

Estrategia para modificar conocimientos y actitudes en niños escolares: un programa de educación para la salud¹

A strategy to modify knowledge and attitudes in children: a health education program

Irma Aída Torres Fermán, Francisco Javier Beltrán Guzmán, Adela Ayulia Beltrán Torres, Christian Velázquez Ahumada y Francisco García Díaz²

RESUMEN

En el presente artículo se realiza una evaluación de un manual de higiene para niños escolares en términos de su efectividad como estrategia de educación para la salud y como herramienta de aprendizaje que permite modificar los conocimientos que sobre el tema de la higiene poseen los escolares de la muestra estudiada. Se utilizó un diseño con cuatro grupos con preprueba y posprueba, dos de ellos controles y dos experimentales. Con base en los resultados, se puede afirmar que los pequeños sometidos al programa adquirieron conocimientos relevantes significativos sobre salud, higiene, alimentación, limpieza de los alimentos y del cuerpo. Las diferencias entre los grupos fueron significativas.

Palabras clave: Higiene en niños escolares; Educación para la salud; Manual de higiene.

SUMMARY

In this paper, the evaluation of an hygiene manual for children is presented in terms of its effectiveness as an educational strategy for the health, and as a learning tool that allows to modify the knowledge that have the scholars of the studied sample on hygiene. It was used a design with four pretest-posttest groups, two of them being controls and two experimental. Results show that children subjected to the program acquired significant improved knowledge on health, hygiene, feeding, cleaning of food and body. Differences among groups were significant.

Key words: Hygiene in scholar children; Health education; Hygiene manual.

INTRODUCCIÓN

El término “educación” proviene de la voz latina “*educere*”, que significa extraer o sacar, o bien de la expresión “*educare*” que denota nutrir, alimentar; puede deducirse que ambos términos tienen una connotación similar: buscar o extraer lo mejor del individuo.

¹ Proyecto financiado por la SESIC en el programa de apoyo a ex becarios Promep, No. EXB-186.

² Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Ver., México, tel. (228)812-57-40, fax (228)812-86-83, correo electrónico: itorres@uv.mx. Artículo recibido el 29 de octubre de 2003 y aceptado el 13 de febrero de 2004.

De acuerdo con Perea (1997), estas dos raíces etimológicas entrañan de forma implícita un doble significado: cuidado, conducción desde fuera, pero también conducción desde adentro, autoconducción, originándose de este modo una asociación entre los vocablos citados. Viendo de esta manera el origen de la palabra "educación", se alude con ella a un proceso de conducción o autoconducción hacia ciertos logros, sean estos personales, sociales y demás.

En el mismo sentido, la noción de *educación para la salud* es considerada como una estrategia básica de promoción de salud, de su mejora, a través de la cual la persona se hace cargo del cuidado y la protección de su propia salud por medio de la adopción de conductas y comportamientos. Costa y López (1998) han señalado que, como tal, la educación para la salud facilita prácticas sanas ya que a través de ella se puede promover su aprendizaje tanto en niños y jóvenes como en personas adultas.

La *promoción de la salud*, a su vez, se concibe como un proceso amplio por medio del cual individuos, grupos y comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud, y ha sido definida por Costa y López (1998) como "cualquier combinación de [estrategias educativas] y apoyos de tipo organizativo, legislativo o normativo, económico y ambiental que faciliten las prácticas saludables".

Por ello, deben diferenciarse estos términos ya que no tienen el mismo significado y, por lo tanto, no deben utilizarse como sinónimos. La educación para la salud es así un instrumento para lograr los objetivos de la promoción de la salud; esta última hace referencia a un proceso más amplio que incluye a la primera.

Con respecto a la educación para la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998: 15) precisa que "la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad", lo que concuerda con lo dicho por Costa y López (1998: 29) en cuanto a que es un "proceso planificado y sistemático

de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables, y hacer difíciles las prácticas de riesgo".

Como puede apreciarse, la educación para la salud, como proceso de enseñanza-aprendizaje planificado, puede ser aprovechada en los escenarios escolares como una herramienta para tratar temas transversales y tópicos fundamentales para la preservación y conversación de la salud, así como para promover hábitos saludables e higiénicos necesarios para la subsistencia humana.

La noción actual de educación va más allá del ámbito académico en cuanto que no se limita a los contenidos tradicionales ni a la mera transmisión de conocimientos; en efecto, se extiende hacia el resto de las necesidades del ser humano, lo que implica las ideas de capacitar y capacitarse para llegar a ser personas críticas, autónomas, creativas, responsables y solidarias con el resto de los individuos.

De esta manera, son muchos y muy variados los ámbitos en los que la educación se mueve; las nuevas concepciones educativas toman en cuenta las necesidades e intereses de los individuos, su nivel de desarrollo, las diferencias entre ellos y su relación con el ambiente. Es por ello que la salud cobra vital importancia en la actualidad como una necesidad y un derecho fundamental de las personas.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) señala que el concepto de salud como derecho humano fundamental es destacado en la Carta de Ottawa, en la que se indican ciertos requisitos para la salud que incluyen la paz, los recursos económicos y alimenticios adecuados, la vivienda, un ecosistema estable y el uso sostenible de los recursos. La declaración de estas condiciones pone de manifiesto la precisa relación existente entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y, en un lugar muy destacado, la salud. Tales lazos conforman el punto medular para una concepción holística de la salud que es básica en la definición de la promoción de la salud.

Al referirse a los rasgos fundamentales de la educación para la salud, comunes al resto de los temas transversales que están siendo incorporados a las escuelas, Martín (1994: 190-191) señala los

elementos que los diferencian del resto de los contenidos escolares, y entre otras características, apunta que:

a) *Tienen intención de establecer un modelo de persona desde una concepción profundamente humanista.* Con ellos, el sistema educativo toma en la práctica una función ética y moral de la educación que complementa la científica.

b) *Están determinados por situaciones sociales problemáticas que se han convertido en ámbitos prioritarios de preocupación social.* Los temas transversales se refieren al para qué de la educación y están íntimamente relacionados con la utilidad y valor social de lo aprendido.

c) *Contribuyen al desarrollo integral de la persona.* Atienden tanto a las capacidades intelectuales de la persona como a las afectivas, motrices, de relación interpersonal, de inserción y de actuación social.

d) *Apuestan por una educación en valores.* Ayudan a definir las señas de identidad de un centro en función de su personal visión de la tarea educativa.

e) *Ayudan a establecer en mayor medida una relación de la escuela con el entorno.* Esto se debe a la estrecha vinculación que tienen con la realidad social y a que, dada su trascendencia, existen muchas instituciones y organismos dispuestos a colaborar con la escuela convencidos de que la educación es un camino básico para conseguir mejoras sociales.

f) *Están presentes en el conjunto del proceso educativo.* Abarcan contenidos de varias disciplinas y no pueden plantearse como un programa paralelo al resto del currículo, pues resultan nucleares para las intenciones del sistema educativo y deben ser asumidos por el conjunto de los docentes.

En esta virtud, la educación para la salud, como herramienta básica para la subsistencia humana, puede ser incorporada a los contenidos curriculares y aprovecharse en los escenarios escolares para promover estilos de vida saludables entre alumnos, profesores y personal en general. Como afirman Costa y López (1998), los estilos de vida son como constelaciones de comportamientos; no se trata de prácticas de salud o de riesgo o de conductas aisladas, pues no suceden sin orden; se trata de comportamientos más o menos organizados,

complejos y coherentes, estables y más o menos duraderos, influidos por el ambiente en que se vive.

Luego entonces, los estilos de vida configuran las prácticas de salud y riesgo que asumen las personas, y tienen implicaciones directas sobre las estrategias de cambio de las que puede valer la educación para la salud.

La educación para la salud, como tema transversal dentro de los escenarios educativos, busca entonces influir positivamente en la salud de las personas previniendo la enfermedad (disminuyendo los riesgos a los que se ven expuestas las personas), capacitando y promoviendo su salud (aumentando la presencia de factores de protección) y facilitando los cambios que permitan la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Según el *Glosario* de la OMS (1998), la prevención de la enfermedad abarca medidas destinadas no solamente a prevenir su aparición ? tales como la reducción de factores de riesgo? , sino también a detener su avance o atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen a menudo asociarse a diferentes comportamientos de riesgo.

La educación para la salud con niños y adolescentes plantea dos consideraciones de especial relevancia con respecto a otras poblaciones, consideraciones que están en estrecha relación con el desarrollo evolutivo de los niños y jóvenes y con los escenarios relevantes de su socialización y desarrollo. La edad evolutiva de los niños y adolescentes plantea un tratamiento diferencial de las estrategias educativas en la educación para la salud, toda vez que la naturaleza evolutiva de la dependencia-independencia y la responsabilidad de los niños supone que cuanto más pequeño es el niño, menor es su autonomía y mayor la dependencia hacia sus padres.

En este sentido, las prácticas de salud se pueden promover por dos vías fundamentales, a saber: mediante el desarrollo de rutinas o costumbres y a través de procesos más complejos de aprendizaje. Uno de los escenarios más recomendados por Costa y López (1998) para la instrumentación de estrategias de educación para la salud es la escuela.

Se entiende por escenarios para la educación para la salud a los contextos relevantes para la enseñanza-aprendizaje y la socialización de los niños y adolescentes, la familia, los servicios y la comunidad. La familia es el escenario de socialización primaria por excelencia. En ella se establecen tempranamente los hábitos, costumbres y rutinas de salud, y también la percepción de los riesgos y condiciones de inseguridad.

La escuela es un escenario que ha jugado un papel principal como contexto desde el cual se han promovido programas y acciones de educación para la salud, no sólo para mejorar el conocimiento de los alumnos sino también para fomentar sus prácticas de salud. Es por ello que en esta investigación se eligió evaluar la efectividad de un manual de higiene para niños escolares como una estrategia de educación para la salud en un escenario escolar.

Magnitud y trascendencia del problema

Al analizar la situación de México en materia de salud e higiene, se observa que la promoción de la salud es aún insuficiente; de igual manera, se constata que la higiene, como contenido curricular en la educación básica, no se aborda de manera oportuna y eficiente conforme a las necesidades de salud de la población, particularmente en los sectores infantil y juvenil. Según estadísticas de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (2001), en 2001 se diagnosticaron en el estado de Veracruz 349,450 casos de personas con enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo, entre las que destacan la fiebre tifoidea, paratifoidea y salmonelosis, shigelosis, cólera e intoxicación por bacterias. Dentro de estas enfermedades infecciosas, la más común y que puede englobar a todo un grupo completo de diversas infecciones intestinales es la gastroenteritis; un gran porcentaje de los casos reportados de quienes la padecen corresponde a niños de 0 a 10 años. De acuerdo con esta misma fuente, las cifras en los años subsecuentes no han disminuido.

Por otra parte, en el discurso oficial se plantea la necesidad de abordar la higiene en la educación básica; no obstante, tal recomendación no está plasmada en los contenidos específicos de los libros de texto, pues el tema de la higiene, tal como se trata en ellos, no proporciona la infor-

mación adecuada para dicho fin. Cabe resaltar que existe una notable divergencia entre los objetivos que pretende lograr la Secretaría de Educación Pública en su programa y los contenidos de los libros de texto.

La ausencia de programas educativos que aborden en la educación básica la temática de la higiene y de los hábitos y conductas saludables no contribuye a resolver los problemas de salud de este sector de la población, y sí puede, por el contrario, ocasionar el incremento de las enfermedades infecto-contagiosas entre los niños, con las consabidas consecuencias para su salud.

Ante los problemas de salud generados por la falta de hábitos de higiene o de comportamientos saludables que ayuden a la protección de la salud de los individuos, principalmente de los niños en edad escolar, se consideró necesario diseñar e implantar estrategias de educación para la salud dentro del ámbito escolar. Dentro de este marco teórico-metodológico, se elaboró un manual de higiene para niños escolares, valorado en un primer momento por un grupo de expertos ? profesionales de la psicología, de la salud y de educación básica? en el trabajo con escolares con la finalidad de contar con una herramienta educativa mejorada que pudiera coadyuvar mediante su aplicación a la solución de los problemas referidos. El producto de esta evaluación de expertos fue un texto de higiene mejorado y pronto para su aplicación a los destinatarios.

El *Manual de higiene para niños escolares*, elaborado por Torres y Beltrán (2003), surgió entonces como una propuesta educativa innovadora ante el grave problema de salud que enfrentan los niños, familias y poblaciones que no cuentan con servicios públicos (agua, drenaje, etc.) necesarios para mantener una higiene adecuada en sus hogares. El mencionado texto está dirigido a alumnos de nivel primario básico, con la modalidad de enseñanza programada y con actividades reflexivas propias del enfoque metacognitivo y de los programas de "enseñar a pensar", en los cuales el contenido se presenta al estudiante desglosado en pequeñas cantidades de información, al tiempo que se le proporciona una inmediata confirmación de sus respuestas al final de cada cuadro; asimismo, se promueve la reflexión y la participación del grupo de alumnos y del maestro como

mediador de las respuestas de los alumnos para que estos adquieran un aprendizaje significativo no sólo de los conceptos, sino también de las prácticas y actividades propias del cuidado e higiene personal y de los alimentos.

En esta investigación se recolectó información sobre los cambios en el nivel de conocimientos de los alumnos expuestos al programa, y asimismo sobre las actitudes y sentimientos de los protagonistas del proceso educativo con la finalidad de tener una apreciación más completa de la efectividad del programa.

La intención y justificación última de la evaluación del manual fue contribuir a que los escolares que lo utilicen adquieran conductas saludables y dotar a los profesores de una herramienta de educación para la salud comprobada empíricamente; evaluar la efectividad del texto comparando el nivel de conocimientos que sobre el tema obtengan los niños antes y después de ser expuestos al contenido y actividades del mismo, y evaluar y juzgar la aceptación del texto por parte de los niños expuestos al mismo a través del uso de un instrumento exploratorio de actitudes y sentimientos y del análisis de las videograbaciones de las sesiones de aplicación del programa.

Dicha evaluación se hizo bajo la premisa expresada por Fernández y Santos (1992: 26): “La evaluación de un programa de educación para la salud dirigido a personas sanas o a pacientes no puede limitarse a la recogida de datos cuantitativos mediante instrumentos de medición, pues éstos por sí solos no tienen capacidad para recoger la información más compleja, significativa y relevante que emana y caracteriza a los procesos educativos”.

MÉTODO

Sujetos

Participaron los grupos de tercer grado pertenecientes a cuatro escuelas primarias vespertinas, que conformaron el total de 33 escolares de los grupos experimentales, además de dos profesores de apoyo. Veintiocho alumnos integraron los dos grupos controles.

A los cuatro grupos se les aplicó un postest y el resultado obtenido en éste se tomó como la variable dependiente; las variables independientes

o factores fueron la aplicación del manual y la capacitación.

Tipo de evaluación

El manual de higiene para niños escolares se sometió a una evaluación del proceso mediante la realización de un diseño que consta de cuatro grupos sometidos a preprueba y posprueba; dos de ellos fueron controles y dos experimentales; es decir:

Yb	X	Ya
Yb	X	Ya
	X	Ya
	X	Ya

De acuerdo con Kerlinger (1987), se trata de un diseño firme debido a que la exigencia de comparación queda debidamente satisfecha en las dos primeras hileras y las dos últimas; la asignación aleatoria garantiza la equivalencia estadística de los grupos, y la historia y la maduración se controlan por medio de las dos primeras líneas. El posible efecto de interacción causado por la probable sensibilización de los sujetos durante la prueba es controlado por las primeras hileras. Con la adición de la cuarta línea se controla cualquier efecto contemporáneo transitorio que haya ocurrido entre Yb y Ya.

El diseño utilizado se muestra a continuación:

Se aplicó pretest	No se aplicó pretest
Grupo 1 (n = 22)	Grupo 2 (n = 11)
Grupo 3 (n = 16)	Grupo 4 (n = 12)

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario de conocimientos con reactivos de opción múltiple y de completamiento de respuestas, elaborado ex profeso y probado en un estudio piloto, que exploraba los contenidos temáticos abordados en los cuadernillos de trabajo.

Otros instrumentos de recolección de información utilizados fueron una videograbación de las sesiones de aplicación del programa en los grupos de niños de la muestra estudiada; entrevistas semiestructuradas a los profesores participantes en la aplicación del programa durante los tres momentos del proceso (antes de la puesta en marcha del programa, durante el desarrollo del mismo y

posterior a la conclusión o cierre del programa), y un cuestionario de actitudes que evaluaba el grado de aceptación o de rechazo de los pequeños a diferentes categorías durante el proceso educativo: *a)* aceptación de las actividades realizadas, *b)* participación del grupo en las actividades, *c)* comprensión del propósito, *d)* utilidad de lo aprendido, *e)* estructura y organización del cuadernillo y *f)* actuación del facilitador.

Procedimiento

Se eligió la muestra de alumnos de las escuelas participantes, se presentó el manual de higiene a los profesores de grupo y se capacitó sobre sus contenidos y manejo a los profesores de apoyo de los grupos donde se aplicaría el programa.

Hecho lo anterior, se aplicó el pretest a dos de los grupos y el postest a los cuatro grupos, tal como se especifica en el diseño.

De igual manera, se aplicó el cuestionario de actitudes a los niños de la muestra; esto se realizó en los grupos experimentales después de que concluyeron las prácticas o sesiones de cada uno de los cuadernillos.

En lo referente a las videograbaciones durante la aplicación del programa, generalmente se llevaron a cabo durante los primeros diez minutos de la sesión, diez minutos a media sesión y diez minutos al final.

Otro elemento incluido en la recolección de información fueron las entrevistas semiestructuradas hechas a los profesores participantes que llevaron a cabo la aplicación del programa. Las entrevistas se desarrollaron durante los tres momentos del proceso: antes de la puesta en marcha del

programa, durante el desarrollo del mismo y posteriormente a su conclusión o cierre.

Cabe hacer mención que las tres últimas fuentes de recolección de información fueron utilizadas como factores de evaluación cualitativa y se analizaron mediante la técnica de triangulación. Los datos obtenidos se confrontaron y relacionaron; no obstante, el análisis de esos datos se reporta en otro lugar. En el presente artículo se recogen y analizan primordialmente los datos cuantitativos arrojados por la aplicación del pretest y del postest, de acuerdo con los análisis estadísticos realizados.

RESULTADOS

El análisis de los datos se realizó mediante los paquetes STATISTICA y SAS; se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) y posteriormente se practicó la prueba de Tukey de comparación de medias. De acuerdo con el ANOVA, se encontró una diferencia significativa ($p < .001$) entre los grupos que recibieron la capacitación y el manual de higiene y los controles. Asimismo, se halló que la diferencia entre los grupos a los que se les aplicó el pretest y el resto también fue significativa ($p < .01$), no así la interacción entre las dos variables.

Se hallaron también ligeras variaciones en los valores del ANOVA arrojados por los dos paquetes; sin embargo, la conclusión es la misma: los valores marcados en negrita, correspondientes a los factores 'pretest' y 'manual', indican que la influencia de ambos es significativa dado que el valor de p es mucho menor que .01, no así la interacción que existe entre ellos ('interacción 1-2' y 'pre*man').

Las Tablas 1 y 2 muestran los resultados obtenidos por medio de cada paquete estadístico.

Tabla 1. Análisis de varianza obtenido mediante el paquete STATISTICA.

Variable dependiente: RESPUESTA POSTEST					
Fuente de variación	Suma de cuadrados	g.l.	Cuadrado medio	F	Significancia (p)
Aplicación de pretest (1)	132.62377100	1	132.623771	7.66720285	0.00761175
Aplicación del manual (2)	365.31549300	1	365.315493	21.11950200	2.49918005
Interacción 1-2	2.41444611	1	2.41444611	0.13958318	0.71010644

Tabla 2. Análisis de varianza obtenido mediante el paquete SAS.

Variable dependiente: RESPUESTA POSTEST					
Fuente de variación	g.l.	SC Tipo I	CM	F	Significancia (p)
Pretest	1	161.9318182	161.9318182	7.55	0.0081
Manual	1	467.7469920	467.7469920	21.80	0.0001
Pre*man	1	21.0471702	21.0471702	0.98	0.3263

Para poder evaluar la influencia de estos factores, fue necesario realizar pruebas de comparación de medias, las que se llevaron a cabo empleando los dos paquetes estadísticos; dado que los resulta-

dos arrojados por ambos paquetes fueron los mismos, en la Tabla 3 sólo se muestran los obtenidos con el paquete STATISTICA.

Tabla 3. Prueba de Tukey de comparación de medias con el paquete STATISTICA.

GRUPO	1	2	3	4
Media	23.666670	20.181820	18.156250	15.500000
1: Pretest y manual		.213593	.002439	.000216
2: No pretest y manual	.213593		.665317	.051050
3: Pretest y no manual	.002439	.665317		.407042
4: No pretest y no manual	.000216	.051050	.407042	

Mediante la prueba de Tukey se encontró que había una diferencia significativa ($p < .01$) entre el grupo 1 y los grupos 3 y 4; es decir, la media del grupo 1 fue significativamente diferente con respecto a los grupos 3 y 4 a los que no se les aplicó el manual ni se les dio la capacitación que acompaña al mismo. Como se aprecia en los valores de las medias, la del grupo 1 fue significativamente mayor que la de los grupos 3 y 4, pero no hubo diferencias significativas entre las medias de los grupos 1 y 2.

Para demostrar que los resultados anteriores son válidos, se realizó la comprobación de los supuestos de homocedasticidad y normalidad con la ayuda del paquete STATISTICA. Se aplicaron métodos gráficos (los gráficos no se muestran) y se obtuvo el estadístico de Kolmogorov-Smirnov ($p > .20$) para probar el supuesto de normalidad.

En cuanto el supuesto de homogeneidad de varianzas (homocedasticidad), también se probó mediante el método gráfico y del estadístico de Bartlett ($p > .1$). Como puede apreciarse, los valores de p son mayores a .05, por lo que se puede concluir con un 95% de confianza que los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas se cumplen.

CONCLUSIONES

Dados los datos obtenidos, puede afirmarse que los resultados son válidos, por lo que se concluye que la aplicación del manual de higiene tuvo un impacto significativo sobre los conocimientos que tienen los niños de primaria estudiados en esta área. De esta manera, con base en las pruebas estadísticas, es posible afirmar que los pequeños sometidos al programa *Manual de higiene para niños escolares* adquirieron conocimientos relevantes significativos sobre la salud, la higiene, la alimentación y la limpieza de los alimentos y del cuerpo, ya que las diferencias en su aplicación entre los grupos fue significativa.

Existen razones que permiten aseverar que la escuela es un contexto idóneo para la instrumentación de la educación para la salud como estrategia de implantación de hábitos y de conductas saludables en niños. Así, la educación para la salud garantiza la accesibilidad y la continuidad de las acciones de salud durante mucho tiempo; la receptividad o vulnerabilidad ante las actividades educativas al acceder a los niños desde edades muy tempranas; el apoyo social de los valores y

prácticas de salud aprendidas al contar con el apoyo y aceptación del grupo de iguales, y la confluencia simultánea y ordenada de escenarios e influencias relevantes en la vida de los niños.

En suma, puede decirse que el programa *Manual de higiene para niños escolares* es una herramienta útil para la enseñanza de la educación para la salud, pues la forma en que presenta los temas

de la higiene del cuerpo, de los alimentos y de la salud pueden ser incorporados como tópicos accesibles a los niños de educación básica, de manera que podría recomendarse como libro auxiliar en la enseñanza de la higiene en la educación primaria básica, siempre y cuando los profesores que lo utilicen sean previamente capacitados en su uso y manejo.

REFERENCIAS

- Costa, M. y López, E. (1998). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, S.J. y Santos G, M.A. (1992). *Evaluación cualitativa de programas en educación para la salud*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Kerlinger, N. (1987). *Investigación del comportamiento: técnicas y metodología*. México: Interamericana.
- Martín, E. (1994). La educación para la salud en los nuevos planes de estudio de la reforma. En Fundación Santillana (Ed.): *Aprender para el futuro. Educación para la salud. Documentos de un debate* (pp.189-192). Madrid: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: Autor.
- Perea Q., R. (1997). ¿Qué es la educación para la salud? En R.Perea Q (Dir.): *Fundamentos y justificación de la educación para la salud. Curso de Especialización Universitaria en España* (pp. 11-44). Madrid: UNED-FUE.
- Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (2001). *Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica* (Semana 25). Xalapa, Ver.: Autor.
- Torres F., I.A. y Beltrán G., F.J. (2003). *Manual de higiene para niños*. México: Ediciones El Atajo.