como ámbito de oportunidad para prevenir el sobrepeso y la obesidad en los niños. Bol Méd Hosp Infant México. 2008; 65(6): 626-38.
39. World Health Organization. Preventing chronic diseases, a vital investment. [Monografía en Internet]. Geneva: WHO; 2005 [acceso 19 de diciembre de 2019]. 1 p. Disponible en: <https://bit.ly/2Wreuxs>
40. Sichieri R, Trotte AP, de Souza RA, Veiga GV. School randomised trial on prevention of excessive weight gain by discouraging students from drinking sodas. Public Health Nutr. 2009; 12(2): 197-202. DOI: [10.1017/S1368980008002644](https://doi.org/10.1017/S1368980008002644)
41. James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. BMJ. 2004; 328(7450): 1237. DOI: [10.1136/bmj.38077.458438.EE](https://doi.org/10.1136/bmj.38077.458438.EE)
42. Gizaw Z, Addisu A. Evidence of Households' Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Performance Improvement Following a WASH Education Program in Rural Dembiya, Northwest Ethiopia. Environ Health Insights. 2020; 14. DOI: [10.1177/1178630220903100](https://doi.org/10.1177/1178630220903100)
43. Biran A, Schmidt W-P, Varadharajan KS, Rajaraman D, Kumar R, Greenland K, et al. Effect of a behaviour-change intervention on handwashing with soap in India: cluster-randomised trial. Lancet Glob Health. 2014; 2(3): 145-54. DOI: [10.4269/ajtmh.18-0187](https://doi.org/10.4269/ajtmh.18-0187)
44. Galiani S, Gertler P, Ajzenman N, Orsola-Vidal A. Promoting Handwashing Behavior: The Effects of Large-scale Community and School-level Interventions. Health Econ. 2016; 25(12): 1545-59. DOI: [10.1002/hec.3273](https://doi.org/10.1002/hec.3273)

45. Cazorla D, Ruiz A, Acosta M. Estudio clínico-epidemiológico sobre pediculosis capitis en escolares de Coro, estado Falcón, Venezuela. *Investig Clínica*. 2007; 48(4): 445-57.
46. Hartinger SM, Lanata CF, Hattendorf J, Verastegui H, Gil AI, Wolf J, et al. Improving household air, drinking water and hygiene in rural Peru: a community-randomized-controlled trial of an integrated environmental home-based intervention package to improve child health. *Int J Epidemiol*. 2016; 45(6): 2089-99. DOI: [10.1093/ije/dyw242](https://doi.org/10.1093/ije/dyw242)
47. Hernández A, Espeso N, Reyes F, Rodríguez L. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. *Rev Arch Méd Camagüey*. 2010; 14(6): 1-9.
48. Villanueva-Vilchis MDC, Aleksejuniené J, López-Núñez B, De la Fuente-Hernández J. A peer-led dental education program for modifying oral self-care in Mexican children. *Salud Pública México*. 2019; 61(2): 193-201. DOI: [10.21149/9273](https://doi.org/10.21149/9273)
49. Bernabé Ortiz E, Sánchez-Borjas PC, Delgado-Angulo EK. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. *Rev Medica Hered*. 2006; 17(3):170-76.

8. ANEXOS

ANEXO 1- Cuestionario realizado a los padres/tutores sobre la prevalencia de enfermedades y la asistencia sanitaria de los estudiantes.

Información sociodemográfica

1. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?
2. ¿Cuál es tu sexo?
 - a) Masculino
 - b) Femenino
3. ¿Con que edad tuviste tu primer hijo?
4. ¿Cuántos hijos tienes?
5. El hijo que va al colegio tiene alguna enfermedad como:
 - a) Enfermedades bronquiales (asma, bronquitis...): _____
 - b) Enfermedades gastrointestinales: _____
 - c) Epilepsia
 - d) Discapacidad (Síndrome de Down): _____
 - e) Discapacidad intelectual
 - f) Retraso de aprendizaje o de lenguaje: _____
 - g) Problemas conductuales: _____
 - h) Otras: _____
6. ¿Actualmente está yendo a terapia o tiene tratamiento?
 - a) Si
 - b) No
7. ¿Qué tratamiento o terapia tiene tu hijo?
8. ¿Has ido en el último año al médico con tu hijo?
 - a) Ninguna
 - b) 1 vez
 - c) 2 o 3 veces
 - d) 4 o 5 veces
 - e) 6 o 7 veces
 - f) 8 o 9 veces
 - g) 10 o más veces
9. ¿Por qué razones has ido al médico?
10. ¿Alguno de tus otros hijos padece otra enfermedad?
 - _____
 - _____
 - _____
11. ¿Algún otro familiar presenta alguna enfermedad?

ANEXO 2- Cuestionario pre-intervención para la valoración de los hábitos de vida saludables de los estudiantes del colegio Arenitas del Mar.

Información demográfica

1. ¿Cuál es tu año de nacimiento?
2. ¿Cuál es tu sexo?
 - a) Masculino
 - b) Femenino
3. ¿En qué grado estás?
4. ¿Con cuántas personas vives en casa? Sin incluirte a ti.
5. ¿Tienes agua corriente y electricidad en tu casa?
 - a) No tengo ni agua, ni electricidad
 - b) Solo tengo agua
 - c) Solo tengo electricidad
 - d) Tengo agua y electricidad
6. ¿En qué trabajan tus padres?
 - Madre: _____
 - Padre: _____
7. ¿Cuántas veces en el último mes has faltado al colegio?
8. ¿Por qué no has acudido?
 - a) Estaba enfermo
 - b) Me castigaron sin ir al colegio
 - c) Me he quedado cuidando de mis hermanos
 - d) Otros: _____

Conductas alimentarias

1. ¿Cuál es tu talla sin zapatos?
2. ¿Cuál es tu peso sin zapatos?
3. ¿Con qué frecuencia desayunas?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) La mayoría del tiempo
 - e) Siempre
4. ¿Cuál es la razón **principal** por la que no desayunas?
 - a) Siempre desayuno
 - b) No me da tiempo
 - c) No puedo desayunar muy temprano
 - d) No siempre hay comida en mi casa
 - e) Alguna otra razón: _____

5. Marca con una cruz cada vez que has consumido comida basura la semana pasada. Ejemplo: Yo he comido dos veces el lunes y una el martes

Lunes	Martes
X X	X

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo

6. Durante la última semana, ¿Has llevado lonchera a tu escuela?
- Nunca
 - Rara vez
 - Algunas veces
 - La mayoría del tiempo
 - Siempre
7. ¿Te has quedado con hambre porque no había suficiente comida en tu casa?
- Nunca
 - Rara vez
 - Algunas veces
 - Casi siempre
 - Siempre
8. ¿Cuántas veces al día comes **habitualmente** fruta?
- No comí frutas en la última semana
 - Menos de una vez al día
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
 - 4 veces al día
 - 5 ó más veces al día
9. ¿Cuántas veces al día comes **habitualmente** verduras y hortalizas?
- No comí en la última semana
 - Menos de una vez al día
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
 - 4 veces al día
 - 5 o más veces al día
10. ¿Cuántas veces al día **habitualmente** tomas gaseosas o bebidas como Inca-Kola o Coca-Cola?
- No tomo esas bebidas
 - Menos de una vez al día
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
 - 3 veces al día
 - 4 veces al día
 - 5 ó más veces al día
11. ¿Cuántos vasos de agua bebes al día?
- Ninguno
 - 1 o 2 vasos
 - 3 o 4 vasos
 - 5 o 6 vasos

- e) 7 o 8 vasos
- f) 9 vasos o más

Hábitos de higiene

1. ¿Cuántas veces al día **generalmente** te cepillas los dientes?
 - a) No me he lavado los dientes en la última semana
 - b) 1 vez al día
 - c) 2 veces al día
 - d) 3 veces al día
 - e) 4 o más veces al día

2. La última vez que fuiste al dentista ¿cuál fue la razón principal de tu visita?
 - a) Nunca he ido al dentista
 - b) Algo estaba mal con mis dientes o encías
 - c) Para dar seguimiento a un tratamiento de una visita anterior
 - d) Para una revisión

3. ¿Llevas agua de tu casa para beber mientras estas en la escuela?
 - a) Sí
 - b) No

4. ¿Cómo bebes el agua normalmente en casa?
 - a) Agua embotellada
 - b) Agua del grifo
 - c) Agua hervida
 - d) No bebo agua

5. ¿Sueles tocar perros o gatos que viven en la calle?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

6. ¿Te lavas las manos después de tocar animales?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

7. ¿Con qué frecuencia te lavaste las manos después de ir al baño?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

8. ¿Con qué frecuencia usaste jabón al lavarte las manos?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

9. ¿Cómo te lavas habitualmente las manos antes de comer en casa?
- No me suelo lavar las manos antes de comer
 - En un recipiente con agua usado por otras personas
 - En un recipiente con agua usado solo por mi persona
 - Debajo del agua de la llave
 - De otra manera: _____
10. ¿Cómo te lavas habitualmente las manos antes de comer en el colegio?
- No me suelo lavar las manos antes de comer
 - En un recipiente con agua usado por otras personas
 - En un recipiente con agua usado solo por mi persona
 - Debajo del agua de la llave
 - De otra manera: _____
11. ¿Cuántas veces te sueles bañar a la semana?
- Ninguna
 - 1 vez
 - 2 veces
 - 3 veces
 - 4 veces
 - 5 veces
 - 6 veces
 - 7 veces o más

Agresiones físicas

1. Durante el último año, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física? **Una agresión física es cuando se golpea a alguien con diferente capacidad física y fuerza o se utiliza un arma (como un palo, un cuchillo o un objeto).**
- Ninguna
 - 1 vez
 - 2 o 3 veces
 - 4 o 5 veces
 - 6 o 7 veces
 - 8 o 9 veces
 - 10 o más veces
2. Durante el último año, ¿cuántas veces participaste en una pelea física? **Una pelea física es cuando dos o más estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o capacidad deciden luchar entre ellos.**
- Ninguna
 - 1 vez
 - 2 o 3 veces
 - 4 o 5 veces
 - 6 o 7 veces
 - 8 o 9 veces
 - 10 o más veces
3. En el último año, ¿cuántas veces tuviste una lesión que te impidió hacer vida normal o tuviste que ir al médico?
- Ninguna
 - 1 vez
 - 2 o 3 veces
 - 4 o 5 veces

- a) 6 o 7 veces
- b) 8 o 9 veces
- c) 10 o más veces

4. En el último mes, ¿de qué forma te intimidaron más frecuentemente?

- a) No fui intimidado
- b) Fui golpeado, empujado o encerrado
- c) Se burlaron por mi raza o color
- d) Se burlaron de mí con chistes, comentarios o gestos
- e) Me excluyeron de las actividades a propósito o me ignoraron
- f) Se burlaron por mi aspecto físico
- g) Otra manera: _____

ANEXO 3- Cuestionario post-intervención para la valoración de los hábitos de vida saludables de los estudiantes del colegio Arenitas del Mar.

Información demográfica

1. ¿Cuál es tu año de nacimiento?
2. ¿Cuál es tu sexo?
 - a) Masculino
 - b) Femenino
3. ¿En qué grado estás?
4. ¿Con cuántas personas vives en casa? Sin incluirte a ti.
5. ¿Tienes agua corriente y electricidad en tu casa?
 - a) No tengo ni agua, ni electricidad
 - b) Solo tengo agua
 - c) Solo tengo electricidad
 - d) Tengo agua y electricidad
6. ¿En qué trabajan tus padres?
 - Madre: _____
 - Padre: _____

Conductas alimentarias

1. ¿Con qué frecuencia desayunas?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) La mayoría del tiempo
 - e) Siempre
2. ¿Cuál es la razón **principal** por la que no desayunas?
 - a) Siempre desayuno
 - b) No me da tiempo
 - c) No puedo desayunar muy temprano
 - d) No siempre hay comida en mi casa
 - e) Alguna otra razón:
3. Marca con una cruz cada vez que has consumido comida basura la semana pasada. Ejemplo: Yo he comido dos veces el lunes y una el martes.

Lunes	Martes
X X	X

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo

4. Durante la última semana, ¿Has llevado lonchera a tu escuela?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - a) Algunas veces
 - b) La mayoría del tiempo
 - c) Siempre

5. En la última semana ¿Te has quedado con hambre porque no había suficiente comida en tu casa?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre

6. ¿Cuántas veces al día comes **habitualmente** fruta?
 - a) No comí frutas en la última semana
 - b) Menos de una vez al día
 - a) 1 vez al día
 - b) 2 veces al día
 - c) 3 veces al día
 - d) 4 veces al día
 - e) 5 o más veces al día

7. ¿Cuántas veces al día comes **habitualmente** verduras y hortalizas?
 - a) No comí en la última semana
 - b) Menos de una vez al día
 - c) 1 vez al día
 - d) 2 veces al día
 - e) 3 veces al día
 - f) 4 veces al día
 - g) 5 o más veces al día

8. ¿Cuántas veces al día habitualmente tomas gaseosas o bebidas como Inca Kola o Coca- Cola?
 - a) No tomo esas bebidas
 - b) Menos de una vez al día
 - c) 1 vez al día
 - d) 2 veces al día
 - e) 3 veces al día
 - f) 4 veces al día
 - g) 5 o más veces al día

9. ¿Cuántos vasos de agua bebes al día?
 - a) Ninguno
 - b) 1 o 2 vasos
 - c) 3 o 4 vasos
 - d) 5 o 6 vasos
 - e) 7 o 8 vasos
 - f) 9 vasos o más

Hábitos de higiene

1. ¿Cuántas veces al día **generalmente** te cepillas los dientes?
 - a) No me he lavado los dientes en la última semana
 - b) 1 vez al día

- c) 2 veces al día
 - d) 3 veces al día
 - e) 4 o más veces al día
1. La última vez que fuiste al dentista ¿Cuál fue la razón principal de tu visita?
 - a) Nunca he ido al dentista
 - b) Algo estaba mal con mis dientes o encías
 - c) Para dar seguimiento a un tratamiento de una visita anterior
 - d) Para una revisión
 2. ¿Llevas agua de tu casa para beber mientras estas en la escuela?
 - a) Sí
 - b) No
 3. ¿Cómo bebes el agua normalmente en casa?
 - a) Agua embotellada
 - b) Agua del grifo
 - c) Agua hervida
 - d) No bebo agua
 4. ¿Sueles tocar perros o gatos que viven en la calle?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
 5. ¿Te lavas las manos después de tocar animales?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
 6. ¿Con qué frecuencia te lavaste las manos después de ir al baño?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
 7. ¿Con qué frecuencia usaste jabón al lavarte las manos?
 - a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) Algunas veces
 - d) Casi siempre
 - e) Siempre
 8. ¿Cómo te lavas habitualmente las manos antes de comer en casa?
 - a) No me suelo lavar las manos antes de comer
 - b) En un recipiente con agua usado por otras personas
 - c) En un recipiente con agua usado solo por mi persona
 - d) Debajo del agua de la llave
 - e) De otra manera: _____

9. ¿Cuántas veces te sueles bañar a la semana?

- a) Ninguna
- b) 1 vez
- c) 2 veces
- d) 3 veces
- e) 4 veces
- f) 5 veces
- g) 6 veces
- h) 7 veces o más

10. ¿Tienes alguna enfermedad?

- a) Asma
- b) Diabetes
- c) Convulsiones
- d) Retraso del lenguaje
- e) Retraso del aprendizaje
- f) Anemia
- g) Otra:

Agresiones físicas

1. Durante el último año, ¿cuántas veces has sido víctima de una agresión física? **Una agresión física es cuando se golpea a alguien con diferente capacidad física y fuerza o se utiliza un arma (como un palo, un cuchillo o un objeto).**

- a) Ninguna
- b) 1 vez
- c) 2 o 3 veces
- d) 4 o 5 veces
- e) 6 o 7 veces
- f) 8 o 9 veces
- g) 10 o más veces

2. En el último mes, ¿de qué forma te intimidaron más frecuentemente?

- a) No fui intimidado
- b) Fui golpeado, empujado o encerrado
- c) Se burlaron por mi raza o color
- d) Se burlaron de mí con chistes, comentarios o gestos
- e) Me excluyeron de las actividades a propósito o me ignoraron
- f) Se burlaron por mi aspecto físico
- g) Otra manera: _____