



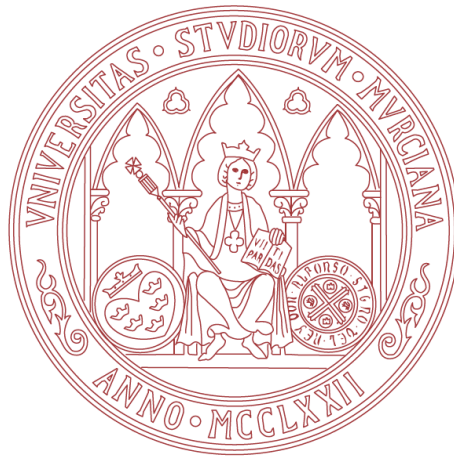
UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Diseño y Validación de un Cuestionario para
determinar los Hábitos y Conocimientos en
Higiene Corporal Infantil, y su aplicación en
Escolares y Menores en desamparo de
la Región de Murcia

D. Francisco José Moreno Martínez

2015



Universidad de Murcia
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Diseño y validación de un cuestionario para
determinar los hábitos y conocimientos en
higiene corporal infantil, y su aplicación en
escolares y menores en desamparo de la
Región de Murcia**

TESIS DOCTORAL

Realizada por:

D. FRANCISCO JOSÉ MORENO MARTÍNEZ

Dirigida por:

Dra. D^a MARÍA RUZAFÁ MARTÍNEZ
Dra. D^a CARMEN ISABEL GÓMEZ GARCÍA
Dr. D. ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO

Murcia, 2015



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. María Ruzafa Martínez, Profesor Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Diseño y validación de un cuestionario para determinar los hábitos y conocimientos en higiene corporal infantil, y su aplicación en escolares y menores en desamparo de la Región de Murcia", realizada por D. Francisco José Moreno Martínez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 21 de septiembre de 2015



F.do. María Ruzafa Martínez

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. Carmen Isabel Gómez García, Profesora Titular de Universidad perteneciente a clases pasivas, Ley 50/84, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral Titulada "Diseño y validación de un cuestionario para determinar los hábitos y conocimientos en higiene corporal infantil, y su aplicación en escolares y menores en desamparo de la Región de Murcia", realizada por D. Francisco José Moreno Martínez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del Grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia a 29 de septiembre de 2015

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Antonio Jesús Ramos Morcillo, Doctor, Enfermero, Servicio Murciano de Salud;
AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Diseño y validación de un cuestionario para determinar los hábitos y conocimientos en higiene corporal infantil, y su aplicación en escolares y menores en desamparo de la Región de Murcia" realizada por D. Francisco José Moreno Martínez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 21 de septiembre de 2015

Fdo.: Antonio Jesús Ramos Morcillo

AGRADECIMIENTOS

En el largo transcurrir de la presente tesis doctoral son muchas las personas y familiares las que te acompañan y se implican, y a las que quiero dar las gracias:

A todos los menores involucrados en el estudio, hayan o no podido participar en él: escolares, menores de centros de protección y los que colaboraron en el pilotaje de la encuesta. Cada uno/a de vosotros/as habéis sido lo más importante de la investigación.

A aquellos padres, madres o tutores legales de los menores que se implicaron y confiaron en el estudio, autorizando a sus hijos/as y permitiéndonos conocer una parte importante de su vida cotidiana privada.

A los directores/as de los colegios seleccionados por facilitarnos el acceso a la institución escolar, y gracias de forma conjunta con los maestros/as por haber adaptado con nosotros su calendario escolar y por su buena acogida.

Al Jefe del Servicio de Protección de Menores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, D. José Parra Ortega, por permitirnos la recogida de datos y el estudio de los menores ingresados en centros de protección. A todo el personal de la Unidad Técnico Responsable de dicho Servicio y especialmente a: D^a Purificación Sánchez, D^a Esperanza Toboso y D. Mario Marco por su compromiso, y a las médicas D^a Mercedes Stella y D^a María Ángeles Imedio por ser el nexo indispensable con dicha Unidad e informarme puntualmente de los ingresos de los menores. Agradecer también la buena acogida recibida por parte del personal de las residencias de menores, su amabilidad y colaboración.

A los expertos que voluntariamente participaron en la validación del contenido de la encuesta HICORIN[®]: Dr. Vicente Martín Moreno, médico de familia del C.S. Orcasitas, Madrid; Dr. Carlos González Rodríguez, pediatra, presidente de ACPAM, autor de varios libros sobre crianza, alimentación y salud infantil; Dra. María José Aguilar Cordero, catedrática de enfermería infantil de la Universidad de Granada; Dr. José Siles González, catedrático de la escuela universitaria de enfermería de la Universidad de Alicante; Dr. Pedro Marset Campos, catedrático de historia de la medicina por la Universidad de Murcia; D. Antonio Martínez Sabater, profesor de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia; y D^a. Isabel Calvo Sánchez, enfermera pediátrica del C.S. de Zarandona, Murcia.

A quienes me ofrecieron su ayuda desinteresada en la interesante y ardua tarea de la recogida de datos en colegios: Diego, Mafe, Marina, Antonio Jesús, mi cuñado Pablo, mi hermana y mi mujer. También a los alumnos Antonio y Óscar que me acompañaron en alguna fase de la tesis.

A mis directores de tesis: Dra. D^a María Ruzafa Martínez, Dr. D. Antonio Jesús Ramos Morcillo, y Dra. D^a Carmen Isabel Gómez García, por creer en esta idea y, a través de ella, haberme enseñado a disfrutar, como ellos, con la ciencia. Por estar disponibles en absolutamente todo momento y por animarme en las etapas más difíciles de este recorrido. Ha sido un verdadero honor haber contado con su sabiduría todos estos años.

A mis padres por esforzarse tanto para darme la posibilidad de estudiar y hacerme entender su valor, por haberme hecho sentir afortunado a su lado y sentirse orgullosos de mí, por apoyarme siempre y dejar que decidiera mi propio futuro.

A mi mujer, por su sacrificio, por ser mi apoyo diario, por darme todo el cariño y el amor que he necesitado para afrontar, y hacer que no me sintiera nunca solo, en el desarrollo de esta tesis.

A mis hijos, que se gestaron durante este largo trayecto, gracias por ser mi razón de ser, mi mayor energía, alegría e ilusión. Perdón por las horas que no os he podido dedicar.

DEDICATORIA

A mis padres por desvivirse por sus hijos y darnos todo el cariño, amor y cuidados.

A la mejor hermana que se puede desear.

A mi abuela Carmen por haber sido otra madre para mí, y a mi abuelo Paco por haberme hecho tan y tan feliz. Nunca te olvidaré.

A Ana, por demostrarme su amor cada día, y porque no concibo mi vida sin ti.

A mis hijos, por ser mi mayor alegría, orgullo e ilusión en mi vida.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL	
2.1. Evolución de la higiene. Aproximación histórica	7
2.1.1 La higiene en la antigua Grecia y el Imperio romano (importancia higiénica de los baños)	7
2.1.2 La higiene desde la Edad Media al siglo XVIII	8
2.1.3 Influencia de la conquista árabe a la Península Ibérica en la higiene de la época	10
2.1.4 Movimiento higienista (siglo XIX) y principios del siglo XX	11
2.1.5 Conceptualización moderna del término higiene	12
2.2. Conceptualización y dimensiones de la higiene corporal	13
2.2.1. Definición de higiene corporal	13
2.2.2. Cultura contemporánea de la sobrehigienización corporal: factores determinantes y consecuencias para la salud y el ambiente	14
2.2.3 Influencia de la higiene en el equilibrio del microbioma corporal	16
2.2.4. La enfermería como promotora del cuidado en higiene corporal	18
2.2.5. Dimensiones de la higiene corporal	19
2.2.5.1. Higiene oral	20
2.2.5.2. Higiene podal	36
2.2.5.3. Higiene ótica	42
2.2.5.4. Higiene Íntima	46
2.2.5.5. Higiene del cabello y piel corporal	51
2.2.5.6. Higiene de las manos	60
2.3. Dimensión social de la higiene corporal	68
2.3.1. La higiene como valor de la humanidad	68
2.3.2. La interacción entre culturas de la higiene	69
2.3.3. Importancia de la higiene corporal en el proceso de socialización del menor	70
2.3.3.1 El rechazo social ante el déficit higiénico personal	70
2.3.3.2 La escuela como agente socializador de los menores	72
2.3.3.3 El rechazo y <i>bullying</i> en las relaciones sociales entre iguales en la institución escolar	74
2.3.3.4 Influencia del déficit en higiene corporal en el rechazo escolar y el <i>bullying</i>	76
2.3.3.5. Actitud del profesorado ante los conflictos en el aula	79
2.3.4 El déficit higiénico como indicador de desprotección infantil en la Región de Murcia	80
2.3.5 Marco jurídico para la protección de la infancia	84
2.4. Acogimiento residencial: las residencias de protección de menores	86

2.4.1. Evolución histórica de las residencias de protección de menores	86
2.4.2. El acogimiento residencial en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	87
2.4.2.1. Marco jurídico	87
2.4.2.2. Distribución y funciones de los centros de protección de menores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	90
2.4.3 Proceso de valoración y seguimiento sanitario de los menores en acogimiento residencial de la Región de Murcia	92
2.4.4 La educación en higiene corporal de los menores en acogimiento residencial	95
2.5 Agentes transmisores de educación y hábitos en higiene corporal en la infancia	99
2.5.1 Introducción	99
2.5.2 La familia: los padres en la educación higiénica de sus hijos	100
2.5.3 La escuela	103
2.5.4 Los profesionales sanitarios	106
2.5.5 Medios de información audiovisuales	107
2.5.6 La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en la educación en higiene corporal en la infancia	108
CAPÍTULO 3. OBJETIVOS	115
3.1. Objetivo general	115
3.2. Objetivos específicos	115
CAPÍTULO 4. MÉTODO	119
4.1. Primera fase: diseño y validación de un cuestionario para evaluar los hábitos y conocimientos en higiene corporal en menores de entre 7 y 12 años de edad (HICORIN®)	119
4.1.1 Diseño del estudio	119
4.1.2 Ámbito y participantes del estudio	120
4.1.3 Selección de la muestra	121
4.1.4 Etapas del diseño y validación de HICORIN®	121
4.1.4.1 Revisión de la literatura	121
4.1.4.2 Definición de las secciones/dimensiones del cuestionario sobre hábitos y conocimientos de higiene corporal infantil	122
4.1.4.3 Selección de los ítems	122
4.1.4.4 Redacción de los ítems	122
4.1.4.5 Validación de contenido por expertos	123
4.1.4.6. Pilotaje cognitivo	124
4.1.4.7 Análisis de la respuesta al ítem	125
4.1.4.8 Estudio de la fiabilidad del cuestionario	125

4.2 Segunda fase: evaluación de los hábitos y conocimientos en higiene corporal de escolares con edades entre 7 y 12 año y comparación con los menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial de la Región de Murcia	127
4.2.1. Diseño del estudio	127
4.2.2. Ámbito de estudio	127
4.2.3 Sujetos del estudio	128
4.2.4 Tamaño muestral y selección de la muestra	128
4.2.5 Variables de estudio	130
4.2.6 Recogida de datos	131
4.2.6.1 Recogida de datos en escolares	131
4.2.6.2 Recogida de datos en menores de centros de protección de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	132
4.2.7 Análisis de los datos	133
4.2.8 Limitaciones	134
4.2.9 Cumplimiento de las normas éticas y legales	134
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	139
5.1 Primera fase: diseño y validación de un cuestionario para evaluar los hábitos y conocimientos en higiene corporal en menores de entre 7 y 12 años de edad (HICORIN®)	139
5.1.1 Resultados de la revisión de la literatura	139
5.1.2 Definición de las secciones/dimensiones del cuestionario sobre conocimientos y hábitos de higiene corporal infantil	140
5.1.3 Selección y redacción de los ítems	141
5.1.4 Validación de contenido	142
5.1.5 Pilotaje cognitivo	147
5.1.6 Análisis de respuesta a los ítems	148
5.1.7 Estudio de la fiabilidad del cuestionario	148
5.2 Segunda fase: resultados de la evaluación de los hábitos y conocimientos en higiene corporal de escolares con edades entre 7 y 12 año y comparación con los menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial de la Región de Murcia	148
5.2.1 Resultados descriptivos del estudio en escolares	149
5.2.1.1 Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas de los escolares	150
5.2.1.2 Resultados descriptivos de las dimensiones de la higiene corporal en escolares	154
5.2.1.3 Resultados descriptivos sobre otros aspectos relacionados con la higiene corporal en escolares	162
5.2.2 Resultados bivariados del estudio en escolares	164
5.2.2.1. Resultados de la relación entre variables sociodemográficas del estudio en escolares	164

5.2.2.2 Resultados de la relación entre edad de los escolares y la higiene corporal	172
5.2.2.3 Resultados de la relación entre el sexo de los escolares y la higiene corporal	201
5.2.2.4 Resultados de la relación entre localización del colegio y la higiene corporal en los escolares	214
5.2.3 Resultados del estudio en menores ingresados en centros de protección de la Región de Murcia	242
5.2.3.1 Resultados descriptivos del estudio en menores ingresados en centros de protección de la Región de Murcia	242
5.2.3.2 Resultados descriptivos de las dimensiones de la higiene corporal en menores en acogimiento	246
5.2.3.3 Resultados descriptivos sobre otros aspectos relacionados con la higiene corporal en menores en acogimiento	255
5.2.4 Resultados de la comparación entre escolares y menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial de la Región de Murcia	256
5.2.4.1 Comparación de las características sociodemográficas de los escolares y los menores en acogimiento	256
5.2.4.2 Comparación de los escolares y los menores en acogimiento en los conocimientos y hábitos en higiene corporal	265
5.2.4.3 Otros aspectos de la higiene corporal	333
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN	343
6.1 Diseño y validación de un cuestionario sobre hábitos y conocimientos en higiene corporal en menores de 7 y 12 años de edad (HICORIN®)	343
6.2 Características familiares y sociodemográficas de los escolares y de los menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial	346
6.3 Prácticas en higiene corporal infantil: frecuencia, momento, modo y materiales empleados	349
6.3.1 Dimensión higiene de piel corporal	350
6.3.2 Dimensión higiene del cabello	352
6.3.3 Dimensión higiene de manos	353
6.3.4 Dimensión higiene bucodental	354
6.3.5 Dimensión higiene podal	356
6.3.6 Dimensión higiene ótica	357
6.3.7 Dimensión higiene íntima	358
6.4 Autonomía en higiene corporal infantil	359
6.5 Conocimientos en higiene corporal infantil	362
6.6 Agentes influyentes en la educación en higiene corporal de los menores	366
6.7 El rechazo social entre iguales ante el déficit en higiene corporal	367

6.8 Importancia autodeclarada de la higiene corporal	368
6.9 Limitaciones del estudio	369
6.10 Líneas de investigación	372
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES	375
CAPÍTULO 8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	381
8.1 Relacionadas con el instrumento para valorar integralmente los conocimientos y hábitos en higiene corporal en menores de edades comprendidas entre 7 y 12 años (HICORIN®)	381
8.2 Relacionadas con los resultados de la aplicación de HICORIN® en escolares y menores en acogimiento residencial	382
CAPÍTULO 9. BIBLIOGRAFÍA	387
CAPÍTULO 10. ANEXOS	419
ANEXO 1. Solicitud dirigida a expertos para la evaluación de la validez de contenido del cuestionario HICORIN	419
ANEXO 2. Cuestionario inicial HICORIN-82 ítems para la validación por expertos	420
ANEXO 3. Solicitudes de autorización para la recogida de datos en CEIPS	475
ANEXO 4. Solicitud de autorización dirigida a los padres y madres o tutores legales de los escolares	476
ANEXO 5. Cuestionario HICORIN Socioeconómico	477
ANEXO 6. Díptico informativo sobre recomendaciones de higiene corporal infantil	479
ANEXO 7. Solicitud de autorización para la recogida de datos en centros de menores de la CARM	481
ANEXO 8. Autorización de la Dirección General de Política Social de la CARM para la recogida de datos en centros de menores	482
ANEXO 9. Informe de la comisión de ética de investigación de la Universidad de Murcia	483
ANEXO 10. Cuestionario para evaluar los hábitos y conocimientos en higiene corporal infantil (HICORIN®)	484
ANEXO 11. Registro General de la Propiedad Intelectual de HICORIN	496
ANEXO 12. Evidencias de la participación de los encuestados en los beneficios	497

1. INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

El motivo de que decidiera iniciar esta investigación nace de mi experiencia profesional durante casi cuatro años como enfermero de la Unidad Técnico-Responsable del Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Dentro de las funciones propias de supervisión sanitaria de residencias de menores, pude observar directamente la falta de higiene corporal en las que ingresaban algunos menores en desamparo, procedentes en su mayoría de un ambiente sociofamiliar desestructurado, así como de la actividad profesional relacionada con la atención a cuestiones de educación para la salud e higiene que se desarrolla en estas instituciones residenciales. A partir de estas observaciones me planteé diversas preguntas acerca de la importancia de la higiene corporal en la salud de los menores, cuáles son sus conocimientos y hábitos higiénicos, mecanismos de aprendizaje, nivel de autonomía para su autocuidado y el cumplimiento de las recomendaciones higiénicas corporales actuales en diferentes entornos.

Tras una profunda revisión de la literatura no hay duda de que la higiene es considerada una necesidad básica, teñida de componentes culturales (Gerez Alum, 2008, p. 380), dirigida a asegurar y mantener la salud del individuo (Araque & Colmenar, 2011, p. 517), del grupo doméstico (Martorell, 2010, p. 18) y de la colectividad entendida como el conjunto de la población (Araque & Colmenar, 2011, p. 517). La instauración de hábitos de higiene personal en el siglo XX tuvo un papel decisivo en la disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida en todos los grupos de edad (Greene, 2001).

En la actualidad es conocido que unos hábitos de higiene corporal deficitarios pueden suponer problemas de salud a nivel individual y comunitario pudiendo aparecer enfermedades infecciosas y parasitarias como neumonía (Luby et al., 2005), otitis (Gómez Ayala, 2007, p. 56; Lorente et al., 2006, pp. 508-511; Matión, Esteller, Sanz & Ademá, 2003, p. 32), micosis (Larruskain, Garmendia, Idígoras & Mendiola, 2008, p. 89; Rebollo, López-Barcenas & Arenas, 2008), diarrea (Ejemot-Nwadiaro, Ehiri, Meremikwu & Critchley, 2008, p. 2), caries dental, gingivitis, (Carranza, 1986, en Arteagoitia & Díez, 2002, pp. 65-66; Giménez, 2005b, p. 52; Gómez Ayala, 2006, p. 38), pediculosis (Al-Maktari, 2008; Sim et al., 2011; Schenone, Saavedra & Rojas, 1986, en Calderón-Arguedas et al., 2003, p. 177;), etc.

Muchas de las patologías mencionadas poseen una alta prevalencia en la edad infantil. Así se observa una prevalencia de caries y gingivitis en niños superior al 80% (Gómez-Ayala, 2006; Más, Rodríguez & Rabesa, 2006) y problemas como la vulvovaginitis en

Introducción

niñas, relacionada en un 76% con una higiene inadecuada (Varona, Almiñaque, Borrego & Formoso, 2010). Los datos sobre prevalencia empeoran en menores de entornos con un nivel socioeconómico bajo, donde se ha encontrado una tasa de caries casi tres veces superior (Donna H & Donna S, 2009) y nueve veces superior en patologías óticas (Chadha, Agarwal, Gulati & Garg, 2006). Además, y aunque la desatención en la higiene afecta especialmente a la esfera biológica de la salud, también conlleva consecuencias psicológicas, de rechazo social, disminución de la calidad de vida (Ríos-Milena, Fernández, Rivas, Sáenz & Moncada, 2008), o incluso a la estigmatización social (Sidoti, Bonura, Paolini & Tringali, 2009).

Por otro lado el exceso de higiene, unido a la mejora de las condiciones de salud de las sociedades desarrolladas, empieza a relacionarse con algunas enfermedades de tipo autoinmune como la esclerosis múltiple (Pehlivan et al., 2011), enfermedades alérgicas o a la enfermedad inflamatoria intestinal (Kramer et al., 2013).

La infancia es la etapa vital en la que se instauran los hábitos que perdurarán en la vida adulta, siendo determinantes el entorno familiar y escolar, entendidos como agentes socializadores primarios. Los padres, desempeñan un papel muy importante a la hora de que los niños adquieran hábitos en higiene personal, pues la influencia que ejercen en sus hijos en esta edad "aún está por encima de la que ejercerán posteriormente la sociedad y su entorno" (Varela-Centelles PI, Graña-Iglesias & Varela Centelles, A, 2008, p. 26). Beltrán (2001, en López Lorca, 2005, p. 142) afirma que la adquisición de buenos hábitos y rutinas de aseo, y de cuidado corporal, significa la aceptación de unas normas que pertenecen a la cultura familiar y social y que, internalizadas, se convierten en formas o estilos personales de vida.

Además, la infancia, como grupo social, es un colectivo caracterizado por una especial vulnerabilidad, siendo los padres y madres o tutores legales quienes deben vigilar el estado de salud y la educación de sus hijos, así como atender, en general, todas sus necesidades. No obstante, para garantizar la atención necesaria al menor en condiciones de igualdad y dignidad es necesaria la protección integral por parte de los estados. El mundo de la infancia en general, y específicamente el de la infancia maltratada, constituye un campo de actuación prioritaria para cualquier sociedad avanzada que quiera sentar unas bases sólidas de progreso y prosperidad. La infancia, en las últimas décadas ha ido contando con un amplio marco jurídico en materia de protección para garantizar su correcto desarrollo físico, psicológico y social, que debe ser asegurado por los poderes públicos.

Los Servicios de Protección Infantil tienen como objetivo básico identificar precozmente todos aquellos casos de niños que, en el ámbito geográfico de su competencia, están sufriendo una situación de desprotección o se encuentran en riesgo de sufrirla (De Paul & Arruabarrena, 1996). Las situaciones de desprotección, desde la vertiente legal, pueden constituir riesgo o desamparo en función de su gravedad (Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, 2010, p. 8). Concretamente, la falta de higiene corporal en un menor es considerada dentro de las tipologías de desprotección infantil como negligencia hacia las necesidades físicas por parte de sus padres, madres o tutores legales. Puede llegar a ser declarada, en casos muy graves, como desamparo, y requerir como medida de protección el ingreso en un centro de protección.

Para evitar una inadecuada higiene corporal en los menores, y desde la óptica de los profesionales de la salud de la Atención Primaria se deben tener como objetivo incidir a través de la educación sanitaria en los menores, padres y madres y otros agentes que intervienen en el aprendizaje de hábitos relacionados con la higiene corporal infantil. Sin embargo, existen importantes aspectos sobre las prácticas higiénicas en la infancia de los que hay poco consenso o simplemente desconocimiento, siendo escasos los estudios relacionados con la higiene corporal infantil. Aún la escasez de datos y de investigación es mayor si nos referimos a los hábitos de higiene corporal infantil en menores en desamparo cuya medida de protección es el acogimiento residencial en centros de protección.

Esta carencia de estudios puede verse favorecida por la ausencia relativa de instrumentos validados dirigidos a estudiar la higiene infantil. Además, las escasas herramientas disponibles presentan importantes limitaciones. Ninguna herramienta referida a higiene corporal infantil estudia la edad de los menores en la adquisición de autonomía en la práctica cotidiana de la higiene, ni el posible rechazo social o escolar que supone un déficit higiénico.

Por todo lo expuesto anteriormente consideramos necesario, en primer lugar, el diseño y validación de una herramienta que permitiera evaluar integralmente los hábitos y conocimientos en higiene corporal de la población infantil en los ámbitos escolar y sociosanitario en nuestro contexto.

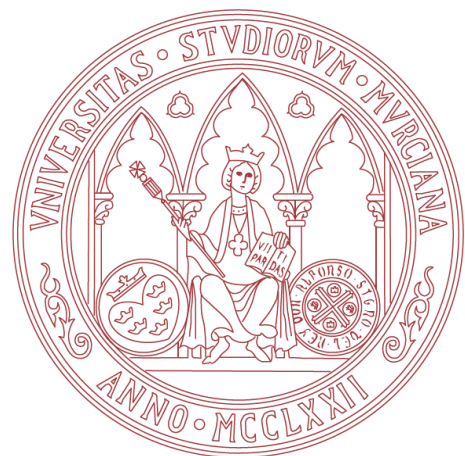
A partir de la herramienta nos planteamos un estudio transversal con el que se pretende mejorar el conocimiento actual sobre los hábitos de higiene corporal infantil, describiendo el grado de cumplimiento de las recomendaciones actuales y el conocimiento sobre hábitos higiénicos en niños escolarizados. Asimismo, se estudiarán los aspectos

Introducción

sociodemográficos que pueden relacionarse con dichos hábitos y, finalmente se compararán los resultados con menores en situación de desamparo.

Como se verá al concluir el estudio, se precisa continuar con nuevas investigaciones relacionadas con la higiene infantil, aunque consideramos que este trabajo ha establecido unas bases sólidas en la investigación en salud y cuidados sobre las que hay que continuar avanzando.

2. MARCO CONCEPTUAL



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 EVOLUCIÓN DE LA HIGIENE. APROXIMACIÓN HISTÓRICA

Para poder comprender el significado que hoy se concede a la palabra higiene en nuestra cultura, es importante conocer la evolución de dicho término y la interpretación que le ha sido asignada a lo largo de la historia hasta nuestros días. Para ello, se realiza una breve descripción de su evolución histórica desde la edad antigua hasta la conceptualización actual:

2.1.1 La higiene en la antigua Grecia y el Imperio romano (importancia higiénica de los baños)

La palabra higiene está estrechamente relacionada con el concepto de salud y con la antigua Grecia desde su propia raíz etimológica, ya que procede del griego *hygiés*, sano. Designa el arte y la ciencia de la conservación de la salud. Su raíz también procede del nombre “*Hygieia*”, nombre que los griegos dieron a la diosa griega de la salud, hija del dios Asclepio (Esculapio para los romanos) quién, según la mitología griega, enseñó la medicina a los hombres (Araque & Colmenar, 2011; Criado, 2004; Sánchez González, 2002).

Las civilizaciones antiguas ya conocían las propiedades higiénicas y terapéuticas del baño, formando además parte de sentimientos religiosos y rituales propios de cada época (Azcona, 2006; López Luengo, 2009).

Ya existían los baños públicos en Grecia cerca de 1000 años antes de Jesucristo, siguiendo el ejemplo de los orientales a quienes se les considera los primeros en construir edificios públicos a tal fin (De Paula, 1846).

La medicina griega prestó atención sobre todo a la higiene personal, basada en la teoría humoral, intentando alcanzar un equilibrio entre los cuatro humores principales: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra (Sánchez González, 2002; Sigerist, 1998; Volcy, 2004). Una de las terapéuticas provenientes de la medicina hipocrática para restablecer el equilibrio humoral eran los baños, puesto que “el agua traía efectos benéficos, además de purificar el alma por la inmersión que lava y renueva” (Volcy, 2004, p. 81).

Los romanos, siempre admiradores de los griegos, adoptaron el baño como algo habitual, pasando en ellos buena parte de la jornada. Según De Paula, (1846, p. 305) “Pompeyo mandó construir los primeros hacia el año 65 antes de Jesucristo”, pero es a partir de la época del Imperio cuando los baños públicos comienzan a multiplicarse en

Marco conceptual

Roma. Como comenta Blázquez Martínez (2000): “Las termas públicas desempeñaban un importante papel social, además de la función primordial de la higiene”. Espinosa y López (1997, p.259) igualmente, afirman que: “Los baños que se construyen en ámbitos urbanos se asocian a fines de higiene y ocio”. En esta línea, Molina Villar (2004, p. 40) afirma que los baños “se integraban en el modo de vida del mundo romano de la época imperial, donde el agua, la higiene y el baño, estaban muy presentes”.

Roma introdujo los baños en Hispania al final de la Guerra Numantina (año 133 a.C.) y se va extendiendo y asimilando por las distintas comunidades peninsulares. Las ciudades tenían muchas fuentes públicas. La red de cloacas estaba muy perfeccionada. En algunas ciudades modernas siguen en uso o se superpusieron a ellas la red de alcantarillado actual. Roma cuidó siempre los sistemas de higiene con el fin de evitar enfermedades, ello incluía la instalación de letrinas en los grandes edificios públicos (Blázquez Martínez, 2000).

2.1.2 La higiene desde la Edad Media al siglo XVIII

En la Edad Media, algunos historiadores ven en la falta de higiene de las ciudades medievales no solamente una cuestión material o de grado, cuantitativa, sino una cuestión cualitativa; la percepción social de la suciedad era distinta por ejemplo a la visión higiénico-médica de mediados de siglo XX o a la ecológica de finales del mismo siglo (Fossier, 1996). Asimismo, el antiguo menosprecio renacentista hacia esa época, relacionó al hombre medieval con la barbarie, la suciedad, la ingenuidad infantiloides que le llevaría a menospreciar las consecuencias de la falta de higiene respecto de los contagios. No obstante, la limpieza en aquella época, era vista como un requisito necesario para la salud; evidentemente no porque fuese caldo de cultivo bacteriológico (lo que supondría un flagrante anacronismo), sino porque viciaba el aire, lo corrompía.

Jaume d'Agramunt, en su *Règim de Pestilència*, de 1348, se refería al vínculo causal o coadyuvante de la suciedad respecto a la generación de la peste. Sus conocimientos médicos, basados en el galenismo aristotélico, le llevaban a creer que la enfermedad era fruto de una mutación del entorno, una podredumbre del aire. En ningún momento de su obra llega a referirse a la suciedad del propio individuo porque ésta no modificaba su entorno. Ciudades que adoptaron medidas preventivas relacionadas con la higiene vieron cómo sus estragos remitieron considerablemente, como es el caso de Milán y Nuremberg (Gerez Alum, 2008). Antonio Collantes (en Córdoba, 1998, p. 284) afirma que los alarifes sevillanos detectaron que la peste disminuyó desde que se limpiaba la ciudad. Córdoba (1998, p. 283) explica que los pobladores de las ciudades medievales

eran plenamente conscientes de los perjuicios higiénicos, relacionando la carencia de higiene de las mismas con la aparición o el agravamiento de epidemias y enfermedades.

Piédrola (2001, pp. 7-8) señala que en la Edad Media, “el desprecio de lo mundano y el cambio en las costumbres de la higiene personal, por considerar inmoral la contemplación del propio cuerpo lograron que se abandonase el baño corporal”. La limpieza personal en la Edad Media, tenía como objetivo la decencia antes que la higiene. Antes que la salud, lo que domina a llevar a cabo estas prácticas es la apariencia, de ahí a que principalmente se asearan las manos y la cara. Esta ideología continúa en el siglo XVI y XVII donde la apariencia de limpieza personal se extrapola también a la vestimenta, y al perfume que tenía un papel purificante del aire (Vigarello, 1991).

En los siglos XVI y XVII surge la fantasmagoría en torno al agua, siendo percibida, según informa Vigarello (1991, p. 15), como “algo capaz de infiltrarse en el cuerpo, por lo que el baño, en el mismo momento, adquiere un estatuto muy específico. Parece que el agua caliente, en particular, fragiliza los órganos, dejando abiertos los poros a los aires malsanos”. Los baños públicos se prohíben progresivamente y van desapareciendo del paisaje urbano. Como ejemplo, en París, de los treinta baños registrados en el siglo XIV, sólo queda alguno a finales del siglo XVII (Vigarello, 2006, p. 66). El rechazo del agua no suprime la práctica de la limpieza, de modo que prolifera la limpieza en seco. “Esta amplísima desaparición puede hacernos pensar en un retroceso en las normas higiénicas” en esta época (Vigarello, 1991, p. 35).

Los tratados de higiene del siglo XVIII racionalizan los poros de la piel como facilitadores de salida a las transpiraciones. “La Limpieza que en el siglo XVII sólo era la traducción de razones estéticas y de civilidad se dirige ahora con mayor claridad hacia las funcionalidades” (Vigarello, 1991, p. 180). Sin embargo esto no implica una revolución inmediata de las prácticas de la ablución. El cuidado de la piel estará subordinado al de la ropa todavía durante mucho tiempo. “Lo que nace a partir de los años 1760 es, por lo menos, la posibilidad de una limpieza totalmente nueva” (Vigarello, 1991, p. 180). Algunos autores del momento como un tratado de higiene escrito por Buchan (1769, en Sánchez González, 2002, p. 246) instan a la atención del gobierno respecto a la higiene corporal, citando que “la limpieza debe ser objeto de atención pública. No es suficiente que yo me limpie, mientras que mi vecino por falta de limpieza afecta a mi salud al mismo tiempo que la suya”. Pero aún en esta época la educación en higiene no ha surgido como movimiento social, podemos ver como incluso

historiadores que investigan sobre infancia en el siglo XVIII llegan a afirmar que “sobre la educación higiénica no he encontrado ni una palabra” (DeMause, 1982, p. 406).

2.1.3 Influencia de la conquista árabe a la Península Ibérica en la higiene de la época

En el año 711 después de Cristo, los árabes inician la conquista de la Península Ibérica, penetrando en el reino visigodo por el estrecho de Gibraltar. Avanzaron hasta el norte, tomando la ciudad de Toledo ese mismo año. Sometieron la Península en tan sólo siete años, excepto la franja norte. La rapidez de la conquista musulmana se explica por las pugnas existentes entre los nobles visigodos, “acusándose unos a otros de haber ayudado a los invasores”, así como por “el malestar de la población hispano-visigoda por el deterioro de la vida en el reino” (De las Heras, 2008, pp. 29-31). El periodo de Reconquista cristiana data de casi ocho siglos, iniciándose con la batalla de Covadonga en el año 722 (Alemparte, 1961, p. 354; De las Heras, 2008; Espino, 1996) hasta el 2 de enero del año 1492 con la rendición de su último bastión del reino nazarí de Granada (Alemparte, 1961; Fernández Álvarez, 1979; Ibáñez, 1992).

Fue fundamentalmente durante los siglos XI y XII cuando se aprecia como la cultura árabe adopta en el baño un papel relevante, herencia sin duda de griegos y romanos, quedando reflejado mayormente en el sur de España. (Llopis, 2010, p. 114). Molina Villar (2004, p. 55) confirma que los baños árabes “no diferían de manera esencial del baño antiguo romano”.

Multitud de casas de baños y balnearios son prueba de dicha influencia árabe en España, “que perduran como señal inequívoca de la valoración y el gusto por el agua de un pueblo que permaneció durante ocho siglos en España” (Llopis, 2010, p. 114). Esta costumbre del baño, por parte de los árabes, se tiende a generalizar en las ciudades cristianas principalmente durante los siglos XII y XIII, construyéndose baños nuevos de estilo morisco, favoreciéndose el cruce de culturas (Molina Villar, 2004, p. 50).

La higiene y el cuidado corporal es para los árabes, además de un placer, un acto de fe, donde el agua es un don divino que purifica cuerpo y alma cumpliendo una función religiosa. Aunque la función principal de los baños es fundamentalmente la higiénica. Tal es la importancia de estos baños en la cultura árabe, que eran situados estratégicamente en el centro de las ciudades, para facilitar el acceso al mismo por parte de sus ciudadanos. “La estructura del baño en cuanto a la aplicación del agua era como en otras culturas, la arquitectura por el contrario, era propia y diferenciadora” (Llopis, 2010, p. 118).

Según Bravo, A. (1996, en Llopis, 2010, p. 119): “El mundo árabe (...) siempre tuvo una gran tradición en lo que a higiene se refiere. Por este motivo fueron unos auténticos maestros en el arte del baño, así como en sus instalaciones y material empleado. (...) se daban magníficos baños reconfortantes para preservar no sólo su salud, sino también su higiene”.

Esta cultura de la higiene durante la conquista árabe es señalada por Piédrola (2001, p. 7) el cual añade que “en la Edad Media, (...) se observa un retroceso en las normas de higiene y salud pública, quizá con la única excepción de la cultura árabe. En los territorios conquistados por los musulmanes se mantuvieron las normas de higiene y se produjo un gran desarrollo de las ciencias médicas”.

2.1.4 Movimiento higienista (siglo XIX) y principios del siglo XX

“Hasta el siglo XIX puede decirse que Europa era un continente sucio en comparación con el resto del mundo” (Sánchez González, 2002, p. 246). El término higiene tiene su más amplio desarrollo fundamentalmente en este siglo, apareciendo el llamado movimiento higienista a mediados del siglo XIX constituyendo un movimiento internacional con diversos orígenes y ramificaciones en los ámbitos médico-sanitarios y sociales. La microbiología pausteriana transforma desde 1870-1880 la percepción de la limpieza. David (1897, en Vigarello, 1991, p. 253) afirma que “la limpieza es la base de la higiene, puesto que consiste en alejar de nosotros toda suciedad y, por ello, todo microbio”.

Moreno, P. L. y Viñao, A., (2000, p. 20) nos dan a entender la importancia del movimiento higienista “a partir de presupuestos higiénicos, pretende regular la vida de los individuos, de las familias y de los grupos sociales en toda su amplitud, siendo la escuela y la familia los que constituyeran, desde su inicio, dos de los lugares privilegiados de intervención del higienismo”.

La familia ya era señalada como el mejor manantial de la higiene, indicando Tolosa Latour (1900, p. 24, en Campos, 1998, p. 346): “Que la perversión de los instintos familiares, es decir, el desafecto y la ignorancia en el hogar, es causa degenerativa del niño”. Por lo que para la crianza de hijos sanos era necesario pasar por una educación higiénica, dejando el papel de educadoras a las mujeres en su rol de madres, por lo que éstas debían conocer los principios de la higiene para desempeñar correctamente su papel social (Campos, 1998, p. 346).

El higienismo se formulaba como movimiento científico, “acercándose al estudio de las condiciones y factores ambientales, que influían de manera negativa en la salud

Marco conceptual

humana (...). El objetivo principal del higienismo era el conservar la salud y prolongar la vida” (Molina Villar, 2004, p. 101).

La higiene corporal, y la limpieza se fueron interiorizando. “Proliferaron en los dominios privados en este siglo los baños, los lavabos y, particularmente en Francia, los bidets. Gracias a una mayor disponibilidad de agua corriente y a la generalización del uso del jabón. La limpieza personal se convirtió en un signo de educación y gentiliza moral” (Sánchez González, 2002, p. 246). Asimismo, Molina Villar (2004, p. 273) afirma que el baño se irá incorporando “como práctica habitual en relación directa con el estado de salud (...). Las personas que habitualmente usan los baños, están menos expuestas a las enfermedades”.

En la definición de higiene coincidían básicamente todos los autores, como el arte de mantener la salud en su integridad, conservarla en tal estado, prevenir la enfermedad, y producir longevidad o alargar la vida. Algunos como García Gómez (1920, en Araque & Colmenar, 2011, p. 1) llegaban a considerar que “su conocimiento debe generalizarse como el de la física, la química y las matemáticas, pertenece a las masas como la religión y la moral”. Puede considerarse que el concepto de higiene que se poseía en la corriente higienista es extrapolable a lo que hoy denominamos salud pública.

En 1859, Florence Nightingale (1990), considerada como la fundadora de la enfermería moderna, enunciaba que “cada día tiene mayor importancia el conocimiento de la higiene, (...) el arte de mantenerse en estado de salud, previniendo la enfermedad”.

La higiene formó parte de los planes de estudio españoles de esta época, recogándose en los mismos por primera vez en el Reglamento General de Instrucción Pública de 1821 e implantándose de forma real en los centros educativos en 1868 donde permaneció, al menos en los planes de estudios de mayor vigencia, hasta 1936 (Araque & Colmenar, 2011). En 1900, higiene y educación constituían una pareja inseparable. “En España, desde 1901 la enseñanza de la higiene y la fisiología, con fines preventivos, se declaraba obligatoria en todas las escuelas, constituyendo una asignatura obligatoria en todos los programas escolares” (Criado Rodríguez, 2004b, p. 1).

2.1.5 Conceptualización moderna del término higiene

Según la última edición del Diccionario de la lengua española (Real Academia Española, 2014), se denomina higiene: 1. “parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades”; 2. “Limpieza o aseo”. El Diccionario de la lengua española (Real Academia Española, 2014) considera la higiene

privada como aquella “de cuya aplicación cuida el individuo”, y la higiene pública la que “en cuya aplicación interviene la autoridad, prescribiendo reglas preventivas”.

Por definición, como afirma De Freminville (2007, p. 90), “la higiene es una ciencia que enseña las medidas adecuadas que se han de tomar para conservar la salud”, lo que implica no únicamente la limpieza o aseo personal sino “tocar todas las vertientes de la vida de una persona” como la alimentación, la prevención y los cuidados médicos, la actividad física e intelectual, las relaciones sociales, la cultura, el trabajo, la limpieza y cuidados personales.

Aunque la definición científica y oficial actual del término higiene sigue manteniendo la conceptualización heredada del movimiento higienista, el uso coloquial del término higiene generalmente es referido a la limpieza, y especialmente a cualquier práctica enfocada a la ausencia o reducción de los perjudiciales agentes infecciosos (Jumaa, 2005, p. 4). Es por esta razón que la higiene es considerada un término que ha sido deslustrado en nuestros tiempos (Criado-Rodríguez, 2004a, p. 1).

2.2 CONCEPTUALIZACIÓN Y DIMENSIONES DE LA HIGIENE CORPORAL

2.2.1 Definición de higiene corporal

La higiene ha sufrido múltiples clasificaciones, fundamentalmente desde su consideración como ciencia en el movimiento higienista, coincidiendo la mayoría de autores en definirla como pública y privada. Se considera higiene pública “cuando se refiere a la colectividad, cuyo objeto era asegurar la salud de las poblaciones consideradas en conjunto (...). Por su parte, se considera como higiene privada o individual la que indica a cada uno las reglas que ha de seguir, no sólo para prevenir las enfermedades, sino para mejorar sus condiciones naturales”(Araque & Colmenar, 2011, p. 517). Pero es en 1928 cuando la higiene aparece en los libros de texto de secundaria españoles clasificada haciendo referencia a los distintos aparatos del organismo. Valero (1928, p. 310, en Araque & Colmenar, 2011, p. 517) señala que “se puede dividir la higiene, según los distintos aparatos del organismo, en higiene digestiva, mental, de la piel, etc.”.

Dentro del amplio campo de la higiene, la higiene corporal es aquella referida al “conjunto de cuidados que necesita nuestro cuerpo para aumentar su vitalidad y mantenerse en un estado saludable, (...) favoreciendo funciones corporales y protegiendo a los individuos de las agresiones del medio, al que, a su vez, los individuos deben cuidar como recurso de bienestar personal” (Delgado & Tercedor, 2002, p. 159).

Sánchez González, (2002, p. 241) indica que podemos referirnos a la higiene corporal como uno de los medios necesarios para poder alcanzar una óptima higiene personal. La higiene personal (o privada) es aquella que “se ocupa de las normas de comportamiento que cada individuo debe adoptar en su propio interés sanitario”, siendo su aplicación “una cuestión de responsabilidad individual, que se adquiere a través del proceso de educación” (Calvo, 1992, p. 267).

2.2.2 Cultura contemporánea de la sobrehigienización corporal: factores determinantes y consecuencias para la salud y el ambiente

La sociedad actual asume la higiene corporal como parte de su cotidianidad, un valor que forma parte de su cultura. Pero las prácticas y hábitos cotidianos que hemos adoptado en higiene corporal están influenciados por diversos factores, responsables de la evolución de nuestras rutinas.

La mayoría de los autores recomiendan una higiene corporal mediante el baño o ducha con una periodicidad que debería ser diaria. Esto conlleva a que una frecuencia inferior de aseo corporal sea considerada social y físicamente incómoda. Sin embargo, como hemos señalado en la revisión histórica de la conceptualización de la higiene, esto no siempre ha sido así. La higiene corporal ha evolucionado: actividad comunitaria en la edad antigua, recelo al agua de la edad media, lujo poco frecuente hasta hace menos de un siglo y actualmente una rutina diaria privada o individual (Hand, Shove & Southerton, 2005). Es llamativo como países como Alemania cuadruplicaron la facturación de geles de baño entre los años 1985 y 1993 (Klaschka, Liebig & Knacker, 2007, p.25).

Hand et al. (2005) fundamentalmente señalan tres factores como posibles responsables de las tendencias actuales de higiene corporal individual (referente al aseo corporal a través de la ducha): el desarrollo tecnológico de las infraestructuras de agua, electricidad y las innovaciones asociadas al baño; la intervención del estado y del gobierno en el establecimiento de la hegemonía social y cultural de los beneficios de la higiene corporal para la salud; y la organización temporal de la vida diaria. Estos autores también señalan que ha podido influir en nuestros hábitos higiénicos “las estrategias de las empresas implicadas en la comercialización y la mercantilización de los conceptos de bienestar personal y la atención a través de la segmentación continua”. Fonseca (1996, pp. 49) ya advertía que “la continua presión publicitaria, en todo tipo de medios, que sufren los padres, motiva a menudo que se perciban como necesarios y seguros para su uso en la infancia una serie de productos que en realidad

no poseen ninguna de estas cualidades”. Actualmente existe una creciente oferta en productos higiénico-sanitarios que hacen hincapié en sus beneficios cosméticos, además de la salud, que unido a factores como la actual concienciación para la salud (promoción de la salud), y el consumismo de la sociedad moderna, hace que estos productos se conviertan en un recurso cultural fundamental para la construcción de la identidad (Carter, Green & Thorogog, 2013).

Se han desarrollado investigaciones cuyo planteamiento del problema de investigación está orientado hacia las consecuencias ambientales y para la salud que los hábitos de sobrehigienización corporal actuales pueden desencadenar.

Las consecuencias para la salud de la falta de contacto con los “normalmente inocuos microbios del medio ambiente” fueron inicialmente expuestas por René Dubos en 1973 afirmando que podían comprometer el normal desarrollo del sistema inmunológico, reconociendo que sus sugerencias no estaban en línea con el pensamiento contemporáneo (Logan, Katzman & Balanzá-Martínez, 2015). Posteriormente el científico británico Strachan en 1989 planteó la “hipótesis de la higiene” la cual sugiere que la reducción en la exposición a microorganismos, fundamentalmente en la infancia (Hugues et al., 2013; Kramer et al., 2013), debido a la mayor higiene personal y la mejora de las condiciones de salud de los países desarrollados, contribuye al aumento de la incidencia de los trastornos autoinmunes como la esclerosis múltiple (Pehlivan et al., 2011), enfermedades alérgicas, enfermedad inflamatoria intestinal (Kramer et al., 2013) o el alzhéimer (Fox, Knapp, Andrews & Fincher, 2013).

Sin embargo, en base a estos resultados, no debe concluirse que se puede prescindir con seguridad de las normas de higiene, pues, como afirma la OMS, la estrategia preventiva de la higiene ha sido la responsable de la duplicación de la esperanza de vida desde 1870, por lo que las reglas sociales de la higiene como el lavado de manos después de ir al baño, deben mantenerse (Kramer et al., 2013).

Los actuales hábitos de higiene corporal suponen además un impacto ambiental tanto por el consumo de agua como por la contaminación de los champús y geles de ducha. Respecto al agua es evidente que es esencial para la promoción de buenas prácticas de higiene que nos mantiene en un estado saludable, pero debe ser utilizarla con responsabilidad. Según la OMS “La cantidad de agua que se provee y que se usa en las viviendas es un aspecto importante de los servicios de abastecimiento de agua domiciliar que influye en la higiene y, por tanto, en la salud pública”. No obstante, la OMS no ha proporcionado datos sobre la cantidad de agua domiciliar que se requiere para promover una buena salud, aunque sí arroja unas cifras mínimas aceptables que

Marco conceptual

permitan satisfacer las necesidades de consumo e higiene básica. Según estos datos, se considera que la cantidad de agua promedio que debe disponer una persona al día para asegurar el consumo, una higiene básica personal (incluye el baño/ducha corporal) y de los alimentos es de aproximadamente 50 litros. Por debajo de los 20 litros, la OMS considera que es difícil garantizar el baño; considerándose un acceso óptimo del servicio de abastecimiento de aguas a partir de los 100 litros diarios por persona, del cual gozamos en los países desarrollados. Teniendo como referencia estos datos de la OMS, podemos concebir de forma más precisa el elevado consumo de agua para la higiene corporal que efectuamos en los países con un óptimo abastecimiento de aguas. Únicamente el acto de ducharnos supone un consumo de agua de entre 20 y 50 litros por minuto con una media de duración de 7 a 8 minutos. Este consumo de agua excede al del baño tomado de dos a tres veces por semana, con un consumo medio de 80 litros de agua por baño, sin importar el tiempo que toma para el mismo (Turton, 1998, en Hand et al., 2005). En el Reino Unido existen previsiones de la industria que anticipan un aumento de cinco veces el número de litros utilizados para ducharse entre 1991 y 2021, acompañado por la dramática disminución del uso de la bañera (Herrington, 1996, p. 35, en Hand et al., 2005).

Por otro lado, estudios ecotoxicológicos han identificado varios ingredientes de champús, geles de ducha y espumas de baño que tienen un impacto negativo para el medio ambiente, aunque se sigue ignorando el riesgo potencial de estos productos, a los que se les ha prestado poca atención, incluso por la Directiva sobre Cosméticos de la Unión Europea (Klaschka et al., 2007).

2.2.3 Influencia de la higiene en el equilibrio del microbioma corporal

El estudio de la microbiología de la piel humana se inició hace décadas, siendo el científico Joshua Lederberg en 2001 quien acuñó el término "microbioma" definido como la comunidad ecológica de microorganismos comensales, simbióticos y patógenos que literalmente comparten nuestro espacio corporal" (Lederberg, 2001). Actualmente las nuevas técnicas moleculares basadas en el ácido nucleico para la identificación microbiana (fundamentalmente el gen 16S del ARN ribosomal <16S rRNA>) han demostrado las limitaciones del cultivo para apreciar la diversidad del microbioma corporal (Fredricks, 2001, p.167), estimando que entre el 20% y el 60% de el microbioma humano es incultivable (Peterson et al., 2009).

Los principales sitios de la colonización microbiana en el cuerpo humano son: la piel, boca, oído, el intestino y la vagina, teniendo consideración de ecosistemas con

diferentes nichos microbianos, en función de la región corporal analizada, donde cientos o miles de especies de microbios co-habitan y funcionalmente interactúan (Benítez-Páez, Belda-Ferre, Simón-Soro y Mira, 2014, p. 1) y cuya complejidad en sus relaciones sólo está ahora empezando a entenderse (Weng, Rubin & Bristow, 2005). Existen zonas que pueden llegar a albergar una microflora única.

La piel proporciona nutrientes para los microbios (lípidos y proteínas), aunque su ambiente seco y ácido limita los microbios que sobreviven en ella, los cuales “tienden a mantener un estado de equilibrio, resistir cambios bruscos en la estructura de la comunidad. Este proceso puede proteger al huésped de patógenos microbianos excluyéndolos del ecosistema cutáneo” (Fredricks, 2001, p. 167).

Weng et al. (2005) afirman que “el estudio actual de las comunidades microbianas complejas en la boca, el intestino, la piel y la vagina pueden conducir a una comprensión de su papel en la salud y enfermedad de los humanos”. Sin embargo, la microbiología históricamente se ha centrado en el estudio de los organismos causantes de enfermedades, sólo unos pocos estudios han examinado los beneficios de las bacterias residentes (Peterson et al., 2009, p. 2317).

El microbioma desempeña una función clave en la modulación autoinmune, metabólica y de las enfermedades infecciosas. Se ha observado que el microbioma corporal influye en la modulación del sistema inmune y es esencial para el completo desarrollo funcional de las células T (linfocitos T), modulando su expansión y activación, evitando enfermedades infecciosas y autoinmunes (Duan & Kasper, 2011; Grice & Segre, 2011).

Diversos factores, tanto externos como propios del huésped, pueden alterar el ecosistema de la piel, entre ellos: la higiene y el uso de jabones y cosméticos. “Actividades que parecen tan triviales para nosotros, como tomar una ducha, pueden ser el equivalente a un huracán para los microbios que habitan en la piel, con cambios en el paisaje y la estructura de la población” (Fredricks, 2001, p. 167). En esta línea, Bouslimani et al. (2015) tras realizar una cartografía de la piel humana en 3D utilizando espectrometría de masas y técnicas moleculares revelan que la composición molecular de la piel tiene diversas distribuciones definidas no sólo por las células de la piel y los microbios sino también influida por nuestras rutinas diarias, incluidas la aplicación de productos de higiene. Según sus autores, esta tecnología para desarrollar estos mapas moleculares de la piel establece una base para el estudio de las relaciones de la piel humana con la higiene, la microbiota y el medio ambiente.

Marco conceptual

Actualmente las investigaciones intentan desarrollar la caracterización completa de los ecosistemas microbianos para profundizar en la comprensión de su relación con la salud, la enfermedad y las infecciones.

2.2.4 La enfermería como promotora del cuidado en higiene corporal

La relación entre la enfermería y la higiene tiene un largo recorrido histórico y está y ha estado presente en múltiples corrientes teóricas.

Podemos establecer la relación entre higiene corporal y enfermería desde la concepción de la misma como profesión, a mediados del siglo XIX, siendo Florence Nightingale, teórica considerada fundadora de la enfermería moderna, quien establece las primeras diferenciaciones entre esta disciplina incipiente, y el trabajo de los asistentes domésticos y las tradicionales “enfermeras”. Nightingale enfatizó las cuestiones relacionadas con la higiene personal, además de su constante estudio sobre correlaciones entre las variables higiene, pobreza y salud (Amaro, 2004). En su obra más divulgada “Notas de enfermería: ¿qué es y qué no es?” (1859), incide en que el proceso de recuperación de la persona enferma está entorpecido por la necesidad de aire fresco, o de luz, o de calor, o de tranquilidad, o de limpieza, o de puntualidad y cuidado en la administración de la dieta” (Nightingale, 1990, p. 2).

Desde entonces la atención a la higiene corporal es considerada una parte esencial vinculada a los cuidados de enfermería.

Virginia Henderson, teórica enfermera, describe en 1966, en su libro “The Nature of Nursing”, uno de los modelos conceptuales más importantes de la enfermería moderna, contemplando la higiene corporal dentro de las 14 necesidades básicas que la persona debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento. Dicha necesidad queda enunciada como: “Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel” (Navarro & Novel, 2005, p. 5).

Dorothea E. Orem teórica enfermera, según Pereda (2011, p. 164), es posible que se inspirara en V. Henderson para el desarrollo de su modelo, compuesto por tres teorías: del autocuidado; del déficit de autocuidado; y de sistemas de enfermería. La higiene corporal queda representada en los requisitos universales de la teoría del autocuidado, definidos como “los comportamientos que por lo general se consideran dentro de los límites normales para los seres humanos. Constituyen los objetivos requeridos que deben alcanzarse a través del autocuidado para el mantenimiento de la integridad estructural y funcional en las diversas etapas del ciclo vital” (Vega & González, 2007, p. 31).

Actualmente la OMS define a la enfermería como una profesión que “abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”. De la definición de enfermería de la OMS interpretamos como la higiene corporal debe ser atendida por la profesión enfermera, inmersa en la “atención autónoma” de la disciplina, como medio para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población sana, o como ayuda en el restablecimiento de la salud en enfermos. Para ello los profesionales de enfermería no sólo cuentan con la aplicación de cuidados en higiene corporal cuando “el individuo experimenta un deterioro de la habilidad para llevar a cabo o completar por sí mismo las actividades de baño/higiene personal” (diagnóstico del déficit de autocuidado: baño/higiene), sino que son los profesionales responsables de establecer programas de educación para la salud en higiene corporal entre la población sana.

2.2.5 Dimensiones de la higiene corporal

La higiene corporal puede dividirse en las siguientes dimensiones o tipologías (Delgado & Tercedor, 2002; Junquera, 2003):

- Higiene oral.
- Higiene podal.
- Higiene de los oídos.
- Higiene Íntima.
- Higiene del cabello.
- Higiene de la piel.
- Higiene de las manos.
- Higiene facial.
- Higiene ocular
- Higiene de las fosas nasales.

A continuación se estudiará de forma independiente cada una de las dimensiones de la higiene corporal mencionadas, describiendo de forma detallada, para cada una de ellas,

Marco conceptual

tanto su relevancia para la salud, como las recomendaciones actuales de la literatura científica para una adecuada práctica higiénica. No se describen las dimensiones: higiene ocular y de las fosas nasales, ya que, su práctica independiente no suele formar parte de la higiene corporal en el ámbito cotidiano, como se pretende estudiar en la presente investigación. Además tampoco se halla en la literatura ninguna implicación relevante para la salud en la etapa infantil, motivo por el que la higiene facial tampoco será descrita.

2.2.5.1 Higiene oral

2.2.5.1.1 Importancia de la higiene oral

Promover hábitos de higiene oral, fundamentalmente en la infancia, permite el mantenimiento de una buena salud oral y prevenir el desarrollo de las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia: caries y enfermedad periodontal, cuyo principal factor etiológico es la placa dental (Carranza, 1986, en Arteagoitia & Díez, 2002, pp. 65-66; Gómez Ayala, 2006, p. 38). La caries está catalogada como la enfermedad crónica pediátrica más común (Mouradian et al., 2009, p. 374; Szilagyi, 2009, p. 372; FDI, 2014, p. 1). Gómez (2006, p. 38) afirma que el 80% de la población infantil padece caries. Esteva (2008, p. 50) especifica que esta dolencia la experimenta “hasta un 60,7% de los jóvenes de 15 años”. Las caries no tratadas pueden llegar a producir una infección sistémica, e incluso la muerte, debido a abscesos de origen dental (Mouradian et al., 2009, p. 374). Bosh (2007, p. 65) achaca la caries en niños a “una higiene deficiente y una dieta inadecuada”.

Seguir una buena higiene oral es un objetivo para la buena salud general del individuo (Bonet & Garrote, 2010a; Giménez, 2005b, p. 52; Lafuente et al., 2002, p. 214). Ayuda a prevenir la halitosis, la caries dental y la enfermedad de las encías (Giménez, 2005b, p. 52).

La población escolar presenta cifras alarmantes de gingivitis, existiendo una asociación positiva entre la prevalencia de gingivitis y la higiene bucal. Estudios realizados a nivel internacional muestran prevalencias superiores al 80% en esta población (Más et al., 2006).

Diversos estudios que analizan la relación entre caries y calidad de vida del niño, llegan a la conclusión de que las caries graves tienen un impacto serio sobre la calidad de vida de los niños. Entre los problemas más comunes, se identifican: el dolor, la irritabilidad, los problemas para comer, dormir o jugar, e informes negativos de la escuela (Tinanoff

& Reisine, 2009, p. 397). Además puede tener efectos negativos sobre el desarrollo cognitivo y la autoestima (FDI, 2014).

Satcher (2009) enfatiza las recomendaciones de prevenir las enfermedades orales en niños para promover la salud oral de toda la vida. Asimismo identifica el ambiente físico y social en el que se desarrolla el niño como factor determinante en su comportamiento saludable, por lo que aboga a que los poderes públicos de nuestras comunidades aseguren a los niños el cuidado para la salud oral y general que necesitan.

Estudios recientes en Estados Unidos afirman que los niños pobres y pertenecientes a minorías, llegan a tener una tasa de caries casi tres veces superior en comparación con aquellos con elevados ingresos, en parte porque los niños pobres tienen un menor de acceso al cuidado dental (Donna, H. & Donna, S., 2009, p. 462; Szilagyi, 2009, p. 372). “La evidencia consistente apoya una fuerte asociación entre los ingresos familiares y la incidencia de caries. Los niños (...) de familias de bajo ingreso tienen una mayor probabilidad de padecer caries” (Beck, 1998, Vargas, Crall & Schneider, 1998, en Tinanoff & Reisine, 2009, p. 399).

Szilagyi, enfatiza la importancia de intervenir en las familias y comunidades donde vive el niño, puesto que los esfuerzos de mejorar la salud de los niños deben también incluir a los adultos que los cuidan, incidiendo en la necesidad de informar sobre una adecuada práctica alimenticia para prevenir la cariogénesis.

Donna, H. y Donna, S. (2009) apuestan por el relevante papel que deben desempeñar los equipos de atención primaria (enfermeros pediátricos, enfermeros de familia y comunitarios, médicos de familia y comunidad y pediatras), como estrategia para abordar los problemas de salud bucodentales en la infancia, ya que tienen visitas más frecuentes de los menores que los dentistas. Estas autoras, señalan la escasez de personal sanitario bien documentado como uno de los principales problemas que afecta a la salud oral de los menores.

Giménez (2005b, p. 54) afirma que la higiene oral en la infancia puede comenzar incluso antes de que aparezca el primer diente, aconseja para ello humedecer las encías del menor “con una gasa o un paño mojados o pueden cepillarse suavemente con un cepillo de dientes infantil y agua (...). En cuanto aparezca el primer diente hay que cepillarlo con agua”. Estas medidas, según informa Giménez, además de prevenir la caries, “muestra al niño la importancia del cuidado dental habitual”.

Para Bonet y Garrote (2010, p. 65), el momento de instaurar los hábitos de higiene bucodental “es cuando el niño crezca y empiecen a aparecer los primeros dientes”. Para ello aconsejan utilizar “productos específicos para el público infantil que hacen de

Marco conceptual

esta práctica un juego: cepillos de tamaño adecuado a las dimensiones infantiles y que además presentan divertidas formas y colores o dentífricos bajos en flúor (para evitar la fluorosis), en forma de gel (menor abrasividad) y aromatizados con sabores adecuados a los gustos infantiles (fresa, cola...)”.

En este sentido, Bosh (2007, p. 65) indica que: “A partir del primer año de vida hay que empezar a educar a los niños para una correcta higiene bucodental”. Sugiere que se enseñe a base de divertidos juegos antes de ir a dormir.

Díaz y Castillo (2004, p. 120) dan especial importancia a que la técnica de cepillado dental, enseñada a los niños en el proceso de aprendizaje de la higiene oral, sea sencilla. Asimismo señalan la importancia de que “el niño asuma la higiene oral como algo rutinario y necesario”.

Yehieli y Koch (1999) proponen lecciones de educación en salud dental a escolares inmigrantes de primaria con barrera idiomática, recién llegados a Estados Unidos. Aunque especifican que las lecciones son igualmente aprovechables para los menores nativos.

Esta circunstancia es común a los centros de protección de menores de la CARM, en la que son acogidos numerosos menores extranjeros, ya sea acompañados o no acompañados, con poco o ningún conocimiento del castellano que conviven con otros menores que sí lo hablan. Las lecciones tienen una duración de cincuenta minutos y utiliza actividades interactivas, ayudas visuales y la repetición de gestos. Se dividen en cinco partes:

- 1- Se explica la importancia de los dientes para tener un cuerpo sano, se enseña a elegir un cepillo dental de tamaño adecuado a sus necesidades.
- 2- Educación sobre alimentos saludables y perjudiciales para los dientes. Se aconseja que visiten regularmente al dentista.
- 3- Demostración de la técnica correcta de cepillado con menores voluntarios disfrazados de dientes con fundas de almohada y un cepillo gigante, y uso de seda dental, con una cuerda de aproximadamente un metro de longitud.
- 4- Explicación nuevamente de la técnica de cepillado con apoyo de una maqueta dental. Los menores lo imitarán utilizando su lengua como cepillo.
- 5- Práctica real con cepillos de dientes. Esta práctica se repetirá a diario durante un mes en la escuela, con el cepillo facilitado para que sigan con el hábito en casa.

También se sugieren lecciones en salud oral en un estudio llevado a cabo en Madrid (Caldés et al., 2005) con sesenta menores de sexto curso de primaria, en el que se impartió una charla educativa sobre salud bucodental, realizándose encuestas antes y cuatro semanas después de la intervención educativa. Como conclusión se obtiene que “una intervención educativa como la realizada (...), sirve para mejorar el conocimiento de estos niños sobre higiene y salud bucodental, así como para modificar positivamente sus comportamientos”. Entre los resultados de la intervención, se observa un aumento de la frecuencia del cepillado dental (pasando de un 87% a un 98% los niños que se cepillaban más de dos veces al día), y una modificación en la técnica de cepillado en un 81,7% de los menores.

La educación para la higiene oral se ve favorecida por la concienciación de la población en la “importancia y repercusiones que conlleva disfrutar de una boca sana y, por consiguiente, sea más consciente de poner en uso estas prácticas y transmitir las como una parte más de la educación a la población infantil” (Bonet & Garrote, 2002, p. 83).

La concienciación en salud oral por los propios adolescentes se refleja en el estudio llevado a cabo por Lafuente et al., (2002, p. 215), entre los adolescentes de Vitoria-Gasteiz, de edades comprendidas entre trece y veinte años. El mismo señala que el 81,9% de los adolescentes estudiados valoran su salud oral y dental lo mismo que la salud de cualquier otra parte del cuerpo, un 10% la valora más y un 7% menos.

Este mismo estudio, a su vez, refleja que el “hábito de higiene oral es bajo en la población adolescente”. La misma conclusión es obtenida en un estudio realizado con escolares de entre nueve y dieciséis años en un área rural de Lugo (Túñez, Fernández & Machín, 2005, p. 127) al indicar que “tan sólo una mínima parte de la población escolar tiene hábitos globalmente correctos”. Sin embargo, este estudio señala, por otro lado, que los padres han enseñado a lavarse los dientes al 90,7% de los menores encuestados. Observamos cómo, a pesar del elevado porcentaje de menores que afirman haber sido enseñados por sus padres a lavarse los dientes, se concluye que globalmente su higiene oral no es correcta. Y es que, como afirma Bosh (2007, p. 64): “La higiene bucodental es compleja y engloba distintos tipos de autocuidados básicos y generales y otros específicos personales”.

Por ello, en relación a la educación en higiene oral, Bellini, Arneberg y Von der Fehr, (1981, en Varela P.I., Graña & Varela A., 2008), indican que es más importante la calidad de las medidas de higiene bucal adoptadas que la frecuencia con se ponen en práctica, por lo que se aboga por un control de la calidad de las enseñanzas que se imparten.

Marco conceptual

En cuanto al hábito en higiene oral, Casals (2005, p. 400) añade que sólo se puede alcanzar una mejora de la técnica en la higiene oral cuando se ha alcanzado una frecuencia del hábito correcta; por tanto, insiste en que “la base de una buena prevención de la caries y la enfermedad periodontal deben basarse en una frecuencia mínima de cepillado”.

El nivel de inteligencia y su influencia en la salud oral infantil también ha sido estudiado. Cabe esperar que la inteligencia tenga un impacto significativo en la comprensión de los niños sobre las causas y consecuencias de la enfermedad oral, y sobre la información e instrucciones recibidas. Sin embargo un estudio que evaluaba la posible relación entre el coeficiente intelectual con la caries y la enfermedad gingival en una muestra de 252 niños de 10 a 15 años, no muestra relaciones significativas entre los diferentes grupos de inteligencia y la prevalencia de caries y gingivitis (Navit et al., 2014).

2.2.5.1.2 Recomendaciones sobre la higiene lingual

La lengua es el lugar donde se acumula la mayor cantidad de bacterias de toda la cavidad bucal. Debe ser limpiada diariamente. Al principio se puede sentir una sensación de náusea que irá desapareciendo con el tiempo, pudiéndose alcanzar zonas más alejadas de la lengua. Hernández Martínez (2002, p. 130), recomienda iniciar la higiene oral con la limpieza de la lengua.

Para la correcta higiene lingual se aconseja la utilización de un limpiador lingual (Arteagoitia & Díez, 2002, p. 70; Hernández Martínez, 2002, pp. 126-131) con forma de espátula adaptada a la curvatura de la lengua, constando de dos caras: una de perfil ondulado especial para adaptarse a la depresión central de la lengua, y otra de perfil liso para limpiar los laterales. Este accesorio poco conocido facilita la limpieza del tercio posterior de la lengua, previniendo y tratando, además, la halitosis. Hernández Martínez (2002) recomienda su utilización por la mañana con el fin de “eliminar la película que se produce con la reducción del flujo salivar de la noche provocada por la microflora acumulada en la cavidad bucal y principalmente en los tejidos del dorso posterior de la lengua”, y por la noche antes de acostarse.

Bonet & Garrote (2010, p. 67) también instan a la limpieza lingual “mediante la utilización de cepillos o rascadores linguales y geles linguales, que resultan clave para la remoción eficaz de la placa patológica de la lengua”.

Para la correcta utilización del limpiador lingual, Hernández Martínez (2002, pp. 130-131) enumera los siguientes pasos:

- 1- Limpiar primero la parte central de la lengua, utilizando la cara del limpiador que presenta un saliente. Para ello, sujete el limpiador lingual por el mango de modo que el saliente quede en la parte inferior.
- 2- Sacar la lengua e introduzca el limpiador lingual en la boca intentando alcanzar la parte más lejana de la lengua.
- 3- Arrastrar el limpiador por el centro de la lengua hacia la parte delantera de la boca.
- 4- Aclarar el limpiador con agua.
- 5- Limpiar los laterales de la lengua utilizando la cara lisa del limpiador. Aclare el limpiador después de cada pasada.
- 6- Enjuagar abundantemente con agua al finalizar.

Otros autores, sin incidir en la necesidad de utilizar un limpiador lingual, instan a la limpieza de la lengua durante el acto del cepillado dental con el cepillo de dientes utilizado para la higiene dental, para que así la higiene oral sea completa (Alvira & Fustero, 2004, p. 82; Bonet & Garrote, 2002, p. 83; Bosh, 2007, p. 66).

Según el estudio llevado a cabo por Túñez et al. (2005), con menores escolarizados de un área rural de Lugo, sólo un 21,9% de la población de estudio se cepillaba la lengua durante su higiene oral. En general, como se observa en este estudio, la higiene de la lengua no se realiza con la frecuencia que sería deseable entre la población infantil.

2.2.5.1.3 Recomendaciones sobre el cepillado de dientes en la higiene dental

Varela, P.I. et al. (2008, p. 105) insisten en que “la educación para la salud oral del niño debe incluir necesariamente la enseñanza del cepillado, (...) [siendo] altamente recomendable incluir en las sesiones educativas la práctica supervisada”. El cepillado dental minucioso elimina la placa bacteriana previniendo la caries (enfermedad crónica infecciosa más prevalente en el hombre), y la enfermedad periodontal (Caldés et al., 2005, p. 150).

La edad a la que se debería iniciar la enseñanza del hábito de la higiene bucal, es a los dos años, edad también en la que deben eliminarse el chupete y el biberón. Los padres invitarán a sus hijos a que les imiten en la técnica del cepillado de dientes, se les proporcionará a los menores un cepillo dental y agua o un dentífrico poco fluorado. Hasta que dominen la técnica (sobre los seis o siete años), los padres completarán el

Marco conceptual

cepillado de los niños (Alvira & Fustero, 2004, p. 82). Para García-Gamba (1999) y De Barutell (2003, en Díaz & Castillo, 2004, p. 120), la supervisión de los padres se suele necesitar hasta los diez años.

El accesorio para la higiene dental por excelencia es, sin duda, el cepillo de dientes. Consta de 4 partes: mango, cuello, cabeza y filamentos. La eficacia de limpieza de los filamentos depende fundamentalmente de su dureza y de su disposición en la cabeza, según la densidad y la angulación de los filamentos. Su función es la de eliminar la placa de los dientes, disminuyendo así la posibilidad de padecer caries. La mayoría de los cepillos cumplen con este propósito en las superficies planas de los dientes, la dificultad estriba en los espacios interdentes, borde gingival y en los dientes que no siguen una disposición lineal en la boca (Arteagoitia & Díez, 2002, p. 68).

Los cepillos dentales deberán elegirse adaptándose a la edad del menor, pues como afirma Bosh (2007, p. 66): “Se comercializan cepillos de dientes especiales para niños de todas las edades”. Alvira y Fustero (2004, p. 84) aconsejan que sean: “De tamaño pequeño, mango rígido, cuello estrecho (para que entre bien en la boca) y cerdas de nylon (tynex) suaves y de puntas redondeadas y pulidas para no rallar el esmalte”. Según la *guía de salud bucodental para maestros* (Consejería de Sanidad, 1992, pp. 18) se recomienda un cepillo de dientes con un tamaño de cabeza pequeña, de 1,5 cm para los niños, densamente rellena de filamentos de nylon y de consistencia suave o media para no lesionar las encías.

Existe la opción en el mercado de adquirir un cepillo eléctrico. Estos cepillos constan de un cabezal rotatorio oscilante independiente, adaptable a una unidad de carga dotada de un motor y una batería. El cabezal, de tamaño reducido, permite alcanzar los dientes posteriores. Posee cerdas agrupadas en penachos y gira a gran velocidad. Se presentan distintos tipos de cabezales diseñados para distintas indicaciones según el paciente, existiendo modelos de cepillo eléctrico infantil, de tamaño y características adecuadas a los más pequeños.

Aunque existen estudios comparativos entre los cepillos eléctricos y manuales que muestran resultados desiguales y contradictorios tanto en niños como en adulto tanto en relación al estudio del índice de reducción de placa o la prevalencia de gingivitis o de la caries dental (Arteagoitia & Díez, 2002, p. 70; recientemente, un metanálisis realizado por Yacob et al. (2014) con 51 ensayos clínicos concluye que hay pruebas de calidad moderada de que los cepillos de dientes eléctricos proporcionan un beneficio estadísticamente significativo en comparación con los cepillos manuales tanto en la reducción de la placa como en la prevención de gingivitis a corto y largo plazo. Bonet y

Garrote (2010, p. 68) recomiendan especialmente los cepillos eléctricos a aquellas personas con movilidad reducida y/o problemas de coordinación motora, al precisar un movimiento pequeño o casi nulo del brazo, además de disponer un mango más grueso que facilita su sujeción.

El cepillado debe de realizarse después de cada comida (Alvira & Fustero, 2004, p. 82; Arteagoitia & Díez, 2002, p. 68; Bonet & Garrote, 2010a, p. 64; Bosh, 2007, p. 65; Díaz & Castillo, 2004, p. 120; Esteva, 2008, p. 51). Barriuso, Sanz & Hernando (2012, p. 141) especifican que se deben cepillar los dientes tras las comidas principales. Aunque las recomendaciones de la Federación Dental Internacional rebajan la frecuencia del cepillado dental a un mínimo de dos veces al día (Díaz & Castillo, 2004, p. 120; FDI, 2008), siendo cumplidas estas cifras según Casals (2005, p. 400) por entre un 50 y un 55% de los escolares adolescentes. Si el estilo de vida impide el cepillado dental después de cada comida, se recomienda que la higiene dental se realice como mínimo, y a fondo, al menos una vez al día, siendo preferible realizarla antes de acostarse (Bonet & Garrote, 2002, p. 83; Hernández Martínez, 2002, p. 137). Por otro lado, la duración del cepillado varía entre un mínimo de dos (Arteagoitia & Díez, 2002. P. 68; Bonet & Garrote, 2010a, p. 64; Bosh, 2007, p. 66;) o tres minutos (Alvira & Fustero, 2004, p. 84; Esteva, 2008, p. 51; Gómez Ayala, 2006, p. 39;) según el autor consultado.

Un estudio llevado a cabo por Caldés et al. (2005), con sesenta menores escolares de 12 años, revela que el 65% de los menores encuestados se cepillaba los dientes dos veces al día, un 21,7% se cepillaba tres o más veces al día, y tan sólo un 13,3% lo hacía una vez al día.

En otro estudio basado en la Encuesta Nacional de Salud de España, realizado a nivel nacional, en 8042 sujetos (2-15 años) para conocer la prevalencia de hábitos bucodentales saludables, obtiene que el grupo de edad de 6 a 15 años se cepilla los dientes con una frecuencia diaria de: menos de dos veces (35,37%); 2 veces (38,20%); y 3 o más veces (24,87%). En este mismo grupo de edad se considera que el 47,09% presenta alguna enfermedad dental (extracción, obturación o caries dental). El estudio también correlaciona el nivel de estudios de sus madres con la frecuencia de cepillado, siendo la frecuencia mayor en aquellos menores cuyas madres tenían mayor nivel educativo (Barriuso et al., 2012).

En la población de Navacarnero (Madrid), se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo transversal, mediante encuesta autoadministrada, sobre hábitos dietéticos, higiénicos y sociales en estudiantes de 8º de Educación General Básica (EGB) y de 3º de Bachillerato Unificado Polivalente (BUP) y cursos equivalentes de Educación

Marco conceptual

Secundaria Obligatoria (ESO) y Formación Profesional (FP). En relación a la higiene bucal el estudio revela que el porcentaje de adolescentes que se cepilla los dientes todos los días al menos una vez es mayor en el grupo de estudiantes de BUP/ESO/FP que en el de EGB. También se obtiene que en ambos grupos la higiene bucal de los varones es más deficiente ($p < 0,001$) que la de las mujeres (Martín, Molina, Fernández, Moreno & Lucas, 1996, p. 339).

Semejantes resultados se obtienen del estudio transversal, mediante encuesta, realizado en Murcia sobre los hábitos higiénicos en escolares de 2º y 7º de EGB en la zona rural de La Ñora, y 2º y 5º de EGB, 2º BUP y 2º FP en la zona urbana de Santa María de Gracia. El estudio refleja que el hábito de cepillarse los dientes dos o tres veces al día aumenta con la edad, obteniendo en la zona urbana una frecuencia del 42,9% en EGB, un 40,8% en BUP y un 78,9% en FP. Este hábito fue mayor también en la zona urbana frente la rural, al obtener que sólo un tercio (31,2%) de los alumnos de EGB de la zona rural lo realizan ($p < 0,01$) En relación al sexo, fueron las chicas quienes se cepillaban los dientes tras cada comida con mayor frecuencia tanto en Primaria de medio rural y urbano, Secundaria y también para datos globales ($p < 0,01$) (Sánchez Moreno et al., 1992).

El cepillado dental exige una técnica adecuada que realice un correcto arrastre de residuos de alimentos y placa bacteriana de las caras externa, interna y de masticación de los dientes (Arteagoitia & Díez, 2002, p. 68). Para Bonet y Garrote (2002, p. 83) todas las técnicas de cepillado existentes persiguen el mismo fin, por lo que para que la técnica sea efectiva se debe llegar a todos los rincones del diente y las encías. Para no olvidarse ninguna de las caras del diente, la lengua y las encías, Bonet y Garrote (2010, p. 64) aconsejan seguir siempre un orden fijo.

Gómez Carrizo (2001, p. 102) insta a que el cepillado dental se realice en una primera fase del cepillado con el cepillo seco y sin dentífrico para un mejor arrastre mecánico de los residuos. Posteriormente se usará el dentífrico. La técnica de cepillado que sugiere es mediante movimientos verticales desde la raíz a la punta y un movimiento circular en la zona junto a las encías, debiendo insistir en los molares y las encías de los incisivos.

Arteagoitia y Díez (2002, p. 69) también insisten en la multitud de descripciones de las técnicas de cepillado, destacando los principales puntos a tener en cuenta:

- El cepillo se ha de apoyar de forma que las cerdas cubran el espacio que une los dientes de la encía.
- Se han de realizar movimientos circulares suaves, diente por diente, o en grupos de dos dientes, sin levantar el cepillo.

- El procedimiento se ha de realizar en la cara externa e interna de todos los dientes y muelas, finalizando con el cepillado de las superficies masticatorias de los dientes y muelas con movimientos cortos y rápidos.
- Un cepillado horizontal convulsivo produce desgaste mecánico en caninos y premolares.

Más et al. (2006) realizaron un estudio descriptivo transversal en 60 escolares de 6 a 8 años del municipio de Camagüey (Cuba), para determinar el nivel de información sobre salud bucodental, midiendo además la eficiencia del cepillado según el índice de análisis de higiene bucal de Love. El estudio constata que sólo el 10% de los menores se cepillaba los dientes correctamente, el otro 90% presentó un cepillado deficiente de sus dientes y encías. Según los autores, el deficiente cepillado dental “estuvo asociado con la poca educación en salud oral que tiene esta población al respecto, así como la falta de motivación que existe en los niños de estas edades hacia las prácticas de higiene oral”.

Se debe instruir a los menores del tiempo de vida útil del cepillo de dientes, siendo éste de tres meses, tiempo tras el cual debe ser sustituido (Arteagoitia & Díez, 2002, p. 68; Bonet & Garrote, 2002, p. 83; Bonet & Garrote, 2010a, p. 64; Esteva, 2008, p. 51; Giménez, 2005b, p. 52; Hernández Martínez, 2002, p. 137; Lafuente et al., 2002, p. 216). No obstante, como afirman Bonet y Garrote (2002, p. 83): “Si antes de transcurrir este periodo se observase una falta de firmeza de las cerdas, cambios en la dirección (es decir, que se muestren aplastadas) o cualquier otra anomalía, deberá reemplazarse el cepillo para poder conseguir con efectividad una correcta higiene bucal”.

El estudio realizado por Lafuente et al. (2002), con adolescentes de Vitoria-Gasteiz, evidenciaba que la mayoría de los adolescentes (36,6%) cambiaba de cepillo cada 6 meses. El 32,2% recambiaba el cepillo anualmente, el 20,7% lo hacía cada trimestre y sólo el 10,4% lo cambiaba cada dos o más años. Aproximadamente una quinta parte de la población adolescente estudiada, reemplaza el cepillo en el tiempo indicado: tres meses. Casals (2005, p. 398), indica que las cifras arrojadas por el estudio de Lafuente et al. (2002) en los adolescentes, no se alejan mucho de las obtenidas de los estudios de mercado sobre la venta de cepillos.

Otro punto a tener en cuenta en el cepillado es el uso de los dentífricos. El cepillado, usado junto con un dentífrico fluorado incrementa su efectividad anticaries hasta un 30% (Arteagoitia & Díez, 2002, p. 68). Los dentífricos son la fuente más común de fluoruro tópico, uno de los agentes más importantes para promover la remineralización

Marco conceptual

de los dientes y prevenir la caries, aunque actualmente los investigadores especulan sobre si el uso de las pastas de dientes contribuyen de forma significativa a la disminución de la caries dental (Gujarathi, Sholapurmath, Mandroli & Benni, 2015). El uso excesivo de los dentífricos con flúor constituye un factor de riesgo para la fluorosis relacionado con su ingesta y la concentración de fluoruro de la pasta, hecho que representa un riesgo más elevado en los niños pequeños por el inadecuado control sobre sus reflejos de deglución (Gujarathi et al., 2015). Por este motivo Giménez (2005b, p. 56) no recomienda el uso de dentífricos fluorados hasta que el niño sea capaz de escupir la pasta dentífrica fuera de la boca, normalmente hacia los tres años de edad, aunque la Asociación Americana de Pediatría (AAP) (2014) actualmente recomienda el uso de los dentífricos fluorados para todos los niños a partir de la erupción del diente, independientemente del riesgo de caries. Hasta los 3 años la AAP recomienda usar el dentífrico con una cantidad del tamaño de un grano de arroz, y desde los 3 años una cantidad pequeña. Giménez (2005b, p. 56) especifica que la cantidad de pasta a aplicar sobre el cepillo (desde los 3 años) debe ser similar al tamaño de un guisante, como máximo.

También se debe contemplar dentro del cepillado dental, la utilización de los llamados reveladores de placa, indicados sobre todo en personas poco experimentadas en la higiene dental. Son productos cuya forma de presentación puede ser en formas líquidas o comprimidos masticables. Actúan coloreando temporalmente y haciendo visibles por tanto, los puntos de la boca en los que existe una importante presencia de placa bacteriana. De este modo, se puede incidir mediante los procesos de limpieza dental con mayor efectividad e insistencia sobre ella (Bonet & Garrote, 2002, p. 83). Hernández Martínez (2002, p. 136) aconseja su utilización antes de acostarse, debido a que el agente revelador puede colorear la lengua y las encías durante un breve espacio de tiempo. Una vez experimentado en la higiene dental, sólo será necesario utilizar los reveladores de placa para hacer la comprobación de vez en cuando.

Utilizar el revelador de placa dental es muy sencillo, únicamente se tiene que masticar la tableta para disolverla, y hacer circular la saliva por entre los dientes durante un minuto. Seguidamente, se aclara la boca con agua abundante. Por último examinar la zona de placa bacteriana que queda coloreada con la ayuda de un espejo en un lugar bien iluminado (Hernández Martínez, 2002, p. 136; Pérez, Lefler, Sánchez, Rubio, J. & Rubio, M., 2001, p. 55).

2.2.5.1.4 Otros accesorios para la higiene oral: seda dental, cepillo interdental y colutorios bucales

Son diversos los accesorios que pueden utilizarse para conseguir una completa higiene oral. Seguidamente vamos a describir aquellos usados más asiduamente en la prevención de patologías bucodentales. Quedan excluidos en esta revisión, los accesorios con características e indicaciones especiales para patologías bucodentales en particular.

Seda dental y cepillo interdental

La seda o hilo dental como los cepillos interdenciales, o también llamados cepillos interproximales, se usan para higienizar los espacios existentes entre los dientes, removiendo residuos alimentarios y la placa del espacio interdental. Como afirma Arteagoitia y Díez, (2002, p. 70): “Esta zona es de difícil acceso para el cepillo de dientes, por lo que (...) debe emplearse como complemento al cepillado”. En esta línea Bonet y Garrote (2010, p. 64) señalan que: “Para garantizar una adecuada limpieza de los espacios interdenciales y la zona por debajo de la línea de la encía, el cepillado debe complementarse con la utilización regular de seda dental y/o cepillos interproximales”. Se deben emplear con suavidad para no dañar las encías, siendo los cepillos interproximales especialmente eficaces en los espacios interdenciales amplios (Giménez, 2005b), y la seda dental “cuando apenas hay separación entre dientes” Bonet y Garrote (2010, p. 68).

Los cepillos interdenciales se clasifican según su tamaño y capacidad de acceder a los espacios interdenciales, existiendo incluso con el cabezal en ángulo de 90°, para lograr un mejor acceso (Esteve, 2008, p. 50). Se ha de utilizar el tamaño de cepillo más adecuado para cada espacio interdental. Sus filamentos son de Tynex en forma cónica o cilíndrica, dispuestos en torno a un alambre trenzado de acero inoxidable que puede estar recubierto por un material plástico aislante. Pueden incorporar clorhexidina para incrementar la acción antiplaca (Arteagoitia & Díez, 2002, p. 70). “Son fáciles de usar y crean hábito” (Bosh, 2007, p. 66).

Para utilizar de forma adecuada los cepillos interproximales, “se debe introducir el cepillo a través del espacio entre dientes desde dentro hacia fuera y viceversa, sin hacerlo girar, frotando las caras laterales de los dientes. Si el cepillo interproximal no entra con facilidad, no se debe forzar, sino que se ha de probar con un cepillo de menor tamaño” (Pérez et al., 2001, p. 55).

Marco conceptual

En cuanto al hilo o seda dental, por otro lado, se puede encontrar tanto de sección redonda o algodonosa como más cuadrada o cinta, como monofilamento y plurifilamento (Bonet & Garrote, 2010a, p. 68; Esteva, 2008, p. 50;). Bosh (2007, p. 66) afirma que: “La cinta es más difícil de usar, pero limpia más efectivamente por su mayor capacidad de arrastre”. En general la seda dental está constituida por una capa de nailon y una capa externa de polímero que la hace resistente. Pueden presentarse con o sin cera o con flúor, clorhexidina y mentol (Arteagoitia & Díez, 2002, p. 70; Bonet & Garrote, 2010a, p. 68). En el caso de las ceras, o polímeros sintéticos tipo politetrafluoretileno (PTFE), que recubren algunas sedas dentales, éstas son usadas para rebajar su coeficiente de rozamiento y facilitar su deslizamiento por los espacios más estrechos (Bonet & Garrote, 2010a, p. 68).

La seda dental, según Alvira y Fustero (2004, p. 82), es el primer producto que debe usarse para llevar a cabo una correcta higiene dental, por lo que se utilizará antes del cepillado. Gómez Carrizo (2001, p. 103) indica que a los menores “es importante enseñarles a usar el hilo dental, al menos una vez al día, mejor antes de acostarse”.

Para Giménez (2005b, p. 56), el uso de la seda dental puede iniciarse desde que el niño tenga ya todos sus dientes. Alvira y Fustero (2004, p. 82), aconsejan su uso, como el de los cepillos interproximales, alrededor de los ocho años de edad, requiriendo de la supervisión de los padres, al menos hasta los diez o doce años, ante todo para evitar que se lesionen las encías. En la misma línea, Bonet y Garrote (2002, p. 84) no aconsejan el uso de la seda dental en los más pequeños, a menos que se realice una estricta supervisión por parte del adulto.

Para usar correctamente la seda en la higiene dental, debe conocerse previamente la técnica adecuada de sujeción de la misma. Para ello se debe cortar unos cincuenta centímetros de seda de la bobina y enrollar la mayor parte del hilo en el dedo medio de una de las manos. El resto del hilo se enrollará en el mismo dedo de la mano opuesta, que irá recogiendo la seda dental conforme se vaya utilizando. Se sujetará con firmeza la seda entre los dedos pulgar e índice de cada mano, dejando una distancia de dos o tres centímetros. De este modo, la seda dental queda preparada para ser insertada con suavidad entre los dientes (Pérez et al., 2001, p. 54).

Una vez aprendida la forma de sujeción de la seda, Giménez (2005b, p. 53) nos informa del correcto modo de empleo sobre las piezas dentales, indicando que: “Es preciso colocarla ante la superficie frontal y posterior de cada diente de manera que la seda forme una <<C>>, como si rodeara al diente. Hay que desplazar la seda desde la línea de la encía hasta la punta del diente para eliminar el sarro. (...) Recordar pasar la seda

por las caras posteriores de los dientes y emplear un trozo de seda limpio para cada diente”.

Un estudio llevado a cabo con adolescentes de Vitoria-Gasteiz (Lafuente et al., 2002, p. 215) afirma que, aparte del cepillado dental, los adolescentes “no están acostumbrados al uso de otras medidas de higiene bucal como es la seda dental”. En este caso, sólo un 3,3% hace uso regular de la seda. Casals (2005, p. 400), coincide con este estudio al afirmar que los hábitos de higiene interproximal en edades infantiles o juveniles son muy bajos, situándose entorno al 5% los usuarios habituales. Soria-Hernández, Molina & Rodríguez (2008) muestran un porcentaje de uso de hilo dental en niño/as de entre 6 y 7 años de un 12,7%.

Colutorios bucodentales

Los colutorios eliminan gérmenes, refrescan la boca y el aliento (Esteva, 2008, p. 50). Como afirman Bonet y Garrote (2010, p. 65), no sólo complementa la práctica higiénica del cepillado, sino que además contribuyen al mantenimiento de un buen aliento.

Aunque su composición varía según las necesidades del usuario (Esteva, 2008, p. 50), los colutorios suelen incluir en su formulación para garantizar una elevada sustantividad: “agentes antiplaca (acción antiséptica/antimicrobiana: triclosán, hexidina, clorhexidina), sales de flúor (remineralización) y agentes neutralizantes de los compuestos volátiles de azufre causantes de halitosis (lactato de cinc, aceites esenciales, sustancias aromáticas...) que aportan un intenso sabor y olor a fresco” (Bonet & Garrote, 2010a, p. 68). Por lo general, como afirma Bosh (2007, p. 66): “Tienen la misma composición que las pastas dentales, excepto abrasivos y blanqueadores”.

Los colutorios infantiles, según su contenido en flúor, hallamos dos tipos: para su uso diario (0,05%) y para uso semanal (0,2%). En cualquier caso, los enjuagues con soluciones fluoradas en los niños no se iniciarán hasta la edad de seis años, edad en la cual empiezan a salir los primeros dientes definitivos. El contenido en alcohol de los colutorios infantiles se ha conseguido que sea casi nulo, por lo que no es necesario diluirlos antes de usarlos (Alvira & Fustero, 2004, pp. 82-84).

Según sus indicaciones terapéuticas, los colutorios más vendidos son los indicados para encías delicadas con un 75,1%, seguidos a distancia por los anticaries con un 9,9%, los colutorios para dientes sensibles (4,7%), los indicados para combatir la xerostomía (1,3%) y finalmente un 0'8% para los blanqueadores/antimanchas (Divins, 2009, p. 39).

Marco conceptual

Hernández Martínez (2002, p. 127) recomienda el uso de un antiséptico oral tanto en la higiene matinal como antes de acostarse por la noche. Esteva (2008, p. 51) aconseja utilizarlos “como complemento del cepillado”, indicando que los fluorados estimulan “los procesos de remineralización del esmalte descalcificado”.

Por lo general se utilizarán después del cepillado, a excepción de enjuagues y colutorios especialmente formulados para reblandecer la placa, que se aplicarán antes del cepillado, facilitando la eliminación de placa bacteriana (Alvira & Fustero, 2004, p. 82).

Lafuente et al. (2002) arrojan entre los resultados de su estudio con adolescentes, que la incorporación de los colutorios bucales sin prescripción facultativa a la higiene oral habitual es escasa. Únicamente el 4,8% de los adolescentes estudiados lo utilizaban a diario, y un 88,1% no los había utilizado nunca. Soria-Hernández et al. (2008) muestran un porcentaje de uso de colutorio en niño/as de entre 6 y 7 años de un 15,7%.

En la tabla 2.1 y tabla 2.2 se muestran de forma sintetizada las recomendaciones halladas en la literatura sobre higiene bucodental e higiene lingual respectivamente; y el grado de recomendación utilizado por el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (Harbour & Miller, 2001).

RECOMENDACIONES EN HIGIENE BUCODENTAL		Grado de Recomendación (SIGN)
Edad de Inicio		
Cepillado dental	Dos años de edad (Alvira & Fustero, 2004).	D
	Antes de que aparezca el primer diente iniciar la higiene de encías (Giménez, 2005b).	D
	A partir del primer año de vida (Bosh, 2007).	D
	Desde que aparezca el primer diente (Bonet y Garrote, 2010; Giménez, 2005b).	D
Cepillos interdetales	Alrededor de los ocho años de edad, requiriendo de la supervisión de los padres, al menos hasta los diez o doce años (Alvira y Fustero, 2004).	D
Seda dental	Los niños pequeños precisan una estricta supervisión por parte del adulto (Bonet y Garrote, 2002).	D
	Alrededor de los ocho años de edad, requiriendo de la supervisión de los padres, al menos hasta los diez o doce años (Alvira y Fustero, 2004).	D
	Puede iniciarse desde que el niño tenga ya todos sus dientes (Giménez, 2005b).	D
Colutorio	Desde los seis años de edad, coincidiendo con los primeros dientes definitivos (Alvira & Fustero, 2004).	D
Instrumentos		
Cepillo dental	Cabeza pequeña, de 1,5 cm para los niños, densamente rellena de filamentos de nylon y de consistencia suave o media (Consejería de Sanidad, 1992).	D
	Cepillos eléctricos y manuales, muestran resultados desiguales y contradictorios tanto en niños como en adultos (Arteagoitia & Díez, 2002).	D

	De tamaño pequeño, mango rígido, cuello estrecho y cerdas de nylon suaves y de puntas redondeadas y pulidas (Alvira y Fustero, 2004).	D
	Adaptado a la edad del menor (Bosh, 2007)	D
	Tiempo de vida útil: 3 meses o antes si se observaran anomalías (Bonet & Garrote, 2010a; Esteva, 2008; Lafuente et al, 2002).	(D;D;D)
	Cepillos eléctricos significativamente mejores que los manuales en la reducción de placa y prevención de la gingivitis (Yacoob et al., 2014)	A
Dentífrico	Fluorado hacia los 3 años de edad, cuando el niño/a sea capaz de escupir la pasta dentífrica. Echar la cantidad del tamaño de un guisante (Giménez, 2005b).	D
	Fluorado a partir de la erupción del diente, independientemente del riesgo de caries, echando la cantidad del tamaño de un grano de arroz. Desde los 3 años echar una pequeña cantidad (Asociación Americana de Pediatría, 2014).	D
Cepillo interdental	Se clasifican según su tamaño y capacidad de acceder a los espacios interdetales, existiendo incluso con el cabezal en ángulo de 90° (Esteva, 2008).	D
Seda dental	La seda tipo cinta es más difícil de usar, pero limpia más efectivamente (Bosh, 2007).	D
	Tipos: sección redonda o algodónosa; cuadrada o cinta; monofilamento o plurifilamento (Esteva, 2008).	D
Colutorio	Los colutorios infantiles, según su contenido en flúor, hallamos dos tipos: para su uso diario (0,05%) y para uso semanal (0,2%) (Alvira & Fustero, 2004).	D
Reveladores de placa	En formas líquidas o comprimidos masticables. Hace visible temporalmente la placa bacteriana (Bonet & Garrote, 2002).	D
Técnica		
Cepillo dental	Iniciar el cepillado con el cepillo seco y sin dentífrico. En una segunda fase del cepillado usar el dentífrico. Cepillar mediante movimientos verticales desde la raíz a la punta y un movimiento circular en la zona junto a las encías. Insistir en los molares y las encías de los incisivos (Gómez Carrizo, 2001, p. 102).	D
	Forma simplificada: se debe llegar a todos los rincones del diente y las encías. Priman la frecuencia a la técnica (Bonet & Garrote, 2002).	D
	Movimientos circulares suaves, diente por diente, o en grupos de dos dientes, sin levantar el cepillo. Cepillar la cara externa e interna de los dientes, finalizando con el cepillado de las superficies masticatorias con movimientos cortos y rápidos (Arteagoitia & Díez, 2002).	D
	Evitar el cepillado horizontal convulsivo ya que produce desgaste mecánico en caninos y premolares (Arteagoitia & Díez, 2002).	D
	Duración del cepillado: al menos dos minutos (Arteagoitia & Díez, 2002; Bonet & Garrote, 2010a; Bosh, 2007).	(D;D;D)
	Duración del cepillado: no menos de tres minutos (Alvira & Fustero, 2004; Esteva, 2008; Gómez Ayala, 2006).	(D;D;D)
Cepillo interdental	Introducir el cepillo a través del espacio entre dientes desde dentro hacia fuera y viceversa, sin hacerlo girar, frotando las caras laterales de los dientes. Si no entra con facilidad, no forzar, usar otro de menor tamaño (Pérez, Lefler, Sánchez, Rubio, J. & Rubio, M., 2001).	D
	Utilizar el tamaño de cepillo más adecuado para cada espacio interdental (Arteagoitia & Díez, 2002).	D
	Especialmente eficaces en los espacios interdetales amplios. Emplear con suavidad para no dañar las encías (Giménez, 2005b).	D
Reveladores de placa	Masticar la tableta para disolverla, y hacer circular la saliva por entre los dientes durante un minuto (Hernández Martínez, 2002; Pérez, et al., 2001).	D
Seda dental	Cortar unos cincuenta centímetros de seda. Enrollar la mayor parte del hilo en el dedo medio de una de las manos. El resto del hilo se enrollará en el mismo dedo de la mano opuesta, que irá recogiendo la seda dental conforme se vaya utilizando. Se sujetará con firmeza la seda entre los dedos pulgar e índice de cada mano, dejando una distancia de dos o tres centímetros. Insertar con suavidad entre los dientes (Pérez et al, 2001).	D
	Usar entre dientes apenas separados (Giménez, 2005b).	D

Marco conceptual

	Colocarla ante la superficie frontal y posterior de cada diente de manera que la seda forme una "C", como si rodeara al diente. desplazar la seda desde la línea de la encía hasta la punta del diente. Emplear un trozo de seda limpio para cada diente (Giménez, 2005b).	D
	Emplear con suavidad para no dañar las encías (Giménez, 2005b).	D
Colutorio	No es necesario diluirlos antes de usarlos (Alvira & Fustero, 2004).	D
	Se utilizarán después del cepillado, a excepción de enjuagues y colutorios especialmente formulados para reblandecer la placa, que se aplicarán antes del cepillado (Alvira & Fustero, 2004).	D
Frecuencia		
Cepillado dental	Si no es posible después de cada comida. Al menos una vez al día, siendo preferible realizarla antes de acostarse (Bonet & Garrote, 2002; Hernández Martínez, 2002).	D
	Mínimo de dos veces al día (FDI, 2008; Díaz & Castillo, 2004).	(D;D)
	Después de cada comida (Bosh, 2007; Esteva, 2008; Bonet & Garrote, 2010a)	D
	Tras las comidas principales (Barriuso et al., 2012).	D
Cepillo interdental	Como complemento al cepillado (Arteagoitia & Díez, 2002).	D
Seda dental	Como complemento al cepillado (Arteagoitia & Díez, 2002).	D
	Se utilizará antes del cepillado (Alvira & Fustero, 2004).	D
	Al menos una vez al día, mejor antes de acostarse (Gómez Carrizo, 2001).	D
Colutorio	Tanto en la higiene matinal como antes de acostarse por la noche (Hernández Martínez, 2002).	D
	Como complemento del cepillado (Esteva, 2008).	D
Reveladores de placa	Antes de acostarse (Hernández Martínez, 2002).	D

Tabla 2.1 Recomendaciones en higiene bucodental basadas en la evidencia científica y grados de recomendación SIGN

RECOMENDACIONES EN HIGIENE LINGUAL		Grados de Recomendación (SIGN)
Instrumentos	Limpiador lingual con forma de espátula adaptada a la curvatura de la lengua (Hernández Martínez, 2002).	D
	Cepillo de dientes (Alvira & Fustero, 2004; Bonet & Garrote, 2002; Bosh, 2007).	(D;D;D)
	Cepillo o rascador lingual y geles linguales (Bonet & Garrote, 2010).	D
Técnica	Realizarla de forma previa al cepillado dental (Hernández Martínez, 2002)	D
	Iniciar limpiando la zona central de la lengua seguido de un arrastre en sentido postero-anterior (Hernández Martínez, 2002).	D
	Se deben limpiar zonas más profundas de la lengua conforme la sensación nauseosa disminuya (Hernández Martínez, 2002).	D
Frecuencia	Por la mañana y por la noche (Hernández Martínez, 2002).	D
	Cada vez que se lavan los dientes (Alvira & Fustero, 2004; Bonet & Garrote, 2002; Bosh, 2007).	(D;D;D)

Tabla 2.2 Recomendaciones en higiene lingual basadas en la evidencia científica y grados de recomendación SIGN

2.2.5.2 Higiene podal

2.2.5.2.1 Importancia de la higiene podal

El pie es una parte fundamental en nuestra anatomía a la que a menudo no se le presta la suficiente atención hasta que nos genera alguna molestia. Altozano (2007) afirma

que el hecho de tener los pies “casi siempre encerrados dentro del calzado hace que caigamos en el error de olvidarnos de ellos y sólo nos acordamos cuando nos causan dolor o alteraciones estéticas”. Para Hernández Martínez (2002, p. 142) el pie es la parte anatómica de nuestro organismo “más olvidada y descuidada por la mayoría de los habitantes del planeta”. Soportan el peso corporal, ejercen de palanca y dirigen el movimiento para la marcha, y además están expuestos a continuas agresiones.

Anatómicamente nos encontramos que “la piel del pie difiere del resto de la del cuerpo en que no posee glándulas sebáceas, de manera que la película hidrolipídica es menos rica en componentes grasos y no protege adecuadamente esa zona”. Además el estrato corneo de la epidermis tiene mayor espesor en los pies que en el resto del cuerpo, amortiguando el continuo roce al caminar. “Por otro lado, los pies presentan un elevado número de glándulas sudoríparas ecrinas. A través de ellas se eliminan el agua, las sales y las sustancias de desecho” (Azcona, 2007, p. 48).

Una adecuada higiene podal ayuda a prevenir el mal olor asociado al exceso de secreción sudoral del pie. Este líquido secretado por las glándulas sudoríparas ecrinas es inicialmente inodoro, pero la mala ventilación, la elevada temperatura y humedad y la ausencia de luz que ocasiona el tener los pies encerrados en los zapatos, favorece la proliferación de microorganismos saprófitos de la piel, que descomponen el sudor originando el mal olor. Asimismo, el exceso de sudoración puede macerar la piel de los pies, haciéndola más permeable, posibilitando el desarrollo de una infección o una dermatitis (Azcona, 2007, p. 50). Por tanto hay que tener presente que “una adecuada higiene del pie puede prevenir infecciones y lesiones en las extremidades inferiores” (Azcona, 2004, p. 62), además de prevenir el mal olor.

El primer estudio nacional sobre hábitos de higiene y cuidado podal en España, coordinado por Altozano (2007), con población española mayor de 14 años, revela las siguientes conclusiones principales:

- Uno de cada tres españoles reconoce tener problemas de olor y exceso de sudor con sus pies.
- El 29,41% de los españoles no se lava correctamente los pies a diario.
- El 25,49% de los españoles tiene o ha tenido hongos en alguna ocasión.
- El 24,8% no toma ningún tipo de precaución en piscinas o gimnasios para evitar infecciones.
- Un 34,65% de los encuestados no se corta correctamente las uñas de los pies.

Marco conceptual

- Un 26,71% de los españoles no usa un calzado adecuado o usa un solo par de zapatos a la semana.
- Casi un 40% ha pedido en alguna ocasión asesoramiento al farmacéutico ante un problema en los pies.

Según este estudio, casi la mitad de la población española asegura no utilizar ningún tipo de producto específico para la higiene y el cuidado de los pies. Murcia es la comunidad española donde más se realiza un peeling semanal y se hidratan los pies a diario, y la segunda comunidad donde más se toman precauciones en playas y piscinas. Pero al mismo tiempo, se queda en los últimos puestos en uso de un calzado adecuado (Altozano, 2007).

2.2.5.2.2 Recomendaciones sobre los cuidados higiénicos de los pies, uñas y calzado

El lavado de pies se debe realizar con agua tibia o fría, con una duración aproximada de 10 minutos. Se empleará un jabón con pH fisiológico (Azcona, 2004, p. 62). Deberá ser diario e incluir el cepillado suave de las uñas y la frotación con piedra pómez de cualquier zona de piel endurecida (Fustero, 2007, p. 67). El secado posterior será concienzudo, especialmente en la zona interdigital, para prevenir la infección por hongos y/o bacterias (Azcona, 2004, p. 62; Divins, 2001, p. 40; Fustero, 2007, p. 67).

También debe incluirse como parte de la higiene de los pies una correcta hidratación, por lo que es conveniente aplicar regularmente cremas hidratantes en los pies evitando con esta medida la formación de durezas, callosidades y grietas (Azcona, 2004, p. 62). Fustero (2007, p. 67) sugiere realizar la hidratación de los pies después del baño y sin olvidar incluir las uñas.

Realizar una exfoliación podálica semanal, debería incluirse dentro de los cuidados higiénicos regulares de los pies para eliminar las células muertas. Fustero (2007, p. 67) recomienda a tal efecto poner “los pies en remojo en agua tibia (y unas gotas de esencia de naranja). Frotar luego con piedra pómez, secar bien y aplicar, con un masaje ascendente, una crema hidratante rica en germen de trigo”.

La higiene de las uñas de los pies está inmersa en la higiene podal. Hernández Martínez (2002, p. 164), aconseja el corte de las uñas del pie “después de haber lavado y secado los pies”. Para conseguir un adecuado corte de uñas de los pies, las pautas a seguir recomendadas son:

- En caso de uñas duras, cortarlas con la punta de unos alicates. Si no es necesario el uso de alicates, cortarlas con el extremo de unas tijeras. (Hernández Martínez, 2002, pp.164).
- Utilizar tijeras rectas (Consejería de Sanidad, 1992a, pp. 29).
- Realizar pequeños cortes a lo largo de la uña empezando por una esquina y continuando cortando en línea recta (Giménez Ayala, 2006, p. 47; Muñoz, 2002, p. 69).
- No se debe cortar las uñas a los lados, ya que se corre el riesgo de que posteriormente crezca una uña en forma de garfio e incrustarse en el dedo creando una uña encarnada (Divins, 2001, p. 40).
- Pasar una lima por las uñas para dejarlas lisas e impedir que una punta lesione el dedo contiguo.
- Si existen problemas para realizar el corte de uñas debido a uñas excesivamente duras, limarlas todos los días después de lavarse los pies.

En relación al limado de uñas, se debe usar limas de esmeril o cartón (Fustero, 2007, p. 67; Larruskain et al., 2008, p. 90). Según Fustero (2007, p. 67): “Las limas metálicas deshojan y vuelven frágiles las uñas. Evitar limar los costados”. Larruskain et al. (2008, p. 90) también aconseja realizar movimientos suaves y continuos con la lima, evitando pulir la lámina ungueal con métodos agresivos.

Azcona (2007, p. 49) recomienda el corte de las uñas de los dedos de los pies “en forma recta, sin picos y siguiendo la morfología del dedo”, como indica Fustero (2007, p. 67): “Sin darle forma redondeada”. De esta forma se evita la deformidad de la uña clavándose en la piel, dando lugar a la uña encarnada u onicocriptosis. “A consecuencia de ello, la piel se pone roja, se inflama, duele y puede llegar a infectarse” (Fustero, 2007, p. 70).

En caso de onicocriptosis ya establecida, la técnica de corte de uñas para la uña afectada consistirá en realizar el corte en forma de V en el centro de la uña para aliviar las tensiones de la misma sobre los bordes. Asimismo se pueden introducir trocitos de gasa con antiséptico en la zona de la encarnación (Giménez Ayala, 2006, p. 44; Muñoz, 2002, p. 76).

Como recomendación a la técnica del corte de uñas, Divins (2001, p. 40) afirma que las uñas de los dedos de los pies no deben cortarse demasiado cortas. Muñoz (2002, p.

Marco conceptual

69) y Giménez Ayala (2006, p. 47) especifican que el límite del corte de las uñas no debe ir más allá de donde termina la yema del dedo.

Una deficiente higiene podal también puede favorecer el desarrollo de onicomicosis, infecciones ungueales ocasionadas por hongos. “Más del 80% de los casos de onicomicosis se producen en las uñas de los pies (...). Es rara en los niños antes de la pubertad debido fundamentalmente al rápido crecimiento de la uña” (Larruskain et al., 2008, pp. 84-90). El exceso de transpiración de los pies y los zapatos con poca ventilación hacen los pies más vulnerables a esta infección (Bennett, 2006). Como medidas de prevención, Larruskain et al. (2008, p. 90) recomienda:

- Evitar la humedad en los pies, utilizando calzado apropiado (sandalias en verano y calcetines de tejidos naturales y zapatos que permitan la transpiración en invierno) y secándose bien los pies, especialmente en los espacios interdigitales, tras la ducha o el baño (con toalla y/o secador de pelo) (...). No compartir toallas y evitar andar descalzo en piscinas y duchas públicas.
- No lesionar o eliminar la cutícula (...). El recorte exagerado de la cutícula (...) aumenta la posibilidad de contraer infecciones. No es conveniente el uso de prótesis ungueales ornamentales.

“El uso de calzado, especialmente si este no es adecuado, se asocia de forma exponencial con numerosas patologías y deformidades de las uñas” (Gómez Ayala, 2006, p. 43). El calzado muy apretado puede ocasionar que las uñas de los pies se encarnen (Fustero, 2007, p. 70; Muñoz, 2002, p. 76). Debido a que los pies se hinchan a lo largo del día, ante todo en personas con retención de líquidos, y para evitar comprar un calzado estrecho, Azcona (2004, p. 62) recomienda la compra del calzado por la tarde.

Los zapatos deben permitir la ventilación del pie, de lo contrario no se favorece la transpiración y con ella el aumento del riesgo de infecciones en los pies (Bennett, 2006). El calzado debe mantenerse en buen estado y como norma general, se debe rotar de calzado a diario, evitando por tanto llevar dos días seguidos los mismos zapatos, para permitir que se sequen completamente entre el uso (Bennett, 2006, p. 327; Divins, 2001, p. 40).

Otra medida importante para evitar el exceso de sudoración es el uso de calcetines de lana fina, hilo o algodón, evitando el uso de fibras sintéticas que aumentan la sudoración (Azcona, 2004, p. 62; Fustero, 2007, p. 26). Bennett (2006, p. 327), sin

embargo, aunque afirma la eficacia del uso de calcetines de algodón para absorber el sudor, indica como más efectivos los calcetines de lana o mezcla de acrílico, ya que absorben y mantienen la humedad más apartada del pie. Este autor recomienda el cambio diario de calcetines, o con más frecuencia si existe exceso de transpiración, utilizando además en estos casos almidón de maíz o polvo de hornear entre los dedos para mantenerlos secos.

En la tabla 2.3 se muestran de forma sintetizada las recomendaciones halladas en la literatura sobre higiene podal y el grado de recomendación utilizado por el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (Harbour & Miller, 2001).

RECOMENDACIONES EN HIGIENE PODAL		Grado de Recomendación (SIGN)
Instrumentos	Agua tibia o fría y jabón con pH fisiológico (Azcona, 2004).	D
	Cepillo de uñas (Fustero, 2007).	D
	Crema hidratante rica en germen de trigo (Azcona, 2004; Fustero, 2007).	(D;D)
Técnica	Duración del lavado: 10 minutos (Azcona, 2004).	D
	Incluir el cepillado suave de las uñas y la frotación con piedra pómez de cualquier zona de piel endurecida (Fustero, 2007).	D
	Secado concienzudo, incidiendo en zonas interdigitales (Azcona, 2004; Divins, 2001; Fustero, 2007).	(D;D;D)
	Usar cremas hidratantes rica en germen de trigo tras el lavado (Azcona, 2004; Fustero, 2007).	(D;D)
	Exfoliación podálica con piedra pómez. Poner previamente los pies en remojo en agua tibia (Fustero, 2007).	D
Frecuencia	Lavado: diario (Fustero, 2007).	D
	Exfoliación: semanal (Fustero, 2007).	D
RECOMENDACIONES PARA EL CORTE DE UÑAS DE LOS PIES		Grado de Recomendación (SIGN)
Instrumentos	Tijeras rectas (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
	Alicates (en uñas duras) (Hernández Martínez, 2002).	D
	Lima de uñas de esmeril o cartón (desaconsejadas las metálicas) (Fustero, 2007; Larruskain et al., 2008).	(D;D)
Técnica	No se debe cortar las uñas a los lados (Divins, 2001).	D
	No deben cortarse demasiado cortas (Divins, 2001).	D
	Tras el secado y lavado los pies (Hernández Martínez, 2002).	D
	Mediante pequeños cortes a lo largo de la uña empezando por una esquina y continuando cortando en línea recta (Giménez Ayala, 2006; Muñoz, 2002).	(D;D)
	Cortar las uñas hasta el límite donde termina la yema del dedo (Giménez Ayala, 2006).	D
	En forma recta, sin picos y siguiendo la morfología del dedo (Fustero, 2007).	D
	Limar las uñas para dejarlas lisas empleando movimientos suaves y continuos (Fustero, 2007; Larruskain et al., 2008).	(D;D)
	No lesionar o eliminar la cutícula (Larruskain et al., 2008).	D

Marco conceptual

	No es conveniente el uso de prótesis ungueales ornamentales (Larruskain et al., 2008).	D
Frecuencia	Cuando sobresalgan del límite de la yema de los dedos (Giménez Ayala, 2006).	D
RECOMENDACIONES PARA EL CALZADO		Grado de Recomendación (SIGN)
Tipo de calzado	Zapatos que permitan la transpiración (Bennett, 2006).	D
	Sandalias en verano (Larruskain et al., 2008).	D
Tipo de calcetines	Lana o mezcla de acrílico (Bennett, 2006).	D
	Lana fina, hilo o algodón, evitando el uso de fibras sintéticas (Azcona, 2004; Fustero, 2007).	(D;D)
Adquisición	Comprar el calzado por la tarde, cuando el pie está más hinchado (Azcona, 2004).	D
Técnica	No usar, ni atar, el calzado muy prieto (Fustero, 2007; Muñoz, 2002).	(D;D)
Frecuencia	Rotar de calzado a diario, evitando llevar dos días seguidos los mismos zapatos (Bennett, 2006; Divins, 2001).	(D;D)
	Cambio diario de calcetines y medias (Gómez Carrizo, 2001), o con más frecuencia si existe exceso de transpiración (Bennett, 2006).	D

Tabla 2.3 Recomendaciones en higiene podal basadas en la evidencia científica y grados de recomendación SIGN

2.2.5.3 Higiene ótica

2.2.5.3.1 Importancia de la higiénica ótica

Nos referimos como higiene ótica a la higiene del oído, y más concretamente a la higiene del conducto auditivo externo, el cual se prolonga desde el pabellón auricular hasta el tímpano.

“El conducto auditivo externo es una estructura bien protegida y que se limpia a sí misma” (Lorente et al., 2006, p. 508). Posee unas glándulas ceruminosas y sebáceas que forman el cerumen. Los extractos epidérmicos, por la disposición anatómica del oído, se mueven hacia el exterior desde la mitad de la membrana del tímpano mezclándose en su recorrido con el cerumen (Caritg, 2007, p. 248; Gómez Ayala, 2007, p. 56; McCarter, Courtney & Pollart, 2007, p. 1523).

El cerumen ejerce en el oído una importante labor antibacteriana. Está compuesto por lípidos entre 46 y 73% de su peso, habiéndose demostrado que los ácidos grasos poliinsaturados tienen actividad antibacteriana in Vitro, contiene lisozima e inmunoglobulinas que refuerzan su acción antibacteriana. También contiene proteínas, aminoácidos libres e iones de minerales básicos. El exceso de eliminación de cerumen debido a una higiene ótica muy frecuente impide que éste ejerza su función impermeabilizante por los lípidos que contiene, y de protección del oído externo contra la penetración de cuerpos extraños (Lorente et al., 2006).

La función del cerumen “es atrapar el polvo y las partículas de suciedad para que no lleguen al tímpano. Normalmente el cerumen se acumula un poco, se seca y sale hacia fuera, arrastrando el polvo y la suciedad con él” (Giménez, 2005a, p. 44).

Cuando “este `sistema de autolimpieza´ deja de funcionar, puede formarse un tapón de cera” (Gómez Ayala, 2007, p. 56). El déficit de higiene ótica y/o las secreciones excesivas de las glándulas ceruminosas y sebáceas, también favorece la formación de tapones pardos que pueden llegar a obstruir por completo el conducto auditivo (Gómez Ayala, 2007, p. 52). Aunque es más común que la obstrucción por tapones de cera se deba a los intentos de limpieza del oído a través de bastoncillos u otros objetos romos, que pueden empujar el cerumen más profundamente hacia el interior del conducto auditivo (Caritg, 2007, p. 248; Giménez, 2005a, p. 44; Gómez Ayala, 2007, p. 56; Nussinovitch et al., 2004, p. 435).

Los tapones de cera son una de las causas más comunes de pérdida de audición, además de poder ocasionar acúfenos, otalgia y sensación de taponamiento o plenitud (Giménez, 2005a, p. 44; McCarter et al., 2007, p. 1523). Además, al estar el conducto auditivo externo inervado por la rama auricular del nervio vago, su estimulación por parte de un tapón de cera puede acompañarse de tos o incluso de una depresión cardíaca (McCarter et al., 2007, p. 1523).

Otro motivo que desaconseja el uso de bastoncillos de algodón en la higiene del oído es “por el riesgo de provocar una lesión en el tímpano” (Ramírez, 2003, p. 558). Además, el rascado con bastoncillos o cuerpos extraños sobre todo unido a una higiene agresiva, entendida como la limpieza demasiado enérgica del oído, puede ocasionar una laceración del conducto auditivo externo que facilitaría la penetración de bacterias y conllevar una otitis externa aguda (Gómez Ayala, 2007, p. 56; Lorente et al., 2006, pp. 508-511; Matió et al., 2003, p. 32). Según un estudio llevado a cabo por Nussinovitch et al. (2004) con 87 niños de entre 3,5 y 12 años diagnosticados de otitis externa, el uso del bastoncillo fue, en el 70,1% de los casos, el factor precursor de la misma. Dichos autores concluyen que el bastoncillo debe evitarse en la limpieza del oído.

Sin embargo, un estudio prospectivo realizado por Lee, Govindaraju y Hon (2005, p. 85) utilizando un cuestionario estándar sobre la práctica de limpieza de oídos en 50 sujetos, obtuvo que el 92% utilizaron un bastoncillo de algodón para llevar a cabo su higiene ótica. Incluso, el 36% de los sujetos limpiaban sus oídos con la introducción de un objeto en el conducto auditivo una vez o más al día.

Un estudio del departamento de otorrinolaringología de Maulana Azad Medical College (Nueva Delhi) analiza la relación entre el nivel socioeconómico y la incidencia de

Marco conceptual

problemas de oído, comparando 2 grupos de 1500 niños de entre 5 y 12 años: un grupo A pertenecientes a escuelas públicas de un barrio pobre de la ciudad y de nivel socioeconómico bajo; y un grupo B de escuelas privadas de la población selecta de Delhi de alto nivel socioeconómico. Dicho estudio muestra la fuerte relación entre el estado socioeconómico en el que se desarrolla el niño y la incidencia de enfermedades de oído, siendo esta incidencia más alta en los niños de estado socioeconómico bajo. El estudio correlaciona este aumento de enfermedades óticas en los niveles socioeconómicos más bajos con la superpoblación que presentan y al déficit tanto de higiene personal como de educación paternal (Chadha et al., 2006).

Otra consecuencia de la mala higiene de los oídos es la otomiasis o infestación del oído por larvas de dípteros. Aunque es raro en los países desarrollados, debe descartarse dicha patología en personas con una higiene deficitaria, alcohólicos o vagabundos (Marina, Suárez, Apolinario & Martín, 2004, p. 324), así como en niños y personas con retraso mental (Bayindir, Miman, Miman, Atambay & Saki, 2010, p. 65).

2.2.5.3.2 Recomendaciones para una correcta higiene ótica

La primera medida que se debe tener en cuenta para la realización de una adecuada higiene ótica, es desechar la idea errónea y tan extendida de la necesidad de limpiar el conducto auditivo externo mediante la introducción de un objeto en el oído (Lee et al., 2005, p. 85). No deben utilizarse para llevar a cabo la higiene del oído objetos puntiagudos como pinzas, horquillas para el cabello, bastoncillos ni algodones a tal efecto, ya que pueden lesionar el conducto auditivo externo (Caballero, 2008; Giménez, 2005a, p. 41; Lee et al., 2005, p. 85; Lorente et al., 2006; McCarter et al. 2007, p. 1523; Nussinovitch et al. 2004; Suárez, 2001, p. 73). No obstante, Suárez (2001, p. 73) excepciona en la limpieza del oído a los bastoncillos “que lleven tope de seguridad”. Giménez (2005a, p. 42) generaliza que los niños “no deberían intentar nunca limpiarse ellos mismos los oídos, sobre todo si utilizan objetos rectos y rígidos”.

Para su limpieza Suárez (2001, p. 73) aconseja el uso de suero fisiológico o soluciones específicas para la limpieza de los oídos y el reblandecimiento de los tapones de cera, formuladas con ingredientes emolientes y disolventes.

En esta línea, Caballero (2008) recomienda, desde los 6 meses de edad, el uso de difusores de agua marina que reblandecen y auto-eliminan el tapón de cera. Para su correcta utilización, el líquido debe permanecer de 1 a 2 minutos dentro del oído, manteniendo la cabeza inclinada, siendo el mejor momento durante la ducha o baño. Asimismo, Caballero indica una periodicidad de la higiene ótica cada 2 ó 3 días.

Gómez Ayala (2007, p. 56) recomienda “lavar el oído cada 15 días con agua oxigenada rebajada, con objeto de evitar que la cera se solidifique y puedan formarse tapones”.

El motivo de evitar la higiene diaria de los oídos con medios húmedos se debe a que “la humedad continua del conducto auditivo externo tiende a eliminar el cerumen y a disolver algunos de sus elementos más hidrosolubles, con lo que se crea un medio favorable para el crecimiento bacteriano” (Sander, 2001, en Lorente et al., 2006, p. 508). Por ello, Gómez Ayala (2007, p. 56) recomienda también el uso de tapones o gorro en la ducha o baño. La *Guía de Higiene* publicada por la CARM (Consejería de Sanidad, 1992a, pp. 23) recomienda únicamente eliminar la cera que sale fuera del conducto auditivo en el pabellón auricular con agua y jabón, no aconsejando introducir agua dentro del conducto auditivo.

En la tabla 2.4 se muestran de forma sintetizada las recomendaciones halladas en la literatura sobre higiene ótica y el grado de recomendación utilizado por el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (Harbour & Miller, 2001).

RECOMENDACIONES EN HIGIENE ÓTICA		Grados de Recomendación (SIGN)
Instrumentos	Agua y jabón (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
	Suero fisiológico o soluciones específicas para la limpieza de los oídos (Suárez, 2001).	D
	Bastoncillo con tope de seguridad (Suárez, 2001).	D
	Agua oxigenada rebajada (Gómez Ayala, 2007).	D
	Difusores de agua marina (Caballero, 2008).	D
	No deben utilizarse objetos puntiagudos (bastoncillos de algodón, pinzas, horquillas...) (Caballero, 2008; Lee et al., 2005; Lorente et al, 2006; McCarter, et al., 2007).	(D;D;D;D)
Edad de inicio	6 meses de edad en caso de difusores de agua marina (Caballero, 2008).	D
Autonomía en los menores	Nunca los menores solos, sobre todo si usan objetos rectos y rígidos (Giménez, 2005a).	D
Técnica	Únicamente eliminar la cera que sale fuera del conducto auditivo en el pabellón auricular con agua y jabón (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
	Difusores de agua marina: el líquido debe permanecer de 1 a 2 minutos dentro del oído, manteniendo la cabeza inclinada, siendo el mejor momento durante la ducha o baño (Caballero, 2008).	D
Frecuencia	Cada 15 días (Gómez Ayala, 2007).	D
	Cada 2 ó 3 días (Caballero, 2008).	D

Tabla 2.4 Recomendaciones en higiene ótica basadas en la evidencia científica y grados de recomendación SIGN

2.2.5.4 Higiene íntima

2.2.5.4.1 Importancia de la higiénica íntima

La zona genital externa tanto masculina como femenina requiere, por su ubicación, morfología y funcionalidad, de una higiene y cuidados específicos, más exigentes que la de otras zonas corporales. La piel de la zona genital está más irrigada e inervada, y es más permeable que el resto de la piel corporal, por lo que presenta mayor reactividad frente a agentes irritantes (Bonet & Garrote, 2010b, p. 60).

Además, en el caso de las niñas, se suma que la vulvovagina pediátrica es particularmente susceptible a irritantes debido a “factores anatómicos que incluyen: mayor proximidad de la vagina al ano, la falta de grasa en las almohadillas labiales y vello púbico, la atrófica y no estrogenizada mucosa vaginal, la fina piel vulvar; y un alcalino pH vaginal” (Van Eyk et al., 2009, p. 853).

La falta de higiene íntima, tanto en hombres como mujeres, conlleva una acumulación de secreciones glandulares que unida al propio recambio celular conforma el esmegma. En las mujeres el esmegma suele acumularse en la zona entre los labios mayores y menores y alrededor del clítoris. En los varones el esmegma se produce por la mucina de la uretra mezclada con las células epiteliales descamadas subprepucales y secreciones de las vesículas seminales y de la próstata (Chukwuemeka, Kashibu, Precious & Mohammad, 2012. p. 21). Los varones incircuncisos tienen mayor facilidad de acumular esmegma en el espacio balano prepucial, por lo que deben extremar la higiene (Bonet & Garrote, 2010b, p. 60). El acumulo de esta secreción conlleva la irritación de la zona genital.

La higiene del pene es un tema importante para la salud masculina, fundamentalmente para aquellos hombres y niños que tienen prepucio. La falta de higiene del pene puede llevar a padecer balanitis, balanopostitis, deposición de cálculos del prepucio (Menon & Rao, 2004, p. 200), fimosis adquirida, infección de las vías urinarias, cáncer de pene (American Academy of Pediatrics taskforce on circumcision, 1999, en Wilson, Cumella, Parmenter, Stancliffe & Shuttleworth, 2009, p. 107; Menon & Rao, 2004, p. 200; Warner, 1981, p. 971), para fimosis e infección por candida albicans (American Academy of Pediatrics taskforce on circumcision, 1999, en Wilson et al., 2009, p. 107). La infección del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas más comunes que se observan en la infancia produciéndose es el 1% de los varones y el 3-5% de las niñas de menos de 14 años. Los niños incircuncisos tienen 12 veces más riesgo que los circuncidados. El acúmulo de esmegma puede ser colonizado por variedad de organismos siendo un primer paso para una infección ascendente de las vías urinarias (Chukwuemeka et al.,

2012). Palaniswamy y Bhandari (1983, en Menon & Rao, 2004, p. 200) establecen una alta asociación entre una pobre higiene genital masculina y la estenosis de la uretra terminal. Una revisión de la literatura sobre la carcinogenicidad del esmegma sostiene que no existe evidencia científica que apoye que el esmegma sea un factor de riesgo de cáncer de pene, señalando que los estudios que encuentran relaciones entre cáncer y esmegma podrían en realidad ser debidos a la fimosis y a las prácticas higiénicas (Van Howe & Hodges, 2006).

A pesar de las consecuencias para la salud que una higiene deficitaria del pene puede suponer, Kalcev (1964, en Warner, 1981, p. 971) estudiando la relación entre circuncisión e higiene del pene en escolares, observó que de 50 niños de entre 4 y 5 años con prepucio completamente retráctil, sólo 27 practicaban higiene personal en el área genital; y de 69 menores de entre 14 y 15 años, con prepucio retráctil, únicamente 19 realizaban higiene del pene. Este estudio también revelaba que la mayoría de los padres conocían que a sus hijos no les gusta lavarse.

En las mujeres, una insuficiente higiene vulvar puede ser consecuencia de una fusión labial (Gaudens et al., 2008; Van Eyk et al., 2009), vulvitis y vulvovaginitis (Esmaeili & Kianifar, 2006, p. 135; Navratil, 2002, p. 475; Van Eyk et al., 2009).

Van Eyk et al. (2009), recomiendan recoger las prácticas de higiene vulvar en la historia de las pacientes con liquen escleroso. Enfatizan la necesidad de una escrupulosa higiene vulvar como parte destacable del tratamiento en mujeres con psoriasis en la vulva, y a menudo como única terapia en ciertas vulvovaginitis y fusiones labiales.

Un estudio prospectivo y analítico de las vulvovaginitis llevado a cabo a dos grupos de 50 niñas y 50 adolescentes, en el Hospital Docente Gineco-obstétrico “Ramón González Coro” de La Habana, concluye que “el mal hábito higiénico es el principal factor desencadenante de esta afección en ambos grupos, constituyó el 76% en las niñas y el 70% en las adolescentes” (Varona et al., 2010, p. 73).

2.2.5.4.2 Recomendaciones para una adecuada higiene íntima

Dentro del abanico de medidas higiénicas a enseñar a los menores, se debe prestar especial atención a la higiene de los genitales, “sobre todo después de la micción y la defecación; es necesario además educar e ir creando los hábitos correctos de higiene, aseo y por tanto (...) a tener sus propios objetos de aseo y limpieza” (Varona et al., 2010, p. 83).

Marco conceptual

Para una higiene íntima adecuada es suficiente lavar la zona con agua y un jabón suave específico para tal fin, “preferentemente dos veces al día: una por la mañana y otra por la noche” (Azcona, 2005, p. 64). Es importante aclarar bien con agua el jabón para evitar irritación e inflamación de la zona genital (Menon & Rao, 2004, p. 200).

Los jabones íntimos deben tener un pH más bajo que el resto de jabones dermatológicos, tanto para evitar la formación de precipitaciones cálcicas en contacto con aguas duras, como para respetar el grado de acidez del área genital (pH 3,5-4,5), mecanismo de defensa frente a los microorganismos patógenos, favorecido en la flora vaginal femenina por bacilos de Döderlein (Divins, 2003, p. 47). Restrepo (2009, p. 309) incide en la necesidad de usar “jabones con pH neutro o ácido”.

En aquellos casos en los que no dispongamos de los medios necesarios para la higiene íntima, Azcona (2005, p. 64) señala las toallitas limpiadoras, como las indicadas en la higiene perianal infantil, como lo más útil. Su composición se basa en “un soporte textil o celulósico impregnado de (...) una mezcla de tensioactivos, humectantes (glicerina o propilenglicol) y agentes calmantes y acondicionadores, que no requieren aclarado tras su utilización” (Bonet & Garrote, 2010b, p. 60). Divins (2003, p. 49), aconseja diferenciar en el mercado de las toallitas íntimas, entre las de uso perianal, toallitas multiuso y las indicadas para la higiene íntima femenina.

En la higiene íntima de la mujer, Azcona (2005, p. 64) indica que “el lavado de la zona debe incluir la vulva, los labios mayores y menores y el clítoris. (...) La vagina no debe limpiarse, ya que presenta su propio mecanismo depurador: el flujo vaginal”.

En este sentido, Bonet y Garrote (2010b, p. 60) especifican que la realización de duchas vaginales “no se recomienda de ningún modo, a no ser que exista indicación médica para ello, (...) ya que actúan eliminando sustancias y flora autóctona con acción protectora”.

Rajamanoharan, Low, Jones y Pozniak (1999) realizaron un estudio de casos-contróles en Londres con 100 mujeres con vaginosis bacteriana, y 100 sin dicha patología para examinar las asociaciones entre las prácticas de higiene genital, vaginosis bacteriana y grupo étnico. El estudio concluye que las mujeres que habitualmente incluyen en su higiene íntima duchas vaginales, antisépticos vulvares y vaginales o baños de espuma, pueden duplicar el riesgo de padecer vaginosis bacteriana. Esta conducta higiénica era adoptada fundamentalmente por mujeres negras afro-americanas y caribeñas.

Van Eyk et al. (2009, p. 853) recomiendan realizar la higiene íntima de las niñas sentándolas en una tina de agua limpia, templada y sin jabones, durante 10 a 15 minutos al día. En presencia de esmegma entre los pliegues labiales, realizar un lavado

con un jabón suave. La vulva se secará con palmaditas suaves o al aire. Estos autores también aconsejan enseñar a las niñas a que orinen con las piernas separadas, y que se apoyen hacia delante para minimizar la orina que llega hasta la vagina. Asimismo, indican que tras orinar o defecar, las niñas deben limpiarse siempre en dirección de adelante hacia atrás para minimizar la contaminación de la vulva y la vagina con microorganismos entéricos (Restrepo, 2009, p. 309; Van Eyk et al., 2009, p. 853).

En general, como hábitos desaconsejables en la higiene íntima femenina, Azcona (2005, p. 63) señala el uso de esponjas destinadas a la limpieza genital, pues suelen permanecer húmedas y acumulan suciedad y microorganismos; así como el uso de desodorantes tanto por el riesgo de irritación como por enmascarar posibles alteraciones.

En cuanto a la realización de una correcta higiene íntima masculina, se debe tirar suavemente del prepucio y enjuagar con agua y jabón. Una vez secado con una toalla, el prepucio debe ser llevado de vuelta a su estado original, cubriendo el glande (McGregor, Pike & Leonard, 2007). De este modo evitamos el riesgo de parafimosis (Menon & Rao, 2004, p. 200).

A los niños con fimosis fisiológica, que supone el 10% a los 3 años (McGregor et al., 2007; Menon & Rao, 2004, p. 200; Warner & Strashin, 1981, p. 971), y el 8% a los 6 años de edad, se les debe enseñar a retraer con suavidad el prepucio durante la micción o el baño para ayudar a conseguir un prepucio retráctil (McGregor et al., 2007).

La literatura pediátrica sobre la edad a la que se debe iniciar la retracción del prepucio y su higiene en los menores es diversa. Osborn, Metcalf y Mariani (1981, p. 367) recomiendan a los padres iniciar la retracción del prepucio y su lavado cuando el niño tiene 4 años de edad, instruyendo al menor y dejando que realice los cuidados por sí mismo tras un periodo de supervisión. Estos autores estudiaron a través de un cuestionario enviado a 146 miembros de la Sociedad de Pediatría de Salt Lake City, en el estado de Utah, los consejos higiénicos del pene que éstos daban a los padres de niños no circuncidados, obteniendo respuestas muy variables. El estudio concluye una falta de conocimientos de los pediatras, concernientes a la atención higiénica de los niños no circuncidados.

Menon y Rao (2004, p. 200) aconsejan la retracción del prepucio desde los 2 años de edad, convirtiéndolo en un hábito para el niño tanto al orinar como durante el baño. Antes de los 2 años, estos autores solo indican limpiar la zona exterior del prepucio.

Marco conceptual

Sin embargo, Santucci et al. (2005, en Wilson et al. 2009, p. 107), solo recomiendan incluir la retracción suave del prepucio durante el baño en la higiene diaria de los menores a partir de los 6 años de edad.

Tanto en la higiene perineal de niños como de niñas, el lavado del ano debe posponerse al del pene o vulva para evitar infecciones del tracto genitourinario (Consejería de Sanidad, 1992a, pp. 18-19).

En cuanto a la ropa interior, ésta debe ser de algodón (Gómez Carrizo, 2001, p. 101; Restrepo, 2009, p. 309), fundamentalmente en las niñas, como prevención de la vulvovaginitis inespecífica (Restrepo, 2009, p. 309), y ha de ser cambiada diariamente (Consejería de Sanidad, 1992a, pp. 29; Gómez Carrizo, 2001, p. 101).

En la tabla 2.5 se muestran de forma sintetizada las recomendaciones halladas en la literatura sobre higiene íntima y el grado de recomendación utilizado por el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (Harbour & Miller, 2001).

RECOMENDACIONES EN HIGIENE ÍNTIMA		Grado de Recomendación (SIGN)
Instrumentos	Los jabones íntimos deben tener un pH entre 3,5-4,5 (Divins, 2003).	D
	Toallitas íntimas, entre las que se diferencian: de uso perianal, toallitas multiuso y las indicadas para la higiene íntima femenina (Divins, 2003).	D
	Agua y un jabón suave específico para tal fin (Azcona, 2005).	D
	Toallitas limpiadoras (Azcona, 2005).	D
	Ropa interior de algodón, fundamentalmente en las niñas (Gómez Carrizo, 2001; Restrepo, 2009).	(D;D)
Técnica	Higiene femenina: el lavado de la zona debe incluir la vulva, los labios mayores y menores y el clítoris. La vagina no debe limpiarse, ya que presenta su propio mecanismo depurador: el flujo vaginal (Azcona, 2005).	D
	Higiene Femenina Baños de asiento en una tina de agua limpia, templada y sin jabones. En presencia de esmegma entre los pliegues labiales, realizar un lavado con un jabón suave. La vulva se secará con palmaditas suaves o al aire (Van Eyk et al., 2009).	D
	Higiene femenina: tras orinar o defecar, las niñas deben limpiarse siempre en dirección de delante hacia atrás (Restrepo, 2009; Van Eyk et al., 2009).	(D;D)
	Higiene femenina: no se recomiendan las duchas vaginales, a no ser que exista indicación médica (Bonet y Garrote, 2010b).	D
	Higiene masculina sin fimosis Tirar suavemente del prepucio (en su caso) y enjuagar con agua y jabón. Secar con una toalla y luego cubrir el glande nuevamente con el prepucio (McGregor et al., 2007).	D
	Higiene masculina con fimosis fisiológica Iniciar la retracción del prepucio y su lavado cuando el niño tiene 4 años de edad e instruir al menor (Osborn, Metcalf y Mariani, 1981).	D

		Retracción del prepucio desde los 2 años de edad, convirtiéndolo en un hábito para el niño tanto al orinar como durante el baño. Antes de los 2 años, solo limpiar la zona exterior del prepucio (Menon y Rao, 2004).	D
		Retracción suave del prepucio durante el baño en la higiene diaria de los menores a partir de los 6 años de edad (Santucci et al., 2005, en Wilson et al. 2009).	D
	Generalidades ambos sexos	El lavado del ano debe posponerse al del pene o vulva (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
		Es importante aclarar bien con agua el jabón para evitar irritación e inflamación de la zona genital (Menon & Rao, 2004).	D
		Las esponjas para la higiene íntima están desaconsejadas (Azcona, 2005).	D
		Usar toallitas limpiadoras en aquellos casos en los que no dispongamos de los medios necesarios para la higiene íntima (Azcona, 2005).	D
Frecuencia	La ropa interior ha de ser cambiada diariamente (Consejería de Sanidad, 1992a; Gómez Carrizo, 2001).		(D;D)
	Dos veces al día: una por la mañana y otra por la noche (Azcona, 2005).		D
	Diariamente, con una duración de 10 a 15 minutos (Van Eyk et al., 2009).		D
	Después de la micción y la defecación (Varona et al., 2010).		D

Tabla 2.5 Recomendaciones en higiene íntima basadas en la evidencia científica y grados de recomendación SIGN

2.2.5.5 Higiene del cabello y piel corporal

2.2.5.5.1 Importancia de la higiene del cabello y piel corporal

El cabello está compuesto por el tallo y la raíz. El tallo, que es la parte visible, está formado externamente por la cutícula, reflejo de la salud capilar, muy resistente a agresiones externas, bajo la cual se halla la corteza. La raíz del cabello, o parte interna, se encuentra inserta en el cuero cabelludo, donde se ubica el bulbo del folículo, en el cual se produce el crecimiento activo del cabello. En la base del bulbo encontramos los melanocitos, productores de melanina, responsables de la pigmentación del cabello. Bajo la piel y próximas al tallo se hallan las glándulas sebáceas, las cuales secretan un líquido aceitoso que lubrica y protege el cabello de la deshidratación. La disfunción de dichas glándulas originarán un cabello seco o graso (Lemmel, 2001).

La higiene corporal desempeña un papel relevante a nivel social. Los olores corporales, debidos a las bacterias cutáneas que actúan sobre las secreciones corporales y que propician el crecimiento de microorganismos, son generalmente poco agradables para las personas que interaccionan con ellos y son motivo de rechazo social (Pérez Ruiz, Muñoz París & Pérez Galdeano, 2002, p. 128).

Marco conceptual

En este sentido, Sinclair (2007, p. 2) enuncia que “el cabello es un componente importante de la imagen corporal”. Su aspecto descuidado refleja a los demás carencias en higiene personal. Por tanto, la higiene del cabello, además de favorecer el mantenimiento de la salud capilar y cuero cabelludo, desempeña también un relevante papel a nivel socializador.

Pero además del papel que en las relaciones sociales desempeña la higiene y cuidado de la piel corporal, debemos contemplar su importancia en el mantenimiento de la salud. Como afirman Sánchez Oliva y Ruiz Palmero (2010, p. 256) “[se] deben adquirir buenos hábitos de higiene, no solo para sentirse bien y ser aceptado por los demás, sino para ayudar a mantenerse sano”.

Según López Luengo (2009, p. 56): “La finalidad de una buena higiene corporal es eliminar la suciedad que se acumula sobre la piel sin agredirla. No es sólo necesaria por motivos estéticos, sino también como medio imprescindible para mantener la salud de la piel”.

En la población infantil los problemas de salud ocasionados por el déficit higiénico pueden derivar en causa de estrés, como el rascado muy a menudo por prurito intenso, e interferir en el proceso de aprendizaje (Calderón-Arguedas, Solano & Sánchez, 2003, p. 180).

La piel corporal es la primera línea de defensa del organismo. Mantener la integridad y salud general de las células dérmicas favorecerá la protección de la piel frente agentes externos.

La insuficiente higiene del cabello, cuero cabelludo y piel corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de distintas enfermedades como es la infestación por ectoparásitos. Las ectoparasitosis más frecuentes son la pediculosis (*Pediculus humanus*) y la escabiosis o sarna (*Sarcoptes scabiei var hominis*), ambos agentes hematófagos permanentes y específicos de la especie humana. Entre las variedades de pediculosis se distinguen: *P. humanus var capitis*, que afecta al cuero cabelludo; *P. humanus var corporis* o *vestimentis*, que se localizan en la piel corporal y vestimentas; y *Pthirus pubis* o ladilla que se encuentran en la región genito-abdominal, responsable de la ftirosis, considerada una infección de transmisión sexual (Ciftci, Karaca, Dogru, Cetinkaya & Kulac, 2006, p. 95; Moreno, 2011, p. 438). “La pediculosis *corporis* se limita a los países de clima frío y está prácticamente ausente en los trópicos” (Feldmeier & Heukelbach, 2009, p. 153).

La alta prevalencia de pediculosis “ha sido relacionada con la limitada disposición de agua y deficientes prácticas de aseo personal. En la cuarta y quinta década del siglo XX

el mejoramiento global de los suministros de agua potable, las prácticas cada vez más frecuentes de baño corporal, el lavado de cabeza (...) minimizó significativamente la situación” (Schenone, Saavedra & Rojas, 1986, en Calderón-Arguedas et al., 2003, p. 177). También se ha observado que las comunidades de escasos recursos poseen una alta prevalencia e intensidad de ectoparasitosis, cuyos “factores responsables (...) son complejos y no han sido esclarecidos”.

Aunque la falta de higiene es señalada como uno de estos factores, algunos estudios sugieren como indicador principal el nivel socioeconómico bajo (Feldmeier & Heukelbach, 2009, p. 154).

Ríos, Fernández, Rivas, Sáenz y Moncada (2008) estimaron la prevalencia de *P. capitis* y su asociación con las variables socioeconómicas, las prácticas de higiene y las características del cabello en 168 niños de entre 3 y 60 meses de edad del jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia. Entre sus resultados, sugieren una asociación positiva entre la pediculosis y lavarse la cabeza menos de 3 veces a la semana [razón de prevalencia (RP)=1,58; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,58-4,7], compartir implementos de aseo (RP=1,31; IC95% 0,38-4,46), tener una longitud del cabello mayor de 11,5 cm (RP=2,0; IC95% 0,82-4,8), y vivir más de 5 personas en la casa (RP=2,04; IC95% 0,8-5,06).

Un estudio llevado a cabo por Al-Maktari (2008) que evaluaba la prevalencia y factores humanos de riesgo asociados a la infestación por piojos en 860 niños de entre 6 y 14 años de edad, determinó que la pediculosis tuvo una asociación negativa con la frecuencia de lavado del cabello ($p > 0.01$).

Una fuerte correlación inversa entre la higiene del cabello e infestación por *P. capitis* ($P < 0,001$), se confirma también en un estudio llevado a cabo por Sim et al. (2011) en la República de Corea con 2210 estudiantes de 17 escuelas primarias de todo el país. Los menores fueron sometidos a inspección visual y un cuestionario con el objetivo de examinar las condiciones socioeconómicas y los factores personales que pueden influir en la infestación por *P. capitis*. Sim et al. (2011, p. 97) proponen que “la educación en higiene para los niños puede ser útil en la reducción de la infestación por *P. capitis*”.

Igualmente la mejora de la higiene se señala como factor fundamental en la prevención y tratamiento de *P. corporis* (Nutanson, Steen & Schwartz, 2007; Raoult & Roux, 1999). Nutanson et al. (2007, p. 34) mantienen que la infestación por *P. corporis* “es poco probable que persista en cualquier persona que se ducha frecuentemente y tiene acceso a una vestimenta y ropa de cama lavadas recientemente”.

Marco conceptual

La pediculosis además está socialmente estigmatizada por el hecho de que las personas lo asocian a malas condiciones higiénicas (Calderón-Arguedas et al., 2003, p. 180; Ríos et al., 2008, pp. 246-247; Sidoti et al., 2009, p. 141; Sim et al., 2011, p. 95). Este hecho supone que la infestación no se notifique por temor a ser discriminados, y por lo tanto dificulta su control (Ríos et al., 2008, pp. 246-247).

El déficit de higiene personal también se asocia a pulicosis y acarosis, parasitosis transitorias y relacionadas al contacto con animales infestados con estos parásitos. “Mantener medidas de higiene y evitar factores de riesgo constituyen un pilar fundamental para tratar y evitar nuevas infestaciones del paciente y su grupo familiar” (Moreno, 2011, p. 438).

Además, la inadecuada higiene personal ha sido asociada por diversos autores con distintos tipos de pitiriasis. Hay y Graham-Brown (1997, en Trüeb, 2007, p.360) indican que la inadecuada higiene personal y *Malassezia* spp. están involucradas en la patogénesis de la pitiriasis esteatoides. Ring y Kaplan (1993, en Trüeb, 2007, p. 361) afirman que la pitiriasis amiantacea “frecuentemente ocurre como una enfermedad idiopática en niñas, pero también puede estar relacionada con la carencia de higiene personal”. Asimismo la higiene deficiente es factor predisponente en la pitiriasis versicolor (Salahi-Moghaddam, Davoodian, Jafari & Nikoo, 2009), y pitiriasis alba (Blessmann et al., 2002; Jadotte & Janninger, 2011).

La higiene personal deficiente, además del hacinamiento y el bajo nivel socioeconómico, se considera como factor asociado a diversas dermatomicosis, siendo la tiña de la cabeza o tinea capitis la más frecuente en niños. Está causada por cualquier dermatofito patógeno excepto *Epidermophyton floccosum* y *Trichophyton concentricum*. El contacto en la escuela es el factor independiente más probable en su diseminación, siendo comunes las epidemias familiares. (Rebollo et al., 2008).

Winge, Chryssanthou y Wahlgren (2009), estudiaron las rutinas de limpieza y desinfección de los utensilios destinados al cuidado del cabello, como peines, cepillos o tijeras, en 10 familias con hijos menores de 16 años con diagnóstico previo de tinea capitis en los últimos 6 meses en el Departamento de dermatología del Hospital Universitario Karolinska Solna de Suecia. En 4 familias se obtuvieron cultivos positivos de dermatofitos en los utensilios capilares, no manteniendo ninguna de ellas rutinas de limpieza de los mismos, mientras que 5 de las 6 familias con cultivos negativos sí tenían este tipo de rutinas. Los autores consideran importante informar a las familias respecto a rutinas de limpieza de los utensilios de cuidado del cabello para prevenir el desarrollo y transmisión de dermatofitos sugiriendo limpieza mecánica y desinfección con cloro.

Mantener unos hábitos de higiene corporal como es la ducha diaria, ayuda incluso a obtener mejores resultados en el tratamiento de la dermatitis atópica. Así se traduce de un estudio realizado por Mochizuki (2009), en el que se establece un programa de cuidado de la piel mediante ducha diaria, con agua corriente y sin uso de jabones, en 53 alumnos de primaria con dermatitis atópica. La ducha se efectuó en el descanso del colegio para el almuerzo. Todos los participantes mostraron una mejoría de su dermatitis atópica en 6 semanas de tratamiento.

2.2.5.5.2 Recomendaciones para la correcta higiene del cabello y piel corporal

En la actualidad la práctica más común de higiene corporal es la ducha, frente al baño y el uso de agua y jabón más ampliamente usados hace algunas décadas (López Luengo, 2009, p. 56). Sánchez (2008, p. 43) también afirma que “es aconsejable ducharse (mejor que bañarse)”. Algunos autores justifican el uso de la ducha respecto al baño por su efecto de arrastre de la suciedad, la cual en el baño queda disuelta en el agua (Consejería de Sanidad, 1992a, pp. 16). Fonseca (1996, pp. 49) señala que en niños mayores el baño puede sustituirse por la ducha al ser mejor tolerada por determinados tipos de piel y por el ahorro de agua y energía que conlleva. Azcona (2005, p. 64) desaconseja fundamentalmente en las mujeres los baños prolongados, decantándose por la ducha para la higiene corporal, ya que pueden favorecer la vulvovaginitis.

El hábito de la ducha ha promovido el avance y desarrollo de detergentes sintéticos “como solución a los inconvenientes que presentaba el jabón: alcalinidad y la formación de precipitaciones cálcicas en presencia de aguas duras” (López Luengo, 2009, p. 56).

Los preparados empleados en la higiene del cabello actualmente son los champús. “Se denomina champú a un producto apto para la limpieza del cabello y cuero cabelludo. En determinadas ocasiones presentan una acción simultánea farmacodinámica, estimulante o normalizadora de las funciones fisiológicas del bulbo capilar o de las glándulas sebáceas” (Lemmel, 2001).

El champú tiene que adaptarse a la calidad del cabello, la edad, los hábitos de cuidado del cabello y problemas específicos relacionados con el cabello y cuero cabelludo. Los efectos más importantes del champú en el cabello son: hidratación, adsorción y/o penetración del cabello, y la limpieza, eliminación de aceites y regeneración de lípidos. En el cuero cabelludo, el champú influye en la sequedad, seborrea, restauración de la neutralización alcalina, microorganismos del cuero cabelludo (*Malassezia* spp,

Marco conceptual

Propionibacterium spp.), actividad enzimática y circulación del cuero cabelludo (Trüeb, 2007, pp. 356-357).

Los productos químicos destinados a la limpieza de la piel corporal son los geles, los cuales “además de poder detergente, han de tener la capacidad de no alterar significativamente el pH cutáneo, mantener parte de los microorganismos de la piel y respetar la barrera hidrolipídica” (López Luengo, 2009, p.56).

Sánchez (2008, p.43) en relación a los geles, señala que “se deben utilizar jabones de acidez similar a la de la piel (pH=6) y que no irriten”.

En cuanto a la forma de enjabonarse el cuerpo, Sánchez (2008, p.43) señala que “es mejor utilizar las propias manos. Si se emplean manoplas o esponjas, deben ser de uso individual”. La Guía de la Higiene publicada por la CARM aconseja “enjabonar el cuerpo con la ayuda de un cepillo o esponja de uso individual, siguiendo este orden: cara, cuerpo, manos y brazos, axilas, piernas y pies, terminando por los órganos genitales”. El champú en el cuero cabelludo se aplicará mediante un masaje con la yema de los dedos (Consejería de Sanidad, 1992a, pp. 16,20).

En cuanto al secado del cuerpo tras su lavado, mientras unos autores aconsejan “secar con una toalla friccionando con energía las distintas partes del cuerpo” (Consejería de Sanidad, 1992a, pp. 16), otros recomiendan que “el secado ha de ser por contacto (no dar “restregones”)” (Consejería de Sanidad, 2008, pp. 5). En el caso del pelo es preferible su secado al sol. De no ser posible usar un secador de aire a una temperatura que no sea excesivamente caliente. No se debe frotar el cabello con una toalla para secarlo al ser traumatizante (Consejería de Sanidad, 1992a).

Entre las recomendaciones sobre la periodicidad del baño o ducha, están los que lo recomiendan a diario (Consejería de Sanidad, 1992a; Fonseca, 1996, pp. 49; Gómez Carrizo, 2001, p.101). No obstante algunos autores que aconsejan el lavado diario del cuerpo reconocen que la piel posee mecanismos defensivos y de autorregulación que, en condiciones normales, no hacen que el lavado de piel corporal sea absolutamente necesario, aunque señala que debido a la conveniencia de establecer patrones de higiene adecuados que perduren en la vida adulta, inclinan a que su recomendación sea diaria (Fonseca, 1996, pp. 49). Otros autores apuntan igualmente que su frecuencia puede variar en función del tipo de actividad (Consejería de Sanidad, 1992a). Sánchez (2008, p.43) aconseja ducharse “diariamente o al menos tres veces en semana”, mientras que Díaz de la Peña (1990, en Cuñat, Maestro, Martínez & Monge, 2000, p.289) sin señalar la indicación diaria, lo aconseja al menos tres veces por semana.

En el caso del lavado del cabello, la frecuencia señalada es inferior a la del lavado corporal. Las recomendaciones oscilan entre: dos o tres veces a la semana (Consejería de Sanidad y Consumo, 1996), al menos dos veces en semana (Díaz de la Peña, 1990, en Cuñat et al., 2000, p.289; Gómez Carrizo, 2001, p. 101), y una vez a la semana pudiendo variar su frecuencia en función del tipo de cabello (Consejería de Sanidad, 1992a). Gómez carrizo (2001, p. 101) matiza que en el caso de realizar el lavado diario del cabello, usar sólo un poco de champú en una sola aplicación y realizar posteriormente un enjuague perfecto.

El estudio descriptivo sobre hábitos de higiene personal llevado a cabo por Martín et al. (1996) en estudiantes de 8º de EGB y 3º de BUP o curso equivalente en ESO y FP, obtiene que, en ambos grupos, el número de varones que se ducha una vez a la semana o menos es significativamente ($p < 0,05$) más elevado que el de las mujeres. En cuanto al lavado del cabello, la periodicidad habitual es cada tres días: 72,63% (EGB) y 65% (BUP/ESO/FP).

La temperatura del agua para el baño o ducha también presenta diversas indicaciones. Algunos autores indican que el agua debe estar a la temperatura corporal (Fonseca, 1996, p. 49), otros que debe oscilar entre 34°C y 36°C (Consejería de Sanidad, 2008, p. 5), mientras que algunos autores señalan que la temperatura del agua para los niños debe estar entre los 38-40°C (Pérez Ruiz et al., 2002, p. 129).

En cuanto al mejor momento para proceder al lavado corporal, la mayoría de los autores se decantan por recomendarlo a última hora de la tarde-noche, ya que el cuerpo se relaja, teniendo un efecto facilitador del sueño (Fonseca, 1996, pp. 49; Sánchez, 2008, p.43). Aunque Gómez Carrizo (2001, p. 101) puntualiza el baño por la noche, antes de cenar, para los niños pequeños, mientras que en el caso de niños mayores señala como más recomendable la ducha matutina actuando como estimulante para la jornada.

Sánchez Moreno et al. (1992) llevaron a cabo en Murcia un estudio transversal, mediante encuesta, de los hábitos higiénicos en escolares de 2º y 7º de EGB en la zona rural de La Ñora, y 2º y 5º de EGB, 2º BUP y 2º FP en la zona urbana de Santa María de Gracia. Entre los resultados obtenidos, encuentran que el hábito de ducha o baño practicado con una frecuencia superior a la semanal es de un 32,6% en estudiantes de 2º de EGB de la zona rural, siendo en la zona urbana para este mismo curso de un 47% ($p < 0,01$). Este hábito, también aumenta en frecuencia con la edad, llegando al 96,1% en FP. Resultados paralelos, y también significativos estadísticamente, son obtenidos con la costumbre de lavarse el pelo más de una vez por semana, pasando en la zona

Marco conceptual

urbana de un 26,4% en 2º de EGB a un 91,3% en 2º de FP. En cuanto a la variable sexo no se encuentran diferencias significativas tanto en el hábito de ducha como en el de lavado de pelo.

El uso de desodorantes en la infancia no suele ser necesario. Los desodorantes son productos cosméticos destinados a impedir o atenuar el mal olor corporal resultante de la descomposición bacteriana del sudor. Actúan inhibiendo la producción de sudor de las glándulas sudoríparas, ralentizando o impidiendo el desarrollo de la flora bacteriana y sus enzimas responsables de la degradación de los componentes volátiles del sudor, adsorbiendo dichos compuestos volátiles y enmascarando el olor corporal con agentes aromáticos (Garrote & Bonet, 2010, p. 92). El mal olor corporal o bromhidrosis (osmidrosis) es causado por la acción bacteriana con el sudor generado por las glándulas apocrinas generalmente en las axilas, cuero cabelludo, genitales y conductos auditivos externos. La literatura médica suele coincidir en que los niños prepúberes que se lavan el cuerpo con regularidad no es posible la bromhidrosis (salvo problemas metabólicos) porque carecen de glándulas apocrinas en axilas e ingles. No obstante existen estudios de caso clínico que reportan bromhidrosis en niños prepúberes a pesar de tener unos adecuados hábitos de higiene corporal, y habiendo descartado problemas metabólicos y otros factores que pueden ocasionar mal olor corporal como: la ingesta de ciertos alimentos predisponentes como la cebolla, ajo, espárragos...; insuficiencia renal o hepática; otras enfermedades que pueden causar mal olor (fenilcetonuria, trimetilaminuria, hipermetionemia o academia isovalérica) (Hasfa & Schwartz, 2007). En estos casos, Hasfa y Schwartz (2007) recomiendan el uso de jabón antibacteriano, si se tolera, además de indicar el uso de un desodorante comercial de una a dos veces al día.

El uso de un desodorante por parte de los niños debería supervisarse por un adulto al haberse detectado casos que suponen un riesgo para su salud, especialmente con los aerosoles. Los desodorantes en aerosol, independientemente de su contenido químico, al ser usados a poca distancia de la piel, pueden inducir daño criotérmico con reacciones ampollas graves (Jacobi, Bender, Hertl & König, 2010). Si lo aplican en el cuero cabelludo puede dar lugar a una confusión etiológica con liendres (pseudos-liendres) (Ena, Mozzarello & Chiarolini, 2005). Además, se han documentado muertes de niños por depresión del sistema nervioso central y arritmias cardíacas por el uso de desodorantes en aerosol, por lo que no deben estar al alcance de los niños y ser usados siempre bajo supervisión de un adulto (Jefferson, 1978).

En las tablas 2.6 y 2.7 se muestran de forma sintetizada las recomendaciones halladas en la literatura sobre higiene de piel corporal y del cabello, y el grado de recomendación utilizado por el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) (Harbour & Miller, 2001).

RECOMENDACIONES EN HIGIENE DE PIEL CORPORAL		Grado de Recomendación (SIGN)	
Materiales	Cepillo o esponja de uso individual (Consejería de Sanidad, 1992a).	D	
	Desodorante y jabón antibacteriano (Hasfa & Schwartz, 2007).	D	
	Desaconsejadas las manoplas y esponjas (Sánchez, 2008).	D	
	Geles de acidez similar a la de la piel (pH=6) y que no irriten (Sánchez, 2008).	D	
	Detergentes sintéticos en lugar de jabón (López Luengo, 2009)	D	
	Geles que no alteren significativamente el pH cutáneo, mantengan parte de los microorganismos de la piel y respeten la barrera hidrolipídica (López Luengo, 2009).	D	
Técnica	Ducha vs Baño	Desaconsejados los baños prolongados en el sexo femenino (Azcona, 2005).	D
		Preferible ducharse en lugar de bañarse (Azcona, 2005; Consejería de Sanidad, 1992a; Fonseca, 1996; Sánchez, 2008).	(D;D;D;D)
	Enjabonado	Enjabonar el cuerpo con la ayuda de un cepillo o esponja de uso individual (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
		Enjabonar siguiendo este orden: cara, cuerpo, manos y brazos, axilas, piernas y pies, terminando por los órganos genitales (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
		Enjabonarse usando las propias manos en lugar de usar manoplas o esponjas. En caso de usar manopla o esponja, debe ser de uso individual (Sánchez, 2008).	D
	Temperatura del agua	Temperatura del agua: a la temperatura corporal (Fonseca, 1996).	D
		Temperatura del agua: entre los 38-40°C (Pérez Ruiz et al., 2002).	D
		Temperatura del agua: entre 34°C y 36°C (Consejería de Sanidad, 2008).	D
	Secado	Secar con una toalla friccionando con energía las distintas partes del cuerpo (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
		Secado por contacto sin "restregones" (Consejería de Sanidad, 2008).	D
	Desodorantes y jabones antibacterianos	Usar desodorante y jabón antibacteriano sólo en casos de niños/as con mal olor corporal (bromhidrosis), a pesar de seguir una adecuada higiene corporal) (Hasfa & Schwartz, 2007).	D
	Frecuencia	Diario, pudiendo variar su frecuencia según el tipo de actividad (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
Al menos, tres veces por semana (Díaz de la Peña, 1990, en Cuñat et al., 2000).		D	
Diario (Fonseca, 1996; Gómez Carrizo, 2001).		(D;D)	
Diariamente o al menos tres veces en semana (Sánchez, 2008).		D	
Momento del día	A última hora de la tarde (Fonseca, 1996).	D	
	Niños pequeños: por la noche antes de cenar. Niños mayores: matutina (Gómez Carrizo, 2001)	D	
	Preferentemente por la noche (Sánchez, 2008).	D	

Tabla 2.6 Recomendaciones en higiene de piel corporal basadas en la evidencia científica y grados de recomendación SIGN

RECOMENDACIONES EN HIGIENE DEL CABELLO		Grado de Recomendación (SIGN)
Instrumentos	Champú (Lemmel, 2001).	D
	Champú adaptado a la calidad del cabello, la edad, los hábitos de cuidado del cabello y problemas específicos relacionados con el cabello y cuero cabelludo (Trüeb, 2007).	D
	Detergentes sintéticos en lugar de jabón (López Luengo, 2009).	D
Técnica	Humedecer el cabello con agua tibia. Aplicar el champú en el cuero cabelludo mediante un masaje con la yema de los dedos. Enjuagar y repetir la operación (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
	Preferentemente secado al sol. Si no es posible usar un secador de aire. Evitar el frotado del pelo con la toalla (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
Frecuencia	Semanal, pudiendo variar su frecuencia según el tipo de cabello (Consejería de Sanidad, 1992a).	D
	Dos o tres veces por semana (consejería de Sanidad y Consumo, 1996).	D
	Al menos dos veces en semana (Díaz de la Peña, 1990, en Cuñat et al., 2000; Gómez Carrizo, 2001).	(D;D)
	En caso de lavado de cabeza diario usar sólo un poco de champú en una sola aplicación y realizar un enjuague perfecto (Gómez Carrizo, 2001).	D

Tabla 2.7 Recomendaciones en higiene del cabello basadas en la evidencia científica y grados de recomendación SIGN

2.2.5.6 Higiene de las manos

2.2.5.6.1 Importancia de la higiene de manos

El mantenimiento de unas manos limpias es un factor importante para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas, cuyo vínculo fue ya identificado por Semmelweis en 1846 (Fernández Jonusas, 2010, p.389; Reeves, Priest & Poore, 2012, p.1), al observar su relación con la incidencia de la fiebre puerperal (Kampf & Kramer, 2004, p.864; Musso & Enz, 2006, p.29). Jumaa (2005, p.3) llega a considerar la higiene de manos como “la medida más eficaz para interrumpir la transmisión de microorganismos que causan infección tanto en la comunidad como en la asistencia sanitaria”.

La higiene de las manos es un acto fundamental “para eliminar la suciedad y materia orgánica que se acumula en ellas y rebajar la carga bacteriana (habitual y transitoria) que podría acabar causando y/o transmitiendo enfermedades” (Garrote & Bonet, 2011, p.49).

La flora residente en las manos consiste en su mayor parte de bacterias que residen en la superficie de la piel y bajo las células superficiales del estrato corneo. No es considerada patógena para la piel intacta, aunque puede causar infecciones oculares o en piel lesionada. La especie predominante es *Staphylococcus epidermidis*. La flora transitoria de las manos incluye bacterias, virus y hongos adquiridos tanto por el contacto directo con piel o superficie ambiental contaminados. La transmisibilidad de

bacterias transitorias dependerá de la especie, número de bacterias en la mano, su supervivencia en la piel, y el contenido de agua dérmica (Kampf & Kramer, 2004, p.865).

No higienizar las manos correctamente, sobre todo después de defecar o tocar heces y antes de manipular alimentos, supone un factor de riesgo para la diarrea (Ejemot-Nwadiaro et al., 2008, p.2), la cual supone un grave problema de salud pública mundial que llega a causar más de 2,2 millones de muertes al año según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, P. 164).

El efecto del lavado de manos con jabón en la incidencia de diarrea e infecciones respiratorias agudas fue investigado mediante ensayo controlado aleatorizado por Luby et al. (2005) en 36 barrios de Karachi (Pakistán). Se asignaron 11 barrios (306 hogares) como controles, y 25 barrios a los que se les asignó la promoción del lavado de manos con jabón común (300 hogares) y con jabón antibacteriano conteniendo triclocarbán (300 hogares). Entre los hallazgos se obtuvo que los niños que recibieron el estímulo del lavado de manos con jabón tenían un 50% menos de incidencia de tos o disnea y de congestión o catarro que los niños de los barrios control. De los niños que recibieron jabón común, los menores de 5 años tenían un 50% menos de incidencia por neumonía que los controles; y los menores de 15 años un 53% menos de incidencia de diarrea. La incidencia de la enfermedad no difirió significativamente entre los hogares que recibieron jabón común o antibacteriano.

Otra consecuencia del lavado de manos deficitario o insuficiente es el parasitismo intestinal, siendo la población infantil en edad escolar la principalmente afectada (Mehraj et al., 2008; Silva et al., 2011). En 2014, la OMS estima que, en todo el mundo, las helmintiasis transmitidas por el suelo afectan a unos 1500 millones de personas (casi el 24% de la población mundial), de los que más de 270 millones corresponden a niños en edad preescolar y más de 600 millones a niños en edad escolar. Los niños infectados sufren deterioro físico, nutricional y cognitivo (OMS, 2014). Las infecciones masivas pueden llegar incluso a provocar una obstrucción mecánica del intestino delgado, sobre todo en niños (Melo, Klem, Mota & Penna, 2004).

Entre los distintos tipos de parásitos intestinales, la helmintiasis de mayor prevalencia en el mundo están causadas por el triocéfalo (*Trichius trichiura*), el anquilostoma (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*), siendo el más prevalente el nematodo *Ascaris lumbricoides*. La transmisión de las helmintiasis se produce sobre todo en zonas que carecen de sistemas adecuados de saneamiento. Se realiza a través de huevos eliminados en las heces de las personas infectadas que contaminan fuentes de

Marco conceptual

agua, el suelo (donde los niños al jugar sobre él y llevarse las manos a la boca sin lavárselas), u hortalizas (si están insuficientemente lavadas o cocidas). La OMS entre las intervenciones para reducir la morbilidad de las helmintiasis se encuentra la “educación en salud e higiene, insistiendo por ejemplo en el lavado de las manos” (OMS, 2014).

En un estudio llevado a cabo con 260 estudiantes de un colegio de Nepal, de entre 10 y 14 años a los que se tomaron muestras de heces en busca de parásitos intestinales y se les pasó un cuestionario estructurado con factores predisponentes, se observó que aquellos menores que no habían recortado sus uñas, en el momento de la recogida de datos, tenían mayor prevalencia de infecciones asociadas a parásitos (Shresta, Narayan & Sharma, 2012).

2.2.5.6.2 Recomendaciones para la higiene cotidiana de manos

La higiene de manos, tanto su técnica como la efectividad de diversos productos destinados a tal fin o los dirigidos a promover su cumplimiento, ha sido ampliamente investigada en el ámbito hospitalario (Gould, Chudleigh, Moralejo & Drey, 2008, p.7; Jumaa. 2005, p.3), contrastando con la escasa investigación enfocada a su higiene cotidiana o doméstica.

La higiene de manos es el resultado de la interacción de muchos factores que hace difícil el diseño metodológico de los estudios. Es por tanto un reto proporcionar evidencia científica de todas las recomendaciones establecidas en las directrices para la higiene de manos, y de esta forma mejorar el cumplimiento. Incluso las múltiples campañas de salud pública por todo el mundo dirigidas a la higiene de manos han tenido poco éxito (Jumaa, 2005, pp. 4,9).

Jumaa (2005, p.10) afirma que “uno de los aspectos más problemáticos del diseño de estudios de la higiene de manos es tratar de reflejar lo que sucede en situaciones de la vida real, ya sea en un barrio o en el hogar. Los modelos experimentales son un medio artificial. Es difícil llevar a cabo investigaciones en torno a la vida real sin interrumpir la práctica habitual”.

La higiene de manos tradicional se realiza mediante el lavado de manos, y es eficaz por la eliminación mecánica de materias extrañas. Los jabones comunes utilizados tienen capacidad detergente pero una actividad microbicida mínima que no elimina completamente los agentes patógenos de las manos. Además, ocasionalmente pueden contaminarse con bacterias (Mathai, Allegranzi, Kilpatrick & Pittet, 2010, p.103), sobre

todo las pastillas de jabón frente al jabón líquido, pero es poco probable que se transfieran a las manos (Jumaa, 2005, p.6).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la higiene de manos en la atención sanitaria debe contemplar los preparados de base alcohólica como medio preferente para su antisepsia rutinaria, indicando el lavado de manos con agua y jabón sólo “cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas, o después de usar los servicios” (Organización Mundial de la Salud, 2009, p.7).

Garrote y Bonet (2011, p.49) desaconsejan los preparados de base alcohólica para la higiene rutinaria ya que incluyen “un elevado contenido alcohólico (entre 60-80%) y ello comporta que la piel se deshidrate y reseque”. Tampoco recomiendan el uso de jabones bactericidas para el entorno doméstico ya que “su utilización excesiva puede acabar reforzando la aparición de resistencias bacterianas”.

Otro punto a valorar en la higiene de las manos es el secado como etapa final del lavado de manos, aspecto que ha sido poco investigado (Snelling, Saville, Stevens & Beggs, 2010, p.19). La importancia del secado de manos estriba en que “el grado de humedad de las manos parece influenciar en gran medida la transferencia y difusión de bacterias a las superficies y objetos tocados (...) porque las bacterias pueden mantenerse en un estado fisiológico que las hace más capaces de sobrevivir en el nuevo entorno” (Snelling et al., 2010, p.20).

Entre los métodos de secado de manos, se reconocen: toallas de tela, toallas de papel, secadores de aire caliente, secadores de aire ultrarrápidos, y por evaporación. Existen algunos estudios que evalúan el efecto de distintas formas de secado de manos y la carga bacteriana posterior al mismo. Según Yamamoto, Ugai y Takahashi (2005), el secado de manos mediante secadores de aire caliente ($60^{\circ} \pm 2^{\circ}\text{C}$) durante 30 segundos es más eficaz para eliminar bacterias en las manos y dedos que las toallas de papel, pero sólo si las manos no se frotan durante el secado con aire caliente, manteniéndolas estáticas. Sin embargo, en las yemas de los dedos, la eliminación de bacterias era a menudo mayor mediante el secado con toallas de papel que mediante aire caliente.

Esta observación sobre el efecto de frotarse las manos en los secadores de aire caliente se correlaciona con los resultados de Snelling et al. (2010, p.25), quienes afirman que: “Parece que el acto de frotarse enérgicamente las manos altera las escamas de la capa externa de la piel y aporta bacterias desde el interior de los poros a la superficie”. No obstante, al compararlos con las toallas de papel, éstas superan en

Marco conceptual

eliminación de bacterias a los secadores de manos de aire caliente y secador de manos ultrarrápido Airblade™ (Dyson Ltd), especialmente respecto a las bacterias que quedan en las palmas y yemas de los dedos.

Existe también evidencia de que el secado de manos con toallas de papel debe prevalecer frente a las toallas de tela, ya que éstas son fuentes potenciales de reinfeción, no recomendándose su uso en áreas clínicas (Ward, 2000).

En un estudio cuasiexperimental que compara la eficacia de la higiene de manos con un preparado de base alcohólica y el lavado con agua y jabón, se tomaron muestras a 103 trabajadores sanitarios a las 3 horas de iniciada su jornada laboral y a los 5 minutos de haberse lavado las manos, utilizando el jabón y técnica de secado habitual en el hospital, solo se les instruyó en la técnica de lavado según la OMS. Al mes se realizó la toma de muestras para el uso del preparado de base alcohólica etanol a 80% guardando los mismos tiempos que para el lavado de manos. Del estudio se obtiene que, el conteo de UFC previo y posterior al lavado de manos, tuvo una disminución no significativa del 13% de las muestras positivas. Por lo tanto, en este estudio, “el lavado de manos con agua y jabón no demostró eficacia en la disminución de UFC en los cultivos, e incluso en algunos trabajadores sanitarios aparecieron después de realizar la técnica, probablemente porque el secado en su gran mayoría lo hacían con toalla de tela” (Londoño & Murillas, 2011, p.185). La solución alcohólica resultó ser eficaz (RR 0.10 IC 95% 0.02-0.39), no siendo así con la técnica del lavado de manos (RR 0.71 IC 95% 0.43-1.18) (Londoño & Murillas, 2011).

Sánchez (2008) indica el lavado de manos cotidiano “al levantarse de la cama, después de tocar animales, antes de manipular alimentos, antes y después de curar cualquier herida, después de ir al váter y cuando se ha estado en contacto con posibles fuentes de contaminación o intoxicación (basura, estiércol, tierra, productos tóxicos). En general, siempre que estén sucias”. Mientras que Díaz de la Peña (1990, en Cuñat et al., 2000, p.289) y Gómez Carrizo (2001, p.101) consideran como correcto que el lavado de manos se efectúe siempre antes de comer y siempre después de ir al servicio. Restrepo (2009, p.309) indica el lavado de manos “antes y después de ir al sanitario” fundamentalmente en las niñas en prevención de vulvovaginitis.

Una revisión sobre investigaciones formativas en el lavado de manos con jabón en 11 países, concluye que el lavado de manos incluso en momentos clave como después de ir al inodoro es un acto infrecuente, lo cual conlleva una baja percepción social que no favorece su práctica. La principal motivación para el lavado de manos según esta revisión es sentir repugnancia, siendo más común al tocar heces, pescado, orina,

fluidos corporales o material putrefacto. También se obtiene que para que el lavado de manos se automatice como práctica habitual, es fundamental que se establezca durante la infancia. El intento de fomentar el comportamiento del lavado de manos, y en consecuencia su transmisión como hábito a los hijos, mejorando el conocimiento sobre los gérmenes no ha demostrado eficacia. Sin embargo, persuadir a las madres de que el lavado de manos con jabón es un acto de socialización y demostración de buenos modales a sus hijos, puede ser un medio eficaz (Curtis, Danquah & Aunger, 2009).

Un estudio que examina los hábitos saludables de niños entre 1 y 6 años mediante encuesta autoadministrada a los padres de 605 niños, obtiene que el 72% de los encuestados asegura que sus hijos se lavan las manos antes de comer en casa, pero sólo el 50% indicó que sus hijos se lavaban las manos después de ir al baño (Richardson, 1988, p.76).

Fernández Jonusas (2010, p.389) explica que la falta de cumplimiento en el lavado de manos, a pesar de una adecuada educación y formación en la misma, se debe a un fallo en “la interpretación que efectuamos de esa información, desde la subjetividad”, una falta de consciencia y aceptación de que nuestras manos, “primer instrumento de socialización”, puedan generar un daño.

En el caso de los profesionales sanitarios, la posibilidad de generar un daño en los pacientes por la falta de higiene de manos, supone una de las principales formas de ejercicio a tener en cuenta para cumplir con la consigna máxima de la actividad sanitaria asistencial: *primun non nocere* (lo primero es no hacer daño) (Musso & Enz, 2006, p.29).

Según una revisión sobre intervenciones para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos en la atención al paciente (Gould et al., 2008, p.2): “No hay suficientes pruebas para estar seguros de cuáles son las estrategias que mejoran el cumplimiento de la higiene de las manos. Las sesiones aisladas de educación sobre la higiene de las manos quizás no la mejoran, pero nuevamente no hay suficientes pruebas para estar seguros. Se necesita más investigación”.

El manual técnico de referencia para la higiene de las manos elaborado por la OMS (2009, pp. 8), detalla la técnica correcta del lavado de manos. La duración de todo el procedimiento es de 40 a 60 segundos y consta de los siguientes pasos:

- Mójese las manos con agua;
- Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;

Marco conceptual

- Frótese las palmas de las manos entre sí;
- Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;
- Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;
- Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;
- Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;
- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;
- Enjuáguese las manos con agua;
- Séquese con una toalla desechable;
- Sírvese de la toalla para cerrar el grifo.

Según el estudio descriptivo sobre hábitos de higiene personal, llevado a cabo por Martín et al. (1996), en estudiantes de 8º de EGB y 3º de BUP o curso equivalente en ESO y FP (en adelante grupo de Enseñanzas Medias (EM)): “El 10,2% (EGB) y 15,75% (EM) no se lava las manos antes de cada comida y el 30,9% y 18,5% no lo hace después de ir al servicio”.

En relación al sexo, un estudio transversal de las conductas higiénicas realizado por Sánchez Moreno et al. (1992, p.26) en escolares de un área rural (La Ñora) y otra urbana (Santa María de Gracia) en Murcia, revela que las chicas se lavan las manos más que los chicos después de ir a los servicios ($p < 0,01$).

La OMS (2009, p.7) señala que “las acciones de higiene de las manos tienen más eficacia cuando (...) las uñas son naturales, cortas y sin esmalte”.

2.2.5.6.3 Recomendaciones para la higiene de las uñas de las manos

Además del lavado de manos, no debe descuidarse la higiene de las uñas por su facilidad para acumular depósitos de suciedad, foco de gérmenes, bajo su lámina ungueal, posibilitando, el desarrollo de enfermedades infecciosas y su transmisión.

Garrote y Bonet (2011, p.52) recomiendan que al menos una vez al día “el lavado de manos se inicie con el frotado, con ayuda de un cepillo y agua jabonosa, del espacio entre la uña y el lecho ungueal, así como sus bordes laterales”. Asimismo aconsejan cortar las uñas rectas y su posterior limado para evitar la formación de astillas, manteniéndolas a una longitud que no exceda el borde libre del dedo. La Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (1996) aconseja el corte de uñas de forma curva, 1 vez a la semana y cepillarlas a diario.

Sánchez (2008, p.44) también aconseja el uso de un cepillo de uñas para limpiarlas, así como cortarlas frecuentemente.

En la tabla 2.8 se muestran de forma sintetizada las recomendaciones halladas en la literatura sobre la higiene de manos, y el grado de recomendación utilizado por el *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* (Harbour & Miller, 2001).

RECOMENDACIONES EN HIGIENE DE LAS MANOS		Grado de Recomendación (SIGN)
Materiales	Desaconsejadas las toallas de tela (Ward, 2000).	D
	Jabón líquido mejor que en pastilla (Jumaa, 2005)	D
	Agua y jabón (OMS, 2009).	D
	Toallas de papel, secadores de aire caliente (Snelling et al., 2010; Yamamoto et al., 2005).	(A;A)
	Desaconsejados los jabones bactericidas y/o de base alcohólica en la higiene de manos diaria (Garrote y Bonet, 2011).	D
Técnica	Secado: preferible los secadores de aire caliente ($60^{\circ} \pm 2^{\circ}\text{C}$) durante 30 segundos sin frotar las manos; seguido de las toallas de papel (Yamamoto et al., 2005).	A
	Duración de todo el procedimiento es de 40 a 60 segundos (OMS, 2009).	D
	Mojarse las manos con agua. Echar jabón en la palma de la mano. Frotar las manos entre sí: la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa; las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados; el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos; frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa; la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa. Enjuáguese las manos con agua (OMS, 2009).	D
	Secado: con una toalla desechable utilizándola posteriormente para cerrar el grifo sin tocarlo con las manos (OMS, 2009).	D
	Secado: Toallas de papel (Snelling et al., 2010).	A
Frecuencia	Siempre antes de comer y siempre después de ir al servicio (Díaz de la Peña, 1990, en Cuñat et al., 2000; Gómez Carrizo, 2001).	(D;D)

Marco conceptual

	Al levantarse de la cama, después de tocar animales, antes de manipular alimentos, antes y después de curar cualquier herida, después de ir al wáter y cuando se ha estado en contacto con posibles fuentes de contaminación o intoxicación (basura, estiércol, tierra, productos tóxicos). En general, siempre que estén sucias (Sánchez, 2008).	D
	Antes y después de ir al sanitario (Restrepo, 2009).	D
RECOMENDACIONES EN HIGIENE DE LAS UÑAS DE LAS MANOS		Grado de Recomendación (SIGN)
Materiales	Cepillo de uñas (Sánchez, 2008).	D
	Cepillo y agua jabonosa (Garrote y Bonet, 2011).	D
Técnica	Cortar las uñas de forma curva una vez a la semana (Consejería de Sanidad y Consumo, 1996)	D
	Cortar las uñas frecuentemente (Sánchez, 2008).	D
	Frotado, con ayuda de un cepillo y agua jabonosa, del espacio entre la uña y el lecho ungueal, así como sus bordes laterales (Garrote y Bonet, 2011).	D
	Cortar las uñas rectas y limarlas posteriormente para evitar la formación de astillas, manteniéndolas a una longitud que no exceda el borde libre del dedo (Garrote y Bonet, 2011).	D
Frecuencia	Limpiarlas al menos una vez al día (Garrote y Bonet, 2011).	D

Tabla 2.8 Recomendaciones en higiene de manos basadas en la evidencia científica y grados de recomendación SIGN

2.3 DIMENSIÓN SOCIAL DE LA HIGIENE CORPORAL

2.3.1 La higiene como valor de la humanidad

El hombre, a lo largo de su dilatada historia ha tendido a usar los valores como principios que orientan y justifican las distintas y variadas tomas de posición intelectuales y morales que no son más que los resultados de aquellas acciones o cosas que se aprecian o menosprecian, que son consideradas valiosas para la existencia humana (Duch, 2002). “El valor no posee una naturaleza anterior y previa del transcurso histórico de la existencia humana, sino que el valor se convierte en algo valioso por la interpretación que el hombre ha conferido a las acciones, cosas y demás asuntos humanos que le han garantizado unas determinadas condiciones de existencia y viabilidad en un momento histórico” (López Lorca, 2005, p.54).

La higiene, para Gervilla (2003), forma parte de los valores más necesarios o urgentes para el hombre (como la comida, la bebida o el descanso). Éstos son los llamados valores humanos o inferiores (cualquiera de los relacionados con alguna dimensión de la persona). Por otro lado, Gervilla denomina como valores doblemente humanos o superiores a aquellos más dignos que se alejan de los animales, y se refieren a lo más humano de los humanos, a la persona en cuanto a persona (como los valores intelectuales, morales, estéticos, éticos/afectivos y religiosos).

Valores y cultura son términos que van de la mano como afirma Mínguez Vallejos (2003, en Kontorovsky 2009, p.89) al considerar que “los valores son reales porque están enraizados en nuestra cultura”. Referido a esto, Barudy y Dantagnan (2005, p.74), enuncian que: “Los niños y niñas tienen derecho a creer en valores que les permitan sentirse parte de su cultura. (...) Aceptan someterse a las normas porque son legitimadas por los valores de su cultura”.

2.3.2 La interacción entre culturas de la higiene

Debido a las múltiples interpretaciones que pueden derivarse de la higiene como concepto, Márquez, Casas y Estrada (2004, p.33) consideran que “tal vez sea más apropiado hablar de culturas de la higiene, en plural”. Estos autores informan sobre la tendencia que ha existido, y así continúa, a la medicalización de la sociedad, entendida como la manera de trasladar a la población las pautas sanitarias consideradas como correctas, en este caso en términos de higiene.

Existen estudios que demuestran que la higiene “más allá del significado que cada grupo social puede haberle dado a esa cultura, la higiene individual y colectiva han devenido en prácticas civilizatorias y de socialización, (...) siendo interiorizadas (...) no necesaria o exclusivamente, como resultado de una suerte de resignada aceptación, sino como una evidencia de las ventajas y mejoras que podrían lograr” (Márquez et al., 2004, p.33).

Sigerist (1987, en García Ballester & Mc Vaugh, 1996, p.482), indica que los logros que una cultura desarrolla en el campo de la higiene, influyen directamente los conocimientos médicos y tecnológicos que esa determinada cultura posea en un determinado momento.

La higiene es una necesidad básica de la humanidad, como afirma la teórica enfermera Virginia Henderson (1961), y las necesidades humanas satisfechas generan desarrollo humano. Pero para alcanzarlo, “es importante partir del respeto a las comunidades” (Restrepo Mesa, 2005, p.114). Entre los principios de La Corporación Futuro para la Niñez para aportar desarrollo humano, se encuentra: “La no interferencia cultural, para lograr la consolidación de actitudes adecuadas y la interrogación frente a hábitos y creencias, sin destruir o violentar tradiciones” (Ospina, 1993, en Restrepo Mesa, 2005, p.114).

En las residencias de menores de la Región de Murcia ingresan menores de distintas nacionalidades y etnias, mayoritariamente del norte de África, por lo que sus prácticas en higiene pueden diferir. En el caso de los musulmanes, se practica el *Abdesto* o

Wudu que incluye el lavado de manos, pies y el cabello con agua limpia, realizándolo 5 veces al día antes de sus oraciones (AlGhamdi, Alhonoudi & Khurram, 2014). Por tanto, para que la tarea de educar en higiene, dentro del proceso de socialización del menor conforme a nuestra sociedad y cultura, sea posible, se “requiere el desarrollo de estrategias acordes con [su] realidad social, en las cuales se respete la cultura y el saber populares” de los menores que ingresan. Para ello se debe escuchar a los mismos, conocer su situación, sus problemas de higiene, así como sus propuestas y estrategias para superarlos. Debemos acercarnos a su realidad, a su cotidianidad si queremos generar cambios de conducta (Restrepo Mesa, 2005, p.112).

2.3.3 Importancia de la higiene corporal en el proceso de socialización del menor

2.3.3.1 El rechazo social ante el déficit higiénico personal

El impacto del déficit en la higiene personal no queda limitado a las consecuencias que en el plano sanitario pudiera tener, sino que deben contemplarse igualmente las repercusiones a nivel económico, escolar, laboral, psicológico y social (Ríos et al., 2008, p.246).

Las relaciones sociales, desde la niñez a la adolescencia, se van haciendo cada vez más estables, siendo menos supervisadas por los adultos, caracterizándose por una mayor intimidad y empatía. Estas relaciones influirán en su desarrollo cognitivo y emocional, en su adaptación al medio social en el que convive, en el aprendizaje de actitudes y valores, en la formación de la identidad y en la adquisición de habilidades sociales (Erikson, 1968, Hartup, 1996, Laursen, 1995 en Estévez, Martínez & Jiménez, 2009, p.6).

Morison y Masten (1991, en Jaramillo, Díaz, Niño, Tavera & Ortiz, 2006, p.207) afirman que: “La calidad de estas relaciones sociales tempranas tiene una influencia importante sobre el desarrollo de la autoestima, la estabilidad emocional y la capacidad para interactuar satisfactoriamente con otras personas durante la adolescencia y la edad adulta”.

Los menores que por consecuencia de unos padres negligentes, presentan un aspecto higiénico descuidado crónico, son niños que están sufriendo de maltrato infantil, y que llevan normalmente asociadas otras formas de maltrato en la infancia. “Los niños que crecen en esta situación se socializan en un contexto que, en la mayoría de los casos, si no reciben la ayuda adecuada, les conduce a presentar trastornos del comportamiento”. Son menores obligados “a aprender a sobrevivir evitando el dolor y el sufrimiento de su vida cotidiana”. Los trastornos de socialización de estos menores, son

una consecuencia lógica, “expresados por las dificultades para participar en relaciones de interdependencia sanas, caracterizadas por el respeto, la empatía y la reciprocidad” (Barudy & Dantagnan, 2005, pp.149-150).

Rodríguez et al. (2005, p.229) afirman que: “En nuestra sociedad el aspecto físico es fundamental. La falta de higiene y arreglo personal pueden producir el rechazo social y con ello, cualquier intento de integración en la comunidad”.

Dentro de las relaciones entre iguales, la aceptación social es un aspecto de gran interés. La baja aceptación social, la ignorancia y el rechazo son factores de riesgo importantes para la desadaptación (Bukowski, Newcomb & Hartup, 1998, en Monjas, Sureda & García-Bacete, 2008, p.480). El que un niño sea ignorado o rechazado por otros menores, denota “desde falta de estima, de atracción y de valoración hasta antipatía y desagrado” (Monjas et al., 2008, p.480).

“Diversos estudios muestran que los niños y adolescentes que tienen amigos, en comparación con aquellos que no tienen amistades, son más competentes socialmente, mas cooperativos, presentan menos dificultades en sus relaciones con los demás y una autoestima más elevada” (Cava & Musitu, 2000, en Estévez et al., 2009, p.6).

Desenvolverse con éxito en el interior de grupos sociales diversos, y contar con un buen grado de aceptación social, es tan relevante como el desarrollo de una alta capacidad académica o intelectual (Goleman, 1996, en Jaramillo et al., 2006, p.206).

“Los niños que sufren rechazo social (...) llaman mucho más la atención sobre sí mismos, colaboran menos, muestran menos interés por los otros niños y expresan más frecuentemente rechazo en forma de agresiones físicas o verbales, disputas, negación de solicitudes de otros y no seguimiento de sugerencias” (Díaz-Aguado, 1996 y Denham & Holt, 1993, en Jaramillo et al., 2006, p.207). Sin embargo, no se debe asociar el rechazo con la violencia, pues no todos los menores rechazados participan de actos violentos. Existen por el contrario menores rechazados que muestran un excesivo retraimiento social, depresión y ansiedad. En definitiva, los menores rechazados “parecen responder a diferentes perfiles, que reflejan la heterogeneidad de este tipo sociométrico” (Estévez et al., 2009, p.8).

Las habilidades en higiene personal “tienen que ver con la aceptación social, como son: ir limpio y aseado, bien vestido, con la nariz limpia, con las gafas limpias, el uso de colonia, pintarse, cortarse el pelo, las uñas, limpiarse los zapatos, afeitado”. Se trata de que los menores “adquieran hábitos y actitudes que supongan mantenerse aseado y con presencia agradable. Aprender la importancia de la limpieza y el gusto por sentirse arreglado, ayudará a su adaptación social y personal, así como a la imagen que tengan

Marco conceptual

de sí mismos”. Se debe enseñar a los menores que la adecuada higiene personal es importante “para que los demás nos traten con respeto y les guste mirarnos y acercarse a nosotros” (Ministerio de Educación y Cultura, 1999, p.147).

Entre los distintos tipos de déficit higiénico personal, a nivel bucodental, la higiene se hace indispensable, no sólo para mantener una boca sana y prevenir enfermedades, además “una boca y dientes sanos ofrecen una buena imagen estética, ya que es un punto clave donde se fija la atención a primera vista” (Bosch, 2007, p.64).

En este sentido, Gómez Ayala (2006, p.38) comenta que mantener una boca cuidada y sana impacta positivamente en cualquier interlocutor, transmitiendo la sensación de ser una persona preocupada tanto por su aspecto estético como por los aspectos de su imagen relacionados con la salud.

La estética es tenida en cuenta por la población a la hora de llevar a cabo la higiene oral. Así se desprende del estudio realizado por Lafuente et al. (2002, p.215) a adolescentes de Vitoria-Gasteiz, en el que la principal motivación para llevar a cabo la higiene oral es la salud, seguido de la estética con objeto de tener unos dientes bonitos.

Bonet y Garrote (2010, p.64) señalan que: “Las consecuencias de una adecuada salud bucodental tiene también componentes estéticas y psicosociales: una boca sucia y/o descuidada penaliza mucho la imagen de una persona, puede hacerla sentir insegura, genera rechazo y supone una traba para su proceso de socialización”.

Igualmente, el hedor sudoral consiguiente a unos hábitos higiénicos inadecuados puede suponer un problema en las relaciones sociales del niño. Bronfman (2006, p.232) sugiere “corregir la situación, que es importante porque puede ser causa de rechazo social”.

2.3.3.2 La escuela como agente socializador de los menores

Estudiar la relación con los iguales que tienen los menores en el ámbito escolar y diferenciarla de otros contextos es interesante, pues las relaciones sociales difieren en función del ámbito donde se establezcan, ya que las características conductuales necesarias para que se desarrollen con normalidad no son las mismas (Martín, Muñoz, Rodríguez & Pérez, 2008, p.380).

Las familias, actualmente, desplazan a la escuela las funciones de custodia y socialización de sus hijos en su forma más elemental. Esto es debido a los principales cambios surgidos en la sociedad moderna como son: la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, el fomento de las familias nucleares en detrimento de las extensas,

así como la desaparición de las pequeñas comunidades tradicionales en sustitución por la gran ciudad (Fernández Enguita, 2006, pp.88-90).

Podemos comprobar cómo la escuela asume cada vez más el papel socializador de los menores en el Decreto 198/2014, de 5 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En él se reconoce que “la escuela junto a la familia, representan las instituciones sociales que tienen mayor repercusión en la vida del niño y se convierten en los contextos más influyentes de cara a la configuración de la personalidad infantil”, y asume a la escuela como pieza fundamental en la adquisición de competencias sociales, como formadora en valores, potenciadora de respeto, tolerancia y empatía y de participación individual para lograr fines colectivos, así como favorecedora de experiencias sociales de los alumnos y constructora de la identidad personal del niño (Decreto 198/2014, 2014, p. 33372). También se demuestra de forma específica el papel de la escuela en la socialización de la higiene corporal, a través de este Decreto que considera criterio evaluable (en todos los cursos) “demostrar un comportamiento personal y social responsable, respetándose a sí mismo y a los otros” siendo un estándar de aprendizaje evaluable si el menor “incorpora en sus rutinas el cuidado e higiene del cuerpo”.

Los menores han ido ingresando a la escuela cada vez a más temprana edad. Incluso, como pone de manifiesto Cardús (2000, p. 56), esto les hace adquirir una extraordinaria familiaridad con el mundo escolar, haciéndoseles incluso difícil poder discernir con claridad entre los dos espacios: el escolar y el familiar:

Por eso estos pequeños alumnos no están seguros de quién tiene razón cuando se trata de interiorizar normas de alimentación y de higiene, o a la hora de establecer formalismos de relación interpersonal, si las instrucciones de los dos ámbitos no coinciden. Demasiado a menudo, antes de haber aprendido unas normas determinadas, ya se han dado cuenta de su relatividad (Cardús, 2000, p. 57).

Como dice Fernández Enguita (2006, p. 90): “La escuela complementa hoy a la familia como ayer lo hacía la pequeña comunidad entorno”. Los menores pasan en la escuela por ello cada vez más tiempo, “ha pasado a absorber prácticamente la niñez, la adolescencia y buena parte de la juventud” (Fernández Enguita, 2006, p. 92).

2.3.3.3 El rechazo y *bullying* en las relaciones sociales entre iguales en la institución escolar

Como hemos comentado debemos considerar a la escuela, no solamente como un escenario de instrucción, sino un ámbito de convivencia, donde se aprende a convivir y se adquieren habilidades sociales, siendo también escenario de conflictos y riesgo social (Arroyo, Ballesteros, Díaz, Hernández & Muñoz, 2007, p. 4).

De Paz (2004, p. 12) destaca que los procesos de socialización que tienen lugar en la escuela son consecuencia de las prácticas sociales, entendidas como la organización social de los aprendizajes y de las interacciones sociales que propicia esa organización de la transmisión. Este mismo autor, afirma que:

Aunque solo sea porque los alumnos pasan un gran número de horas en el marco escolar, la escuela juega o puede jugar un papel relevante en el aprendizaje social del niño y de la niña, y por lo tanto en la formación de sujetos e identidades sociales (De Paz, 2004, p.14).

En relación a las interacciones sociales que se producen entre los alumnos, Musitu, Moreno y Martínez (2005, p. 322) consideran que: “en las relaciones sociales que tienen lugar en el aula es habitual que existan grupos de adolescentes vinculados entre sí y un pequeño porcentaje que sufren problemas de integración social con sus compañeros”.

Una de las causas frecuentes de los problemas en las relaciones sociales entre compañeros de clase, fuente de conflicto, de problemas de integración, de rechazo y de exclusión, entre otros, es la intolerancia. Como afirma Narejo y Salazar (2002, p. 2): “La intolerancia no hace más que marcar las diferencias en aquello que debemos ser todos iguales como seres humanos e impone la igualdad en aquello que queremos que nos haga diferentes”.

Estévez (2005, p.45) considera como factor individual de rechazo escolar las expectativas que la dinámica del grupo de iguales tenga sobre la competencia social de los miembros que lo componen. Según esta autora “las expectativas surgen de las observaciones de los iguales, así como de los estereotipos que éstos manejan en relación a aspectos tales como el atractivo físico, la etnia u otras características que hacen ‘diferente’ al individuo”. De este modo, un menor que presente unas características físicas marcadas por una higiene deficitaria, eleva sus posibilidades de ser rechazado, al manifestar en el grupo expectativas mayoritariamente negativas. Así es afirmado por (Alexcievna, 2013, p. 8) al señalar que “los niños que tienen poco

interés en su aspecto personal por lo general son niños con relaciones interpersonales pésimas ya que son discriminados”.

Martínez Ferrer (2009, p. 4) afirma que: “El rechazo escolar (...) se encuentra íntimamente ligado a la vivencia de situaciones de aislamiento, de exclusión y de soledad en la escuela”, son en definitiva menores que, como indica esta misma autora (2009, p.3), se les califica como: “los `marginados´ de la clase”.

Dentro de la conflictividad escolar, es necesario saber distinguir las malas relaciones o los problemas de convivencia y conflictos interpersonales que puedan surgir entre iguales en el marco escolar, del fenómeno de violencia e intimidación escolar o también denominado *bullying* (Arroyo et al., 2007, p. 9). Por tanto nos planteamos si el déficit crónico de higiene personal de un menor puede propiciar, además de unas relaciones sociales entre iguales marcadas fundamentalmente por el rechazo, pueden predisponer a participar del fenómeno de intimidación escolar o *bullying*, y conocer cuál es el papel que desempeñan dentro de este fenómeno.

El término *bullying* fue acuñado en 1993 por Dan Olweus (Cerezo, 2006, p. 335) para referirse a: “Las agresiones físicas, verbales o psicológicas, que un estudiante, de forma intencionada y reiterada lleva a cabo contra otro sujeto más débil, que por lo general no se defiende y se convierte en víctima habitual de las mismas” (Olweus, 1998, en Sánchez Lacasa, 2009, p.9). La intimidación escolar es un fenómeno muy frecuente en la vida de los estudiantes de colegio en todo el mundo (Craig & Harel, 2004, en Jiménez, Castellanos & Chaux, 2009, p. 70).

Los agresores, también denominados *bullies*, suelen actuar movidos por el deseo de poder, de intimidar, dominar o meramente por simple diversión. La víctima de esta diada, está indefensa, sin posibilidad de respuesta ni apoyos. Las agresiones más comunes no son las físicas, que quizá sean las menos frecuentes sobre todo en Educación Secundaria, sino las verbales: insultos, amenazas, correr rumores que mermen la estima de la víctima, etc. Le sigue en frecuencia la exclusión social y el aislamiento, y en mucho menor grado las agresiones contra la propiedad o el acoso sexual (Cerezo, 2006, pp. 335-336).

Según el informe del defensor del pueblo (2007, p. 144), desde la perspectiva de las víctimas, las agresiones verbales son señaladas como la forma de abuso más frecuentemente sufrida. Entre esta forma de intimidación, la más frecuente es el hablar mal (31,6%), seguido del insulto (27,1%) y poner mote ofensivo (26,7%). Le sigue la agresión física indirecta de esconder cosas (16%), la exclusión social en forma de ser ignorado (10,5%) y no dejar participar (8,6%), las amenazas para meter miedo (6,4%), la

Marco conceptual

agresión física indirecta de robar cosas (6,3%), y las agresiones físicas directas (3,9%). Porcentajes muy inferiores identificaban el acoso sexual (0,9%), el obligarles con amenazas (0,6%) y amenazar con armas (0,5%).

En las víctimas, según sus peculiaridades, se pueden distinguir dos tipos que reflejan distintas maneras de reaccionar frente al acoso y agresión. Por un lado, hablamos de *víctima pasiva o sumisa* a quien interpreta “la victimización como una experiencia crítica muy traumática que, junto con su tendencia al retraimiento, mine su autoconcepto y desemboque en síntomas depresivos y sentimientos de soledad”. De otro lado, se encuentra la *víctima provocativa o agresiva* que desarrolla “actitudes tan negativas hacia sus iguales que, junto con su tendencia a la impulsividad, desencadene una reacción agresiva hacia sus propios agresores” (Crick, Grotpeter & Rockhill, 1999, en Estévez, 2005, p. 22). Los menores que son víctimas, en general, presentan entre sus características, el rechazo por parte de sus compañeros de clase (Estévez, 2005, p. 22).

En cuanto a diferencias de género, puede afirmarse que éstas son más cualitativas que cuantitativas, en cuanto que chicos y chicas utilizan preferentemente distintos tipos de agresión pero en niveles similares. Así, los chicos utilizan más frecuentemente la agresión física directa y el daño a pertenencias de otros compañeros, mientras que las chicas optan por la intimidación, la manipulación y el aislamiento social. A un mismo nivel, chicos y chicas, utilizan la agresión verbal como poner moteos o dejar en ridículo (Estévez, 2005, p. 20).

2.3.3.4 Influencia del déficit en higiene corporal en el rechazo escolar y el *bullying*

Según un estudio llevado a cabo por Cuevas, Hoyos y Ortiz (2009) en Colombia, en los municipios de Tuluá y Cali, con una participación de 366 estudiantes de entre nueve y diecinueve años, entre las formas de intimidación verbal, el 37,7% de los menores informaron haber sido objeto de burlas por su apariencia física.

El déficit higiénico, en un estudio realizado por Monjas et al. (2008), sin embargo, no supuso un gran motivo de rechazo entre los escolares. En dicho estudio se pasó un cuestionario sociométrico de nominación entre iguales a 430 alumnos de quinto y sexto curso de educación primaria, pertenecientes a ocho centros públicos de Valladolid, Palma de Mallorca y Castellón de la Plana. En él se pidió a cada alumno que hiciera tres nominaciones positivas y tres negativas de sus compañeros de clase de acuerdo con el criterio de amistad, pidiéndose además que se justificaran sus respuestas. Como resultado del proceso de categorización efectuado a partir de las respuestas del

alumnado para justificar las preferencias y los rechazos, se obtuvieron quince categorías de rechazo. Entre éstas, se obtuvo la categoría “características físicas”, con la que los menores describen “las características externas del otro: apariencia física desagradable y/o aspectos de higiene poco cuidadosa”, poniendo los autores como ejemplos de las razones obtenidas: “huele mal”, “se quita los mocos” o “no se peina”. Dicha categoría sólo obtuvo un 0,8% de las razones del rechazo entre los menores, por lo que este estudio no las considera un motivo importante de rechazo en estas edades.

No se evidencian estudios que especifiquen entre las características o apariencia física de los menores, el déficit higiénico como variable de estudio en el fenómeno *bullying*, que nos permita estrechar posibles relaciones entre déficit de higiene personal y agresor o déficit de higiene personal y víctima. No obstante, algunos estudios enmarcan en general los hándicap en la apariencia física del menor como un factor de riesgo para incluirlos dentro del grupo de víctimas pasivas o sumisas (Estévez, 2005, p. 22). Este grupo de menores, según manifiesta Díaz-Aguado (2005, p. 551) se caracteriza por culpabilizarse de su situación y tender a negarla, debido a que la consideran incluso más vergonzosa de lo que consideran su situación los agresores. Es por tanto que el estatus sociométrico de rechazo parece estar relacionado con autopercepciones distorsionadas. Los sujetos tienden incluso a mantener la consistencia en estas percepciones y a rechazar información que contradiga dicha autopercepción, aun cuando ésta sea negativa (Estévez et al., 2009, p. 12).

Así pues, las investigaciones desarrolladas hasta el momento sobre *bullying*, estudian, más que un perfil definitorio de agresor o víctima, los posibles factores de riesgo del fenómeno, pues como nos dice Piñero (2010, p. 67): “No existen perfiles únicos para cada uno de los implicados en el fenómeno *bullying*, pudiendo pasar por los diferentes roles alumnos de muy diversos tipos, aunque puedan tener algunos rasgos en común”.

Existe una importante relación entre los factores de riesgo familiares que presentan los menores implicados en el fenómeno *bullying*, y el ambiente familiar de donde proceden los menores que ingresan en centros de protección, víctimas de malos tratos, entre los que se encuentra la negligencia física del descuido de la higiene personal de los padres o tutores hacia sus hijos.

El medio familiar como modelo social que proporcionan los adultos es clave en el desarrollo conductual de los menores. Las experiencias de maltrato, sufrido u observado, se encuentran entre los factores que inciden, por tanto, en el desarrollo de las conductas de los menores implicados en *bullying* (Barudy, 1998, en Cerezo, 2006, p. 336).

Marco conceptual

Los menores que sufren el abandono físico (como el abandono en higiene corporal) entre sus experiencias de maltrato, por la falta de cuidados de sus padres, puede interpretarse, según Díaz-Aguado (2001, en Piñero, p. 69), por la ausencia de habilidades educativas de los padres, que desemboca en una falta de reconocimiento de las necesidades de los menores. Este estilo parental negligente, se encuentra entre los factores familiares identificados como de riesgo para el desarrollo de violencia escolar.

Ortega (2000, en Piñero, 2010, p. 74) establece la experiencia de maltrato familiar como factor de riesgo que aumenta la probabilidad de que un menor se vea envuelto en situaciones de violencia en el centro escolar, indistintamente como agresor o víctima. Como agresor por la adquisición de hábitos provocadores y chulescos, y como víctima por el proceso de indefensión aprendida.

Cerezo (2002, en Piñero, 2010, p. 75), enuncia como factores de riesgo familiares tanto para el agresor como para la víctima:

- Las prácticas de crianza inadecuadas: autoritarias o, por el contrario, negligentes.
- La familia disfuncional.
- Los pobres o escasos canales de comunicación.

Según un estudio llevado a cabo por Martín et al. (2008, p. 380), sobre la integración social de menores en acogimiento residencial en el ámbito escolar, se observa que estos menores presentan problemas de rechazo en el contexto del aula, siendo descritos con atributos negativos e inadecuados, posiblemente por los problemas conductuales que manifiestan, entre los que destacan: “tener malas relaciones con el profesorado, el ser agresivo, querer llamar siempre la atención, no destacar por la capacidad de resolver conflictos ni por la madurez (...). Este perfil de comportamiento concuerda con las consecuencias de la situación de maltrato previa al ingreso en acogimiento residencial”.

Es por tanto comprensible que los menores víctimas de maltrato infantil, previo al ingreso en centros de protección, presenten igualmente rechazo en el aula por su conducta agresiva. Entendida la desatención en higiene personal como una de las formas de maltrato a la infancia, es probable que estos menores sean rechazados, aunque habría que plantearse si además de por sus alteraciones conductuales, lo son también en este caso por su falta de higiene, o si existen relación entre ambos factores.

No nos consta la existencia de estudios que centren su atención en el déficit de higiene personal del alumno, víctima de maltrato infantil, y el fenómeno bullying, que pudieran responder a estas cuestiones.

2.3.3.5 Actitud del profesorado ante los conflictos en el aula

En el ámbito escolar, es importante la implicación de los maestros y profesores ante las situaciones de rechazo que pudieran presentar sus alumnos, como en el caso del déficit higiénico corporal. Además son considerados responsables últimos de lo que acontece en el aula, clima, relaciones, motivación, ilusión, etc., al poseer el papel de instructores y socializadores (Musitu et al., 2005, p. 322). “El profesor debe mantener la disciplina en el aula, crear unas reglas de conducta e intervenir en la organización de agrupamientos de alumnos (...), es decir, desempeña también un rol socializador” (Gómez, Mir & Serrats, 2004, en Musitu et al., 2005, p. 322).

De Paz (2004, p. 170) afirma que: “Los maestros/as suelen conocer el estatus del niño/a marginado/a”. Sin embargo, algunos maestros no abordan estas situaciones por temor a las reacciones de los padres, o por inhibiciones al no sentirse capacitados o no considerarlo parte de su trabajo. Pero si no se actúa en estos casos, los menores corren el riesgo de padecer un rechazo sistemático y crónico. Si es necesario, el maestro puede buscar el apoyo de la administración de la escuela para abordar el tema en su representación, y/o solicitar ayuda “a la enfermera o a otro profesional de la salud, pero tiene que hacer algo” (Thompson, Cohen & O’Neill, 2003, pp. 116-117).

Para Arroyo et al. (2007, p.4), la formación del profesorado en cuanto al abordaje de la prevención de los conflictos en el aula es fundamental y debería incluirse en los planes educativos ya desde el currículo. Según estos autores, el afrontamiento de estas situaciones de conflicto no debe incluir únicamente a los profesores de los centros de educación formal sino que debe ser interdisciplinar, involucrando igualmente a los servicios de salud e instituciones de protección social y solidaridad. “La escuela tiene que estar abierta a la ayuda que le viene de fuera desde otros organismos sociales y solidarios” (Arroyo et al., 2007, p. 5).

Los docentes deben procurar un clima de tolerancia en el aula, fundamentada en el respeto a la diversidad del propio alumnado (por ejemplo por motivo de raza, cultura, religión o situación familiar y social), usando como estrategias educativas la negociación y la mediación para mejorar la comunicación y generar un óptimo clima de convivencia escolar. Pero además, para intervenir en los conflictos generados a partir de inadecuadas relaciones sociales en el aula, es importante educar en valores. Se

evitará emplear el castigo y la autoridad, al propiciar un clima de tensión en el entramado de relaciones interpersonales del centro educativo (Narejo & Salazar, 2002, p. 2).

2.3.4 El déficit higiénico como indicador de desprotección infantil en la Región de Murcia

La adecuada satisfacción de necesidades básicas y universales constituye la clave del bienestar de niños y adolescentes. De hecho, la inadecuada atención de los menores es lo que da lugar a las diferentes formas de desprotección. Para la satisfacción de las necesidades de la infancia, se precisa de una supervisión y cuidado del adulto. De esta forma los cuidadores (tutores legales) son responsables de vigilar el estado de salud de sus hijos, de procurarles la atención sanitaria debida y de atender, en general, todas las necesidades físicas y de salud.

La clasificación de López (1995, en Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, 2009b, pp. 22-23) sobre las necesidades de la infancia, sigue vigente y de forma generalizada por los profesionales dedicados a la protección de menores. Incluye tres grandes bloques: necesidades físico-biológicas, necesidades cognitivas y necesidades emocionales-sociales. La higiene se incluye dentro de las necesidades físico-biológicas de los menores. López, indica como condiciones que potencian un desarrollo higiénico correcto: los hábitos de higiene adecuados, la higiene corporal, la higiene de vestido, higiene en la alimentación, higiene en la vivienda y la higiene en el entorno. Entre las condiciones que impiden el desarrollo adecuado de la necesidad de higiene se incluye: carencia de hábitos de higiene, suciedad corporal y en la vestimenta, contaminación y suciedad del entorno, presencia de enfermedades frecuentes, parásitos y roedores en el entorno, y enfermedades de la piel.

Una inadecuada higiene corporal por parte de un menor, además de clasificarse como negligencia por la omisión concreta que puede originar este maltrato infantil, también puede clasificarse según el autor que ocasiona el maltrato, existiendo las siguientes posibilidades (Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, 2009b, p. 59):

- Familiar: cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado.
- Extrafamiliar: cuando los autores del maltrato no son familiares, o el grado de parentesco es muy lejano.
- Institucional: provocado por las instituciones públicas.

- Social: no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño.

En el contexto familiar y con el objeto de homogeneizar criterios técnicos y agilizar el proceso de valoración de la gravedad de los casos de desprotección infantil que se producen en la Región de Murcia, la Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración ha diseñado en 2010 un nuevo “Instrumento para la Valoración de la Gravedad de las Situaciones de Desprotección Infantil”. Las tipologías de desprotección infantil que este instrumento valora son las siguientes:

- Maltrato físico.
- Síndrome de Munchausen.
- Negligencia física:
 - Negligencia hacia necesidades físicas: alimentación, cuidado de la salud física, vestido, higiene personal, condiciones higiénicas de la vivienda, estabilidad y condiciones de habitabilidad de la vivienda.
 - Negligencia hacia necesidades de seguridad: supervisión y prevención de riesgos, protección ante el maltrato grave perpetrado por terceras personas.
 - Negligencia hacia las necesidades formativas.
- Maltrato emocional.
- Inducción a la delincuencia.
- Modelo de vida inadecuado.
- Negligencia emocional.
- Abuso sexual.
- Explotación sexual.
- Maltrato prenatal.
- Explotación laboral.
- Otras tipologías: incapacidad parental de control de la conducta del menor, abandono, renuncia y mendicidad.

Marco conceptual

Podemos observar como la higiene personal, es entendida como una necesidad física que, de no ser atendida temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el menor, tiene consideración de negligencia física. Es importante tener en cuenta que a pesar de la utilidad práctica de considerar las diferentes tipologías de desprotección infantil de forma independiente, lo habitual es que exista solapamiento entre varias de ellas. (Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, 2009a).

Según este instrumento de valoración de la desprotección infantil, los niveles de gravedad para la tipología “higiene personal”, son los siguientes (Consejería de Sanidad y Política Social, 2010):

- Muy grave: hay una falta de higiene muy notoria (el menor no se ha bañado o duchado en al menos varias semanas, grave desatención de la salud bucodental, bebé al que habitual o frecuentemente no se cambian los pañales con la regularidad necesaria) que ha provocado que el menor sufra una enfermedad o trastorno físico que supone una amenaza seria para su vida o salud, ha requerido hospitalización o constituye una amenaza seria para la salud de las personas que están a su alrededor.
- Grave: misma situación que “muy grave” pero aunque el menor sufre una enfermedad o trastorno físico que requiere tratamiento médico, esto no constituye una amenaza para su vida o salud o la de las personas que están a su alrededor.
- Moderado: hay una falta de higiene muy notoria (el menor no se ha bañado o duchado en al menos varias semanas, despide un fuerte olor corporal o bucal, tiene los dientes cubiertos de sarro, amarillentos o con manchas, lleva la ropa sucia y con manchas que probablemente no se pueden quitar, pelo con restos de comida o heces), aunque el menor no padece ninguna enfermedad ni trastorno físico como consecuencia de ello. Pueden haberse producido quejas de otras personas (por ejemplo, centro educativo). Puede que el menor sufra el rechazo de sus iguales por este motivo.
- Riesgo leve: el menor no se lava con regularidad aunque lo necesite. Ello no le ha provocado ninguna enfermedad ni rechazo de sus iguales.

Una vez valorada la gravedad individual de cada tipología de desprotección, ha de realizarse una valoración global del nivel de gravedad del caso: sin riesgo, confirmado

sin determinar gravedad, riesgo leve, desprotección moderada (riesgo moderado), desprotección grave (riesgo grave), o desprotección muy grave (desamparo o guarda). La declaración del desamparo o guarda corresponde en último término a los Servicios Sociales Especializados. Los casos que pueden llevar a la valoración global como desamparo o guarda son los siguientes:

- La calificación de una tipología como muy grave, independientemente de la gravedad del resto de tipologías.
- La calificación de al menos una tipología como grave sin que exista ninguna otra tipología de mayor gravedad, cuando:
 - Los padres, tutores o guardadores –y/o el menor, en el caso de adolescente– no muestren una suficiente conciencia del problema y disposición a colaborar con la propuesta de intervención del Servicio de Familia como alternativa a la separación.
 - Los intentos llevados a cabo anteriormente desde el Servicio de Familia para corregir o controlar la situación no han arrojado los resultados deseados.
 - Las dificultades o problemas que presenta la familia no son susceptibles de tratamiento o control al menos en ese momento, y se valore que la separación constituye la única alternativa que garantiza la seguridad y bienestar del menor.

Una vez se determina que existen indicadores de desamparo o guarda se derivará el caso al Servicio de Protección de Menores, que declarará la situación de desamparo o asunción de la guarda del menor, pudiéndose mediante resolución resolverse un acogimiento familiar del menor o el internamiento en centro de protección. (Consejería de Sanidad y Política Social, 2010).

En caso de considerarse desamparo, es necesario proponer la separación temporal o permanente del menor de su familia de origen para garantizar su protección. Los menores separados de sus familias tienen como medidas de protección, según el artículo 172.3 del Código Civil: “el acogimiento familiar o el acogimiento residencial. El acogimiento familiar se realizará por la persona o personas que determine la Entidad Pública. El acogimiento residencial se ejercerá por el Director del centro donde se ha acogido al menor”.

Los menores que por diversos motivos de desprotección infantil se encuentran en situación de desamparo y precisan, como medida protectora, el acogimiento residencial,

Marco conceptual

suelen provenir de familias que son catalogadas de minusvalía social (Kontorovsky, 2009).

La salud de los menores que se encuentran en acogimiento residencial es una consideración de la mayor importancia, y que no es separable del desarrollo psicológico. Diversos autores creen necesario estudiar aquellos aspectos dentro de los programas de las residencias de protección que inciden en la creación de un contexto saludable. “Se trata de cuestiones como la (...) información sobre el cuidado del propio cuerpo, la dieta, etc.”. (De Paul & Arruabarrena, 1996, p. 441).

2.3.5 Marco jurídico para la protección de la infancia

En las últimas décadas los niños/as han ido ganando en derechos, haciéndolos cada vez más visibles para la sociedad y creciendo en importancia como miembros determinantes de la sociedad del mañana. DeMause (1982, p. 15) sostiene que, “cuanto más se retrocede en el pasado (...) más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales”.

En el ámbito internacional, dos hechos han sido determinantes en el cambio del estatus social y jurídico de la infancia. Por un lado, la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, donde se reflejan sus derechos fundamentales; y por otro, la Convención de Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 1989, ratificado por 191 Estados entre los que se encuentra España. En ellas se reconoce a los niños como sujetos de pleno derecho ofreciéndoles protección frente a toda forma de maltrato y explotación, instando a ciudadanos, organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a reconocer esos derechos y promover su observancia. Específicamente se menciona la higiene en el artículo 24.2.e) que insta a “asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos” (UNICEF, 2006, p. 20).

A nivel estatal especialmente relevantes en materia de protección de los derechos del niño, se deben mencionar la Constitución Española de 27 de diciembre de 1978, donde se garantiza la protección social de las familias y específicamente y dentro de ellas, los derechos de los niños. En su artículo 39.4 enuncia que “los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”. También es importante citar la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se

modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Adopción, regulando la adopción, y el acogimiento familiar además de dar normas sobre la tutela y la guarda de los menores desamparados por parte de las Entidades Públicas. Por último mencionar la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, que configura un amplio marco jurídico de protección a la infancia y adolescencia, enunciando un reconocimiento general de derechos contenidos en los tratados internacionales, regulando los principios generales de actuación frente a situaciones de desprotección social.

El 5 de abril de 2013 se aprueba por acuerdo de Consejo de Ministros el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016* (II PENIA). Para conseguir su séptimo objetivo (Salud Integral), se proponen promover entre otras acciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia, 2013):

7.1.- Diagnóstico del estado de salud de la infancia y la adolescencia en España: promover el conocimiento desde una perspectiva de salud pública y de determinantes sociales de la salud, analizando las desigualdades por grupos de edad, clase social, sexo, país de origen y otros, procurando establecer un paquete básico de indicadores comunes.

7.2.1.- Promover (...) la coordinación de las actuaciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades de la infancia (...).

7.4.- Promoción de la salud en la escuela.

7.8.- Autonomía de los menores de edad: desarrollar medidas de promoción y protección de la salud de los niños y adolescentes impulsando su progresiva autonomía y corresponsabilidad sobre su salud con información adecuada a su edad y desarrollo y un lenguaje accesible.

Actualmente se ha aprobado en el Congreso, a 24 de febrero de 2015, el anteproyecto de Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en cuyas modificaciones de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, y en relación a las instituciones de protección a la infancia y a la adolescencia, se señala que “se dará prioridad a las medidas (...) familiares frente a las residenciales”.

En relación al marco jurídico de protección a la infancia, y el referido de forma más específica al acogimiento residencial de menores de la Comunidad Autónoma de la región de Murcia, se describirá en el apartado 2.4.2.

2.4 ACOGIMIENTO RESIDENCIAL: LAS RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN DE MENORES

2.4.1 Evolución histórica de las residencias de protección de menores

Las residencias de protección de menores que hoy conocemos, son herederas de una larga tradición de grandes instituciones de carácter benéfico que acogían a pobres, vagabundos, ancianos, enfermos, niños huérfanos y expósitos. La infancia no existía como concepto diferenciado, y por ello los niños eran recogidos junto con los adultos. (Bravo & Fernández, 2001; Bravo & Fernández, 2009; Fernández Gutiérrez, 2003). Es en el siglo XVI cuando aparecen las primeras instituciones específicas para la infancia: las inclusas, casas cuna o de expósitos (Fernández & Fuertes, 2000, pp. 25-26). “La atención a la infancia desprotegida se basaba en una respuesta única y universal: la colocación del niño en una institución que pudiera cubrir sus necesidades más elementales (...) con un cuidado no profesional” (Bravo & Fernández, 2009, p. 43), y en unas condiciones ínfimas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002). “Todavía a mediados de los años ochenta, la medida de la institucionalización en España era la respuesta predominante” (Bravo & Fernández, 2009, p. 43).

Desde el modelo institucional a la actualidad se producen dos importantes transiciones. La primera de ellas viene ligada a la transferencia de competencias de la Administración del Estado hacia las Comunidades Autónomas, año 1984 en la CARM, iniciándose el modelo familiar. La finalidad de la intervención protectora debía ser la reintegración del menor en un contexto de desarrollo familiar, ya sea en la propia familia o en una nueva. De esta forma, como indican Bravo y Fernández, (2009, p. 44): “El acogimiento residencial dejó de ser una medida para la crianza de niños sin hogar y pasó a ser una medida temporal de atención al servicio de la solución definitiva de integración familiar”. La segunda transición, surgida en los años noventa y en la que nos encontramos, supone el cambio hacia un modelo especializado en el que se intenta “desarrollar una red de servicios de acogimiento residencial diversificada y especializada” (Bravo & Fernández, 2009, p. 44), que atienda los nuevos perfiles de la población que hoy en día se encuentra en ellas: adolescentes sin previsión de retorno al hogar familiar, presencia de problemas emocionales, de conducta y salud mental, adolescentes que presentan conductas violentas hacia su familia, menores infractores

con medida protectora, menores extranjeros no acompañados y acompañados (Bravo & Fernández, 2009).

Hemos de tener en cuenta que “en la actualidad (...) se han fomentado los hogares de protección con pocas plazas, siendo éstos centros abiertos a la comunidad, donde se atiende a los menores desde una perspectiva educativa y profesionalizada, buscando en todo momento que el tiempo que el menor viva en el centro sea lo más corto posible” (Fernández & Casas, 2002; Fernández & Fuertes, 2000; Hellinckx, 2002, en Martín & Del Socorro, 2007, p. 26). “Este nuevo planteamiento se basa en el principio de normalización, mediante el que se pretende que durante el tiempo que el menor vive en hogares de acogida, reciba una atención lo más parecida posible a la que tienen los niños que viven con sus familias, y puedan gozar de las mismas oportunidades educativas” (Martín & Del Socorro, 2007, p. 26). El acogimiento residencial hoy día tiene que cumplir con una función básicamente parental (Consejería de Empleo y Bienestar Social, 2009).

Según los últimos datos del Observatorio de la Infancia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, p. 29) durante el año 2013 en España hubieron 13.401 menores en acogimiento residencial frente a 8.759 en acogimiento familiar administrativo y 7.447 en acogimiento familiar judicial. Se ha producido un descenso significativo respecto al año 2012 en relación tanto al acogimiento residencial pasando de una tasa de 165,6 a 160,5 menores cada 100 mil, como al acogimiento familiar administrativo (de 170 a 133,2 cada 100 mil menores). Por el contrario asciende significativamente el acogimiento familiar judicial pasando de 109,2 a 113,3 por cada 100 mil menores.

2.4.2 El acogimiento residencial en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

2.4.2.1 Marco jurídico

El Estatuto de Autonomía de La Región de Murcia es la norma institucional básica de la región española de Murcia, sancionada por Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio y mediante el cual se constituye oficialmente como Comunidad Autónoma. Entre las competencias asignadas a dicha Comunidad Autónoma se encuentra la de “asistencia y bienestar social. Desarrollo comunitario. Política infantil (...) incluida la creación de centros de protección”. Posteriormente con el Real Decreto 1113/1984, de 29 de febrero se transfiere a la CARM las funciones en materia de protección de menores.

Marco conceptual

La Ley regional 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, define un Sistema Público de Servicios Sociales caracterizado por la superación del antiguo concepto de beneficencia y asistencia para acomodarlo a las actuales orientaciones en materia de Bienestar Social.

Un año más tarde con la Ley 11/1986, de 19 de diciembre, de creación del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia (ISSORM), recae en la CARM la responsabilidad de la protección de los menores. Se adscriben inicialmente al Instituto la Residencia Infantil perteneciente a Conjunto Residencial de Espinardo; y la Casa del Niño de Cartagena.

La Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia, enumera los principios rectores y los derechos de la infancia y adolescencia, indica las líneas generales de la acción protectora (medidas de apoyo y de prevención, tutela, guarda, acogimiento, adopción), establece las competencias de la Comunidad Autónoma, de las Entidades Locales y de las Instituciones Colaboradoras de Integración Familia, entre otras. El artículo 23 establece que “la resolución que declare el desamparo, comporta la asunción por el organismo competente de la tutela por ministerio de la ley, mientras se proceda a la constitución de la tutela por las reglas ordinarias o el menor sea adoptado, sea reincorporado a quien tenga la patria potestad o la tutela del mismo, se emancipe o llegue a la mayoría o habilitación de edad”. El artículo 29.1 menciona que “La Administración regional dispondrá la acogida residencial del niño cuando el resto de las medidas de protección resulten imposibles, inadecuadas o insuficientes”.

La Ley 3/2003, de Servicios Sociales de la Región de Murcia y los diversos Decretos regionales de estructura y funcionamiento de los diferentes recursos y figuras jurídicas de protección a la infancia, han supuesto un cambio en cuanto a la organización y planificación de las competencias en materia de los Servicios Sociales en la Región de Murcia. La infancia se incluye formando parte de los Servicios Sociales Especializados recogido en su artículo 10. En su artículo 11 se especifican las actuaciones en el sector de Familia e Infancia en cuyo apartado 3 se indica que “la administración regional llevará a cabo programas para la ejecución de medidas judiciales que afecten a menores a través de recursos propios o de entidades colaboradoras”. Se atribuye a la Consejería competente en materia de Servicios Sociales “las funciones que corresponden a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia como entidad pública competente para la protección y reforma de menores”.

En 2006 mediante la Ley 1/2006, de 10 de abril, de creación del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) se deroga la Ley 11/1986, desapareciendo por tanto el ISSORM. Al IMAS no le son asignadas competencias en materia de protección de menores.

También debemos señalar el Decreto 95/2004, de 24 de septiembre, por el que se crean y regulan los consejos asesores regionales de carácter sectorial de servicios sociales, entre ellos el Consejo Asesor Regional de Infancia y Familia.

A continuación realizamos una descripción de los decretos de la CARM por los que se han ido asignando los distintos Órganos Directivos que han asumido las competencias en materia política infantil:

Decreto 63/2004, de 2 de julio y Decreto 19/2005, de 9 de septiembre, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Trabajo y Política Social, siendo asignada en ambos decretos a la Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales “las funciones que corresponden a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, como entidad pública competente, para la protección y reforma de menores”.

Decreto 350/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen los órganos directivos de la Consejería de Trabajo y Política Social, asignando a la Secretaría Autonómica de Acción Social, Menor y Familia las siguientes competencias en materia de política infantil: dirección en la elaboración de planes, programas y proyectos generales, en materia de servicios sociales, menor y familia; asesoramiento, acreditación e inspección a entidades, centros y servicios sociales; elaboración de disposiciones de carácter general en materia competencia de la Secretaria Autonómica de Acción Social, Menor y Familia; ejercer las funciones que corresponden a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, como entidad pública competente, para la protección y reforma de menor.

Decreto 158/2007, de 6 de julio por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, asignando a la Dirección General de Familia y Menor entre sus competencias las de: dirección en la elaboración de planes, programas y proyectos, en materia de menor y familia; y ejercer las funciones que corresponden a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, como entidad pública competente, para la protección y reforma de menor.

Por el Decreto 242/2010, de 10 de septiembre, estas competencias son atribuidas a la Dirección General de Familia, Igualdad e Infancia. Esta Dirección General es suprimida por Decreto 5/2011, de 4 de febrero, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, pasando sus competencias a ser ejercidas por la Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración.

Marco conceptual

Decreto 145/2012, de 16 de noviembre, establece los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y Política Social otorgando en su artículo tercero a la actual Dirección General de Política Social “la dirección en la elaboración de planes, programas y proyectos en materia de menor y familia; ejercer las funciones (...) para la protección de los menores”. El Decreto 46/2014, de 14 de abril continúa atribuyendo a esta misma Dirección General en su artículo 6 la protección de menores.

Recientemente el Decreto de la Presidencia 33/2015, que modifica al Decreto 18/2015, de 4 de julio, de reorganización de la Administración Regional, considera a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades como Departamento de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia encargado de materias de “asistencia y bienestar social; promoción y protección a la familia; políticas de (...) infantil, instituciones de protección (...) de menores”. Estas funciones son asignadas a la Dirección General de Familia y Políticas Sociales por el decreto 215/2015 de 6 de agosto, que modifica al Decreto 110/2015, de 10 de julio en cuyo artículo 4 le otorga el “diseño y coordinación de actuaciones tendentes a la potenciación de una política social integral de atención y ayuda a la familia; dirección en la elaboración de planes, programas y proyectos en materia de menor y familia; ejercer las funciones (...) como entidad pública competente, para la protección y reforma de menores”.

2.4.2.2 Distribución y funciones de los centros de protección de menores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

En la CARM, existen 16 centros de protección de menores con un total de 226 plazas, de los cuales 3 centros (18,75%) pertenecen a la CARM bajo el nombre de “Residencia Infantil Santo Ángel”, teniendo disponibles 36 plazas en total. Los 13 restantes (81,25%) son centros concertados que disponen de las 190 plazas restantes.

Según datos disponibles del Observatorio de la Infancia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, p. 31), en 2013 en España existen 2.557 centros de menores dedicados al acogimiento residencial, de los que 959 (37,5%) son de la Entidad Pública y 1.598 centros (62,5%) pertenecen a entidades colaboradoras. Podemos observar que la CARM, en relación al total de centros de protección que dispone, posee exactamente de la mitad de centros pertenecientes a la Entidad Pública que la media española.

Estos centros de protección de menores en la Región de Murcia, siguiendo el modelo especializado que nombraba Bravo y Fernández (2009), se dividen en:

- 2 Centros de acogida y media estancia para menores de entre 0 y 5 años.
- 1 Módulo de observación y acogida perteneciente a la CARM para menores de entre 6 y 18 años.
- 10 Centros de media/larga estancia, de los cuales:
 - 6 Centros para menores de entre 6 y 17 años.
 - 1 Módulo de media/larga estancia perteneciente a la CARM para menores de entre 6 y 18 años.
 - 1 Centro para menores de entre 12 y 17 años.
 - 1 Módulo residencial para adolescentes perteneciente a la CARM para menores de entre 12 y 18 años.
 - 1 Centro para menores de entre 14 y 17 años
- 2 Centros de menores con discapacidad de entre 6 y 17 años.
- 1 Centro de menores drogodependientes de entre 10 y 17 años.

Las funciones que estos centros de acogida y media/larga estancia tienen que cumplir con los menores son las siguientes (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2009):

- Ofrecer una respuesta inmediata y transitoria de acogida y protección a cualquier menor que se encuentre en situación de desamparo o alto riesgo social.
- Ejercer la función sustitutiva de la familia, que incluye:
 - Actividad educativa integral que necesite el menor.
 - Cubrir las necesidades básicas del menor: alimentación, vestuario, alojamiento, higiene, etc.
 - Cuidado de la salud física y psíquica del menor.
 - Realización de un estudio diagnóstico interdisciplinar de la situación y de las necesidades del menor acogido.
 - Formulación de las propuestas de medida de protección adecuadas: retorno a la familia biológica, acogimiento familiar simple o permanente, acogimiento residencial, etc.

Marco conceptual

En relación a las altas en acogimiento residencial durante el año 2013 (últimos datos del Observatorio de la Infancia), en la Región de Murcia se produjeron 334 nuevos ingresos que suponen una tasa de 109,5 por cada 100.000 menores, siendo Madrid la Comunidad que presentó una tasa menor con un 41,7 por cada 100.000. La tasa media española de acogimiento residencial es de 166,12 por cada 100.000 menores. El total de menores ingresados en centros de protección en la Región de Murcia en diciembre de 2013 es de 220. Cabe por tanto destacar que las altas registradas en la Región de Murcia durante el año 2013 son superiores al total de menores en acogimiento residencial a final del mismo año, “lo que probablemente indique que se han producido numerosas bajas de menores desde los Centros de Acogida”(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013, p. 40).

2.4.3 Proceso de valoración y seguimiento sanitario de los menores en acogimiento residencial de la Región de Murcia

Cuando un menor es declarado en desamparo es la Administración Pública la que asume la tutela del mismo debiendo garantizar la atención integral necesaria y los derechos del menor. En el caso de ingresar en un centro de protección de la Región de Murcia son los profesionales encargados de la atención residencial de los niños los que deben educar y cuidar a los menores (educadores y auxiliares técnicos educativos), siendo supervisados en todo lo que afecta a la salud del menor por un equipo de profesionales sanitarios perteneciente a la Unidad Técnico Responsable del Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Política Social de la CARM (2 médicos y 1 enfermera) creado en 1987.

Entre las funciones encargadas al equipo sanitario se encuentran: “valorar la salud durante el proceso de admisión , así como el seguimiento del menores en los centros de protección”, “orientar y realizar el seguimiento sobre los programas de prevención y educación para la salud en los centros” y “apoyar, orientar y asesorar a los otros profesionales de la atención residencial, así como contribuir a la toma de decisiones que afecten al propio menor, aportando su conocimiento y perspectivas sanitarias” (Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, 2008).

Para la valoración del estado de salud de los menores al ingreso se realiza un examen médico llevado a cabo por el personal médico del equipo sanitario del Servicio de Protección de Menores. El seguimiento de los problemas de salud de los menores se realiza mediante la visita periódica de los profesionales del equipo sanitario a los centros de protección, y mediante el registro de la información relativa a la asistencia

sanitaria recibida por los menores. Esta información sobre asistencia sanitaria se recibe periódicamente a través de las Fichas de Seguimiento Sanitario y del Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial (SERAR). El SERAR consta de tres instrumentos diferentes (Fernández & Bravo, 2007, pp. 14-18):

- 1- Registro acumulativo: documento diseñado para registrar la información más importante del niño/a, tanto por lo que respecta a sus antecedentes, como a las incidencias que vayan ocurriendo a lo largo del acogimiento residencial.
- 2- Proyecto Educativo Individualizado: contiene una lista de objetivos básicos a tener en cuenta, así como un instrumento de evaluación que recoge el avance en estos objetivos y un cuadro de programación para establecer un conjunto de objetivos prioritarios, junto con las actividades y recursos necesarios para su alcance.
- 3- Informe de seguimiento: guión para la confección de los informes de seguimiento.

Los datos del contexto de salud recogidos en el *SERAR* (formato destinado a menores de entre 7 y 18 años) relacionados con la higiene corporal son los siguientes:

- 1- Registro acumulativo: Se plantean dos cuestiones referidas a las revisiones dentales de los menores en el último año y las recomendaciones que se hicieron, en su caso (Fernández & Bravo, 2007, p. 38).
- 2- Proyecto Educativo Individualizado: dentro del apartado “autonomía en obligaciones y cuidados personales” se evalúan los siguientes objetivos relacionados con la higiene corporal: “realiza las tareas de limpieza adecuadamente”; “se cepilla los dientes sin indicárselo”; “se ducha por iniciativa propia con la frecuencia necesaria”; y “se lava las manos antes de las comidas sin indicárselo” (Fernández & Bravo, 2007, p. 60).

En relación a los programas de salud que el equipo sanitario del Servicio de Protección de Menores de la CARM lleva a cabo para mejorar el sistema de atención y educar en salud a los menores, encontramos el “programa de seguridad e higiene” cuyas actividades enfocadas a la higiene corporal son (Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, 2008):

- Los centros dispondrán de enseres de uso personal (cepillo de dientes, zapatos, ropa interior, ropa exterior, sábanas, etc.), las cuales se mantendrán en un estado adecuado.

Marco conceptual

- Los menores realizarán actividades de higiene general adecuada a su desarrollo (sueño, aseos, lavado de manos, duchas, etc.). La ducha se efectuará preferentemente por las mañanas.

Las funciones del equipo sanitario deben cumplir los *estándares de calidad en acogimiento residencial (EQUAR)* (Fernández, Bravo, Martínez & Santos, 2012). El estándar número 12 está específicamente relacionado con la “salud y estilos de vida” el cual parte de la premisa de que “todos los niños deben recibir una adecuada asistencia sanitaria y terapéutica, así como una apropiada educación para la adquisición de hábitos y estilos de vida saludable” (Fernández et al., 2012, p. 61). Entre los indicadores de calidad incluidos en este estándar, dedicado a la salud de los menores ingresados en centros de protección, más relacionados con nuestro estudio se encuentran los siguientes (Fernández et al., 2012, pp. 61-63):

12.1. Atención sanitaria

12.1.1 A todos los niños se les ha practicado un examen médico inicial para evaluar su estado de salud y desarrollo si no cuenta con él al ingreso.

12.1.2. Los niños tienen acceso a los tratamientos complementarios, como los de salud buco-dental u otros no totalmente cubiertos por la seguridad social.

12.3. Historial y registro de salud

12.3.1. Todos los niños tienen un registro de las intervenciones sanitarias que vayan realizándose (...).

12.4. Educación para la salud

12.4.3. Se planifica como una prioridad el trabajo educativo (...). La higiene personal, alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol, tabaco, u otras sustancias, son temas que se trabajan formativamente con actividades planificadas.

En cuanto a datos descriptivos disponibles a través de estudios relacionados con la salud de los menores en los centros de protección de menores de la CARM únicamente se observan los presentados por Bravo y Fernández del Valle (2004, pp. 8-9) del Departamento de Psicología de Oviedo mediante un informe de “evaluación de los

resultados del SERAR”, habiendo recogido los datos entre octubre de 2003 y junio de 2004 en una población de 94 menores de 0-6 años y 85 menores de 7-18 años correspondientes a todos los niños que han pasado durante ese periodo por centros de protección de la CARM. Entre los datos aportados sobre patologías de los menores que pudieran estar relacionadas con la higiene corporal inadecuada se encuentran: infecciones de la piel (11,17%); problemas digestivos (6,75%); infecciones generales (13,85%); otros (59,32%). El resto de datos que ofrecen están relacionados con: somatometría (peso, estatura y percentiles), enfermedades crónicas, enfermedades importantes durante la infancia, experiencia de hospitalización, discapacidad, traumatismos, enuresis y sobre el tipo de tratamiento que han precisado los menores (psicológico, médico, logopédico, quirúrgico, psicomotriz). No existen estudios relacionados con los hábitos y conocimientos en higiene corporal ni otras investigaciones relacionadas con la salud de los menores ingresados en centros de protección de la CARM.

2.4.4 La educación en higiene corporal de los menores en acogimiento residencial

Las residencias de protección de menores han ido “evolucionado de un modelo básicamente asistencial a otro más educativo (...) no se trata únicamente de atender necesidades básicas” (Fernández & Fuertes, 2000, p. 48), por lo que no es suficiente con atender la higiene corporal de los menores, sino que además se les debe educar proporcionando adecuados conocimientos y correctas prácticas en higiene corporal. Para ello, la educación para la salud debe utilizarse en las residencias, y es considerada fundamental para la consecución de la promoción de la salud como uno de los diez principios básicos para la calidad en la atención residencial propuestos por Fernández y Fuertes (2000).

Sin embargo la tarea educativa en las residencias se considerada descuidada por diversos autores, e incluso se cuestiona la formación de los educadores para superar diversas situaciones que se plantean. Educar en salud, como afirma Fernández y Fuertes (2000, p. 160), “se convierte en un espacio educativo tradicionalmente descuidado, a pesar de que los niños acogidos en residencias se encuentran con cierta frecuencia dentro de los grupos de riesgo de importantes enfermedades (...) los temas de higiene personal, alimentación, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, así como prevención de enfermedades infecciosas, se deberán trabajar específicamente”. Bravo y Fernández (2001, p. 197) consideran que existen muy pocas investigaciones en

Marco conceptual

este ámbito que hayan realizado una evaluación rigurosa de este recurso para mejorar la calidad de estos servicios.

El educador es el profesional encargado de llevar a cabo de manera directa la tarea de impartir una educación integral y cuidar a los menores ingresados en centros de protección (Fernández & Fuertes, 2000). Entre sus funciones relacionadas con la higiene corporal se encuentran “la coordinación de las actividades de la vida diaria de los beneficiarios a su cargo”, según se indica en la Resolución de 24 de septiembre de 1992 (BOE 7-10-1992). Martínez Sánchez 1991, (en Fernández Gutiérrez, 2003) define una serie de funciones relativas a la relación entre educador y menor, de las que señalamos por su relación con la higiene: las “funciones de base” definidas como “el conjunto de actividades de cuidado e higiene, de alimentación, vestido, protección y atenciones varias de la persona”; Debiendo dar a estos cuidados y atenciones de las necesidades básicas de los niños no sólo su cobertura, sino que la actividad debe llevar inmersa “su profundo sentido educativo” (Ribes, Recio, Pérez & Nogales, 2006, p. 59). Otra importante función que, según Martínez Sánchez, desempeña es la de “identificación”, por la que el educador: “presenta una imagen de adulto que proporciona modelos accesibles y deseables a imitar” por los menores. Por ello, como señala Fernández y Fuertes (2000, p. 160) los educadores deberán también educar para la salud “con la ejemplaridad (...) en el contexto de la residencia”, en este caso con unas adecuadas prácticas de higiene corporal para con su persona.

El educador no debe educar guiado por su forma natural de ser, sino, como en cualquier profesión, guiado por criterios de eficacia profesional. Antiguamente, en el modelo institucional, “el cobijo y el alimento eran las funciones básicas de las residencias y, por tanto, el personal dedicado a los niños eran los "cuidadores", puesto que más que educar se trataba de cuidar” (Fernández & Fuertes, 2000, p. 215). Hoy día, lo que el niño necesita es recibir una educación integral, en la que todas sus necesidades de desarrollo estén cubiertas (Fernández & Fuertes, 2000).

Actualmente aunque existe la figura del educador social como profesional formado para la práctica educativa en contextos sociales, se sigue encontrando en las residencias de protección de menores, además de los educadores sociales propiamente dichos, a diferentes equipos de atención social compuestos fundamentalmente por psicólogos, trabajadores sociales y pedagogos, independientemente de las tareas propias de la profesión (Moyano, 2007, p. 147).

El educador, mediante el ejercicio de su profesión en los centros de protección de menores, debe procurar cumplir con los diez criterios de calidad en la atención a

menores en residencias, basados en los ocho grandes principios desarrollados por los servicios de inspección escocesa de Skinner, los cuales incluyen, según Fernández y Fuertes (2000, pp. 151-170):

- Promoción de la salud: educación para la salud y garantizar la atención sanitaria.
- Colaboración centrada en los menores. Todo el proceso de intervención debe estar guiado por un principio de coordinación entre todos los profesionales que en él toman parte, sea dentro del hogar como fuera, especialmente los equipos interprofesionales de familia e infancia, pero también los profesores de los centros escolares, los profesionales de la salud, etc.
- Sentimiento de seguridad. Una de las funciones esenciales de las residencias es constituirse en un entorno seguro y protector para muchos menores que han pasado por experiencias de indefensión y malos tratos.
- Cobertura de necesidades materiales básicas. Referida tanto a las condiciones del edificio, seguridad y confort, la alimentación e higiene, vestuarios y equipamiento individual, etc.
- Normalización e integración. Los niños y jóvenes en acogimiento residencial deben tener patrones de vida cotidiana similares a los que tienen los de su edad que viven en familias, así como los mismos usos de recursos comunitarios y acceso a oportunidades.
- Individualización. Referido a la necesidad de que el niño sea tratado como un individuo con sus propias relaciones, experiencias, necesidades y futuro.
- Respeto de los derechos del niño y de la familia.
- Escolarización y alternativas educativas.
- Enfoque de desarrollo y preparación para la vida adulta.
- Apoyo a las familias.

El trabajo del educador viene determinado, principalmente, por una serie de rutinas que estructuran su quehacer profesional. “Es preciso plantearse si las rutinas (...) responden a las necesidades de los chavales o a las necesidades de organización del centro” (Fernández Gutiérrez, 2003, p. 104). Las rutinas relacionadas con la salud como el alimento, la higiene y las actividades relacionadas con el sueño, “además de la importancia que tienen en sí mismas (...) y en cuanto al espacio de tiempo que ocupan

Marco conceptual

en el día, son relevantes por la función de estructuración del horario y la dedicación que precisan del educador” (Fernández Gutiérrez, 2003, p. 105).

Asimismo, como afirma Fernández Gutiérrez (2003, p. 115) “los aspectos rutinarios de la vida, como los problemas con la higiene (ni duchas, ni lavado de dientes, ni cambio de ropa interior, etc.)” suponen uno de los conflictos descritos por los educadores como de mayor dificultad en el abordaje desde una intervención educativa, ante todo por la población acogida de mayor edad (Fernández Gutiérrez, 2003).

Fernández Gutiérrez (2003, p. 117), indica que: “algunos educadores consideran que no han recibido la formación necesaria para abordar determinado tipo de problemas”. Como propuesta de solución, Fernández Gutiérrez (2003, p. 160) propone que sería preciso: “establecer procesos formativos permanentes en el ámbito de los centros de menores. (...) El modelo de formación debe dirigirse a la competencia profesional del educador (...) y proponer modelos de intervención”. Esta es una de las razones que nos mueven a indagar sobre las intervenciones que llevan a cabo estos profesionales hacia la higiene de los menores, si están debidamente formados para educar en higiene, qué técnicas y hábitos en higiene transmiten a los menores, para poder promover la modificación de posibles métodos inadecuados en los mismos.

Entre los retos en la actualidad para la mejora del funcionamiento de las residencias de menores se encuentra según Bravo y Fernández (2009, p. 50): “la formación de los educadores en el ejercicio de sus funciones”.

Si se pretende re-educar a los menores en acogimiento residencial en el aprendizaje de la higiene corporal, cabe pensar de manera lógica que, se deban tener en cuenta la diversidad de condicionantes socioculturales que influyen en sus opciones de higiene; ya que, de no ser así, por muy correctas que fueran las pautas educativas que los educadores transmitieran a los menores ingresados en centros de protección, e incluso que instaran a la realización de dichas pautas como normas de la organización educativa del centro; si no se armoniza con sus creencias, actitudes y/u opiniones en relación a aspectos de su higiene cotidiana, estas pautas no serán interiorizadas y, por tanto será rechazada. Emile Durkheim (en Bartoli, 1989, p. 20) ya en 1912 señalaba que:

Incluso los conceptos contruidos en base a todas las reglas de la ciencia, están bien lejos del hecho de que su autoridad derive únicamente de su valor objetivo. No es suficiente que sean verdaderos para que se crea en ellos, porque si no armonizan con las demás creencias, opciones, en una palabra, con

el conjunto de las representaciones colectivas, serán rechazados; las mentes se cerrarán a ellos y por tanto serán inexistentes.

La forma de educar en higiene a los menores, por parte de los educadores en las residencias, debe dar cuenta de un proceso de acercamiento a la realidad de éstos para generar transformaciones, requiriendo para ello la participación del menor y el empoderamiento tanto individual como colectivo. Entendiéndose éste como la necesidad de cambiar la conducta de forma individual para cambiar la de un colectivo, pero que a su vez, para modificar la conducta individual son necesarias las influencias sociales y por tanto deben modificarse las condiciones sociales. “La idea entonces, es que en los espacios educativos se propicie la reflexión, de tal manera que se generen procesos que posibiliten en el otro el desarrollo de habilidades como el razonamiento crítico (...) invitando al respeto y comprensión de las conductas sociales (...). El educador debe posibilitar a los menores el] problematizar su realidad, y potenciar el cuidado como una herramienta que fortalece el bienestar, la calidad y la forma de vivir”. (Restrepo Mesa, 2005, pp. 112-114).

2.5 AGENTES TRANSMISORES DE EDUCACIÓN Y HÁBITOS EN HIGIENE CORPORAL EN LA INFANCIA

2.5.1 Introducción

El origen de la educación sanitaria a la población, se observa en la higiene pública, cuando se intentaban controlar las enfermedades epidémicas en lo que hoy son sociedades industrializadas. Estos inicios, hoy día, aún se desarrollan en el tercer mundo (Larrea, 1993). Pero el concepto de educación para la salud en los países industrializados ha evolucionado, tanto por el control de las enfermedades infecto-contagiosas, como por la evolución del concepto de salud, de ser considerado la ausencia de enfermedad a definirse como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social (Larrea, 1993; Pellegrini, 2007). De este modo, la educación para la salud se entiende como el “proceso dinámico de capacitación del individuo o de la población, para que sea capaz de desarrollar una serie de conocimientos y habilidades necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y/o colectiva, mediante prácticas preventivas y de promoción de la salud” (Marías, 2006, en Pellegrini, 2007, p. 205).

Desde un punto de vista profesional, la educación para la salud es un proceso multidisciplinario, en el que se encuentran implicados tanto sanitarios, como expertos en educación, de la comunicación o en ciencias de la conducta que faciliten los cambios

Marco conceptual

de comportamiento (Pellegrini, 2007, p. 205; Rioboo, 2002, en Caldés et al., 2005, p. 150). Es “el mecanismo más eficaz que tenemos en la actualidad, para generar en las personas un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables (...), preservando siempre el derecho fundamental de las personas de obrar en libertad, sin imposición por parte de los educadores” (Rioboo, 2002, en Caldés et al., 2005, p. 150).

Pero educar en salud, no es únicamente una cuestión que atañe a los profesionales implicados frente a la población. La educación que recibimos, incluida la sanitaria, es inherente a la sociedad en la que vivimos, la cual transmite sus patrones educativos y valorativos a través de la socialización, donde la familia ocupa un lugar preferente. Asimismo desempeña una importante labor educativa el marco institucional de aprendizaje, o los medios audiovisuales que tan presentes están en nuestros días.

La etapa de la vida donde se forja mayoritariamente el proceso de socialización, la adquisición de hábitos, pautas de conducta, normas, personalidad, valores, creencias, es durante la infancia, en los primeros años de vida. Es por ello que los principales destinatarios de la educación para la salud son los niños. Como señalan Graham y Uphold (1992, en Varela, P.I et al., 2008, p. 106), los niños, ante todo entre los seis y doce años, “son muy receptivos al aprendizaje de comportamientos saludables y responden muy bien a todo tipo de refuerzos para motivarlos”.

A continuación se describen los principales agentes transmisores de educación sanitaria en la infancia.

2.5.2 La familia: los padres en la educación higiénica de sus hijos

El concepto de familia ha sido muy estudiado por múltiples disciplinas, dando lugar a diversos planteamientos y disputas sobre su significado. La definición de familia ofrecida por Lisón (1976, en Kontoronvsky 2009, pp. 38-39) se ajusta en gran medida a la interpretación que buscamos del término, en relación al papel que ésta desempeña como espacio educativo de sus hijos, explicando que: “la familia puede ser considerada (...) como el locus de socialización o enculturación y desarrollo de la personalidad, de solidaridad emotiva y de actitudes y sentimientos. La familia se presenta como una unidad o grupo doméstico de colaboración, con división interna de trabajo (...) también opera como el locus de sentidos y significados simbólico-morales, de ideas y valores culturales, sin los cuales no puede interpretarse la institución”.

La cultura higiénica corporal que se transmite en la familia puede extrapolarse, en términos de higiene, a la afirmación que Spector realiza en su definición de cultura

(2003, en Mejía y López, 2010) “como la suma de creencias, prácticas, aversiones, costumbres, rituales, que se aprenden en la familia a través de la socialización”.

La teórica enfermera Dorothea E. Orem, en 1958 señala en la teoría del autocuidado que éste no es innato, sino que forma parte de una conducta que “se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea” (Vega & González, 2007, p. 30).

La familia como agente de socialización primario, entendiéndose por socialización según Musitu (2010, p. 28): “el proceso mediante el cual las personas adquirimos los valores, creencias, normas y formas de conducta apropiados en la sociedad a la que pertenecemos”, es el eje fundamental en cuanto a la protección de menores se refiere, puesto que debe cubrir las necesidades de los mismos, cuidándolos y atendiendo a la promoción de su salud tanto física como psicológica, entre ellas favoreciendo la higiene corporal como necesidad física.

La satisfacción de la higiene corporal en el seno familiar trata, por tanto, de cumplir con una de las funciones básicas de la familia, como es la de garantizar las necesidades biológicas familiares. Pero debido a la “diversidad de formas, comportamientos, acciones y valores, no se puede hablar de un concepto unívoco de familia (...) [requiriendo] una perspectiva cultural para comprenderla dentro de su contexto y cultura” (Mejía & López, 2010). Por lo cual, la transmisión de valores, creencias y conocimientos en higiene corporal dentro de la familia, estarán influidos por su cultura.

Según López Lorca (2005, p. 142) en relación a la transmisión de responsabilidad de higiene en la familia, tanto la del propio cuerpo como la del entorno, ésta nace de “la obligación moral de conservar la salud propia y ajena como una manifestación importante de la obligación de proteger, conservar y defender la vida en todas sus manifestaciones”.

La higiene forma parte del modelo de atención basado en la autoatención, según propone Eduardo Menéndez (1984, p. 8, en Martorell 2010), por el cual el diagnóstico y la atención “son llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatamente de sus grupos parental o comunal, y en el cual no actúa directamente el curador profesional”. De esta forma, la higiene va dirigida a asegurar y mantener la salud dentro del grupo doméstico.

En el terreno personal, los padres pueden, y deben, inculcar hábitos de higiene en los niños pequeños, por ejemplo, la costumbre de lavarse los dientes o llevar las manos y

Marco conceptual

las uñas limpias. A medida que se hacen mayores, limpiar sus objetos personales (zapatos, etc.); y los lugares que más utilizan (habitación, cuarto de juguetes, etc.), así como lugares comunes (cuarto de estar, etc.), ordenar su ropa, etc. (López Lorca, 2005). Esta tarea de educación y mantenimiento de la higiene en los hijos, Mejía y López (2010) nos indican que diversos “estudios muestran que el mantenimiento de la salud en la familia, es guiado principalmente por la mujer”.

Ya durante el movimiento higienista del siglo XIX, los médicos ponían los conocimientos en higiene a disposición de las mujeres para que fueran aplicados en el seno familiar, y así cumplieran con su misión de criar hijos sanos física y moralmente. Se defendía la necesidad de que las mujeres tuvieran conocimientos en higiene para transmitírselos a su prole y conseguir generaciones de ciudadanos sanos. Incluso para salvar el inconveniente de la realidad social de las mujeres proletarias, se propugnó una legislación dirigida a la protección y vigilancia del trabajo femenino para intentar neutralizar la situación, y facilitar la compaginación del trabajo de la mujer con la maternidad (Campos, 1998).

En general, el proceso de aprendizaje conlleva un componente afectivo que se hace especialmente importante en la enseñanza a menores de edad, sobre todo entre los seis y doce años. Por ello, a la hora de instaurar enseñanzas en higiene corporal a los menores, los padres desempeñan un papel muy importante, pues la influencia que ejercen en sus hijos a estas edades “aún está por encima de la que ejercerán posteriormente la sociedad y su entorno” (Varela, P.I. et al., 2008, p. 106).

La familia desempeña por tanto un papel muy importante en cuanto a la educación en higiene se refiere como en cualquier tema de educación en valores. Sin embargo, las familias de donde suelen provenir los menores que finalmente precisan una medida protectora como el acogimiento residencial, son familias con un estilo parental negligente, el cual, según Musitu y García (2001, en Musitu 2010, pp. 33-34), “se caracteriza por una baja coerción/imposición de normas y una baja aceptación/implicación. Prima la escasez tanto de afecto como de límites (...). Cuando los hijos se comportan de modo adecuado se mantienen indiferentes, y cuando transgreden las normas no restringen su conducta (...) ni dialogan con ellos y están poco implicados en su educación”. Como refiere Trianes (2000, en Musitu 2010, p. 124): “El contexto familiar es fuente de desarrollo y aprendizaje de habilidades, pero también, si la interacción entre sus integrantes no es de calidad, puede ser un factor de riesgo que predisponga a aprender (...) inapropiadamente”.

Para Lewis (1982, en Kontorovsky 2009, p. 89), la cultura supone “un patrón de vida que pasa de generación en generación”. Esta definición de cultura de Lewis, confirma lo que Barudy (1998, en Barudy & Dantagnan 2005, p. 78) define como “transmisión transgeneracional de los malos tratos”. En ella Barudy & Dantagnan (2005, p. 78) explican como los “malos tratos en la infancia, junto con los factores culturales resultado de la ideología patriarcal, puedan ser la base de [las] futuras incompetencias parentales” de estos niños maltratados. Esto, extrapolado a una cultura higiénica familiar, que socialmente sea considerada como negligente, en relación a las inadecuadas prácticas de cuidados higiénicos que los padres confieren a sus hijos, hace que estos menores posiblemente cuando sean padres, transmitan esta cultura higiénica, deficiente y/o negligente socialmente, a sus hijos.

2.5.3 La escuela

En los años ochenta se incluye el concepto de “escuela promotora de salud”, reconociéndose a la escuela como lugar privilegiado para fomentar estilos de vida saludables, (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000), ya que, como nos dice Ruano Casado et al. (1991, p. 73): “Acoge a la población durante la edad evolutiva en la que el ser humano se caracteriza por tener una mayor plasticidad para la adopción de hábitos o modificación de las conductas incorrectas (...) siendo posible integrar la educación para la salud en el proceso educativo general y permite la continuidad”. En este sentido Villegas y Ortín (2010) enuncian que “la adquisición temprana de los hábitos de higiene por parte del educando va a favorecer el desarrollo de estos valores”.

Sin embargo, como afirma Ruano Casado et al. (1991, p. 75), a pesar de que “los programas de educación para la salud en la escuela son muy efectivos para proporcionar información básica a grandes sectores de la población sobre los determinantes de la salud y los factores de riesgo asociados, higiene personal y similares (...) [y aunque] proporciona las bases para el cambio de comportamiento (...), generalmente, no es suficiente para conseguirlo”. En este sentido, el Informe de la Unión Internacional de la promoción de la salud y educación para la salud para la Unión Europea en el año 2003, afirma que la evidencia demuestra que la eficacia de la escuela en la promoción de la salud está relacionada con su tarea principal de desarrollar conocimientos y de conseguir resultados cognitivos y sociales, no tanto con intentar alcanzar directamente cambios en la conducta (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003, p. 18).

Marco conceptual

La modificación de conocimientos en materia de salud se aprecia en un estudio de Torres, Pérez, Pascual y Noa (2015), en el que se realizó una intervención educativa en salud bucal en 40 estudiantes de educación Secundaria Básica en Cuba. Se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención. Se obtuvo que antes de la intervención sólo el 2,5% presentaba conocimientos adecuados en salud bucal y posterior a la intervención un 94,9% de los alumnos.

El propósito de desarrollar hábitos saludables desde la escuela se incluye entre los objetivos de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo. Asimismo enuncia como principio pedagógico el trabajo de la educación en valores en todas las áreas. Dicha Ley Orgánica, respeta los objetivos relacionados con la salud y la higiene que ya enunciaba la Ley Orgánica 10/2002, de Calidad de la Educación. Según un estudio cualitativo que evalúa en España los currículos oficiales de la enseñanza obligatoria, el número de aportaciones curriculares oficiales de la educación obligatoria publicadas en la Ley Orgánica 2/2006, referidos a los diferentes problemas de salud del ámbito de la higiene corporal, suman un total de 24 (Fernández-Manzano, Talavera & Gavidia, 2014). En la Educación Primaria entre sus objetivos a alcanzar se encuentra: “Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias (...) como medios para favorecer el desarrollo personal y social”. En Educación Secundaria, se establecen como objetivos relacionados con la higiene y la salud: “Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales (...) para favorecer el desarrollo personal y social. (...) Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud”. Se observa como en dichos objetivos se habla de dar a conocer al alumno, o en tal caso de afianzar o desarrollar hábitos saludables, pero no existe ninguna pretensión de modificar los malos hábitos en salud ya instaurados. “Y es que educar para la salud (...) es algo más que informar, es hacer que el educando adquiera o modifique actitudes, valores y sobre todo, cambie conductas mediante un proceso que requiere conocimientos y habilidades” (Consejería de Sanidad y Consejería de Educación).

La Ley Orgánica 2/2006, de Educación, es modificada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa la cual no ofrece aportaciones o cambios sustanciales en relación a la educación para la salud, respetando los objetivos relacionados con la salud y la higiene que ya enunciaba la Ley Orgánica 10/2002, de calidad de la educación. Podemos destacar la disposición adicional cuarta por la que “las administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la dieta equilibrada formen parte del comportamiento infantil y juvenil. A estos efectos (...) promoverán la práctica diaria de deporte y ejercicio físico por parte de los alumnos y

alumnas durante la jornada escolar”. La higiene corporal no está incluida en esta disposición referida a la promoción de dos hábitos saludables como son la dieta y la actividad física, que deben ser supervisados y llevados a la práctica en la jornada escolar y que será asumida “por el profesorado con cualificación o especialización adecuada en estos ámbitos”. Incluir prácticas supervisadas relacionadas con la higiene corporal como el lavado de manos antes del almuerzo o recreo, o el cepillado de dientes después del mismo, podrían ayudar a cumplir con los objetivos establecidos en educación primaria y secundaria de valorar y afianzar hábitos saludables relacionados con la higiene. Sin embargo no solo no es apoyada la práctica en higiene corporal en la escuela, sino que incluso hay estudios que han detectado dificultades para poder llevarla a cabo. Así se refleja en un estudio realizado por Caldés et al. (2005). Dicho estudio de naturaleza cuasiexperimental, trata de analizar el impacto de una charla de higiene bucodental en sesenta alumnos de doce años de edad de un colegio de Madrid tras cuarenta días desde su impartición. En el transcurso de la charla los estudiantes comentaron la imposibilidad de cepillarse los dientes tras la comida en su colegio, no modificándose este comportamiento tras la intervención educativa. Esto “demuestra la escasa implicación de los centros en la generalización de estas conductas saludables” (Caldés et al., 2005, p. 153).

En relación al papel del profesorado en materia de salud, Fernández, Rebolledo y Velandia (2006, p. 23), afirman que los profesores no están obligados a impartir educación para la salud ya que no tienen suficientes conocimientos sobre este tema, por lo que la impartición de educación para la salud está sujeta a la implicación de cada docente.

La falta de conocimientos en educación para la salud y concretamente en higiene personal durante la formación del profesorado es confirmada en un estudio de diseño descriptivo y enfoque cualitativo-cuantitativo, llevado a cabo por Sánchez Oliva y Ruiz Palmero (2010) en estudiantes de la Escuela de Educación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Esta investigación pretende identificar y precisar los hábitos de higiene personal que practican los futuros docentes, “teniendo en cuenta que (...) la formación que adquieran en salud será la que impartirán a sus alumnos en el mañana”. De un total de 236 estudiantes, se constituyó una muestra de 72 a los que se les aplicó una encuesta y una entrevista. Entre las conclusiones del estudio se especifica que dichos estudiantes de educación “practican hábitos de higiene desconociendo la forma adecuada, el tiempo, la frecuencia y el material utilizado en el aseo personal”, así como que “necesitan formación en los hábitos de higiene personal que repercuta favorablemente en la escuela, lugar donde impartirán sus saberes”.

2.5.4 Los profesionales sanitarios

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias señala en su artículo 4.4 que “corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria”. Concretamente el Artículo 7.2.a, se refiere a las funciones de los enfermeros, a los que corresponde “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

La educación para la salud es considerada uno de los pilares básicos de la sanidad, siendo usada de manera predilecta en atención primaria al ser la vía de entrada del usuario al sistema de salud (Barrio & Simón, 2003; Marqués Molías, 2009), y por ello “la primera oportunidad para iniciar intervenciones de tipo educativo” (Marqués Molías, 2009, p. 356).

Sin embargo la correcta utilización de este proceso por el sector sanitario sigue siendo muy discutida. Los profesionales sanitarios siguen atendiendo prioritariamente problemas de salud antes que prestar una atención integral, lo que implicaría educar en salud (Marqués Molías, 2009).

Tradicionalmente, desde el ámbito sanitario, más que educar en salud, se transmite información sanitaria (Marqués Molías, 2009; Morales Medina, Olivencia Sánchez & Heierle Valero, 1996; Pellegrini, 2007), y hay que tener en cuenta que “la información por sí sola no produce cambios en la conducta, es preciso introducir estrategias educativas fáciles de aplicar” (Soriano F.J., 2005, en Pellegrini, 2007, p. 205). Además, esta información es frecuentemente transmitida con un lenguaje poco asequible, quebrándose la comunicación (Ford, Schofield & Hope, 2002, en Barrio & Simón, 2003, p. 410).

Más et al. (2006) abogan por fomentar la motivación de los infantes hacia los nuevos conocimientos para generar cambios de conducta. También instan a impulsar estos hábitos durante la infancia ya que “es más fácil formar actitudes positivas hacia la salud con un niño que modificarlas en un adulto”. Existen estudios, como señala Casals (2005, p. 398), que reflejan como, en este caso los dentistas, parecen “no insistir suficientemente en la motivación sobre los hábitos de higiene oral”.

El informe de la Unión Internacional de la promoción de la salud y educación para la salud para la Unión Europea en el año 2003, a pesar de reconocer que el sector

sanitario juega un papel fundamental en la creación de condiciones sanitarias correctas a la población, indica que debido a su principal papel de reparador más que al de promotor de la salud, necesita apoyarse en otros sectores para intentar generar cambios de conducta que promuevan la salud. Según este informe, únicamente existe evidencia de cambios de conducta en el abandono del hábito de fumar y el abuso de alcohol (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003).

Esta necesidad de colaboración interdisciplinar, y la importancia de ampliar la educación para la salud que proporciona el sector sanitario se muestra en un estudio descriptivo del Centro de Salud de Lalinde Zawadski, municipio de Santiago de Cali (Colombia). Dicho estudio comparó los conocimientos, las prácticas en salud bucodental, el estado de higiene oral, de dentición y de las necesidades de tratamiento de los alumnos de dos centros escolares de entre 7 y 12 años. Uno de los centros escolares había recibido acciones de promoción de la salud bucodental por parte del personal de odontología del Centro de Salud de manera continua (Santísima Trinidad), y el otro esporádicamente (Nuestra Señora de Fátima). Aunque los resultados fueron favorables al Centro Santísima Trinidad, ninguna variable mostró diferencias significativas (Pérez, Moyano & Arias, 2004).

2.5.5 Medios de información audiovisuales

Los medios de información, en especial los audiovisuales y nuevas tecnologías, forman parte del cotidiano en la mayoría de los hogares de hoy día, estando los menores expuestos a sus contenidos, siendo “los niños con problemas de inestabilidad familiar los que ven muchas más horas de televisión” (Sánchez Moro, 1995, p. 97). La información sanitaria, tanto explícita como implícita, que transmiten, constituye “la principal fuente de información sanitaria de la sociedad, muy por encima de la que les llega directamente de los propios profesionales la salud” (Díaz Ruiz, 2003, p. 29). La infancia y la adolescencia son etapas de la vida en las que estos medios de información, como afirma Pedreira-Massa (2006, p. 146): “tienen una gran influencia en su desarrollo educativo y psicosocial”.

Los medios de comunicación informan y forman, contribuyen a la asimilación de valores e ideas a quienes interaccionan con ellos; no sólo son portadores de cultura, sino que la conforman y generan, siempre que exista conexión entre el medio emisor y el niño, en este caso, como receptor. La información recibida, las representaciones, son asimiladas en función de nuestra capacidad para interpretarlas. En el resultado de la interpretación confluyen varios aspectos como la coincidencia de códigos (algo fundamental para que

exista comunicación), el medio sociocultural en que vive el niño, o en función de la ayuda que recibe de las figuras parentales como algo fundamental para que la modificación de hábitos sea efectiva y real (Pedreira-Massa, 2006; Romero, 2008).

Díaz Ruiz (2003, p. 29), afirma que: “Es difícil que los medios de comunicación, por sí solos, puedan cambiar los hábitos de salud, pero sí que son imprescindibles para informar y sensibilizar sobre las costumbres nocivas que se quieren combatir o las acciones preventivas que se tratan de promover”. Según un estudio efectuado sobre la “publicidad, salud y educación sanitaria” en televisión, por Isla, López, Pedreny, Girbau y Domenech (1995, p. 63), se considera como aspectos positivos de la misma, el que “estimula la higiene, el ejercicio, las relaciones interpersonales y el cuidado corporal”.

2.5.6 La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en la educación en higiene corporal en la infancia

Las Administraciones Públicas de las sociedades democráticas deben garantizar los derechos individuales, una vida digna en un estado de bienestar satisfactorio.

Existe un amplio marco legislativo y diversos tratados (Roma-1953, Maastricht-1993, Ámsterdam-1999) y declaraciones políticas internacionales (Ottawa-1986, Yakarta-1997, Egmond-2002) que abogan por la promoción de la salud como uno de los principales instrumentos para mejorar el nivel de salud de las poblaciones. España como país perteneciente a la Unión Europea, en 1996 participó en el Programa Comunitario de Promoción de Salud (1996-2000). En su marco territorial, nuestro país posee un respaldo normativo al que debe dar cumplimiento como son: el “mandato constitucional que establece el derecho de los ciudadanos a alcanzar las habilidades que les permitan comunicarse e integrarse en la sociedad y las que les ayuden a conservar y mejorar su propia salud y la de la comunidad en la que viven”; así como la legislación educativa y sanitaria (Ley General de Sanidad; Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) en cuyo artículo 13 cita que “la educación primaria contribuirá a desarrollar en los niños las siguientes capacidades: (...) valorar la higiene y salud de su propio cuerpo”; y Ley Orgánica de Calidad de Educación, entre otras) (Gutiérrez García et al., 2005, p. 12).

En relación a la promoción de la salud a nivel autonómico, la CARM ha desarrollado un importante marco legislativo para garantizarlo como la Ley de Salud de la Región de Murcia de 1994, o la Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia, en cuyo artículo 21.1 establece que se debe desarrollar el programa de “promoción de la salud infantil. Mediante la promoción de la salud infantil se pretende alcanzar las más elevadas cotas

de bienestar físico, mental y social, incidiendo en la prevención de enfermedades y la adquisición de hábitos y comportamientos saludables, y en el fomento de un medio ambiente sano y seguro”. Con el Real Decreto 938/1999, de 4 de junio, se traspasaron las funciones y servicios de la Administración del Estado a la CARM en materia de enseñanza no universitaria, la cual ha promovido numerosos Decretos de Currículo para la Educación Primaria (1111/2002, 286/2007, 120/2012, y 198/2014) y Educación Secundaria Obligatoria (112/2002 y 291/2007).

El último Decreto 198/2014, de 5 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la CARM, incorpora la enseñanza de hábitos saludables a los alumnos/as en todos los cursos en el bloque denominado *El ser humano y la salud*, de la asignatura troncal Ciencias de la Naturaleza. Los contenidos relacionados expresamente con la higiene corporal se imparten en los cursos primero, segundo y tercero, por el que los alumnos/as deben aprender “hábitos básicos de higiene corporal” considerándose criterio de evaluación “reconocer los efectos de (...) la higiene”, y dentro de los estándares de aprendizaje evaluables si el alumno/a “incorpora en sus rutinas el cuidado e higiene del cuerpo”. En todos los cursos se considera criterio evaluable “demostrar un comportamiento personal y social responsable, respetándose a sí mismo y a los otros” siendo un estándar de aprendizaje evaluable si el menor “incorpora en sus rutinas el cuidado e higiene del cuerpo” para lo que se enseña entre los contenidos “normas de higiene y aseo diario en clase”. También se introduce la higiene en los cursos quinto y sexto de primaria en los bloques referidos a: comprensión y producción de textos orales; comprensión y producción de textos escritos; y comprensión y producción de textos signados.

A continuación se detallan las publicaciones que la CARM ha realizado con el objetivo de educar a la población infantil en higiene corporal. En 1992, a través de la Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad, publica *La Guía de Salud Bucodental para Maestros*, la *Guía de Higiene*, y *un día en la vida de Pepe y Lola*, dirigidas a la escuela, para que sirva de herramienta a los maestros/as de la Región de Murcia en la potenciación de hábitos higiénicos de sus alumnos. También desde la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la CARM se ha publicado en 2004 la tercera edición de la *Guía de Salud para Jóvenes* (1ª edición en 1997 y 2ª edición en 1999) en la que encontramos un capítulo dedicado a la higiene con tres apartados destinados a la higiene corporal, higiene de la ropa y el calzado, e higiene bucodental respectivamente.

La CARM también ha desarrollado el *Plan de Salud de la Región de Murcia (2010-2015)*, el cual no hace alusión a la higiene corporal, y el *Plan de Educación para la*

Marco conceptual

Salud en la Escuela de la Región de Murcia (2005-2010) con el que pretende “impulsar y potenciar una educación en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos en todos los ámbitos de la vida personal, profesional y social, para contribuir a su desarrollo integral y promover la adquisición de estilos de vida saludables”. La higiene corporal se incorpora específicamente en la estrategia curricular, formando parte la temática: “Higiene y cuidados personales. Salud bucodental”, entre los contenidos de la educación para la salud en la escuela. En relación a este apartado, las intervenciones de educación para la salud en la etapa de educación infantil y primaria específicas de la higiene corporal son las siguientes (Consejería de Sanidad, 2006):

Objetivos:

- Saber utilizar correctamente los servicios higiénico sanitarios: tirar de la cadena, limpiarse el culete (las niñas siempre de delante hacia atrás), cerrar el grifo, no ensuciar innecesariamente, etc.
- Realizar adecuadamente el lavado y secado de manos, antes y después de las comidas, después de utilizar el servicio y siempre que estén sucias.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Limpiarse correctamente la nariz.
- Mantener una buena higiene personal: saber que hay que ducharse y lavarse la cabeza con frecuencia, que es preciso cambiarse de ropa todos los días y siempre que sea necesario, utilizar el peine, etc.
- Realizar correctamente el cepillado de dientes.

Actividades Metodológicas:

- Bolsa de aseo identificada y accesible para cada alumno/a.
- Obligación del lavado de manos antes y después de la comida, después de ir al lavabo, etc.
- Realización de ejercicios prácticos del correcto lavado de manos.
- Pictogramas y murales (Ej.: lavado de manos, pictograma sobre cómo usar correctamente el aseo) que refuerzan las rutinas diarias.
- Taller de cocina. Presentación de las uñas cortas y limpias para poder ser cocineros/as.
- Promoción del lavado de dientes después de cada comida.

- Demostración, con la arcada y el cepillo, de cómo realizar un cepillado dental correcto.
- Trabajos con canciones, poesías, refranes y adivinanzas, referidas a este contenido.
- Trabajo con Unidades Didácticas específicas: *ya somos mayores, cuidado mi cuerpo, así soy yo, los sentidos.*

Otro de los sectores fundamentales que poseen las Administraciones Públicas para educar en salud son los servicios de Atención Primaria. En la Región de Murcia, se valora y educa en higiene actualmente a través del Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA) instaurado en 2007 como actualización del anterior Programa de Atención al Niño (PAN) implantado en 1993. La Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia, en su artículo 9.4 dice que “se procurará que los equipos de Atención Primaria que existan en la Región pongan en marcha el Programa de Atención al Niño, tal como viene establecido en los objetivos del Plan Regional de Salud”.

La finalidad de este programa es mejorar la salud de la población de 0 a 14 años de edad que reside en la Región de Murcia. Establece entre sus objetivos específicos el “asegurar que el 100% de los niños y padres que acuden a los controles de salud, reciban las recomendaciones preventivas y de promoción de la salud propuestas”, entre las que se encuentran los “cuidados e higiene corporal”. El programa consta de 12 controles de salud, siendo la edad de cada control la siguiente: antes de 1 mes de vida, 2 meses, 4 meses, 6 meses 9-12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 años, 4 años, 6 años, 10-11 años y 13-14 años. En todos los controles desde los 2 meses de vida, la higiene es valorada durante la anamnesis. Los consejos preventivos sobre higiene se imparten en los controles de antes de 1 mes y los 2 meses de vida, a los 15 meses se dan consejos sobre higiene bucal, y en todos los controles desde los 18 meses de edad se imparten consejos sobre el cepillado de la boca (Consejería de Sanidad, 2007).

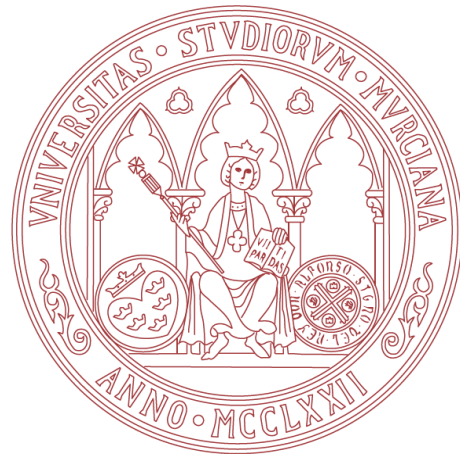
La Consejería de Sanidad de la CARM, también ha introducido la educación sanitaria, esta vez en higiene oral, mediante el Programa de Salud Bucodental Infantil implantado en el año 2003 y que gestiona actualmente el Servicio de Prevención y Protección de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Durante el año 2015 el programa incluye a menores entre los seis y los ocho años, y tiene como objetivo disminuir la incidencia de caries y de enfermedad periodontal de los niños residentes en la Región de Murcia. Los profesionales sanitarios encargados de realizar las actividades

Marco conceptual

del programa son tanto los dentistas públicos que prestan sus servicios en el Servicio Murciano de Salud en las unidades de salud bucodental, como dentistas privados que voluntariamente se han adscrito al programa, previa habilitación, que prestan servicios en su consulta privada (Consejería de Sanidad, 2015). Entre las prestaciones básicas del Programa de Salud Bucodental Infantil relacionadas con la educación en higiene oral, los dentistas deben procurar a los menores adscritos: medidas higiénicas de cepillado dental, y limpieza de boca (Consejería de Sanidad y Política Social, 2014).

Según Varela P.I. et al. (2008, pp. 23-24), las estrategias preventivas frente a patologías orales de los programas de salud bucodental que ofrece la sanidad pública se han probado útiles, siendo “la piedra angular de estas estrategias (...) la enseñanza de técnicas de higiene oral a los escolares”. Además, afirman que esta educación en materia de higiene y salud bucodental, debe ser tarea de todo el equipo sanitario de atención primaria, dando especial relevancia a las consultas de enfermería, cuya labor educativa sobre los niños y sus padres está demostrada.

3. OBJETIVOS



3. OBJETIVOS

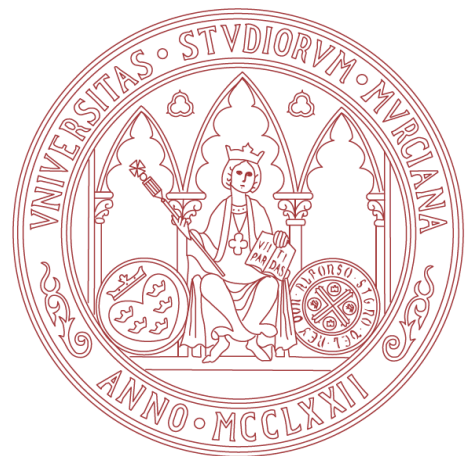
3.1 Objetivo General

- Evaluar los conocimientos y hábitos en higiene corporal de los escolares y menores en acogimiento residencial con edades comprendidas entre 7 y 12 años.

3.2 Objetivos Específicos

- Diseñar y validar un instrumento para valorar integralmente los conocimientos y hábitos en higiene corporal en menores de edades comprendidas entre 7 y 12 años.
- Describir los conocimientos y hábitos en higiene corporal en escolares con edades entre 7 y 12 años y menores en acogimiento de la Región de Murcia.
- Evaluar la relación entre los conocimientos y hábitos en higiene corporal de los escolares y los factores sociodemográficos sexo y edad.
- Evaluar la relación entre los conocimientos y hábitos en higiene corporal de los escolares y la ubicación del centro escolar.
- Comparar los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil entre menores en acogimiento residencial y menores escolarizados según el nivel socioeconómico de las familias.

4. MÉTODO



4. MÉTODO

Por las características de nuestro estudio y los objetivos planteados esta investigación se ha llevado a cabo en dos fases claramente diferenciadas:

- **Primera fase:** Diseño y validación de un cuestionario para evaluar los conocimientos y hábitos en higiene corporal en menores de entre 7 y 12 años de edad.
- **Segunda fase:** Evaluación de los hábitos y conocimientos en higiene corporal de escolares con edades entre 7 y 12 año y comparación con los menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial de la Región de Murcia.

4.1 Primera fase: Diseño y validación de un cuestionario para evaluar los hábitos y conocimientos en higiene corporal en menores de entre 7 y 12 años de edad (HICORIN[®])

4.1.1 Diseño del estudio

Para la construcción y validación del instrumento nos basamos en términos generales en las recomendaciones señaladas por Carretero-Dios y Pérez (2005):

- 1- Justificación del estudio.
- 2- Delimitación conceptual del constructo a evaluar.
- 3- Construcción y evaluación cualitativa de ítems.
- 4- Análisis estadístico de los ítems.
- 5- Estudio de la dimensionalidad del instrumento (estructura interna).
- 6- Estimación de la fiabilidad.
- 7- Obtención de evidencias externas de validez.

En el caso de fenómenos observables, como ocurre en nuestro estudio (frecuencia de hábitos y uso de materiales y conocimientos sobre higiene) la utilización de todas las pruebas de validación no es posible. Los constructos o conceptos a medir determinan los procesos de validación (Pérez-Gil et al, 2000). Debido a la naturaleza del concepto investigado no ha sido posible llevar a cabo un estudio de la dimensionalidad del instrumento (validez de constructo), ya que no existe una estructura latente que teorizar, al tratarse de conductas observables y medibles. Por otra parte, al carecer de otros cuestionarios validados que midieran el mismo concepto no es posible obtener evidencias

Método

externas de validez (validación de criterio). En este sentido, lo adecuado para este instrumento es la aportación de pruebas de validez de contenido.

4.1.2 Ámbito y participantes del estudio

En la validación del cuestionario HICORIN[®] participaron escolares de 2º a 6º de primaria de un Colegio de Educación Infantil y Primaria (CEIP) situado en una zona suburbana próxima a la ciudad de Murcia, con edades entre 7 y 12 años/as, así como sus respectivos padres y/o madres. También se contó con la participación de niños y niñas de un centro de menores de media/larga estancia concertado con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Criterios de inclusión

Para la selección de la muestra los sujetos debían cumplir los siguientes criterios de inclusión:

a) En el caso de los menores:

- Tener una edad entre 7 y 12 años.
- Estar autorizados por sus padres y/o madres o tutores legales.
- Contar con la voluntariedad de participación del menor.

b) En el caso de los padres y madres o tutores legales:

- Ser mayores de edad.
- Poseer la tutela legal del menor.

Criterios de exclusión

a) En el caso tanto de los menores como de los padres y madres o tutores legales:

- Dificultad de comprensión verbal del castellano.

b) Para todos los menores, no se incluyeron en el estudio aquellos que cumplieran con el siguiente criterio:

- Tener diagnosticada una discapacidad física o intelectual.

c) Específicos de los menores en acogimiento residencial:

- Aquellos en los que la CARM asuma únicamente la guarda del menor.
- Los menores que ya hayan sido declarados en desamparo con anterioridad, sin tener en cuenta la medida de protección impuesta.

4.1.3 Selección de la muestra

Para el pilotaje cognitivo del cuestionario y mediante muestreo intencional según los criterios antes señalados se seleccionaron 6 niños en un centro de menores concertado con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (en representación de los menores en desamparo). También se seleccionaron 8 niños y niñas escolarizados, así como a sus padres y madres y/o tutores legales.

Para evaluar la respuesta al ítem se realizó un muestreo consecutivo no probabilístico de 72 escolares matriculados en los cursos de 2º a 6º de primaria de un CEIPS suburbano próximo a la ciudad de Murcia, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión señalados anteriormente. Posteriormente, para el estudio de fiabilidad del test y a partir de la muestra anterior, se seleccionó una submuestra de 16 escolares procurando equidad en los grupos de edad y sexo.

4.1.4 Etapas del diseño y validación de HICORIN®

A continuación se describen las etapas desarrolladas en el diseño y validación de HICORIN®, encontrándose resumidas en la figura 4.1

4.1.4.1 Revisión de la literatura

Se realizó una búsqueda bibliográfica con el objetivo de identificar ítems recogidos en instrumentos que midieran conocimientos y hábitos de higiene corporal en el entorno doméstico y escolar en población infantil. Para ello se utilizaron las bases de datos: MEDLINE, CUIDEN, MEDES, SciELO e IME, empleando para las bases de datos en inglés los “Major MeSH”: “Hygiene”, “Child” y el “Minor MeSH”: “Questionnaire”, y para las bases de datos en castellano los DeCS: “higiene”, “niño”, “cuestionario”. Como término en lenguaje natural se utilizó “escolares”. Los límites establecidos fueron: idioma (inglés, francés y castellano) y fecha de publicación (enero 1992 - marzo 2013). La estrategia de localización de documentos se completó con la búsqueda inversa de artículos a partir de los artículos hallados en la búsqueda en bases de datos.

Posteriormente, se procedió a la lectura del texto completo de los artículos seleccionados y que respondían a nuestros objetivos, extrayendo todos los ítems relacionados con el objetivo del estudio que resultaran útiles para la conformación posterior del cuestionario sobre hábitos y conocimientos en higiene corporal infantil.

4.1.4.2 Definición de las secciones/dimensiones del cuestionario sobre hábitos y conocimientos de higiene corporal infantil

Las secciones/dimensiones del cuestionario sobre conocimientos y hábitos de higiene corporal infantil se definieron a partir de los hallazgos de la literatura y de las apreciaciones y valoraciones aportadas por el panel de expertos consultado.

4.1.4.3 Selección de los ítems

En primer lugar se seleccionaron todos los ítems de los cuestionarios obtenidos en la revisión de la literatura que guardaran relación con la higiene corporal infantil, incluidos aquellos ítems sociodemográficos que sirvieran para describir la muestra de niños y/o la de sus familias.

A continuación se clasificó el conjunto de ítems seleccionados según el cuestionario de procedencia y la sección y/o dimensión a la que pertenecen con el objetivo de facilitar el estudio de los hallazgos e identificar posibles ítems reiterados entre los distintos cuestionarios. Se establecieron 3 secciones diferenciadas para el cuestionario: 1) sección sociodemográfica; 2) sección sobre hábitos y conocimientos en 7 dimensiones de la higiene corporal infantil; 3) sección sobre otros aspectos de la higiene corporal. Tras el proceso de validación se decidió crear un cuestionario adicional autoadministrado (HICORIN-socioeconómico) para los padres y/o madres y/o tutores legales de los menores sobre preguntas de índole socioeconómico, ocupacional y nivel formativo.

Finalmente se redactaron nuevos ítems en las secciones y/o dimensiones en las que la bibliografía no aportaba suficientes para alcanzar los objetivos planteados en el diseño del cuestionario.

4.1.4.4 Redacción de los ítems

Tanto los ítems seleccionados de la literatura como los de nueva creación se adaptaron lo más fielmente posible a los lineamientos de contenido proporcionados por Azofeifa (1994, pp. 10-12):

- Las preguntas deben ser redactadas de acuerdo al nivel del informante.
- Necesidad de que las preguntas sean sencillas y claras.
- Orden de las preguntas:
 - Las primeras preguntas deben ser sencillas y que establezcan una conciencia de simpatía con el entrevistado, de tal manera que el

informante no tenga inconveniente en responder, no le provoque desconfianza. Se deben incluir al inicio las preguntas menos confidenciales y dejar para el final aquellas más difíciles.

- Cuando están involucrados varios temas, generalmente es mejor completar un tema antes de entrar en otro.
 - También se recomienda disponer el cuestionario en forma de embudo, es decir partiendo de las preguntas más generales, hasta llegar a las más específicas.
 - Respeto a la dignidad y a la privacidad del entrevistador. Así, las preguntas delicadas se deben colocar entre preguntas o temas más generales o fáciles de responder. Debe evitarse la formulación de preguntas indiscretas.
- Incluir preguntas solamente indispensables.
 - No emplear abreviaturas ni siglas.
 - No se deben incluir preguntas que sugieran las respuestas.
 - Comodidad para la persona interrogada. Se debe evitar la inclusión de preguntas que obligan al informante a efectuar cálculos o largas investigaciones en las cuales pueda cometer errores.
 - Número de preguntas óptimo. El número de preguntas no debe ser demasiado elevado, con el fin de no producir cansancio. Se deben incluir las preguntas que sean estrictamente necesarias con el propósito de satisfacer el objetivo y no hacer muy extenso el cuestionario.

4.1.4.5 Validación de contenido por expertos

Se consultó a un grupo multidisciplinar de 7 expertos del ámbito asistencial y/o académico con una dilatada experiencia en el tema de estudio.

Se estableció contacto con los expertos mediante correo electrónico solicitando su colaboración en el estudio (anexo 1) y adjuntando el cuestionario inicial HICORIN de 82 ítems (anexo 2). Se solicitó al grupo de expertos que:

1) Asignaran los ítems a cada una de las dimensiones de la higiene corporal incluidas en el cuestionario.

Método

2) Evaluaran los ítems atendiendo a su relevancia (escala Likert: 1 nada relevante, 3 muy relevante).

3) Evaluaran el grado de comprensión del ítem (escala Likert: 1 no comprensible, 3 muy comprensible) así como la necesidad de una redacción alternativa.

4) Elaborasen nuevos ítems que completaran cada dimensión.

5) Evaluaran globalmente el cuestionario y las dimensiones que lo integraban.

Para la validación de contenido se calculó el índice de validez de contenido (IVC) a partir de la puntuación media obtenida en la pregunta “relevancia” de cada uno de los ítems del cuestionario. Se estableció como criterio de selección una puntuación igual o mayor a 2,25.

Con respecto a la respuesta referida a la “comprensión”, los ítems que no alcanzaron la puntuación mínima de 2,25, pero que fueron considerados relevantes por los expertos, se reformularon atendiendo a las observaciones y redacciones alternativas propuestas.

Finalmente, se revisaron las observaciones globales indicadas por los expertos siendo introducidas en el cuestionario.

4.1.4.6 Pilotaje cognitivo

Se realizó un pilotaje sobre la versión del cuestionario obtenida tras la validación por expertos (HICORIN® de 63 ítems), seleccionándose una muestra intencional de 14 menores de entre 7 y 12 años, con diferentes perfiles familiares y socioeconómicos para representar a la población de menores a la que se dirige el cuestionario. Ocho eran escolares y seis provenían de una situación familiar no normalizada estando tutelados por la Administración Pública y residían en un centro de menores.

También se realizó el pilotaje cognitivo al cuestionario HICORIN-socioeconómico, que incluía los ítems relacionados con aspectos socioeconómicos, ocupacionales y educativos familiares, destinado a los padres/madres o tutores legales de los menores. Se realizó un muestreo intencional sobre 4 padres, 4 madres y 4 tutores legales de menores, con diferentes perfiles socioeconómicos, y que tuvieran hijos/as a su cargo que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Con el pilotaje cognitivo de los cuestionarios se valoró su aceptabilidad, y el orden lógico de la secuencia de preguntas. En el caso del pilotaje cognitivo a menores se valoró además el tiempo promedio de cumplimentación del cuestionario, el nivel de atención al

mismo, la comprensión del mismo según la edad del menor y la impresión que le merecía el cuestionario.

4.1.4.7 Análisis de la respuesta al ítem

Para poder analizar la respuesta a los ítems del cuestionario se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se administró el cuestionario de conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil (HICORIN[®]) a 72 estudiantes. Según Osterlind (1989, en Carretero-Dios, 2005, p. 531) el análisis estadístico de los ítems bastaría con pasarlo a una muestra de participantes que estuviese compuesta por entre 50 y 100 participantes.

Se realizó un muestreo consecutivo no probabilístico, incluyendo el total de la población de estudiantes de un CEIP de una zona suburbana próxima a la ciudad de Murcia con edades comprendidas entre los 7 y 12 años de edad y que cumplieran con los criterios de inclusión anteriormente señalados.

Para la recogida de datos se concertó una entrevista personal con la directora del colegio para informarle sobre la investigación y solicitarle permiso para realizar el estudio. Su aprobación se decide en consejo escolar. Una vez aprobado, se informó del estudio a los padres y madres o tutores legales de los menores a través del portal informático usado habitualmente como vía de comunicación entre el colegio y las familias de los estudiantes. A continuación se distribuyó a cada menor una carta para sus padres, explicando los detalles de la investigación, y solicitando la autorización para que su hijo/a participe en el estudio. Se indica un plazo de 7 días para ser devuelta al colegio. Finalmente se comprobaron los niños/as autorizados a estudio y se procedió a encuestar a los menores mediante cuestionarios codificados.

Finalmente se realizó un análisis descriptivo de cada uno de los ítems del cuestionario con la intención de detectar aquellos con una elevada frecuencia de no respuesta.

4.1.4.8 Estudio de la fiabilidad del cuestionario

Para determinar la fiabilidad y/o consistencia de un cuestionario se pueden utilizar tres métodos: a) método de formas paralelas; b) método basado en el test-retest; c) método centrado en la aplicación única de la prueba (Traub, 1994, en Carretero-Dios & Pérez, 2005, p. 539). Decidimos estudiar la fiabilidad del cuestionario mediante un indicador de estabilidad temporal, el método test-retest. Para ello, se administró el cuestionario 2 veces a 16 sujetos seleccionados por muestreo intencional, con una diferencia de 14 días

Método

entre ambas mediciones. Se calculó el coeficiente de correlación Rho de Spearman de cada uno de los ítems del cuestionario. Se omitieron del análisis los ítems con una varianza cero (10 ítems) y los que se refieren a preguntas sobre conocimientos (8 ítems), dado que tras la primera administración puede producirse un aprendizaje modificando la respuesta en el retest. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS en su versión 21 para Windows.

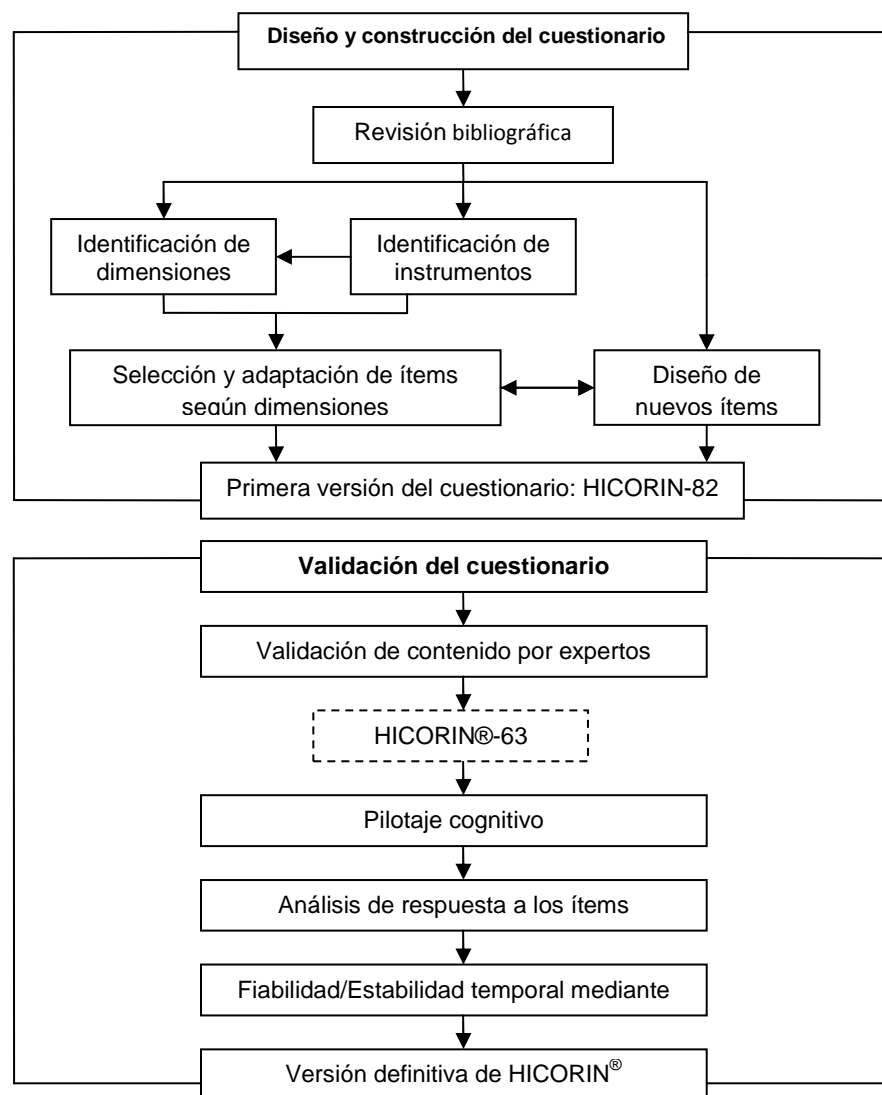


Figura 4.1 Proceso de desarrollo del cuestionario HICORIN®

4.2 Segunda fase: Evaluación de los hábitos y conocimientos en higiene corporal de escolares con edades entre 7 y 12 años y comparación con los menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial de la Región de Murcia.

Tras la validación de HICORIN[®] contamos con un cuestionario válido y fiable para proceder al estudio de los hábitos y conocimientos en higiene corporal de los escolares y menores en acogimiento residencial por desamparo.

4.2.1 Diseño del estudio

El diseño del estudio es cuantitativo, llevándose a cabo a través de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Este diseño nos permite la generalización de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede y determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables.

4.2.2 Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo durante los años 2014 y 2015 en menores de entre 7 y 12 años en dos ámbitos diferenciados:

a) Escolar:

Los colegios son seleccionados según se localizaran en un medio rural, urbano o suburbano:

- Medio urbano: la Ley 45/2007 de 13 diciembre de Desarrollo Sostenible del Medio Rural (LDSMR) considera las grandes áreas urbanas aquellas cuya población supera los 50.000 habitantes. Murcia es seleccionada por ser el mayor núcleo de población de la Región de Murcia, el cual contaba en 2014 Murcia con un total de 439.712 habitantes y una densidad de población de 496,3 habitantes/Km².
- Medio suburbano: son interrelaciones urbano-rurales. Anillos de territorios desconcentrados, fragmentados de los espacios rurales próximos a las ciudades en compartimentos estancos parcelados por redes viarias y edificaciones (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, 2011).
- Medio rural: la Ley 45/2007 de 13 diciembre de Desarrollo Sostenible del Medio Rural (LDSMR), considera medio rural aquel con una densidad de población inferior a 100 habitantes/Km² y una población total inferior a los 30.000 habitantes. En nuestro estudio seleccionamos una población que cumplía con estos criterios.

Método

Se trata de un municipio rural perteneciente a la Zona Valle del Ricote según las Directrices Estratégicas Territoriales de Ordenación Rural (DETOR) de la Región de Murcia (Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca, 2010). Según el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM), en 2014 dispone de una población de 6477 y una densidad de población de 74,4 habitantes/Km².

b) Centros de acogida de menores:

Fundamentalmente los menores se seleccionaron en dos centros propios de la CARM, donde usualmente se realiza la primera acogida de los menores. De manera excepcional el Servicio de Protección de Menores de la CARM puede decidir el ingreso o alta de un menor en uno de los seis centros de protección, de media/larga estancia, concertados (para menores entre 6 y 17 años) (Consejería de Sanidad y Política Social, 2015).

4.2.3 Sujetos del estudio

El estudio fue realizado con la participación de los escolares y sus padres y madres o tutores legales, y con la colaboración de los menores en desamparo de reciente ingreso en un centro de protección.

Los criterios de inclusión y exclusión para los menores, en los dos ámbitos del estudio de la investigación, son comunes a los definidos para el diseño y validación del cuestionario HICORIN[®] en el apartado 4.1.2.

4.2.4 Tamaño muestral y selección de la muestra

En un estudio transversal como el propuesto en el que se pretende estimar una proporción, referido en nuestro caso a proporciones relacionadas con los distintos conocimientos y hábitos en higiene corporal de los escolares y menores en acogimiento residencial, el tamaño muestral adecuado se calculó siguiendo la fórmula del “cálculo de la muestra para una proporción”.

$$n = \frac{N * (Z\alpha)^2 * (p) * (q)}{e^2 * (N - 1) + (Z\alpha)^2 * (p) * (q)}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra que queremos calcular.

N= tamaño del universo.

Z α = desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza propuesto.

e= margen de error máximo admitido.

p= proporción que esperamos encontrar.

q= (1-p)

Puesto que se desconoce esta proporción en la población utilizamos un valor de P = 0,5 (50%) que es la que proporciona el máximo valor de n. El nivel de confianza deseado era del 95%, que corresponde a un valor $\alpha = 0,05$. La precisión con que se desea obtener la estimación, fue de $\pm 5\%$ (0,05). Los resultados del estudio se pretenden inferir a la población escolar de entre 7 y 12 años de la Región de Murcia. Según los últimos datos ofrecidos por el Centro Regional de Estadística de Murcia (2014a), durante el curso escolar 2012-2013 el número de alumnos matriculados en la Región de Murcia en los cursos desde 2º a 6º de educación primaria es de 86.827 alumnos.

Al sustituir estos valores en la fórmula del cálculo del tamaño de muestral, se obtiene como resultado que se requeriría una muestra de 382,47 sujetos:

$$n = \frac{N * (Z\alpha)^2 * (p) * (q)}{e^2 * (N - 1) + (Z\alpha)^2 * (p) * (q)} = \frac{8.6827 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{0,05^2 * (86.827 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)} = 382,47$$

Por tanto, una vez determinado el tamaño muestral se realizó un muestreo intencional para la selección de los colegios teniendo en cuenta la elección de un colegio por zona

Método

urbana, suburbana y rural. Se seleccionó un CEIP concertado del centro de Murcia, un CEIP de titularidad pública de una pedanía próxima a la ciudad de Murcia y un CEIP de titularidad pública de la zona del Valle del Ricote según un criterio de accesibilidad por parte de los investigadores. Una vez seleccionados los centros de enseñanza, para la selección de los escolares se utilizó un muestreo consecutivo no probabilístico. La población que finalmente fue incluida a estudio fue la siguiente (tabla 4.1):

Zona demográfica del colegio	Población escolar seleccionada a estudio					
	2º curso	3er curso	4º curso	5º curso	6º curso	n
Urbana	92	93	93	96	97	471
Suburbana	27	28	26	25	26	132
Rural	20	31	33	34	37	155
n	139	152	152	155	160	758

Tabla 4.1. Población escolar seleccionada para el estudio en escolares

En el caso de los menores en desamparo se estudió todo el universo de menores que ingresaron en centros de protección entre febrero de 2014 y mayo de 2015, siempre atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión señalados anteriormente.

4.2.5 Variables de estudio

Las variables de estudio, resultado del diseño y validación del cuestionario para determinar los hábitos y conocimientos en higiene corporal en menores de entre 7 y 12 años de edad (HICORIN®), se resumen en:

- 1) Variables sociodemográficas de los menores y sus familias
- 2) Variables sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal, divididos en 7 dimensiones: piel corporal, cabello, manos, bucodental, pies, oídos e higiene íntima. Las variables sobre hábitos de higiene corporal infantil se presentan según su: frecuencia; momento de realización; modo de realización; grado de autonomía; y uso de materiales.
- 3) Variables sobre otros aspectos relacionados con la higiene: agentes transmisores de enseñanzas en higiene corporal, rechazo social motivado por el déficit higiénico, y de importancia autoreferida de la higiene corporal.

4.2.6 Recogida de datos

4.2.6.1 Recogida de datos en escolares

Para valorar los conocimientos y hábitos en higiene corporal de los menores escolarizados se realizó una recogida de datos a través del cuestionario HICORIN® en los colegios seleccionados. Las fechas de la recogida de datos fueron enero, febrero y diciembre de 2014.

La recogida de datos se realizó en dos fases:

Primera fase: se concertó una entrevista personal con el directora/a del colegio para solicitar permiso para realizar el estudio (anexo 3). Una vez fue aprobado en consejo escolar se solicitó el número de alumnos/as matriculados según curso escolar y nivel (en su caso), seleccionando el alumnado según los criterios de inclusión y exclusión al estudio. A continuación, los responsables del colegio informaron del estudio a los padres y madres o tutores legales de los menores seleccionados por la vía de comunicación habitual entre el colegio y las familias de los estudiantes. Finalmente se distribuyó a cada menor un sobre destinado a sus padres conteniendo dos documentos:

- Carta donde se explicaba de forma pormenorizada (anexo 4) los detalles de la investigación, solicitando al final de la misma la autorización para que su hijo/a participara en el estudio.
- Cuestionario HICORIN-Socioeconómico (anexo 5), autoadministrado, dirigido a los padres o madres o tutores legales de los menores. Dicho cuestionario fue codificado para garantizar el anonimato.

Se indicó un plazo de 7 días para ser devuelto el sobre con las autorizaciones y cuestionario HICORIN-Socioeconómico al colegio.

Segunda fase: finalizado el plazo de devolución de los sobres aportados a los menores, se comprobaron los niños/as autorizados a estudio y se procedió a encuestarlos. Para ello se codificó previamente el cuestionario HICORIN® de cada menor con el mismo código asignado al cuestionario HICORIN-Socioeconómico autocumplimentado por sus padres y/o madres y/o tutores legales. De esta forma se garantizó el anonimato de los encuestados. Las encuestas a los escolares fueron realizadas en el mismo centro escolar. Para los menores de entre 7 y 10 años la encuesta se realizó de forma heteroadministrada, procurando su realización en una sala que les resultara familiar y garantizando la confidencialidad de las respuestas. En el caso de los menores de 11 a 12

Método

años, la encuesta se realizó de forma autoadministrada, en su misma aula, previa explicación de las instrucciones de cumplimentación y desarrollo.

La recogida de los datos somatométricos (ítems 1 y 2 del cuestionario) se realizó en último lugar, una vez pasada la encuesta a los menores, evitando así que estos pudieran ser observados por otros compañeros de clase. Para su medición se dispuso de una báscula ponderada y un tallímetro clínico.

Una vez finalizada la recogida de datos en cada colegio se explicó a todos los menores las directrices sobre una adecuada higiene corporal. Además se les aportó un díptico (anexo 6) con el resumen de las recomendaciones actuales, basadas en la evidencia científica, sobre la correcta higiene corporal infantil (bucodental, manos, piel corporal, cabello, íntima, de oídos y pies).

4.2.6.2 Recogida de datos en menores de centros de protección de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Para valorar los conocimientos y hábitos en higiene corporal de los menores ingresados en centros de protección de la CARM se solicitó la correspondiente autorización de investigación al Director General de Política Social de la Consejería de Sanidad y Política Social de la CARM (anexo 7), siendo certificada por el Jefe de Servicio de Protección de Menores (anexo 8). La recogida de datos se realizó entre febrero de 2014 y mayo de 2015.

La recogida de datos se realizó en tres fases:

Primera fase: se estableció una vía de comunicación inmediata y permanente con los profesionales de la Unidad Técnico Responsable, del Servicio de Protección de Menores, y con los profesionales educativos de los centros de menores para la notificación de los ingresos y los centros de protección asignados.

Segunda fase: tras la notificación se procedía a contactar con el personal del centro de protección de menores para concertar nuestra visita al centro. Los menores eran encuestados a la mayor brevedad desde su ingreso en el centro de protección para evitar modificaciones de sus hábitos o conocimientos en higiene corporal, en la institución de acogida, que puedan sesgar la recogida de datos. Los datos fueron recogidos a través de la encuesta HICORIN®. En todos los casos la recogida de datos se realizó por un miembro del equipo investigador de forma heteroadministrada, al tratarse habitualmente de ingresos de uno o dos menores.

Tercera fase: se recogieron los datos sobre las variables socioeconómicas de la familia del menor. Para ello los miembros del equipo investigador se dirigieron al Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Política Social, cumplimentando el cuestionario HICORIN-Socioeconómico a través de los datos registrados en el programa informático *GISME* y/o en los expedientes de los menores.

Al finalizar la recogida de datos en los centros de protección se explicó a todos los menores que permanecían ingresados las directrices sobre una adecuada higiene corporal. Además se les entregó un díptico con el resumen de las recomendaciones actuales, basadas en la evidencia científica, sobre la correcta higiene corporal infantil (bucodental, manos, piel corporal, cabello, íntima, de oídos y pies). En el caso de bajas de centro por reincorporación familiar o la adopción de cualquier otra medida de protección distinta al acogimiento residencial, se facilitó previamente dicha información al menor.

4.2.7 Análisis de los datos

Para el análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios, se realizó un análisis descriptivo, aportando las medias y desviaciones estándar, para las variables continuas más relevantes y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Las pruebas estadísticas que se utilizaron para comparar las variables evaluadas entre los dos grupos de menores estudiados ha sido la prueba de chi-cuadrado (X^2) para comparar proporciones (variables cualitativas). En el caso de variables cuantitativas, para la comparación de las medias con una variable dicotómica se utilizó la prueba estadística *t* de Student. En los casos en que la variable ha tenido más de dos categorías, se ha utilizado el análisis de la varianza de una vía (ANOVA). Previamente, se comprobó el supuesto de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Lilliefors) y la homocedasticidad con la *F* de Snedecor. Cuando no se pudo asumir que las varianzas poblacionales fueran iguales se utilizó el estadístico de Brown-Forsythe. En caso de igualdad de varianzas se seleccionó como método de comparación post-hoc el método de Tukey. En caso de desigualdad de varianzas se utilizó el método de Games Howell. Cuando no se pudo asumir normalidad se utilizaron las pruebas no paramétricas *U* de Mann Whitney y *H* de Kruskal Wallis.

Los datos fueron introducidos en una base de datos y el análisis se efectuó con el paquete estadístico *SSPS* versión 21 para Windows. Todos los resultados se consideraron significativos estadísticamente para un valor de $p < 0,05$.

4.2.8 Limitaciones

Entre las limitaciones que contemplamos al estudio, cabe destacar:

- Limitaciones propias de las encuestas, referentes al método de recogida de datos: accesibilidad a los centros escolares y participación voluntaria de los sujetos, nivel de comprensión y sinceridad en las respuestas.
- Del diseño del cuestionario, destinado exclusivamente a menores de una franja de edad limitada a 7-12 años de edad, en idioma castellano y que no presenten discapacidad física o intelectual.
- Dificultad para empatizar con los menores en desamparo, debido a la reciente separación del núcleo familiar e ingreso en una institución con unas normas preestablecidas.
- Dificultad en la disposición inmediata de un investigador cada vez que sea requerido para encuestar a un menor recién ingresado en un centro de protección.

4.2.9 Cumplimiento de las normas éticas y legales

El estudio sigue los protocolos habituales para este tipo de investigaciones que se encuentran descritos en la Declaración de Helsinki de investigaciones médicas. La protección de los datos fue garantizada a través de la custodia de los mismos bajo contraseña electrónica y limitando el acceso a estos datos al equipo investigador.

Para encuestar a los menores tutelados por la CARM se ha obtenido la autorización de la Dirección General de Política Social, órgano directivo de la Consejería de Sanidad y Política Social responsable de ejercer las funciones que corresponden a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para la protección de los menores por Decreto nº 145/2012, de 16 de noviembre. Además, para la recogida de datos de los menores en los colegios se ha requerido la autorización por escrito de los padres y madres o tutores legales de los menores, previa información de la investigación a desarrollar. Además se informaba de la voluntariedad del estudio y de la posibilidad de abandonar el mismo.

El proyecto fue aprobado por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia (anexo 9).

Se detalla a continuación los permisos que han sido pertinentes solicitar en el transcurso de la investigación, así como los motivos de su solicitud:

a) Dirección General de Política Social de la CARM:

- Acceso a los centros dependientes de la Dirección General de Política Social y en los que se encuentran menores entre 7 y 12 años en acogimiento residencial.
- Acceso al sistema informático de gestión de incidencias del Servicio del Menor (GISME), y a los expedientes de los menores en acogimiento residencial incluidos en la investigación.

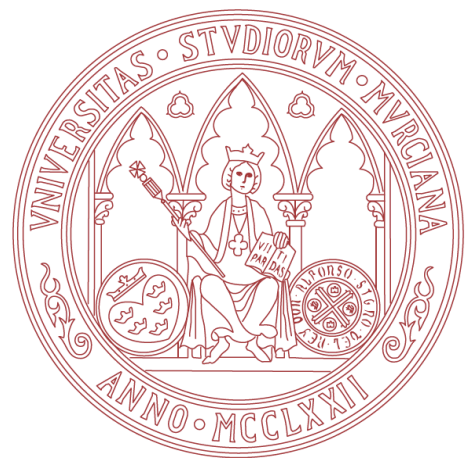
b) Directores de los Colegios de Educación Infantil y Primaria:

- Acceso al centro educativo.
- Disponer de una o varias salas que sean familiares al alumnado para realizar la encuesta de forma heteroadministrada a los menores de 11 años, facilitando de esta forma la tranquilidad e intimidad del alumno.
- Servir de cauce de colaboración entre el equipo investigador y el personal docente del centro educativo.
- Posibilitar la realización conjunta en el aula de los cuestionarios autoadministrados en los alumnos mayores de 11 años.

c) Padres, madres o tutores legales:

- Solicitud de autorización para poder realizar el cuestionario a sus hijos (anexo 4).

5. RESULTADOS



5 RESULTADOS

5.1 Primera fase: Diseño y validación de un cuestionario para evaluar los hábitos y conocimientos en higiene corporal en menores de entre 7 y 12 años de edad (HICORIN®)

5.1.1 Resultados de la revisión de la literatura

Se obtuvieron 1.529 artículos de los que finalmente se seleccionan 20 (tabla 5.1). De los artículos seleccionados 17 tratan aspectos sobre higiene bucodental, 11 sobre manos, 11 sobre piel corporal, 6 sobre cabello, 3 sobre higiene íntima y uno sobre higiene podal. Ninguno incluyó el estudio de la higiene ótica. Doce de los 20 estudios presentan instrumentos que señalan haber sido sometidos a validación, aunque ninguno hace una descripción completa de su proceso. Solo 3 de estos 12 cuestionarios aportan características psicométricas.

Base de Datos	Autor/es, año	Proceso de validación	Características psicométricas	Dimensiones Higiene corporal	Ítems totales	Ítems incluidos en HICORIN 82	Idioma
CINAHL	Westaway & Vijioen, 2000	No descrito	No descritas	PC, MA, IN	50	7	Inglés
CUIDEN	Colmenares & Montero, 2009	Validación por expertos no descrita.	Fiabilidad: α de Crombach	CA, PC, BD	10	1	Español
CUIDEN	Cuñat et al., 2000	Cita Pilotaje. No aporta pruebas.	Fiabilidad: test-retest con coeficiente Kappa	CA, PC, BD, MA	28	7	Español
EMBASE	Astrom & Mbawalla, 2011	Cita pilotaje. No aporta pruebas.	No descritas	BD, MA	20	6	Inglés
EMBASE	Brodeur & Payette, 1998	No descrito	No descritas	BD	15	6	Francés
EMBASE	Chen Huang, Huang & Wu, 2011	No descrito	No descritas	BD	20	3	Inglés
EMBASE	Dongre, Deshmukh & Garg, 2011	No descrito. Emplea la Global School-based Health Survey.	No descritas	BD, MA	62	6	Inglés
EMBASE	Golerick, Wagner & McLellan, 2008	Validez concurrente. No descrita. Nivel de lectura: método de Flesch -Kincaid	Fiabilidad: test-retest con coeficiente Kappa	PC	46	3	Inglés
EMBASE	Güven, Çehreli, Taşçılar, Akgün & Özgen, 2012	No descrito	No descritas	BD	13	3	Inglés
EMBASE	Honkala S, Honkala E & Al-Sahli N, 2007	No descrito. Emplea el Health Behaviour in School-Aged Children.	Cita fiabilidad: test-retest aunque no aporta pruebas.	BD	84	13	Inglés
EMBASE	Kumar et al, 2011	Cita Pretest. No aporta pruebas	No descritas	PC, BD	10	8	Inglés

Resultados

EMBASE	Martín et al., 1996	Cita Pilotaje. No aporta pruebas	No descritas	CA, PC, BD, MA	41	8	Español
EMBASE	Masson et al, 2010	No descrito	No descritas	BD	13	2	Inglés
EMBASE	Sánchez et al, 199	Cita Pilotaje. No aporta pruebas	No descritas	CA, PC, BD, MA	36	7	Español
EMBASE	Sidoti et al, 2009	Cita Pilotaje. No aporta pruebas	No descritas	CA	35	1	Inglés
EMBASE	Vivas et al, 2010	Cita Pretest y Pilotaje. No aporta pruebas.	No descritas	CA, PC, BD, PO, MA, IN	16	9	Inglés
IME	Rodríguez, Salve, Arenas & Angora, 2002	Cita Pretest y Pilotaje. No aporta pruebas.	No descritas	PC, BD, MA	23	4	Español
MEDES	Martínez et al, 2013	No descrito	No descritas	PC, BD, MA	36	5	Español
SciELO	Benito, Fleta, Ruiz & Menaña, 2008	No descrito	No descritas	PC, BD, MA	15	6	Español
SciELO	Reverter-Masía, Legaz-Arrese, Jové-Deltell, Mayolas & Vinacua, 2012	No descrito	No descritas	BD, MA	13	2	Español
PC: piel corporal; CA: cabello; MA: manos; BD: bucodental; PO: podal; OT: ótica; IN: íntima; OA: otros aspectos relacionados con la higiene							

Tabla 5.1 Distribución de referencias bibliográficas referentes a cuestionarios de Higiene

5.1.2 Definición de las secciones/dimensiones del cuestionario sobre conocimientos y hábitos de higiene corporal infantil

La revisión bibliográfica nos permite observar que el conjunto de cuestionarios hallados incluye un total de 6 dimensiones de la higiene corporal: bucodental, manos, piel corporal, cabello, higiene íntima e higiene podal. El estudio de estas dimensiones por la literatura científica demuestra su relevancia y se decidió ser consideradas para el diseño de nuestro cuestionario. Aunque no se obtuvo ningún cuestionario con referencias a la higiene ótica, la importancia para la salud evidenciada durante la descripción del marco teórico de esta tesis hizo necesaria su inclusión como dimensión adicional. Por todo ello, finalmente se decidió que el diseño del cuestionario para determinar los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil constara de estas 7 dimensiones de la higiene corporal agrupadas en una misma sección. Asimismo, para que el cuestionario integre los aspectos más relevantes de los hábitos de higiene corporal se decide que estas dimensiones incluyan ítems relacionados con su: frecuencia, momento de realización, modo de realización, materiales empleados y grado de autonomía. También se decide incluir ítems para valorar los conocimientos en higiene corporal de los menores.

Además de los ítems directamente relacionados con los hábitos y conocimientos en higiene corporal infantil, se creó una sección con ítems sociodemográficos con el objetivo de describir las características de los menores encuestados y sus familias. Por último,

para centrar todos los temas de interés sobre la higiene corporal infantil, se consideró necesario crear una sección diferenciada de preguntas relacionadas con la higiene corporal con un mayor componente social y de autoconcepto.

De este modo HICORIN se dividió en 3 secciones:

- Sección 1: Aspectos sociodemográficos de los menores y sus familias.
- Sección 2: Hábitos y conocimientos en 7 dimensiones de la higiene corporal infantil.
- Sección 3: Otros aspectos relacionados con la higiene corporal infantil.

5.1.3 Selección y redacción de los ítems

En primer lugar se seleccionaron todos los ítems relacionados con el objetivo del estudio obteniendo un total de 107, de los cuales 34 resultaron útiles para la conformación del cuestionario sobre hábitos y conocimientos en higiene corporal infantil.

Se valoró que era necesario incluir nuevos ítems para estudiar integralmente los hábitos y conocimientos en higiene infantil, por lo que se redactaron 48 ítems adicionales. En la tabla 5.2 se detalla el proceso de selección y diseño de los ítems. Así se obtuvo una primera versión del HICORIN con 82 ítems (anexo 2) que fueron estructurados en 3 secciones: 1) características sociodemográficas y familiares; 2) valoración de conocimientos y hábitos en higiene corporal, compuesto por 7 dimensiones: piel corporal, cabello, manos, bucodental, pies, oídos e higiene íntima; y 3) otros aspectos relacionados con la higiene.

En la sección 2 (valoración de conocimientos y hábitos en higiene corporal) la secuencia en el orden de los ítems para cada dimensión tiende a seguir una misma estructura: frecuencia; momento de realización; modo de realización; grado de autonomía; uso de materiales y conocimientos.

Resultados

	A. Ítems obtenidos de otros cuestionarios	B. Ítems seleccionados de otros cuestionarios	C. Ítems nuevos Diseñados Por los autores	D=(B+C) Total ítems versión HICORIN 82 para validación	E. Total ítems HICORIN®
Sección 1					
Sociodemográfico	27	12	5	17	13
Sección 2					
Piel Corporal	21	4	13	17	8
Cabello	5	2	4	6	6
Manos	22	3	5	8	9
Bucodental	26	8	3	11	10
Podal	1	1	7	8	4
Ótica	0	0	4	4	4
Íntima	3	3	4	7	5
Sección 3					
Otros Aspectos	2	1	3	4	4
	107	34	48	82	63

Tabla 5.2 Proceso de selección y elaboración de ítems según secciones y dimensiones del cuestionario HICORIN®

En cuanto a los modelos de respuesta empleados en el cuestionario se utilizaron diversos tipos:

- Politómicas: con posibilidad de seleccionar una única respuesta por pregunta (la opción más frecuente o habitual).
- Dicotomías múltiples: debiendo responder “sí o no” en cada respuesta.
- Politómicas múltiples: debiendo responder “sí o no o no lo conozco” en cada respuesta.

5.1.4 Validación de contenido

De la primera versión del cuestionario HICORIN® de 82 ítems, y tras la valoración e indicaciones de los expertos, el IVC medio obtenido sobre los 82 ítems puntuados por los expertos mediante escala Likert, para el cuestionario fue de 2,50 (8,35 sobre 10), y su comprensión de 2,63 (8,78 sobre 10).

Se eliminaron 12 ítems cuya puntuación en el IVC estaba por debajo de 2,25 de un máximo de 3 puntos. Los ítems eliminados fueron los siguientes:

- Ítem 5: ¿cómo tienes el pelo? (referido a longitud)
- Ítem 11: ¿eres adoptado/a?
- Ítem 13: ¿en cuántos centros o residencias de menores distintos has estado?

- Ítem 21: cuándo te bañas, señala qué te lavas
- Ítem 25: cuándo te duchas, señala qué te lavas
- Ítem 29: cuándo te lavas con la toalla o esponja mojada, señala qué te lavas
- Ítem 61: ¿alguien te ayuda a lavarte los pies?
- Ítem 62: ¿después de lavarte los pies, te secas entre los dedos?
- Ítem 66: ¿señala todas las cosas que sueles usar para cortarte las uñas?
- Ítem 73: ¿alguien te ayuda a lavarte el culete y los genitales?
- Ítem 75: ¿qué utilizas para lavarte el culete y los genitales?
- Ítem 76: ¿con qué te secas tus genitales y el culete después de lavarlos?

Respecto al grado de comprensión de los ítems, el grupo de expertos valoró 8 por debajo de 2,25 de un máximo de 3 puntos. De éstos, 5 ya habían sido descartados al presentar puntuaciones de IVC inferiores a 2,25. Los 3 ítems considerados relevantes se volvieron a redactar siguiendo las recomendaciones de los expertos:

- Ítem 6: se modificaron la pregunta y las opciones de respuesta: “¿cuantos días de la semana vas a clase habitualmente?: 5 días; 4 días; 3 días; 2 días; 1 día” se modifican a: “¿cuánto vas a clase? (no tener en cuenta las ausencias por enfermedad): de lunes a viernes; voy 3 ó 4 días a la semana; voy 1 ó 2 días a la semana; no voy nunca”.
- Ítem 14: las siguientes respuestas: “pareja de mi padre (novio o marido de mi padre; novia o mujer de mi padre); pareja de mi madre (novio o marido de mi madre; novia o mujer de mi madre); hermanos (incluidos hermanastros y hermanos adoptivos), ¿cuántos?; hermanas (incluidas hermanastras y hermanas adoptivas, ¿cuántas?” se modifican por las siguientes: “pareja de mi padre; pareja de mi madre; hermanos, ¿cuántos?; hermanas, ¿cuántas?”.
- Ítem 72: La pregunta y sus respuestas: “¿cuándo te lavas el culete y los genitales?: todos los días; tres veces a la semana; dos veces a la semana; una vez a la semana; menos de una vez a la semana; nunca” se modifican a: “¿cuándo te lavas tus partes íntimas y el culete?: después de usar el váter; al levantarme; al acostarme; otros momentos. Di cuando; nunca”.

Resultados

El grupo de expertos propuso adaptaciones o redacciones alternativas en 34 ítems, siendo modificadas las siguientes:

- Ítem 1: se modifica “chico o chica” por “niño o niña”.
- Ítem 8: se modifica “¿con qué edad llegaste a España?” por “¿cuántos años tenías cuando llegaste a España?”.
- Ítem 12: se modifica “vives ahora mismo” por “vives ahora o has vivido”.
- Ítems 19, 23 y 27: se modifica “¿cuántas veces a la semana?” por “de los últimos siete días, ¿cuántos días (...)?”.
- Ítems 19, 23 y 27: se modifican las respuestas: “todos los días; tres veces a la semana o más pero no todos los días; dos veces a la semana; una vez a la semana; menos de una vez a la semana; nunca” por las siguientes: “0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7”.
- Ítems 31, 32, 33, 34 y 37: se sustituye el término “cabeza” por “pelo”.
- Ítem 36: se modifican las respuesta “sí, solo yo” por “sí, mi esponja es para mí solo/a”, y la respuesta “no” por “no, varias personas usamos la misma esponja”.
- Ítem 45: se modifican las respuestas “si; no” por “siempre; casi siempre; casi nunca; nunca”.
- Ítem 49: se modifica “¿cada cuanto tiempo te lavas los dientes?” quedando “¿cuántas veces te lavaste los dientes ayer?”.
- Ítem 50: se añade la respuesta “después de algunas comidas principales, pero no de todas”.
- Ítem 52: se añade la respuesta “no lo sé”.
- Ítem 58: se modifican las respuestas a dicotómicas múltiples.
- Ítem 77: se modifican la respuesta “no” quedando “no, la cambio cada 2 días” y “no, la cambio cada 3 días o más”.

Además señalaron las siguientes recomendaciones:

- Agrupar los ítems sobre hábitos de higiene similares (ejemplo ducha vs baño). Esto supuso la reducción de 6 ítems al reagruparse en un solo ítem los ítems 19, 23 y 27; los número 20, 24 y 28; y también los número 22, 26 y 30.

- Dividir el ítem 43 “te lavas las manos después de usar el váter” por dos preguntas independientes referidas a “te lavas las manos después de hacer caca” y “te lavas las manos después de hacer pis”, por lo que se añade un nuevo ítem.
- Separar el recuento de hermanos/as del ítem 14 en una pregunta diferenciada, creándose el ítem “¿cuántos hermanos y hermanas tienes en total?”.
- Crear un ítem referido a “¿cuántos hermanos y hermanas son mayores que tú?”.
- Obviar las preguntas referidas a aspectos socioeconómicos de la familia, suprimiéndose los ítems 16 “¿tiene trabajo tu padre?”, y el ítem 17 “¿tiene trabajo tu madre?”. Para ello se diseñó un conjunto de ítems sobre aspectos socioeconómicos de las familias “HICORIN socioeconómico” destinado a los padres/madres o tutores legales conteniendo 5 ítems (anexo 5) referidos a:
 - Relación/parentesco que el tutor guarda con el menor.
 - Nivel de estudios terminados: basado en la Clasificación de Programas en Niveles de Formación de la Clasificación Nacional de Educación 2000 (CNED-2000) (Instituto Nacional de Estadística, 2000).
 - Ocupación actual.
 - Clase social: basado en las Clases Sociales Ocupacionales-1995 (CSO-1995) (abreviada) de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013b, p. 9)
 - Ingresos mensuales de la unidad familiar.
- Diferenciar el tipo de administración entre niños de 7 a 10 años y niños de 11 y 12 años. Dicha distinción viene justificada por el desarrollo cognitivo del niño para comprender la temporalidad de algunos ítems. Así, se decidió que HICORIN® para niños de 7 a 10 años fuera heteroadministrado y para niños de 11 y 12 autoadministrado.
- Minimizar los saltos entre preguntas que llevan a otra sección del cuestionario y advertirlos de manera sencilla y clara.
- Informar sobre los hábitos de higiene corporal correcta, tanto a niños como a padres y/o tutores legales tras la aplicación del cuestionario.
- Reducir la extensión del cuestionario. Esta recomendación se consiguió con la eliminación de los ítems mencionados anteriormente y con la eliminación de los ítems 71 “¿el cerumen o cera del oído, sirve para?” y 78 “¿cómo se deben limpiar las niñas el culete con el papel higiénico después de usar el váter?”.

Resultados

Finalmente se obtuvo una versión definitiva del cuestionario HICORIN[®] (anexo 10) conformado por 63 ítems agrupados en 3 secciones:

Sección 1) características sociodemográficas y familiares (14 ítems): peso, talla, sexo, edad, país de nacimiento del menor y sus padres, lugar de residencia, personas que habitan en su hogar, número de hermanos y lugar que ocupa entre ellos.

Sección 2) valoración de conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil (45 ítems). Se recogen variables relacionadas con 7 dimensiones de la higiene corporal preguntando en todas ellas sobre: frecuencia de lavado, momento del día en el que se realiza la higiene, necesidad de ayuda para el aseo. Además de forma específica para cada dimensión se pregunta sobre:

- **Cuerpo:** forma de lavado habitual, empleo y conocimiento de utensilios para el baño/ducha, conocimiento del uso del gel, uso individual de esponja y toalla.
- **Cabello:** conocimiento de la relación entre la frecuencia de lavado e incidencia de piojos, conocimiento del uso del champú.
- **Manos:** frecuencia de uso de jabón, utensilio empleado para el secado, conocimiento de la relación entre lavado de manos y diarrea.
- **Bucodental:** duración del cepillado dental, conocimiento de utensilios para la higiene bucal, uso individual del cepillo dental, tipo de cepillo, recambio del cepillo, frecuencia de visita al dentista, conocimiento de la relación entre cepillado dental y caries.
- **Pies:** calzado semanal utilizado, conocimientos sobre la forma de cortar las uñas.
- **Oídos:** forma de higienizarlos, conocimiento de la adecuación de usar bastoncillos.
- **Higiene íntima:** cambio diario de ropa íntima, forma de higienizar.

Sección 3) otros aspectos relacionados con la higiene corporal (4 ítems):

- Agentes que han influido en la educación en higiene corporal del menor.
- Rechazo social entre iguales motivado por una higiene inadecuada (estar visiblemente sucio, y por oler mal)
- Importancia percibida de la higiene corporal.

5.1.5 Pilotaje cognitivo

Una vez elaborado el cuestionario HICORIN® se realizó un pilotaje cognitivo a menores y a padres y madres con las mismas características a la de la población a la que va dirigido el cuestionario, tal y como se describe en el apartado 4.1.4.6 del apartado Material y Método.

Tras el análisis de las observaciones del cuestionario por los menores y sus padres y madres, y para mejorar el grado de comprensión de los niños, se decidió realizar algunas modificaciones gramaticales y adaptar algunos términos a un lenguaje más coloquial afectando de forma exclusiva y mínimamente a la redacción del cuestionario. A modo de ejemplo:

- Se evitaron los términos “frecuencia” y “habitualmente” en el cuestionario. Ejemplo: se sustituye la pregunta: “Indica con qué frecuencia vas a clase habitualmente” por “¿cuánto vas a clase?”.
- Se sustituye “semana pasada” por “últimos siete días”.
- Se sustituye “genitales” por “partes íntimas”.
- Se sustituye “ropa interior” por “calzoncillos/braguitas”.

Además se consideró realizar dos modificaciones de contenido, siendo las siguientes:

- En la pregunta: “¿alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?” se incluye la respuesta: “nadie porque me las muerdo”.
- Se modifica el término “amigos” en el contexto de las preguntas relacionadas con el rechazo social “¿alguna vez tus amigos se han metido contigo (...)?” por “¿alguna vez otros niños se han metido contigo (...)?”.

Los menores encuestados indicaron que les resultó fácil y que ninguna pregunta les hacía sentir incómodos. El tiempo para en responder el cuestionario, en niños de 7 a 10 años, osciló entre 13-15 minutos y para los niños de 11 y 12 años entre 10-12 minutos.

Tras el pilotaje cognitivo del cuestionario HICORIN Socioeconómico realizado a los padres y madres se decidió realizar las modificaciones:

- Ítem 2: se sustituye el término “analfabetos” (recogido en el CNED-2000) por “sin estudios”.

Resultados

- Ítem 4: se decide unificar los grupos “IVa: trabajadores manuales cualificados” y “IVb: trabajadores manuales semicualificados” de la CSO-1995, quedando “trabajadores manuales cualificados o semicualificados”.

5.1.6 Análisis de respuesta a los ítems

El análisis de no respuesta a los ítems mostró una baja frecuencia de no respuesta. Únicamente se superó el 10% en la opción de respuesta "no lo sé" del ítem 60 (¿Quién te ha enseñado como debes lavarte y asearte?) con un 23.61% de no respuesta; y en la opción "sólo cuando me acuerdo" del ítem 39 (Señala en qué momentos te lavas los dientes) con un 11.11% de no respuesta. Se decidió la supresión de la opción “No lo sé” del ítem 60.

5.1.7 Estudio de la fiabilidad del cuestionario

La fiabilidad test-retest sobre la muestra utilizada se midió con el coeficiente de correlación Rho de Spearman para cada uno de los ítems del cuestionario mostrando que, en un 27,27% de los ítems analizados, la concordancia fue muy buena (valores entre 0.81 y 1.00), en el 34,1% de los ítems fue buena (valores entre 0.61 y 0.80), en el 22,72% de los ítems moderada (valores entre 0.41 y 0.60) y en el 9% de los ítems débil (valores entre 0.21 y 0.40) (Altman, 1991). Obtuvieron puntuaciones próximas al valor nulo dos de las opciones del ítem 42 (¿Para lavarte los dientes?), opción 5: “usas limpiador lingual” y opción 8: “usas cepillo interdental”. Se decidió eliminarlas al considerar que el infrecuente uso de estos utensilios dificulta la consistencia de la respuesta y la hace poco fiable.

5.2 Segunda fase: Resultados de la evaluación de los hábitos y conocimientos en higiene corporal de escolares con edades entre 7 y 12 año y comparación con los menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial de la Región de Murcia

Los resultados de los análisis de los datos obtenidos se muestran, para facilitar su lectura, en 3 grandes apartados:

- Apartado 5.2.1: resultados descriptivos del estudio en escolares.
- Apartado 5.2.2: resultados bivariados del estudio en escolares.

- Apartado 5.2.3: resultados descriptivos de los menores de reciente ingreso en centros de protección de la Región de Murcia.
- Apartado 5.2.4: resultados de la comparación entre escolares y menores de centros de protección.

5.2.1 Resultados descriptivos del estudio en escolares

De la muestra seleccionada para el estudio en los tres colegios (n=758; 100%) participaron finalmente en el estudio el 59,89% (n=454). Es interesante señalar que, únicamente participó el 38,70% (n=60) de la muestra susceptible a estudio en el colegio de ámbito rural, frente el 68,36% (n=322) de participación del colegio de ámbito urbano. Según el curso escolar, los escolares con una proporción de participación más baja fueron los de 6º curso (n=89; 55,62%), siendo los de 5º curso los que más participaron (n=101; 65,16%) (tabla 5.3).

		Localización del colegio				N
		Urbano	Suburbano	Rural		
Población escolar seleccionada a estudio	2º curso	S	92	27	20	139
		P	63	11	10	84
		%	68,47	40,74	50	60,43
	3er curso	S	93	28	31	152
		P	66	15	12	93
		%	70,96	53,57	38,70	61,18
	4º curso	S	93	26	33	152
		P	56	13	18	87
		%	60,21	50	54,54	57,23
	5º curso	S	96	25	34	155
		P	69	19	13	101
		%	71,87	76	38,23	65,16
	6º curso	S	97	26	37	160
		P	68	14	7	89
		%	70,10	53,84	18,91	55,62
	Total	S	471	132	155	758
		P	322	72	60	454
		%	68,36	54,54	38,70	59,89

S: muestra seleccionada. P: muestra que participa en el estudio

Tabla 5.3 Relación entre la muestra seleccionada y la que participa en el estudio según localización del colegio

5.2.1.1 Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas de los escolares

5.2.1.1.1 Variables socioeconómicas y educativas familiares

En la tabla 5.4 se muestran los resultados del análisis de las variables socioeconómicas, cumplimentado por los padres o madres o tutores legales de los menores. Se observa que el “nivel de estudios” de aquellos familiares que cumplimentaron el cuestionario que ha obtenido una mayor proporción es con un 61,2% (n=278), el de estudios “universitarios”. Le sigue en proporción, con un 18,5% (n=52), quienes han finalizado la “segunda etapa de secundaria o un grado superior de formación profesional (FP)”.

La “ocupación actual” que tiene un porcentaje más alto es la de “trabajador por cuenta ajena” con un 52% (n=236) de los encuestados, seguida de los “desempleados” con un 19,4% (n=88).

En cuanto al “tipo de trabajo” que desempeñan, aquellos que estaban en activo, la proporción más alta pertenece al grupo de “directivos de la administración pública y empresas de 10 o más asalariados”, con un 21,1% (n=96), seguida del grupo “empleados tipo administrativo. Servicios personales y seguridad” con el 16,5% (n=75). Asimismo, el “nivel de ingresos” de la unidad familiar con una mayor proporción es, con un 49,6% (n=225), “mayor de 2000€ al mes”.

		N	%
Nivel de estudios	Sin estudios o estudios primarios	59	13
	Primera etapa de ESO o grado medio de FP	53	4,6
	Segunda etapa de ESO o grado superior de FP	52	18,5
	Universitarios	278	61,2
	Total	442	97,4
Ocupación actual	Estudiante dedicación exclusiva	4	,9
	Trabajador por cuenta propia	77	17
	Trabajador por cuenta ajena	236	52
	Jubilado	3	,7
	Desempleado	88	19,4
	Otra	12	2,6
	Total	420	92,5
Tipo de trabajo	Directivos administración pública y empresas de 10 o más asalariados	96	21,1
	Directivos de empresas de menos de 10 asalariados	42	9,3
	Empleados tipo administrativo. Servicios personales y seguridad	75	16,5
	Trabajadores por cuenta propia	48	10,6
	Supervisores de trabajadores manuales	1	,2
	Trabajadores manuales cualificados o semicualificados	36	7,9
	Trabajadores no cualificados	14	3,1
	Total	312	68,7
Ingresos en el hogar	Menor o igual a 1000€	85	18,7
	Entre 1001€ y 2000€	102	22,5
	Mayor de 2000€	225	49,6
	Total	412	90,7

Tabla 5.4 Variables descriptivas socioeconómicas y educativas familiares

5.2.1.1.2 Variables somatométricas de los escolares

La tabla 5.5 muestra el estudio somatométrico realizado a los menores, consistiendo en: medición de talla, medición de peso, y cálculo del índice de masa corporal (IMC). Se muestra la media aritmética y desviación típica según la edad y sexo, así como el percentil correspondiente a la media obtenida según la edad y sexo, utilizando las curvas de crecimiento de la Fundación Faustino Orbegozo Izaguirre (Fernández et al., 2011).

Edad	Sexo	N	Peso			Talla			IMC**		
			Media	*percentil	Desv. Tip.	Media	*percentil	Desv. Tip.	Media	*percentil	Desv. Tip.
7 años	M	36	27,54	50-75	4,85	129,23	75	6,57	16,40	25-50	1,96
	F	49	29,62	75	6,14	128,18	75	7,01	17,89	50-75	2,58
8 años	M	43	32,97	50-75	7,30	134,46	50-75	7,78	18,12	50-75	2,95
	F	43	32,06	50-75	7,58	132,75	50-75	6,16	18,01	50-75	3,08
9 años	M	38	38,93	75-90	8,78	142,25	75-90	7,99	19,03	50-75	2,62
	F	40	37,07	50-75	8,99	141,18	75	7,32	18,40	50-75	3,21
10 años	M	58	42,85	75	9,69	145,68	50-75	6,93	20,02	75	3,31
	F	43	40,29	50-75	10,10	145,46	50-75	6,76	18,81	50-75	3,41
11 años	M	45	43,76	50-75	9,26	151,40	50-75	7,04	18,94	50	2,81
	F	47	45,73	50-75	9,70	154,76	75-90	6,97	18,98	50-75	3,04
12 años	M	4	62,75	90-97	18,90	159,75	75	6,68	24,22	90-97	5,37
	F	2	59,25	90-97	12,65	158,50	75	9,19	23,99	90-97	7,80

*Percentil estimado para la edad señalada + 6 meses. **IMC: Índice de masa corporal (Kg/m²). M: masculino. F: femenino

Tabla 5.5 Resultados somatométricos de los escolares

5.2.1.1.3 Variables sociodemográficas de los escolares

En la tabla 5.6 se muestran los resultados obtenidos de las variables sociodemográficas de los escolares. En la variable “sexo” observamos una distribución muy similar: 49,8% (n=226) para los niños y 49,3% (n=224) para las niñas.

Según la edad a estudio, se obtiene una proporción baja para los menores de 12 años de edad, para el resto de edades las proporciones son similares. Para facilitar los análisis bivariados posteriores se decide agrupar los datos de edad (tabla 5.7; figura 5.1). La nacionalidad de los escolares encuestados es mayoritariamente la española con una proporción del 94,5% (n=429).

En cuanto a la “estructura familiar del hogar” la “familia nuclear biparental” es la más representativa con un 78,8% (n=385) de los casos. Le sigue en proporción la “familia extensa” con un 7,7% (n=35) de los escolares, estando formada en su mayoría (n=13;

Resultados

2,8%) por la convivencia de ambos abuelos en el hogar sin otros miembros de la familia. En las “familias monoparentales” (n=30; 6,6%), la figura predominante es la materna (n=27; 5,9%) frente a la paterna (n=3; 0,7%).

En cuanto a la distribución del número total de hermanos, la moda se sitúa en un único hermano/a con un 52,9% (n=240), situándose la media en 1,57 hermanos/as (DT=1,226); teniendo hermanos mayores el 58,1% (n=264). La moda respecto al número de hermanos que conviven junto al encuestado/a en el hogar es también de uno/a hermano/a, siendo la media 1,51 (DT=1,186). La variable sobre el “número de personas que conviven con el menor en el hogar habitual”, obtiene una moda de 3 personas (n= 230; 50,7%) siendo la media de 3,55 personas (DT=1,241). En cuanto a la “asistencia al colegio”, prácticamente todos los escolares asiste todos los días (n=448; 98,7%).

			N	%	
Sexo	Masculino		226	49,8	
	Femenino		224	49,3	
	Total		450	99,1	
Edad	7 años		86	18,9	
	8 años		87	19,2	
	9 años		79	17,4	
	10 años		102	22,5	
	11 años		92	20,3	
	12 años		6	1,3	
	Total		452	99,6	
Nacionalidad	Española		429	94,5	
	Otra		19	4,2	
	Total		448	98,6	
Estructura familiar del hogar habitual	Biparental	Nuclear		385	78,8
		Extensa		25	5,5
		Total		410	90,3
	Monoparental	Nuclear	Madre	21	4,6
			Padre	1	,2
			Total	22	4,8
		Extensa	Madre	6	1,3
			Padre	2	,4
			total	8	1,7
		Total	Madre	27	5,9
			Padre	3	,7
			Total	30	6,6
	Reconstituida	Madre+*pareja		11	2,4
		Padre+*pareja		3	,7
		Total		14	3,1
	Familia extensa	Abuela y abuelo		13	2,8
		Sólo abuela		7	1,5
		Sólo abuelo		2	,4
		Abuela y otros familiares		3	,7
		Abuela y abuelo junto otros familiares		2	,4
		Otros familiares (sin abuelas/os)		8	1,7
		Total		35	7,7

	Hermana/s	238	52,42	
	Hermano/s	288	63,43	
	Nº de hermanos/as (total)	0	28	6,2
		1	240	52,9
		2	128	28,2
		3	39	8,6
		4	13	2,9
		5	3	,7
		>5	3	,7
		Total	454	100
	Nº de hermanos/as que conviven en el hogar habitual	0	31	6,8
		1	247	54,4
		2	123	27,1
		3	36	7,9
		4	8	1,8
		5	3	,7
		>5	3	,7
		Total	451	99,3
	¿Eres hijo único o el mayor de los hermanos?	Sí	186	41,0
		No	264	58,1
Total		450	99,1	
Nº Personas que conviven con el menor en el hogar habitual	1	4	,9	
	2	31	6,8	
	3	230	50,7	
	4	126	27,8	
	5	41	9,0	
	6	13	2,9	
	>6	7	1,5	
	Total	452	99,5	
Asistencia al colegio	De lunes a viernes	448	98,7	
	3 ó 4 días a la semana	2	,4	
	1 ó 2 días a la semana	1	,2	
	Total	451	99,3	

*No se distingue entre sexos

Tabla 5.6 Variables descriptivas sociodemográficas

Edad agrupada	N	%
7-8 años	173	38,1
9-10 años	181	39,9
11-12 años	98	21,6
Total	452	99,6

Tabla 5.7 Edad agrupada de los escolares

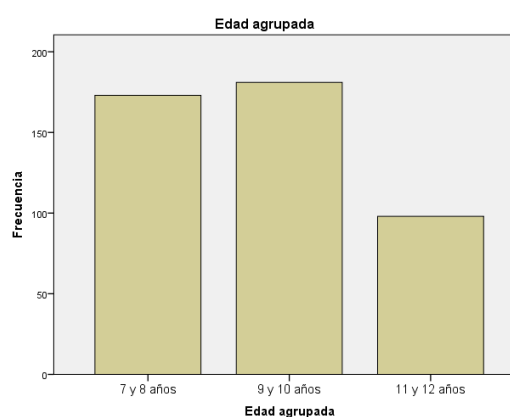


Figura 5.1 Gráfico de barras edad agrupada escolares

5.2.1.2 Resultados descriptivos de las dimensiones de la higiene corporal en escolares

5.2.1.2.1 Higiene de la piel corporal

En la tabla 5.8 se muestran aquellas variables relacionadas con la dimensión “higiene de piel corporal”, se observa que la frecuencia semanal de lavado corporal más habitual es “7 veces a la semana” con un 37,4% (n=170) de los escolares, seguido de 4 veces a la semana (n=78; 17,2%).

El momento del día en el que suelen realizar el lavado de piel corporal es mayoritariamente por la noche (n=243; 53,5%) seguido en frecuencia con un 26,9% (n=122) por aquellos a los que le es “indistinto”.

La modalidad principal para efectuar el lavado corporal es la ducha situándose en un 90,1% (n=409).

También observamos que más de la mitad de los escolares usan esponja (n=314; 69,2%), llegando el 17% (n=77) a compartirla con otros miembros del hogar, así como el 23,1% (n=105) comparte la toalla. La mayoría de los escolares (n=382; 84,1%) realizan el lavado de piel corporal de forma autónoma. En relación a los conocimientos sobre el uso del gel de baño, el 18,6% (n=85) desconoce cuál es su indicación principal.

		N	%		
Frecuencia (nº veces/semana)	0 veces	1	,2		
	1 vez	13	2,9		
	2 veces	26	5,7		
	3 veces	56	12,3		
	4 veces	78	17,2		
	5 veces	46	10,1		
	6 veces	59	13,0		
	7 veces	170	37,4		
	Total	449	98,9		
Práctica	Momento	Por la mañana	21	4,6	
		Por la tarde	64	14,1	
		Por la noche	243	53,5	
		Indistinto	122	26,9	
		Total	450	99,1	
	Modo	Baño	40	8,8	
		Ducha	409	90,1	
		Sólo me paso toalla/esponja mojada	2	,4	
		Total	451	99,3	
	Material	Gel de baño	443	95,4	
		Pastilla de jabón	75	16,5	
		Esponja	Uso individual	237	52,2
			Compartida	77	17,0
			No usa	133	29,3
		Toalla	Uso individual	331	72,9
	Compartida		105	23,1	
	A u t ó n o m o	Solo/a	382	84,1	

	Madre o padre	66	14,5
	Otros	3	,7
	Total	451	99,7
Conocimientos (¿Cuál es el uso principal del gel?)	Lavarse la piel	366	80,6
	Lavarse el pelo	55	12,1
	Lavar la ropa	6	1,3
	No lo sé	22	4,8
	Otros	2	,4
	Total	451	99,3

Tabla 5.8 Variables descriptivas: dimensión higiene piel corporal

5.2.1.2.2 Higiene del cabello

La tabla 5.9 muestra las variables descriptivas relacionadas con la higiene del cabello de los escolares. La variable sobre la “frecuencia semanal del lavado del cabello” presenta una distribución más homogénea, siendo con un 20,7% (n=94) la opción más frecuente “7 veces a la semana”, muy similar en su proporción a “4 veces a la semana” con un 20,3% (n=92).

El momento más frecuente del lavado del cabello para los escolares es por la noche (n=237; 52,2%), precisando ayuda para llevarlo a cabo el 26% (n=118), siendo ofrecida fundamentalmente por sus padres (n=113; 24,9%). Respecto las variables sobre conocimientos en higiene del cabello, el 18,6% (n=84) desconoce cuál es la indicación o uso principal del champú.

En cuanto a la variable sobre conocimientos relacionada con la pediculosis, el 57% (n=259) cree que no es posible tener piojos si el lavado del cabello es diario, y el 22,5% (n=102) lo desconoce, sumando un 79,5% (n=361) de desconocimiento al respecto.

		N	%	
Frecuencia (nº veces/semana)	0 veces	3	,7	
	1 vez	29	6,4	
	2 veces	55	12,1	
	3 veces	87	19,2	
	4 veces	92	20,3	
	5 veces	48	10,6	
	6 veces	41	9,0	
	7 veces	94	20,7	
	Total	449	98,9	
Práctica	Momento	Por la mañana	25	5,5
		Por la tarde	73	16,1
		Por la noche	237	52,2
		Indistinto	116	25,6
		Total	451	99,3
	Material	Champú	436	96,0
Autonomía	Solo/a	332	73,1	
	Madre o padre	113	24,9	
	Hermano/a mayor	2	,4	
	Otros	3	,7	
	Total	450	99,1	
Conocimientos	Uso principal champú			
	Lavarse la piel	57	12,6	
	Lavarse el pelo	366	80,6	
	Lavarse las manos	8	1,8	
	No lo sé	16	3,5	
	Otros	3	,7	
	Total	450	99,1	
	¿Si te lavas el pelo a diario puedes tener piojos?			
	Sí	93	20,5	
	No	259	57,0	
	No lo sé	102	22,5	
Total	454	100		

Tabla 5.9 Variables descriptivas: dimensión higiene del cabello

5.2.1.2.3 Higiene de manos

En la tabla 5.10 se recogen las variables que guardan relación con la higiene de manos. La mayor proporción obtenida en la frecuencia del lavado de manos diario es “superior a tres” en un 35,5% (n=161) de los escolares, siendo “inferior a tres” veces al día en el 33% (n=150) de los casos.

En relación a la distribución de las variables sobre momentos clave del lavado de manos, se observa que mayoritariamente los escolares lavan sus manos “siempre” después de defecar (n=345; 76%). Los escolares que no lavan “nunca” o “casi nunca” sus manos muestran mayores proporciones 17,4% (n=79) “después de orinar”. La inmensa mayoría de los escolares utiliza “siempre” jabón durante el lavado de manos (n=372; 81,9%). Casi el total de escolares se declaran autónomos en el lavado de sus manos (n=450; 99,1%).

En el caso de la autonomía para el corte de uñas de las manos cabe destacar que, el 69,8% (n=317) de los escolares necesita ayuda para efectuarlo, y que el 10,8% (n=49) se las muerde; únicamente el 18,7% (n=85) es autónomo en el corte de sus uñas.

En último lugar, se observa el conocimiento de los escolares sobre la relación entre el lavado de manos y la incidencia de diarrea, obteniendo que, el 71,4% (n=324), desconoce su relación, u opina que el lavado de manos no ayuda en la prevención de enfermedades diarreicas.

		N	%		
Frecuencia (nº veces/día)	Ninguna	10	2,2		
	Una	45	9,9		
	Dos	95	20,9		
	Tres	140	30,8		
	Más de tres	161	35,5		
	Total	451	99,3		
Práctica	Momento	Antes de cada comida	Siempre	235	51,8
			Casi siempre	179	39,4
			Casi nunca	35	7,7
			Nunca	5	1,1
			Total	454	100
	Después defecar	Siempre	345	76,0	
		Casi siempre	70	15,4	
		Casi nunca	25	5,5	
		Nunca	12	2,6	
		Total	452	99,6	
	Después orinar	Siempre	254	55,9	
		Casi siempre	121	26,7	
		Casi nunca	43	9,5	
		Nunca	36	7,9	
		Total	454	100	
	Modo secado	Toalla	432	95,2	
		Papel	9	2,0	
		En su ropa	1	,2	
Secador de aire		5	1,1		
No las seca		6	1,3		
Total		453	99,8		
Material		Jabón	Siempre	372	81,9
	Casi siempre		66	14,5	
	Casi nunca		12	2,6	
	Nunca		4	,9	
	Total		454	100	
Autonomía	¿Alguien te ayuda a lavarte las manos?				
	Solo/a	450	99,1		
	Madre o padre	3	,7		
	Total	453	99,8		
	¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?				
	Mi madre o padre	314	69,2		
	Mi hermano o hermana mayor	1	,2		
	Me las corto yo solo/a	85	18,7		
	Nadie porque me las muerdo	49	10,8		
	Nadie porque nunca me las corto	2	,4		
	Otros	2	,4		
Total	453	99,8			
Conocimientos	¿Lavarse las manos ayuda a no padecer diarrea?				
	Sí	128	28,2		
	No	177	39,0		
	No lo sé	147	32,4		
	Total	452	99,6		

Tabla 5.10 Variables descriptivas: dimensión higiene de manos

5.2.1.2.4 Higiene bucodental

En la tabla 5.11 se muestran las variables de la dimensión de higiene bucodental. Respecto a la “frecuencia diaria del cepillado de dientes” en escolares, el día anterior a la realización del cuestionario, aunque el 3,5% (n=16) no se cepilló los dientes, y el 21,3% (n=97) de los escolares cepilló sus dientes con una frecuencia inferior a dos veces, la mayor proporción se obtiene en una frecuencia igual o superior a tres veces (n=183; 40,3%). La variable “número de visitas al dentista” muestra que, el 2,9% (n=13) de los escolares, nunca ha acudido al odontólogo.

En cuanto a la distribución de los “momentos de realización del cepillado dental” el que obtiene una mayor proporción es “antes de acostarse por la noche” con un 82,8% (n=376), aunque sólo el 46,9% (n=213) cepilla sus dientes “siempre tras cada comida principal”. Sobre la “duración del cepillado”, la distribución muestra el mayor porcentaje para la opción “entre 1 y 3 minutos” (n=305; 67,2%), oscilando el resto de intervalos entre el 7,7% (n=35) y un 15,4% (n=70).

El tipo de cepillo utilizado para su realización muestra una proporción mayor para el cepillo de dientes manual (n=258; 56,8%) frente al eléctrico (n=191; 42,1%). En cuanto a las variables sobre los materiales empleados en la higiene bucodental, se observa un escaso uso del “colutorio” e “hilo/seda dental” con unas proporciones de 39,4% (n=179) y 22,2% (n=101) respectivamente. También se obtiene que la amplia mayoría de los escolares no comparte su cepillo de dientes con otros miembros del hogar (n=439; 96,7%).

Los datos de la variable “autonomía para el cepillado de dientes” muestra la independencia de los menores en un 95,8% (n=435). En cuanto a los ítems de conocimientos de esta dimensión, en la variable “¿cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?” sólo el 30,8% (n=140) señala la opción “a los 3 meses o si se pone viejo antes” recomendada por la evidencia científica. Al ser preguntados por la relación entre el lavado de dientes y la prevención caries, la amplia mayoría de los escolares respondieron que “sí” ayuda en su prevención (n=420; 92,5%).

		N	%		
Frecuencia	Nº cepillado dientes al día (ayer)				
	Ninguna		16	3,5	
	Una		81	17,8	
	Dos		173	38,1	
	Tres o más		183	40,3	
	Total		453	99,8	
	Nº visitas al dentista en el último año				
	1		118	26,0	
	2 o más		277	61,0	
	Ninguna este año		36	7,9	
	Nunca he ido al dentista		13	2,9	
Total		444	97,8		
Práctica	Momento	Al levantarse por la mañana		241	53,1
		Siempre tras cada comida principal		213	46,9
		Tras algunas comidas principales		209	46
		Antes de acostarse por la noche		376	82,8
		Sólo cuando me acuerdo		76	16,7
	Modo (Duración del cepillado)	No me cepillo los dientes		2	,4
		Menos de 1 minuto		70	15,4
		Entre 1 y 3 minutos		305	67,2
		Más de 3 minutos		35	7,7
		No lo sé		42	9,3
		Total		454	100
	Material	Cepillo de dientes		451	99,3
		Tipo de cepillo	Manual	258	56,8
			Eléctrico	191	42,1
		¿Comparte el cepillo?	No	439	96,7
			Sí	4	,9
		Dentífrico		447	98,5
		Colutorio		179	39,4
		Hilo o seda dental		101	22,2
Miswak/Siwak		7	1,5		
Palillo/mondadientes		58	12,8		
Autonomía	Solo/a		435	95,8	
	Madre o padre		16	3,5	
	Hermano/a mayor		1	,2	
	Nadie porque no me los lavo		1	,2	
	Total		453	99,8	
Conocimientos	¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?				
	A los 3 meses o si se pone viejo antes		140	30,8	
	A los 4 meses o más		44	9,7	
	Cada año		22	4,8	
	Sólo si está viejo		182	40,1	
	No se tira nunca		12	2,6	
	No lo sé		53	11,7	
	Total		453	99,8	
	¿Lavarse los dientes ayuda a prevenir la caries?				
	Sí		420	92,5	
	No		20	4,4	
	No lo sé		11	2,4	
	Total		451	99,3	

Tabla 5.11 Variables descriptivas: dimensión higiene bucodental

5.2.1.2.5 Higiene podal

La tabla 5.12 ofrece los resultados obtenidos para la dimensión en higiene podal. Podemos observar como la distribución para la variable “¿te has lavado en alguna ocasión únicamente los pies?” es bastante equilibrada, decantándose con un 55,3% (n=251) para los escolares que “sí” han lavado alguna vez sus pies, independientemente del lavado corporal. En cuanto al calzado, la mayor proporción (n=358; 78,9%) suele cambiar de calzado durante la semana.

Las variables referidas a la higiene ungueal de los pies, se observa que para cortarse las uñas la mayor parte de los escolares precisan ayuda (n=349; 76,9%) mientras que sólo el 22,2% (n=101) lo hacen ellos solos/as. En cuanto a los conocimientos respecto a la forma correcta de cortar las uñas de los pies, la distribución de esta variable muestra que sólo el 20,3% (n=92) conoce que se deben cortar de forma recta.

		N	%
Práctica	Modo	¿Te has lavado en alguna ocasión únicamente los pies?	
		Sí	251 55,3
		No	199 43,8
		Total	450 99,1
		¿Has usado el mismo calzado durante la última semana?	
		Sí	95 20,9
No	358 78,9		
Total		453 99,8	
Autonomía (Corte de uñas)	Solo/a		101 22,2
	Mi madre o padre		348 76,7
	Nadie porque nunca me las corto		3 ,7
	Otros		1 ,2
	Total		453 99,8
Conocimientos	¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?		
	Sí	92 20,3	
	No	281 61,9	
	No lo sé	80 17,6	
	Total	453 99,8	

Tabla 5.12 Variables descriptivas: dimensión higiene podal

5.2.1.2.6 Higiene ótica

La tabla 5.13 muestra los resultados obtenidos para las variables referidas a la dimensión higiene ótica. La distribución de la variable sobre frecuencia de realización de la higiene ótica referida a la última semana, obtiene un mayor porcentaje para “dos o tres veces” con un 33,3% (n=151), seguida por los que no se limpiaron los oídos, con una proporción de 29,1% (n=132). La opción que obtiene una frecuencia menor es la de aquellos escolares que limpiaron sus oídos a diario (n=80; 17,6%).

El instrumento utilizado más ampliamente por los escolares para la higiene de sus oídos es el bastoncillo de algodón (n=311; 68,5%) seguido por: agua, spray o difusor de agua marina, dedo y objeto puntiagudo. En relación a los bastoncillos de algodón, la variable sobre conocimientos muestra que, un 60,1% (n=273) de los escolares cree que es bueno emplear bastoncillos de algodón en la higiene ótica.

La distribución para la autonomía en la realización de la higiene de los oídos por los escolares, ofrece la mayor proporción para aquellos que realizan la higiene ótica de forma independiente (n=213; 46,9%), precisando ayuda un 39,7% (n=180). El 13% (n=59) de los escolares encuestados refiere no limpiarse nunca los oídos.

		N	%	
Frecuencia (nº veces /semana)	Todos los días	80	17,6	
	Dos o tres veces	151	33,3	
	Una vez	88	19,4	
	Nunca	132	29,1	
	Total	451	99,3	
Práctica	Material	Bastoncillo de algodón	311	68,5
		Objeto puntiagudo (lápiz, bolígrafo, llaves...)	2	,4
		Dedo	16	3,5
		Agua	47	10,4
		Spray o difusor de agua marina	31	6,8
		Con nada	46	10,1
		Total	453	99,8
Autonomía	Solo/a	213	46,9	
	Madre o padre	174	38,3	
	Hermano/a mayor	3	,7	
	Nadie porque nunca me los limpio	59	13,0	
	Otros	3	,7	
Total	452	99,6		
Conocimien tos	¿Es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?			
	Sí	273	60,1	
	No	103	22,7	
	No lo sé	77	17,0	
	Total	453	99,8	

Tabla 5.13 Variables descriptivas: dimensión higiene ótica

5.2.1.2.7 Higiene íntima

La tabla 5.14 recoge las variables de HICORIN® relacionadas con la dimensión “higiene íntima”. La variable relacionada con la “frecuencia de cambio de calzoncillo/braguitas”, muestra una distribución con una amplia mayoría de escolares (n=385; 84,8%) que la cambian “a diario”.

En relación al lavado de las partes íntimas, independientemente del lavado corporal, la distribución es similar con un 53,7% (n=244) de escolares que “sí” han realizado en

Resultados

alguna ocasión el lavado exclusivo de sus partes íntimas; en ese caso, el momento más habitual en el que suelen realizar la higiene íntima es “después de usar el váter” con un 32,6% (n=148) de todos los escolares encuestados. La variable sobre autonomía muestra una mayor proporción de escolares que realizan la limpieza anal tras la defecación sin ayuda (n=422; 93%).

		N	%	
Frecuencia	¿Te cambias a diario de calzoncillos/braguitas?			
	Sí	385	84,8	
	No, la cambio cada 2 días	52	11,5	
	No, la cambio cada 3 días o más	14	3,1	
Total		451	99,3	
Práctica	* Momento	Después de usar el váter	148	32,6
		Al levantarme	20	4,4
		Al acostarme	52	11,5
		Otros momentos	26	5,7
		Total	246	54,2
Práctica	Modo	¿Te has lavado en alguna ocasión tus partes íntimas sin lavarte el resto del cuerpo?		
		Sí	244	53,7
		No	208	45,8
		Total	452	99,6
		Solo/a	422	93,0
Autonomía (limpieza tras defecar)	Madre o padre	26	5,7	
	Personal de la residencia de menores	1	,2	
	Nadie porque nunca me lo limpio	2	,4	
	Otros	1	,2	
	Total	452	99,6	
	*Sólo responden los escolares que realizan higiene íntima independiente del lavado corporal			

Tabla 5.14 Variables descriptivas: dimensión higiene íntima

5.2.1.3 Resultados descriptivos sobre otros aspectos relacionados con la higiene corporal en escolares

5.2.1.3.1 Agentes influyentes en la enseñanza de la higiene corporal

En la tabla 5.15 se muestran las variables relacionadas con aquellos agentes que han podido influir en el aprendizaje de los menores en higiene corporal. De todos los agentes recogidos en las distintas variables, el más influyente en la educación higiénico corporal, con un amplio margen respecto al segundo agente son los “padres o familiares” con un 91,9% (n=417), seguido de “médico o enfermera” (n=164; 36,1%) y su “profesor/a” (n=62; 13,7%). Un 9,9% (n=45) no identifica ningún referente en la enseñanza de sus conocimientos o hábitos en higiene corporal.

	N	%
Padres, madres o familiares	417	91,9
Amigos/as	8	1,8
Vecinos/as	6	1,3
Radio, televisión o internet	23	5,1
Profesor/a	62	13,7
Medico o enfermera/o	164	36,1
Personal de la residencia de menores	4	,9
Nadie, yo solo	45	9,9

Tabla 5.15 Variables descriptivas sobre agentes influyentes en la educación higiénica corporal

5.2.1.3.2 Rechazo social entre iguales

En la tabla 5.16 se recogen las variables que relacionan la higiene corporal y el rechazo social entre iguales. La variable que relaciona el rechazo social entre iguales con el hecho de “oler mal”, obtiene una frecuencia de rechazo por este motivo del 9,1% (n=41); mientras que el rechazo ocasionado por “estar sucio/a” alcanza una proporción del 5,1% (n=23).

	N	%
¿Alguna vez otros niños se han metido contigo por oler mal?		
Nunca	411	90,5
Alguna vez	38	8,4
Varias veces	3	,7
Total	452	99,6
Rechazo entre iguales por estar sucio/a		
Nunca	429	94,5
Alguna vez	22	4,8
Varias veces	1	,2
Total	452	99,6

Tabla 5.16 Variables descriptivas: rechazo social entre iguales

5.2.1.3.3 Importancia auto-referida a la higiene corporal

La tabla 5.17 muestra las distintas variables referidas a la importancia que les merece a los menores la higiene corporal. La variable en la que los escolares consideran a la higiene corporal como más importante es “sentirme bien” con un 94,5% (n=429), obteniendo frecuencias similares las opciones: “no oler mal” (n=413; 91%), y “estar sano/a” (n=398; 87,7%). La variable considerada por los escolares como menos importante es “para que no me castiguen en casa” (n=124; 27,3%).

Resultados

	N	%
Estar sano/a	398	87,7
No oler mal	413	91,0
No me rechacen mis amigos/as	182	40,1
No me castiguen en casa	124	27,3
Sentirme bien	429	94,5

Tabla 5.17 Variables descriptivas sobre importancia auto-referida a la higiene corporal

5.2.2 Resultados bivariados del estudio en escolares

Se describen a continuación los resultados bivariados del estudio realizado mediante el cuestionario HICORIN[®] a escolares. Para facilitar su lectura, los resultados son estructurados en el siguiente orden:

- 5.2.2.1 Resultados de la relación entre variables sociodemográficas del estudio en escolares.
- 5.2.2.2 Resultados de la relación entre la edad y las características de la higiene corporal.
- 5.2.2.3 Resultados de la relación entre el sexo y las características de la higiene corporal.
- 5.2.2.4 Resultados de la relación entre la localización del colegio y las características de la higiene corporal.

5.2.2.1. Resultados de la relación entre variables sociodemográficas del estudio en escolares

5.2.2.1.1 Localización del colegio y participación en el estudio

La tabla 5.18 muestra la asociación entre la localización del colegio estudiado y su índice de participación en el estudio. El colegio que más participó fue el urbano con un 68,4% (n=322), mientras que en el que menos participaron fue en el colegio rural con un 38,7% (n=60).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=44,601; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Participa en el estudio	Sí	N	72	60	322	454
		%Participa en el estudio	15,9%	13,2%	70,9%	100,0%
		%Localización del colegio	54,5%	38,7%	68,4%	59,9%
		RC	-1,4	-6,0	6,1	
	No	N	60	95	149	304
		%Participa en el estudio	19,7%	31,3%	49,0%	100,0%
		%Localización del colegio	45,5%	61,3%	31,6%	40,1%
		RC	1,4	6,0	-6,1	
Total		N	132	155	471	758
		%Participa en el estudio	17,4%	20,4%	62,1%	100,0%
		%Localización del colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.18 Participación de los menores en el estudio según localización del colegio

5.2.2.1.2 Localización del colegio y número de alumnos por curso escolar

En la tabla 5.19 se muestra la relación entre la localización del colegio estudiado y el número de alumnos por curso escolar que participaron en el estudio.

El curso donde se obtuvo una muestra mayor fue quinto de primaria, con un 22,2% (n=101) del total de la muestra, y el curso donde la muestra fue más baja fue en segundo, con un 18,5% (n=84).

En el caso del colegio de ámbito rural, se observa una importante participación del cuarto curso (n=18; 30%), y muy baja para el sexto curso (n=7; 11,7%).

Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas (valor=7,939; p=0,439).

Localización del colegio		Curso escolar					Total
		Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	
Colegio suburbano	N	11	15	13	19	14	72
	%Zona	15,3%	20,8%	18,1%	26,4%	19,4%	100,0%
	%Curso escolar	13,1%	16,1%	14,9%	18,8%	15,7%	15,9%
	RC	-,8	,1	-,3	,9	,0	
Colegio rural	N	10	12	18	13	7	60
	%Zona	16,7%	20,0%	30,0%	21,7%	11,7%	100,0%
	%Curso escolar	11,9%	12,9%	20,7%	12,9%	7,9%	13,2%
	RC	-,4	-,1	2,3	-,1	-1,7	
Colegio urbano	N	63	66	56	69	68	322
	%Zona	19,6%	20,5%	17,4%	21,4%	21,1%	100,0%
	%Curso escolar	75,0%	71,0%	64,4%	68,3%	76,4%	70,9%
	RC	,9	,0	-1,5	-,7	1,3	
Total	N	84	93	87	101	89	454
	%Zona	18,5%	20,5%	19,2%	22,2%	19,6%	100,0%
	%Curso escolar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.19 Localización del colegio y número de alumnos por curso escolar

5.2.2.1.3 Localización del colegio y nivel de ingresos familiares

La tabla 5.20 muestra que el colegio urbano es donde las rentas netas mensuales en los hogares de los escolares son superiores a la de los escolares de los colegios suburbano y rural, obteniendo la mayor proporción en el colegio urbano (n=214; 73,3%) para un ingreso “mayor de 2000€”, seguido en nivel de ingresos por el colegio suburbano con un 47,6% (n=30) “entre 1001 y 2000€” y la menor renta la obtienen las familias de los escolares del colegio rural, con un 68,4% (n=39) de ingresos “menor o igual a 1000€”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=180,670; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Nivel de ingresos	Menor o igual a 1000€	N	25	39	21	85
		% Nivel de ingresos	29,4%	45,9%	24,7%	100,0%
		% Localización del colegio	39,7%	68,4%	7,2%	20,6%
		RC	4,1	9,6	-10,5	
	Entre 1001€ y 2000€	N	30	15	57	102
		% Nivel de ingresos	29,4%	14,7%	55,9%	100,0%
		% Localización del colegio	47,6%	26,3%	19,5%	24,8%
		RC	4,6	,3	-3,8	
	Mayor de 2000€	N	8	3	214	225
		% Nivel de ingresos	3,6%	1,3%	95,1%	100,0%
		% Localización del colegio	12,7%	5,3%	73,3%	54,6%
		RC	-7,3	-8,1	11,9	
Total	N	63	57	292	412	
	% Nivel de ingresos	15,3%	13,8%	70,9%	100,0%	
	% Localización del colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	RC					

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.20 Localización del colegio y nivel de ingresos familiares

5.2.2.1.4 Localización del colegio y grupos de edad de los escolares

La tabla 5.21 muestra como la edad de los menores no varía significativamente en función de la localización del colegio estudiado. En los colegios suburbano (n=30; 42,3%) y rural (n=25; 42,4%) la mayor proporción se observa en el grupo de edad “9 y 10 años”. En el colegio urbano el mayor porcentaje se presenta en el grupo de edad “7 y 8 años” con un 40,4% (n=130).

Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (valor=2,304; p=0,680).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Edad por rangos	7 y 8 años	N	23	20	130	173
		%Edad por rangos	13,3%	11,6%	75,1%	100,0%
		%Localización del colegio	32,4%	33,9%	40,4%	38,3%
		RC	-1,1	-,7	1,4	
	9 y 10 años	N	30	25	126	181
		%Edad por rangos	16,6%	13,8%	69,6%	100,0%
		%Localización del colegio	42,3%	42,4%	39,1%	40,0%
		RC	,4	,4	-,6	
	11 y 12 años	N	18	14	66	98
		%Edad por rangos	18,4%	14,3%	67,3%	100,0%
		%Localización del colegio	25,4%	23,7%	20,5%	21,7%
		RC	,8	,4	-1,0	
Total	N	71	59	322	452	
	%Edad por rangos	15,7%	13,1%	71,2%	100,0%	
	%Localización del colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.21 Localización del colegio y grupos de edad

5.2.2.1.5 Localización del colegio y sexo de los escolares

La tabla 5.22 se observa como el sexo de los menores no varía significativamente en función de la localización del colegio estudiado. En los colegios urbano (n=164; 51,3%) y rural (n=33; 55,9%) el sexo predominante fue el masculino, mientras que en el suburbano lo fue el femenino (n=42; 59,2%).

Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (valor=3,402; p=0,183).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Sexo	Niño	N	29	33	164	226
		%Sexo	12,8%	14,6%	72,6%	100,0%
		%Localización del colegio	40,8%	55,9%	51,3%	50,2%
		RC	-1,7	,9	,7	
	Niña	N	42	26	156	224
		%Sexo	18,8%	11,6%	69,6%	100,0%
		%Localización del colegio	59,2%	44,1%	48,8%	49,8%
		RC	1,7	-,9	-,7	
	Total	N	71	59	320	450
		%Sexo	15,8%	13,1%	71,1%	100,0%
%Localización del colegio		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.22 Localización del colegio y sexo de los escolares

5.2.2.1.6 Sexo y grupos de edad de los escolares

En la tabla 5.23 se muestra como el sexo de los escolares es bastante homogéneo en todos los grupos de edad, obteniendo el mismo porcentaje (21,9%) en el grupo de edad “11 y 12 años”. El mayor porcentaje del sexo masculino se obtuvo en el grupo de edad “9 y 10 años”, con un 42,9% (n=96), y del sexo femenino en el grupo de edad “7 y 8 años”, con un 41,1% (n=92).

Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (valor=1,932; p=0,381).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Edad por rangos	7 y 8 años	N	79	92	171
		%Edad por rangos	46,2%	53,8%	100,0%
		%Sexo	35,3%	41,1%	38,2%
		RC	-1,3	1,3	
	9 y 10 años	N	96	83	179
		%Edad por rangos	53,6%	46,4%	100,0%
		%Sexo	42,9%	37,1%	40,0%
		RC	1,3	-1,3	
	11 y 12 años	N	49	49	98
		%Edad por rangos	50,0%	50,0%	100,0%
		%Sexo	21,9%	21,9%	21,9%
		RC	,0	,0	
Total	N	224	224	448	
	%Edad por rangos	50,0%	50,0%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.23 Localización del colegio y grupos de edad

5.2.2.1.7 Nivel de estudios de los padres/madres e ingresos en el hogar

En la tabla 5.24 se puede apreciar como las familias con un ingreso mensual “menor o igual a 1000€” tienen en su mayoría (n=37; 45,7%) un nivel de estudios terminados “sin estudios o estudios primarios”. Las familias con un ingreso mensual “entre 1001€ y 2000€” y “mayor de 2000€” obtienen la mayor proporción un nivel de estudio “universitarios” con un 40,2% (n=41) y un 91,1% (n=204) respectivamente. También se puede observar como ninguna familia, cuyo nivel de estudios pertenece al grupo “sin estudios o estudios primarios”, supera los 2000€. Por el contrario, las familias en las que se poseen estudios universitarios son las que perciben más ingresos, superando los 2000€ el 80,3% (n=204).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=213,376; p=0,000).

			Ingresos hogar			Total
			Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Nivel de estudios	Sin estudios o estudios primarios	N	37	18	0	55
		% Estudios terminados	67,3%	32,7%	0,0%	100,0%
		% Ingresos hogar	45,7%	17,6%	0,0%	13,5%
		RC	9,5	1,4	-8,8	
	Primera etapa de educación secundaria o grado medio de FP	N	18	24	9	51
		% Estudios terminados	35,3%	47,1%	17,6%	100,0%
		% Ingresos hogar	22,2%	23,5%	4,0%	12,5%
		RC	2,9	3,9	-5,7	
	Segunda etapa de educación secundaria o grado superior de FP	N	17	19	11	47
		% Estudios terminados	36,2%	40,4%	23,4%	100,0%
		% Ingresos hogar	21,0%	18,6%	4,9%	11,5%
		RC	3,0	2,6	-4,6	
Universitarios	N	9	41	204	254	
	% Estudios terminados	3,5%	16,1%	80,3%	100,0%	
	% Ingresos hogar	11,1%	40,2%	91,1%	62,4%	
	RC	-10,7	-5,4	13,2		
Total	N	81	102	224	407	
	% Estudios terminados	19,9%	25,1%	55,0%	100,0%	
	% Ingresos hogar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.24 Nivel de estudios e ingresos en el hogar

5.2.2.1.8 Nivel de estudios de los padres/madres y localización del colegio

La tabla 5.25 muestra como los padres/madres de los escolares del colegio urbano tienen el mayor nivel de estudios respecto a los otros colegios, con un 83% (n=263) de estudios “universitarios”, mientras que tanto en el colegio suburbano, con un 33,3% (n=23), como el colegio rural, con un 50% (n=28) obtienen la mayor proporción en la opción “sin estudios o estudios primarios”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=222,906; p=0,000).

Resultados

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Nivel de estudios terminados	Sin estudios o estudios primarios	N	23	28	8	59
		%Nivel de estudios terminados	39,0%	47,5%	13,6%	100,0%
		%Localización del colegio	33,3%	50,0%	2,5%	13,3%
		RC	5,3	8,6	-10,7	
	Primera etapa de educación secundaria o grado medio de FP	N	21	12	20	53
		%Nivel de estudios terminados	39,6%	22,6%	37,7%	100,0%
		%Localización del colegio	30,4%	21,4%	6,3%	12,0%
		RC	5,1	2,3	-5,9	
	Segunda etapa de educación secundaria o grado superior de FP	N	17	9	26	52
		%Nivel de estudios terminados	32,7%	17,3%	50,0%	100,0%
		%Localización del colegio	24,6%	16,1%	8,2%	11,8%
		RC	3,6	1,1	-3,7	
	Universitarios	N	8	7	263	278
		%Nivel de estudios terminados	2,9%	2,5%	94,6%	100,0%
		%Localización del colegio	11,6%	12,5%	83,0%	62,9%
RC		-9,6	-8,4	13,9		
Total	N	69	56	317	442	
	%Nivel de estudios terminados	15,6%	12,7%	71,7%	100,0%	
	%Localización del colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.25 Nivel de estudios y localización del colegio

5.2.2.1.9 Nivel de estudios de los padres/madres y ocupación laboral

En la tabla 5.26 se puede observar como las familias de escolares con más desempleo son las de menor nivel de estudios “sin estudios o estudios primarios” alcanzando el 51% (n=52), seguido de aquellos con estudios de “primera etapa de educación secundaria o grado medio de FP” (n=7; 29,2%) y “segunda etapa de educación secundaria o grado superior de FP” (n=23; 28,8%). Los padres/madres de los escolares con un nivel de estudios “universitarios” son los que menos desempleo tienen (12,3%; n=32) y más trabajan por cuenta propia (n=56; 21,5%) y ajena (n=168; 64,6%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=104,806; p=0,000).

			Nivel de estudios terminados				Total
			Sin estudios o estudios primarios	Primera etapa de educación secundaria o grado medio de FP	Segunda etapa de educación secundaria o grado superior de FP	Universitarios	
Ocupación actual	Estudiante dedicación exclusiva	N	1	0	1	1	3
		%Ocupación actual	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	100,0%
		%Nivel de estudios terminados	1,0%	0,0%	1,3%	0,4%	0,6%
		RC	,5	-,4	,7	-,8	
	Trabajador por cuenta propia	N	6	3	13	56	78
		%Ocupación actual	7,7%	3,8%	16,7%	71,8%	100,0%
		%Nivel de estudios terminados	5,9%	12,5%	16,3%	21,5%	16,7%
		RC	-3,3	-,6	-,1	3,1	
	Trabajador por cuenta ajena	N	39	9	38	168	254
		%Ocupación actual	15,4%	3,5%	15,0%	66,1%	100,0%
		%Nivel de estudios terminados	38,2%	37,5%	47,5%	64,6%	54,5%
		RC	-3,7	-1,7	-1,4	4,9	
	Jubilado	N	1	0	0	2	3
		%Ocupación actual	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0%
		%Nivel de estudios terminados	1,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,6%
		RC	,5	-,4	-,8	,4	
	Desempleado	N	52	7	23	32	114
		%Ocupación actual	45,6%	6,1%	20,2%	28,1%	100,0%
		% Nivel de estudios terminados	51,0%	29,2%	28,8%	12,3%	24,5%
		RC	7,0	,6	1,0	-6,9	
Otra	N	3	5	5	1	14	
	%Ocupación actual	21,4%	35,7%	35,7%	7,1%	100,0%	
	%Nivel de estudios terminados	2,9%	20,8%	6,3%	0,4%	3,0%	
	RC	,0	5,3	1,9	-3,7		
Total	N	102	24	80	260	466	
	%Ocupación actual	21,9%	5,2%	17,2%	55,8%	100,0%	
	%Nivel de estudios terminados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.26 Nivel de estudios y ocupación laboral

Resultados

5.2.2.2 Resultados de la relación entre edad de los escolares y la higiene corporal

Se muestran solo los resultados que presentan asociación estadísticamente significativa.

5.2.2.2.1 Relación entre edad y frecuencia en los hábitos de higiene

- Edad y frecuencia de lavado dental

En la tabla 5.27 se muestra que en los escolares del grupo de edad “7 y 8 años”, el 41,9% (n=72) se lavó los dientes el día anterior “3 veces o más”. El grupo de edad “9 y 10 años” se lavó los dientes “2 veces” el 43,1% (n=78), y los escolares de entre “11 y 12 años” lavaron sus dientes en mayor proporción (n=44; 44,9%) el día anterior “3 veces o más”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=16,824; p=0,010).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Frecuencia lavado dental (diaria)	1 vez	N	38	32	11	81
		%Frecuencia lavado dental	46,9%	39,5%	13,6%	100,0%
		%Edad agrupada	22,1%	17,7%	11,2%	18,0%
		RC	1,8	-,1	-2,0	
	2 veces	N	51	78	42	171
		%Frecuencia lavado dental	29,8%	45,6%	24,6%	100,0%
		%Edad agrupada	29,7%	43,1%	42,9%	37,9%
		RC	-2,8	1,9	1,1	
	3 veces o más	N	72	67	44	183
		%Frecuencia lavado dental	39,3%	36,6%	24,0%	100,0%
		%Edad agrupada	41,9%	37,0%	44,9%	40,6%
		RC	,4	-1,3	1,0	
	Ninguna	N	11	4	1	16
%Frecuencia lavado dental		68,8%	25,0%	6,3%	100,0%	
%Edad agrupada		6,4%	2,2%	1,0%	3,5%	
RC		2,6	-1,3	-1,5		
Total	N	172	181	98	451	
	%Frecuencia lavado dental	38,1%	40,1%	21,7%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.						

Tabla 5.27 Edad agrupada y frecuencia de lavado dental

- Edad y frecuencia de lavado del cabello

La tabla 5.28 muestra que los escolares que semanalmente lavan más su cabello son los que tienen una edad entre “11 y 12 años”, obteniendo una media de 4,54 (DT= 1,541), seguido del grupo de edad “9 y 10 años” (media=4,43; DT= 1,862), siendo los que menos lavan el cabello a la semana los escolares de entre “7 y 8 años” (media=3,89; DT=2,115).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p=0,007$).

En los últimos 7 días, ¿cuántos días te lavaste el pelo?				
	N	Media	Desviación típica	P
7 y 8 años	168	3,89	2,115	0,007
9 y 10 años	181	4,43	1,862	
11 y 12 años	98	4,54	1,541	
Total	447	4,25	1,916	

Tabla 5.28 Edad agrupada y frecuencia de lavado del cabello

5.2.2.2.2 Edad y momento de realización de la higiene corporal

- Edad y lavado de manos antes de cada comida

En la tabla 5.29 se observa que los escolares del grupo de edad “7 y 8 años” expresan lavarse las manos “siempre” antes de cada comida en un 56,1% ($n=97$). Los escolares de “9 y 10 años” en su mayoría dicen lavar sus manos “casi siempre” antes de cada comida en un 48,6% ($n=86$), y los de entre “11 y 12 años” expresan lavarse las manos “siempre” en mayor proporción ($n=59$; 60,2%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=14,176; $p=0,028$).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Lavado manos antes de las comidas	Siempre	N	97	79	59	235
		%Lavado manos antes de las comidas	41,3%	33,6%	25,1%	100,0%
		%Edad agrupada	56,1%	43,6%	60,2%	52,0%
		RC	1,4	-2,9	1,8	
	Casi siempre	N	56	86	35	177
		%Lavado manos antes de las comidas	31,6%	48,6%	19,8%	100,0%
		%Edad agrupada	32,4%	47,5%	35,7%	39,2%
		RC	-2,3	3,0	-,8	
	Casi nunca	N	17	14	4	35
		%Lavado manos antes de las comidas	48,6%	40,0%	11,4%	100,0%
		%Edad agrupada	9,8%	7,7%	4,1%	7,7%
		RC	1,3	,0	-1,5	
Nunca	N	3	2	0	5	
	%Lavado manos antes de las comidas	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%	
	%Edad agrupada	1,7%	1,1%	0,0%	1,1%	
	RC	1,0	,0	-1,2		
Total		N	173	181	98	452
		%Lavado manos antes de las comidas	38,3%	40,0%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.29 Edad agrupada y lavado de manos antes de cada comida

Resultados

- Edad y lavado de manos después de defecar

La tabla 5.30 muestra que en todos los grupos de edad se obtiene una mayor proporción en el lavado de manos “siempre” después de defecar, siendo los resultados para cada grupo: “7 y 8 años” un 64,5% (n=111); “9 y 10 años” un 81,1% (n=146); y “11 y 12 años” un 88,8% (n=87).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=26,120; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Lavado manos tras defecar	Siempre	N	111	146	87	344
		%Lavado manos tras defecar	32,3%	42,4%	25,3%	100,0%
		%Edad agrupada	64,5%	81,1%	88,8%	76,4%
		RC	-4,7	1,9	3,3	
	Casi siempre	N	38	24	8	70
		%Lavado manos tras defecar	54,3%	34,3%	11,4%	100,0%
		%Edad agrupada	22,1%	13,3%	8,2%	15,6%
		RC	3,0	-1,1	-2,3	
	Casi nunca	N	14	7	3	24
		%Lavado manos tras defecar	58,3%	29,2%	12,5%	100,0%
		%Edad agrupada	8,1%	3,9%	3,1%	5,3%
		RC	2,1	-1,1	-1,1	
	Nunca	N	9	3	0	12
		%Lavado manos tras defecar	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	5,2%	1,7%	0,0%	2,7%
		RC	2,7	-1,1	-1,9	
Total		N	172	180	98	450
		%Lavado manos tras defecar	38,2%	40,0%	21,8%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.30 Edad agrupada y lavado de manos después de defecar

- Edad y lavado de manos después de orinar

En La tabla 5.31 se observa que en todos los grupos de edad se obtiene una mayor proporción en el lavado de manos “siempre” después de orinar, siendo los resultados para cada grupo: “7 y 8 años” un 45,1% (n=78); “9 y 10 años” un 60,2% (n=109); y “11 y 12 años” un 66,3% (n=65).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=23,442; p=0,001).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Lavado de manos tras orinar	Siempre	N	78	109	65	252
		%Lavado de manos tras orinar	31,0%	43,3%	25,8%	100,0%
		%Edad agrupada	45,1%	60,2%	66,3%	55,8%
		RC	-3,6	1,6	2,4	
	Casi siempre	N	48	50	23	121
		%Lavado de manos tras orinar	39,7%	41,3%	19,0%	100,0%
		%Edad agrupada	27,7%	27,6%	23,5%	26,8%
		RC	,4	,3	-,8	
	Casi nunca	N	23	13	7	43
		%Lavado de manos tras orinar	53,5%	30,2%	16,3%	100,0%
		%Edad agrupada	13,3%	7,2%	7,1%	9,5%
		RC	2,2	-1,4	-,9	
	Nunca	N	24	9	3	36
		%Lavado de manos tras orinar	66,7%	25,0%	8,3%	100,0%
		%Edad agrupada	13,9%	5,0%	3,1%	8,0%
		RC	3,7	-1,9	-2,0	
Total		N	173	181	98	452
		%Lavado de manos tras orinar	38,3%	40,0%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
N: recuento. RC: residuos corregidos.						

Tabla 5.31 Edad agrupada y lavado de manos después de orinar

- Edad y lavado dental antes de acostarse

La tabla 5.32 muestra una amplia mayoría de escolares de todos los grupos de edad que lavan sus dientes antes de acostarse por la noche, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 75,9% (n=129); “9 y 10 años” un 87,7% (n=157); y “11 y 12 años” un 90,7% (n=88).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=13,325; p=0,001).

			Edad agrupada			Total		
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años			
Lavado dental (antes de acostarse por la noche)	Sí	N	129	157	88	374		
		%Lavado dental (antes de acostarse por la noche)	34,5%	42,0%	23,5%	100,0%		
		%Edad agrupada	75,9%	87,7%	90,7%	83,9%		
		RC	-3,6	1,8	2,1			
	No	N	41	22	9	72		
		%Lavado dental (antes de acostarse por la noche)	56,9%	30,6%	12,5%	100,0%		
		%Edad agrupada	24,1%	12,3%	9,3%	16,1%		
		RC	3,6	-1,8	-2,1			
		Total		N	170	179	97	446
				%Lavado dental (antes de acostarse por la noche)	38,1%	40,1%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
N: recuento. RC: residuos corregidos.								

Tabla 5.32 Edad agrupada y lavado dental antes de acostarse

Resultados

- Edad y lavado dental sólo cuando se acuerda

La tabla 5.33 muestra un mayor porcentaje de escolares de todos los grupos de edad que “no” lavan sus dientes sólo cuando se acuerdan, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 75,3% (n=128); “9 y 10 años” un 83,3% (n=145); y “11 y 12 años” un 94,5% (n=86).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=15,302; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	Sí	N	42	29	5	76
		%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	55,3%	38,2%	6,6%	100,0%
		%Edad agrupada	24,7%	16,7%	5,5%	17,5%
		RC	3,2	-,4	-3,4	
	No	N	128	145	86	359
		%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	35,7%	40,4%	24,0%	100,0%
		%Edad agrupada	75,3%	83,3%	94,5%	82,5%
		RC	-3,2	,4	3,4	
Total		N	170	174	91	435
		%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	39,1%	40,0%	20,9%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.33 Edad agrupada y lavado dental sólo cuando se acuerda

5.2.2.2.3 Relación entre edad y modo de realización de la higiene corporal

- Edad y modo de lavado de piel corporal

La tabla 5.34 muestra una amplia mayoría de escolares de todos los grupos de edad que expresan lavar su piel corporal mediante la ducha, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 85,5% (n=148); “9 y 10 años” un 92,7% (n=166); y “11 y 12 años” un 96,9% (n=95).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=12,443; p=0,014).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Forma de lavado de piel corporal	Me baño	N	23	13	3	39
		%Forma de lavado de piel corporal	59,0%	33,3%	7,7%	100,0%
		%Edad agrupada	13,3%	7,3%	3,1%	8,7%
		RC	2,8	-,9	-2,2	
	Me ducho	N	148	166	95	409
		%Forma de lavado de piel corporal	36,2%	40,6%	23,2%	100,0%
		%Edad agrupada	85,5%	92,7%	96,9%	90,9%
		RC	-3,1	1,1	2,4	
	Sólo me paso una toalla o esponja mojada	N	2	0	0	2
		%Forma de lavado de piel corporal	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	1,2%	0,0%	0,0%	0,4%
		RC	1,8	-1,2	-,7	
Total		N	173	179	98	450
		%Forma de lavado de piel corporal	38,4%	39,8%	21,8%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.34 Edad agrupada y modo de lavado corporal

- Edad y modo de uso de esponja (compartir)

En la tabla 5.35 se observa como la mayor proporción de escolares en todos los grupos de edad señalan que no comparten la esponja con otros miembros del hogar, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 48% (n=83); “9 y 10 años” un 55,8% (n=101); y “11 y 12 años” un 52,6%% (n=51).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=13,528; p=0,035).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Comparte la esponja	No	N	83	101	51	235
		%Comparte la esponja	35,3%	43,0%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	48,0%	55,8%	52,6%	52,1%
		RC	-1,4	1,3	,1	
	Sí	N	38	31	8	77
		%Comparte la esponja	49,4%	40,3%	10,4%	100,0%
		%Edad agrupada	22,0%	17,1%	8,2%	17,1%
		RC	2,2	,0	-2,6	
	No uso esponja	N	51	45	37	133
		%Comparte la esponja	38,3%	33,8%	27,8%	100,0%
		%Edad agrupada	29,5%	24,9%	38,1%	29,5%
		RC	,0	-1,8	2,1	
	No lo sé	N	1	4	1	6
		%Comparte la esponja	16,7%	66,7%	16,7%	100,0%
		%Edad agrupada	0,6%	2,2%	1,0%	1,3%
		RC	-1,1	1,3	-,3	
Total		N	173	181	97	451
		%Comparte la esponja	38,4%	40,1%	21,5%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.35 Edad agrupada y modo de uso de esponja (compartir)

Resultados

- Edad y modo de uso de toalla (compartir)

La tabla 5.36 muestra que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad expresan no compartir la toalla con otros miembros del hogar, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 64,3% (n=110); “9 y 10 años” un 75,8% (n=135); y “11 y 12 años” un 86,7% (n=85).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=19,222; p=0,004).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Comparte la toalla	No	N	110	135	85	330
		%Comparte la toalla	33,3%	40,9%	25,8%	100,0%
		%Edad agrupada	64,3%	75,8%	86,7%	73,8%
		RC	-3,6	,8	3,3	
	Sí	N	55	38	11	104
		%Comparte la toalla	52,9%	36,5%	10,6%	100,0%
		%Edad agrupada	32,2%	21,3%	11,2%	23,3%
		RC	3,5	-,8	-3,2	
	No uso toalla	N	3	1	0	4
		%Comparte la toalla	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	1,8%	0,6%	0,0%	0,9%
		RC	1,5	-,6	-1,1	
	No lo sé	N	3	4	2	9
		%Comparte la toalla	33,3%	44,4%	22,2%	100,0%
		%Edad agrupada	1,8%	2,2%	2,0%	2,0%
RC		-,3	,3	,0		
Total		N	171	178	98	447
		%Comparte la toalla	38,3%	39,8%	21,9%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.36 Edad agrupada y modo de uso de toalla (compartir)

- Edad y modo de lavado dental (duración)

En la tabla 5.37 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad expresan que la duración del cepillado dental oscila entre 1 y 3 minutos, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 58,4% (n=101); “9 y 10 años” un 69,6% (n=126); y “11 y 12 años” un 79,6% (n=78).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=19,360; p=0,013).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Duración cepillado dental	No me cepillo los dientes	N	2	0	0	2
		%Duración cepillado dental	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	1,2%	0,0%	0,0%	0,4%
		RC	1,8	-1,2	-,7	
	Muy rápido, tardo menos de 1 minuto	N	34	24	11	69
		%Duración cepillado dental	49,3%	34,8%	15,9%	100,0%
		%Edad agrupada	19,7%	13,3%	11,2%	15,3%
		RC	2,0	-1,0	-1,3	
	Tardo de 1 a 3 minutos	N	101	126	78	305
		%Duración cepillado dental	33,1%	41,3%	25,6%	100,0%
		%Edad agrupada	58,4%	69,6%	79,6%	67,5%
		RC	-3,3	,8	2,9	
	Mucho tiempo, más de 3 minutos	N	13	16	6	35
		%Duración cepillado dental	37,1%	45,7%	17,1%	100,0%
		%Edad agrupada	7,5%	8,8%	6,1%	7,7%
		RC	-,1	,7	-,7	
No lo sé	N	23	15	3	41	
	%Duración cepillado dental	56,1%	36,6%	7,3%	100,0%	
	%Edad agrupada	13,3%	8,3%	3,1%	9,1%	
	RC	2,5	-,5	-2,3		
Total	N	173	181	98	452	
	%Duración cepillado dental	38,3%	40,0%	21,7%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.37 Edad agrupada y modo de lavado dental (duración)

- Edad y modo de lavado podal

La tabla 5.38 muestra que los escolares del grupo de edad “7 y 8 años” expresan en mayor proporción (n=98; 49,7%) no haber lavado nunca sus pies de forma independiente al resto del cuerpo. Los grupos de edad “9 y 10 años” y “11 y 12 años”, por el contrario, obtienen los mayores porcentajes al señalar que “sí” han lavado en alguna ocasión sus pies de manera independiente con proporciones 60,3% (n=108) y 71,4% (n=70) respectivamente.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=23,130; p=0,000).

Resultados

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Lavado podal exclusivamente	Sí	N	73	108	70	251
		%Lavado podal exclusivamente	29,1%	43,0%	27,9%	100,0%
		%Edad agrupada	42,7%	60,3%	71,4%	56,0%
		RC	-4,5	1,5	3,5	
	No	N	98	71	28	197
		%Lavado podal exclusivamente	49,7%	36,0%	14,2%	100,0%
		%Edad agrupada	57,3%	39,7%	28,6%	44,0%
		RC	4,5	-1,5	-3,5	
Total	N	171	179	98	448	
	%Lavado podal exclusivamente	38,2%	40,0%	21,9%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.38 Edad agrupada y modo de lavado podal

5.2.2.2.4 Relación entre edad y materiales para la realización de la higiene corporal

- Edad y uso de pastilla de jabón

En la tabla 5.39 se observa que la mayor proporción de escolares en todos los grupos de edad no usa pastilla de jabón al ducharse o bañarse, siendo los porcentajes: “7 y 8 años” un 76,5% (n=130); “9 y 10 años” un 71,8% (n=127); y “11 y 12 años” un 86,2% (n=81). El grupo de edad que más utiliza la pastilla de jabón durante la ducha o baño es el de “9 y 10 años” con un 59,5% (n=44).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=22,419; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	Sí	N	21	44	9	74
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	28,4%	59,5%	12,2%	100,0%
		%Edad agrupada	12,4%	24,9%	9,6%	16,8%
		RC	-2,0	3,7	-2,1	
	No	N	130	127	81	338
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	38,5%	37,6%	24,0%	100,0%
		%Edad agrupada	76,5%	71,8%	86,2%	76,6%
		RC	-,1	-2,0	2,5	
	No lo conozco	N	19	6	4	29
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	65,5%	20,7%	13,8%	100,0%
		%Edad agrupada	11,2%	3,4%	4,3%	6,6%
		RC	3,1	-2,2	-1,0	
Total	N	170	177	94	441	
	%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	38,5%	40,1%	21,3%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.39 Edad agrupada y uso de pastilla de jabón

- Edad y uso de esponja

La tabla 5.40 muestra que la mayor proporción de escolares en todos los grupos de edad expresa que “sí” usa esponja al ducharse o bañarse, siendo los porcentajes: “7 y 8 años” un 68% (n=117); “9 y 10 años” un 77,1% (n=138); y “11 y 12 años” un 60,8% (n=59). El grupo de edad que más utiliza la esponja durante la ducha o baño es el de “9 y 10 años” con un 43,9% (n=138).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=13,385; p=0,010).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Usa esponja en el lavado de piel corporal	Sí	N	117	138	59	314
		%Usa esponja en el lavado de piel corporal	37,3%	43,9%	18,8%	100,0%
		%Edad agrupada	68,0%	77,1%	60,8%	70,1%
		RC	-,8	2,6	-2,3	
	No	N	55	37	36	128
		%Usa esponja en el lavado de piel corporal	43,0%	28,9%	28,1%	100,0%
		%Edad agrupada	32,0%	20,7%	37,1%	28,6%
		RC	1,3	-3,0	2,1	
	No lo conozco	N	0	4	2	6
		%Usa esponja en el lavado de piel corporal	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
		%Edad agrupada	0,0%	2,2%	2,1%	1,3%
		RC	-1,9	1,3	,7	
Total		N	172	179	97	448
		%Usa esponja en el lavado de piel corporal	38,4%	40,0%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
N: recuento. RC: residuos corregidos.						

Tabla 5.40 Edad agrupada y uso de esponja

Resultados

- Edad y uso de barreño

En la tabla 5.41 se observa que la mayor proporción de escolares en todos los grupos de edad no usa barreño al ducharse o bañarse, siendo los porcentajes: “7 y 8 años” un 59,1% (n=101); “9 y 10 años” un 58,1% (n=104); y “11 y 12 años” un 78,1% (n=75). También es interesante destacar que alrededor de un 33% (n=147) de escolares en su conjunto desconoce lo que es.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=14,821; p=0,005).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Usa barreño en ducha/baño	Sí	N	8	11	0	19
		%Usa barreño en ducha/baño	42,1%	57,9%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	4,7%	6,1%	0,0%	4,3%
		RC	,3	1,6	-2,3	
	No	N	101	104	75	280
		%Usa barreño en ducha/baño	36,1%	37,1%	26,8%	100,0%
		%Edad agrupada	59,1%	58,1%	78,1%	62,8%
		RC	-1,3	-1,7	3,5	
	No lo conozco	N	62	64	21	147
		%Usa barreño en ducha/baño	42,2%	43,5%	14,3%	100,0%
		%Edad agrupada	36,3%	35,8%	21,9%	33,0%
		RC	1,2	1,0	-2,6	
Total		N	171	179	96	446
		%Usa barreño en ducha/baño	38,3%	40,1%	21,5%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.41 Edad agrupada y uso de barreño

- Edad y uso de colutorio

La tabla 5.42 muestra como la mayoría de escolares de entre “7 y 8 años” señala, en un 39,8% (n=68), que no conoce qué es un colutorio/enjuague bucal. Los escolares de los grupos de edad “9 y 10 años” y “11 y 12 años” obtienen mayores proporciones al señalar que “sí” utilizan el colutorio/enjuague bucal, siendo éstas: 43% (n=77) y 50,5% (n=49) respectivamente. El grupo de edad que más utiliza el colutorio/enjuague bucal es el de “9 y 10 años” con un 43% (n=77).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=30,939; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Uso de colutorio/enjuague bucal	Sí	N	53	77	49	179
		%Uso de colutorio/enjuague bucal	29,6%	43,0%	27,4%	100,0%
		%Edad agrupada	31,0%	43,0%	50,5%	40,0%
		RC	-3,1	1,0	2,4	
	No	N	50	65	37	152
		%Uso de colutorio/enjuague bucal	32,9%	42,8%	24,3%	100,0%
		%Edad agrupada	29,2%	36,3%	38,1%	34,0%
		RC	-1,7	,8	1,0	
	No lo conozco	N	68	37	11	116
		%Uso de colutorio/enjuague bucal	58,6%	31,9%	9,5%	100,0%
		%Edad agrupada	39,8%	20,7%	11,3%	26,0%
		RC	5,2	-2,1	-3,7	
Total	N	171	179	97	447	
	%Uso de colutorio/enjuague bucal	38,3%	40,0%	21,7%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.						

Tabla 5.42 Edad agrupada y uso de colutorio

Resultados

- Edad y uso de hilo/seda dental

En la tabla 5.43 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad expresan que “no” usan hilo/seda dental en la higiene oral, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 52,6% (n=90); “9 y 10 años” un 75,8% (n=135); y “11 y 12 años” un 71,4% (n=70). También es interesante destacar que casi un 23% de escolares del grupo de 7 y 8 años desconoce lo que es.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=38,871; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Uso de hilo/seda dental	Sí	N	42	34	24	100
		%Uso de hilo/seda dental	42,0%	34,0%	24,0%	100,0%
		%Edad agrupada	24,6%	19,1%	24,5%	22,4%
		RC	,9	-1,3	,6	
	No	N	90	135	70	295
		%Uso de hilo/seda dental	30,5%	45,8%	23,7%	100,0%
		%Edad agrupada	52,6%	75,8%	71,4%	66,0%
		RC	-4,7	3,6	1,3	
	No lo conozco	N	39	9	4	52
		%Uso de hilo/seda dental	75,0%	17,3%	7,7%	100,0%
		%Edad agrupada	22,8%	5,1%	4,1%	11,6%
		RC	5,8	-3,5	-2,6	
Total		N	171	178	98	447
		%Uso de hilo/seda dental	38,3%	39,8%	21,9%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.43 Edad agrupada y uso de hilo/seda dental

- Edad y material empleado para limpiarse los oídos

En la tabla 5.44 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad emplean el bastoncillo de algodón para realizar su limpieza de oídos, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 71,5% (n=123); “9 y 10 años” un 68% (n=123); y “11 y 12 años” un 64,3% (n=63).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=19,224; p=0,038).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Material utilizado higiene oídos	Un bastoncillo de algodón	N	123	123	63	309
		%Material utilizado higiene oídos	39,8%	39,8%	20,4%	100,0%
		%Edad agrupada	71,5%	68,0%	64,3%	68,5%
		RC	1,1	-,2	-1,0	
	Un objeto puntiagudo (lápiz, bolígrafo, llaves...)	N	1	1	0	2
		%Material utilizado higiene oídos	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,6%	0,6%	0,0%	0,4%
		RC	,3	,3	-,7	
	El dedo	N	9	6	1	16
		%Material utilizado higiene oídos	56,3%	37,5%	6,3%	100,0%
		%Edad agrupada	5,2%	3,3%	1,0%	3,5%
		RC	1,5	-,2	-1,5	
	Con agua	N	18	13	16	47
		%Material utilizado higiene oídos	38,3%	27,7%	34,0%	100,0%
		%Edad agrupada	10,5%	7,2%	16,3%	10,4%
		RC	,0	-1,8	2,2	
	Un spray o difusor de agua marina	N	4	20	7	31
		%Material utilizado higiene oídos	12,9%	64,5%	22,6%	100,0%
		%Edad agrupada	2,3%	11,0%	7,1%	6,9%
		RC	-3,0	2,9	,1	
Con nada	N	17	18	11	46	
	%Material utilizado higiene oídos	37,0%	39,1%	23,9%	100,0%	
	%Edad agrupada	9,9%	9,9%	11,2%	10,2%	
	RC	-,2	-,1	,4		
Total		N	172	181	98	451
		%Material utilizado higiene oídos	38,1%	40,1%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.44 Edad agrupada y material empleado para limpiarse los oídos

5.2.2.2.5 Relación entre edad y autonomía para la higiene corporal

- Edad y autonomía en el lavado de piel corporal

En la tabla 5.45 se observa que la mayor proporción de escolares en todos los grupos de edad son autónomos en el lavado de su piel corporal, siendo los porcentajes: “7 y 8 años” un 73,3% (n=126); “9 y 10 años” un 89,4% (n=160); y “11 y 12 años” un 95,9% (n=94).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=29,898; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
¿Alguien te ayuda a lavarte la piel corporal?	Lo hago yo solo/a	N	126	160	94	380
		%Autonomía lavado piel corporal	33,2%	42,1%	24,7%	100,0%
		%Edad agrupada	73,3%	89,4%	95,9%	84,6%
		RC	-5,3	2,3	3,5	
	Mi madre o padre	N	44	18	4	66
		%Autonomía lavado piel corporal	66,7%	27,3%	6,1%	100,0%
		%Edad agrupada	25,6%	10,1%	4,1%	14,7%
		RC	5,1	-2,3	-3,4	
	Otros	N	2	1	0	3
		%Autonomía lavado piel corporal	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	1,2%	0,6%	0,0%	0,7%
		RC	1,0	-,2	-,9	
Total		N	172	179	98	449
		%Autonomía lavado piel corporal	38,3%	39,9%	21,8%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.45 Edad agrupada y autonomía en el lavado de piel corporal

- Edad y autonomía en el lavado del cabello

En la tabla 5.46 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad realizan ellos solos el lavado del cabello, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 61% (n=105); “9 y 10 años” un 74,9% (n=134); y “11 y 12 años” un 93,8% (n=91).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=38,844; p=0,000).

		Edad agrupada			Total	
		7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años		
¿Alguien te ayuda a lavarte el cabello?	Lo hago yo solo/a	N	105	134	91	330
		%Autonomía lavado cabello	31,8%	40,6%	27,6%	100,0%
		%Edad agrupada	61,0%	74,9%	93,8%	73,7%
		RC	-4,8	,5	5,1	
	Mi madre o padre	N	66	42	5	113
		%Autonomía lavado cabello	58,4%	37,2%	4,4%	100,0%
		%Edad agrupada	38,4%	23,5%	5,2%	25,2%
		RC	5,1	-,7	-5,1	
	Mi hermano o hermana mayor	N	0	2	0	2
		%Autonomía lavado cabello	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,0%	1,1%	0,0%	0,4%
		RC	-1,1	1,7	-,7	
	Otros	N	1	1	1	3
		%Autonomía lavado cabello	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		%Edad agrupada	0,6%	0,6%	1,0%	0,7%
		RC	-,2	-,2	,5	
Total		N	172	179	97	448
		%Autonomía lavado cabello	38,4%	40,0%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.46 Edad agrupada y autonomía en el lavado del cabello

Resultados

- Edad y autonomía en el corte de uñas de las manos

En la tabla 5.47 se observa que la mayor proporción de escolares en todos los grupos de edad precisan la ayuda de su padre o madre en el corte de las uñas de las manos, siendo los porcentajes: “7 y 8 años” un 87,3% (n=151); “9 y 10 años” un 63,9% (n=115); y “11 y 12 años” un 48% (n=47).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=61,610; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?	Mi madre o padre	N	151	115	47	313
		%Autonomía corte uñas de las manos	48,2%	36,7%	15,0%	100,0%
		%Edad agrupada	87,3%	63,9%	48,0%	69,4%
		RC	6,5	-2,1	-5,2	
	Mi hermano o hermana mayor	N	0	1	0	1
		%Autonomía corte uñas de las manos	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%
		RC	-,8	1,2	-,5	
	Me las corto yo solo/a	N	15	36	33	84
		%Autonomía corte uñas de las manos	17,9%	42,9%	39,3%	100,0%
		%Edad agrupada	8,7%	20,0%	33,7%	18,6%
		RC	-4,3	,6	4,3	
	Nadie porque me las muerdo	N	5	26	18	49
		%Autonomía corte uñas de las manos	10,2%	53,1%	36,7%	100,0%
		%Edad agrupada	2,9%	14,4%	18,4%	10,9%
		RC	-4,3	2,0	2,7	
	Nadie porque nunca me las corto	N	0	2	0	2
		%Autonomía corte uñas de las manos	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,0%	1,1%	0,0%	0,4%
		RC	-1,1	1,7	-,7	
	Otros	N	2	0	0	2
%Autonomía corte uñas de las manos		100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
%Edad agrupada		1,2%	0,0%	0,0%	0,4%	
RC		1,8	-1,2	-,7		
Total		N	173	180	98	451
		%Autonomía corte uñas de las manos	38,4%	39,9%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.47 Edad agrupada y autonomía en el corte de uñas de las manos

- Edad y autonomía en el corte de uñas de los pies

La tabla 5.48 muestra que la mayor proporción de escolares en todos los grupos de edad precisan la ayuda de su padre o madre en el corte de las uñas de los pies, siendo los porcentajes: “7 y 8 años” un 87,9% (n=152); “9 y 10 años” un 75,7% (n=137); y “11 y 12 años” un 59,8% (n=58).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=37,905; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de los pies?	Lo hago yo solo/a	N	20	44	36	100
		%Autonomía corte uñas de los pies	20,0%	44,0%	36,0%	100,0%
		%Edad agrupada	11,6%	24,3%	37,1%	22,2%
		RC	-4,3	,9	4,0	
	Mi madre o padre	N	152	137	58	347
		%Autonomía corte uñas de los pies	43,8%	39,5%	16,7%	100,0%
		%Edad agrupada	87,9%	75,7%	59,8%	76,9%
		RC	4,3	-,5	-4,5	
	Nadie, porque nunca me las corto	N	0	0	3	3
		%Autonomía corte uñas de los pies	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,0%	0,0%	3,1%	0,7%
		RC	-1,4	-1,4	3,3	
	Otros	N	1	0	0	1
		%Autonomía corte uñas de los pies	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,6%	0,0%	0,0%	0,2%
		RC	1,3	-,8	-,5	
Total		N	173	181	97	451
		%Autonomía corte uñas de los pies	38,4%	40,1%	21,5%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.48 Edad agrupada y autonomía en el corte de uñas de los pies

Resultados

- Edad y autonomía en la limpieza de oídos

La tabla 5.49 muestra como la mayoría de escolares de entre “7 y 8 años” señala, en un 50% (n=60), que requiere la ayuda de su madre o padre en la limpieza de oídos. Los escolares de los grupos de edad “9 y 10 años” y “11 y 12 años” son autónomos en la limpieza de sus oídos en mayor proporción: 46,1 (n=83) y 69,4% (n=68) respectivamente. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=34,648; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Autonomía higiene oídos	Lo hago yo solo/a	N	60	83	68	211
		%Autonomía higiene oídos	28,4%	39,3%	32,2%	100,0%
		%Edad agrupada	34,9%	46,1%	69,4%	46,9%
		RC	-4,0	-,3	5,0	
	Mi madre o padre	N	86	70	18	174
		%Autonomía higiene oídos	49,4%	40,2%	10,3%	100,0%
		%Edad agrupada	50,0%	38,9%	18,4%	38,7%
		RC	3,9	,1	-4,7	
	Mi hermano o hermana mayor	N	1	2	0	3
		%Autonomía higiene oídos	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,6%	1,1%	0,0%	0,7%
		RC	-,2	,9	-,9	
	Nadie, porque nunca me los limpio	N	23	24	12	59
		%Autonomía higiene oídos	39,0%	40,7%	20,3%	100,0%
		%Edad agrupada	13,4%	13,3%	12,2%	13,1%
		RC	,1	,1	-,3	
	Otros	N	2	1	0	3
		%Autonomía higiene oídos	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
%Edad agrupada		1,2%	0,6%	0,0%	0,7%	
RC		1,0	-,2	-,9		
Total		N	172	180	98	450
		%Autonomía higiene oídos	38,2%	40,0%	21,8%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.49 Edad agrupada y autonomía en la limpieza de oídos

- Edad y autonomía en la higiene íntima tras defecar

En la tabla 5.50 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad realizan ellos solos la limpieza anal tras defecar, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 84,4% (n=146); “9 y 10 años” un 98,3% (n=176); y “11 y 12 años” el 100% (n=98).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=38,198; p=0,000).

		Edad agrupada			Total	
		7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años		
Autonomía limpieza anal tras defecar	Lo hago yo solo/a	N	146	176	98	420
		%Autonomía limpieza anal tras defecar	34,8%	41,9%	23,3%	100,0%
		%Edad agrupada	84,4%	98,3%	100,0%	93,3%
		RC	-6,0	3,4	3,0	
	Mi madre o padre	N	24	2	0	26
		%Autonomía limpieza anal tras defecar	92,3%	7,7%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	13,9%	1,1%	0,0%	5,8%
		RC	5,8	-3,4	-2,8	
	Personal de la residencia de menores	N	1	0	0	1
		%Autonomía limpieza anal tras defecar	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,6%	0,0%	0,0%	0,2%
		RC	1,3	-,8	-,5	
	Nadie, porque nunca me lo limpio	N	1	1	0	2
		%Autonomía limpieza anal tras defecar	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	0,6%	0,6%	0,0%	0,4%
		RC	,3	,3	-,7	
Otros	N	1	0	0	1	
	%Autonomía limpieza anal tras defecar	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	%Edad agrupada	0,6%	0,0%	0,0%	0,2%	
	RC	1,3	-,8	-,5		
Total	N	173	179	98	450	
	%Autonomía limpieza anal tras defecar	38,4%	39,8%	21,8%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.50 Edad agrupada y autonomía en la limpieza anal tras defecar

5.2.2.2.6 Relación entre edad y conocimientos en higiene corporal

- Edad y conocimientos en pediculosis capitis

La tabla 5.51 muestra que la mayor proporción de escolares en todos los grupos de edad expresa, erróneamente, que “no” es posible tener piojos si te lavas a diario el cabello, siendo los porcentajes: “7 y 8 años” un 72,8% (n=126); “9 y 10 años” un 51,9% (n=94); y “11 y 12 años” un 37,8% (n=37); obteniendo en el grupo de edad “11 y 12 años” resultados muy similares en las distintas opciones.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=38,347; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
¿Si te lavas el pelo todos los días puedes tener piojos?	Sí	N	16	44	33	93
		%¿Si te lavas el pelo todos los días puedes tener piojos?	17,2%	47,3%	35,5%	100,0%
		%Edad agrupada	9,2%	24,3%	33,7%	20,6%
		RC	-4,7	1,6	3,6	
	No	N	126	94	37	257
		%¿Si te lavas el pelo todos los días puedes tener piojos?	49,0%	36,6%	14,4%	100,0%
		%Edad agrupada	72,8%	51,9%	37,8%	56,9%
		RC	5,4	-1,7	-4,3	
	No lo sé	N	31	43	28	102
		%¿Si te lavas el pelo todos los días puedes tener piojos?	30,4%	42,2%	27,5%	100,0%
		%Edad agrupada	17,9%	23,8%	28,6%	22,6%
		RC	-1,9	,5	1,6	
Total	N	173	181	98	452	
	%¿Si te lavas el pelo todos los días puedes tener piojos?	38,3%	40,0%	21,7%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.						

Tabla 5.51 Edad agrupada y conocimientos en pediculosis capitis

- Edad y conocimientos en uso del champú

En la tabla 5.52 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad conocen cuál es el uso más apropiado del champú, señalando “lavarse el pelo” con las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 68,6% (n=118); “9 y 10 años” un 86,5% (n=154); y “11 y 12 años” el 94,9% (n=93).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=35,475; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Uso principal champú	Lavarse la piel	N	35	18	4	57
		%Uso principal champú	61,4%	31,6%	7,0%	100,0%
		%Edad agrupada	20,3%	10,1%	4,1%	12,7%
		RC	3,8	-1,3	-2,9	
	Lavarse el pelo	N	118	154	93	365
		%Uso principal champú	32,3%	42,2%	25,5%	100,0%
		%Edad agrupada	68,6%	86,5%	94,9%	81,5%
		RC	-5,5	2,2	3,9	
	Lavarse las manos	N	6	2	0	8
		%Uso principal champú	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	3,5%	1,1%	0,0%	1,8%
		RC	2,1	-,9	-1,5	
	No lo sé	N	11	4	1	16
		%Uso principal champú	68,8%	25,0%	6,3%	100,0%
		%Edad agrupada	6,4%	2,2%	1,0%	3,6%
		RC	2,5	-1,2	-1,5	
Otras opciones	N	2	0	0	2	
	%Uso principal champú	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	%Edad agrupada	1,2%	0,0%	0,0%	0,4%	
	RC	1,8	-1,2	-,8		
Total		N	172	178	98	448
		%Uso principal champú	38,4%	39,7%	21,9%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.52 Edad agrupada y conocimientos en uso del champú

Resultados

- Edad y conocimientos en uso del gel de baño

En la tabla 5.53 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad conocen cuál es el uso más apropiado del gel de baño, señalando “lavarse la piel” con las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 66,9% (n=115); “9 y 10 años” un 88,3% (n=158); y “11 y 12 años” el 93,9% (n=92).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=45,790; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Uso principal gel baño	Lavarse la piel	N	115	158	92	365
		%Uso principal gel baño	31,5%	43,3%	25,2%	100,0%
		%Edad agrupada	66,9%	88,3%	93,9%	81,3%
		RC	-6,2	3,1	3,6	
	Lavarse el pelo	N	32	17	5	54
		%Uso principal gel baño	59,3%	31,5%	9,3%	100,0%
		%Edad agrupada	18,6%	9,5%	5,1%	12,0%
		RC	3,4	-1,3	-2,4	
	Lavar la ropa	N	5	1	0	6
		%Uso principal gel baño	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	2,9%	0,6%	0,0%	1,3%
		RC	2,3	-1,2	-1,3	
	No lo sé	N	19	2	1	22
		%Uso principal gel baño	86,4%	9,1%	4,5%	100,0%
		%Edad agrupada	11,0%	1,1%	1,0%	4,9%
		RC	4,8	-3,0	-2,0	
Otras opciones	N	1	1	0	2	
	%Uso principal gel baño	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%	
	%Edad agrupada	0,6%	0,6%	0,0%	0,4%	
	RC	,3	,3	-,7		
Total	N	172	179	98	449	
	%Uso principal gel baño	38,3%	39,9%	21,8%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.53 Edad agrupada y conocimientos en uso del gel de baño

- Edad y conocimientos en el lavado de manos como prevención de enfermedades diarreicas

La tabla 5.54 muestra que la mayor proporción de escolares de entre “7 y 8 años” (n=85; 49,4%) y “9 y 10 años” (n=62; 34,4%) opina que el lavado de manos “no” ayuda en la prevención de enfermedades diarreicas. Los escolares del grupo de edad “11 y 12 años” señala en mayor proporción que el lavado de manos “sí” ayuda en la prevención de enfermedades diarreicas (n=36; 36,7%). También hay que destacar que aproximadamente un 33% de escolares en todos los grupos de edad lo desconocen.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=18,806; p=0,001).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	Sí	N	30	60	36	126
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	23,8%	47,6%	28,6%	100,0%
		%Edad agrupada	17,4%	33,3%	36,7%	28,0%
		RC	-3,9	2,1	2,2	
	No	N	85	62	30	177
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	48,0%	35,0%	16,9%	100,0%
		%Edad agrupada	49,4%	34,4%	30,6%	39,3%
		RC	3,4	-1,7	-2,0	
	No lo sé	N	57	58	32	147
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	38,8%	39,5%	21,8%	100,0%
		%Edad agrupada	33,1%	32,2%	32,7%	32,7%
		RC	,2	-,2	,0	
Total	N	172	180	98	450	
	%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	38,2%	40,0%	21,8%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.						

Tabla 5.54 Edad agrupada y conocimientos en el lavado de manos como prevención de enfermedades diarreicas

Resultados

- Edad y conocimientos sobre el momento de desechar el cepillo de dientes

En la tabla 5.55 se observa que la mayor proporción de escolares tanto en el grupo de edad “7 y 8 años” (n=94; 54,7%), como en el de “9 y 10 años” (n=67; 37%), opinan que el cepillo de dientes se debe desechar “sólo si está viejo”. Los escolares del grupo de edad “11 y 12 años” señalan en mayor proporción, acertadamente, que el cepillo de dientes se debe desechar “a los 3 meses o si se pone viejo antes” (n=53; 54,1%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=52,930; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	A los 3 meses o si se pone viejo antes	N	34	53	53	140
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	24,3%	37,9%	37,9%	100,0%
		%Edad agrupada	19,8%	29,3%	54,1%	31,0%
		RC	-4,1	-,7	5,6	
	A los 4 meses o más	N	10	23	11	44
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	22,7%	52,3%	25,0%	100,0%
		%Edad agrupada	5,8%	12,7%	11,2%	9,8%
		RC	-2,2	1,7	,6	
	Cada año, cuando comienza el nuevo curso en el colegio	N	7	11	4	22
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	31,8%	50,0%	18,2%	100,0%
		%Edad agrupada	4,1%	6,1%	4,1%	4,9%
		RC	-,6	1,0	-,4	
	Sólo si está viejo	N	94	67	19	180
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	52,2%	37,2%	10,6%	100,0%
		%Edad agrupada	54,7%	37,0%	19,4%	39,9%
		RC	5,0	-1,0	-4,7	
	No se tira nunca	N	6	6	0	12
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	3,5%	3,3%	0,0%	2,7%
		RC	,9	,7	-1,9	
No lo sé	N	21	21	11	53	
	%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	39,6%	39,6%	20,8%	100,0%	
	%Edad agrupada	12,2%	11,6%	11,2%	11,8%	
	RC	,2	-,1	-,2		
Total	N	172	181	98	451	
	%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	38,1%	40,1%	21,7%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.						

Tabla 5.55 Edad agrupada y conocimientos sobre el momento de desechar el cepillo de dientes

- Edad y conocimientos sobre el corte de uñas de los pies

En la tabla 5.56 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad opinan, erróneamente, que las uñas de los pies “no” se deben cortar de forma recta, con las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 61,3% (n=106); “9 y 10 años” un 56,7% (n=102); y “11 y 12 años” el 72,4% (n=71).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=13,668; p=0,008).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	Sí	N	44	35	13	92
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	47,8%	38,0%	14,1%	100,0%
		%Edad agrupada	25,4%	19,4%	13,3%	20,4%
		RC	2,1	-,4	-2,0	
	No	N	106	102	71	279
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	38,0%	36,6%	25,4%	100,0%
		%Edad agrupada	61,3%	56,7%	72,4%	61,9%
		RC	-,2	-1,9	2,4	
	No lo sé	N	23	43	14	80
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	28,8%	53,8%	17,5%	100,0%
		%Edad agrupada	13,3%	23,9%	14,3%	17,7%
		RC	-1,9	2,8	-1,0	
Total		N	173	180	98	451
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	38,4%	39,9%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.56 Edad agrupada y conocimientos sobre el corte de uñas de los pies

- Edad y conocimientos sobre uso de bastoncillos de algodón en la limpieza de los oídos

En la tabla 5.57 se observa que la mayor proporción de escolares tanto en el grupo de edad “7 y 8 años” (n=126; 72,8%), como en el de “9 y 10 años” (n=109; 60,6%), opinan, erróneamente, que “es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón”. Los escolares del grupo de edad “11 y 12 años” señalan, en mayor proporción y acertadamente, que “no es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón” (n=38; 38,8%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=35,622; p=0,000).

Resultados

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
¿Es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?	Sí	N	126	109	37	272
		%¿Es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?	46,3%	40,1%	13,6%	100,0%
		%Edad agrupada	72,8%	60,6%	37,8%	60,3%
		RC	4,3	,1	-5,2	
	No	N	21	43	38	102
		%¿Es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?	20,6%	42,2%	37,3%	100,0%
		%Edad agrupada	12,1%	23,9%	38,8%	22,6%
		RC	-4,2	,5	4,3	
	No lo sé	N	26	28	23	77
		%¿Es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?	33,8%	36,4%	29,9%	100,0%
		%Edad agrupada	15,0%	15,6%	23,5%	17,1%
		RC	-,9	-,7	1,9	
Total	N	173	180	98	451	
	%¿Es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?	38,4%	39,9%	21,7%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.57 Edad agrupada y conocimientos sobre uso de bastoncillos de algodón en la limpieza de los oídos

5.2.2.2.7 Relación entre edad de los escolares y otros aspectos relacionados con la higiene corporal

- Edad y aprendizaje de las conductas de higiene corporal

En la tabla 5.58 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad expresan que sus padres o familiares “sí” les han enseñado como deben lavarse y asearse, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 88,4% (n=153); “9 y 10 años” un 93,9% (n=169); y “11 y 12 años” el 95,9% (n=94).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=6,027; p=0,049).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Padres o familiares enseñan HC	Sí	N	153	169	94	416
		%Padres o familiares enseñan HC	36,8%	40,6%	22,6%	100,0%
		%Edad agrupada	88,4%	93,9%	95,9%	92,2%
		RC	-2,4	1,1	1,5	
	No	N	20	11	4	35
		%Padres o familiares enseñan HC	57,1%	31,4%	11,4%	100,0%
		%Edad agrupada	11,6%	6,1%	4,1%	7,8%
		RC	2,4	-1,1	-1,5	
	Total	N	173	180	98	451
		%Padres o familiares enseñan HC	38,4%	39,9%	21,7%	100,0%
%Edad agrupada		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.58 Edad agrupada y padres o familiares

En la tabla 5.59 se observa que la inmensa mayoría de escolares, de todos los grupos de edad, expresan que sus vecinos “no” les han enseñado como deben lavarse y asearse, obteniendo un 96,5% (n=167) en el grupo de edad “7 y 8 años”, y alcanzando el 100% en los grupos de “9 y 10 años” (n=180) y “11 y 12 años” (n=94).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=9,632; p=0,008).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Vecinos enseñan HC	Sí	N	6	0	0	6
		%Vecinos enseñan HC	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Edad agrupada	3,5%	0,0%	0,0%	1,3%
		RC	3,1	-2,0	-1,3	
	No	N	167	180	94	441
		%Vecinos enseñan HC	37,9%	40,8%	21,3%	100,0%
		%Edad agrupada	96,5%	100,0%	100,0%	98,7%
		RC	-3,1	2,0	1,3	
Total	N	173	180	94	447	
	%Vecinos enseñan HC	38,7%	40,3%	21,0%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.59 Edad agrupada y vecinos

La tabla 5.60 muestra que la mayoría de escolares, de todos los grupos de edad, expresan que por medio de la radio, televisión o internet “no” han aprendido como deben lavarse y asearse, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 91,9% (n=159); “9 y 10 años” un 97,8% (n=175); y “11 y 12 años” el 94,7% (n=89).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=6,179; p=0,046).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Radio, televisión o internet enseñan HC	Sí	N	14	4	5	23
		%Radio, televisión o internet enseñan HC	60,9%	17,4%	21,7%	100,0%
		%Edad agrupada	8,1%	2,2%	5,3%	5,2%
		RC	2,2	-2,3	,1	
	No	N	159	175	89	423
		%Radio, televisión o internet enseñan HC	37,6%	41,4%	21,0%	100,0%
		%Edad agrupada	91,9%	97,8%	94,7%	94,8%
		RC	-2,2	2,3	-,1	
Total	N	173	179	94	446	
	%Radio, televisión o internet enseñan HC	38,8%	40,1%	21,1%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.60 Edad agrupada y radio, televisión o internet

Resultados

- Edad y variables de importancia percibida de la higiene corporal

En la tabla 5.61 se observa los escolares de entre “7 y 8 años” expresan en mayor proporción que estar limpio “sí” es importante para evitar ser rechazado por otros niños/as (n=98; 57,3%). Sin embargo, los escolares pertenecientes a los grupos de mayor edad: “9 y 10 años”, con un 70,4% (n=126); y “11 y 12 años”, con un 68,4% (n=65), opinan que estar limpio “no” es importante para evitar ser rechazado por otros niños/as.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=31,951; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Importancia HC evitar rechazo entre iguales	Sí	N	98	53	30	181
		%Importancia HC evitar rechazo entre iguales	54,1%	29,3%	16,6%	100,0%
		%Edad agrupada	57,3%	29,6%	31,6%	40,7%
		RC	5,6	-3,9	-2,0	
	No	N	73	126	65	264
		%Importancia HC evitar rechazo entre iguales	27,7%	47,7%	24,6%	100,0%
		%Edad agrupada	42,7%	70,4%	68,4%	59,3%
		RC	-5,6	3,9	2,0	
Total	N	171	179	95	445	
	%Importancia HC evitar rechazo entre iguales	38,4%	40,2%	21,3%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.61 Edad agrupada e importancia para no ser rechazado por iguales

En la tabla 5.62 se observa que la mayoría de escolares de todos los grupos de edad consideran que estar limpio/a “no” es importante para que no los castiguen en casa, obteniendo las siguientes proporciones: “7 y 8 años” un 61,4% (n=105); “9 y 10 años” un 78,9% (n=142); y “11 y 12 años” el 80,2% (n=77).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=17,100; p=0,000).

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Importancia HC evitar castigos en casa	Sí	N	66	38	19	123
		%Importancia HC evitar castigos en casa	53,7%	30,9%	15,4%	100,0%
		%Edad agrupada	38,6%	21,1%	19,8%	27,5%
		RC	4,1	-2,5	-1,9	
	No	N	105	142	77	324
		%Importancia HC evitar castigos en casa	32,4%	43,8%	23,8%	100,0%
		%Edad agrupada	61,4%	78,9%	80,2%	72,5%
		RC	-4,1	2,5	1,9	
Total	N	171	180	96	447	
	%Importancia HC evitar castigos en casa	38,3%	40,3%	21,5%	100,0%	
	%Edad agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.62 Edad agrupada e importancia para no ser rechazado por iguales

5.2.2.3 Resultados de la relación entre el sexo de los escolares y la higiene corporal

Se muestran únicamente los resultados que presentan asociación estadísticamente significativa.

5.2.2.3.1 Relación entre sexo de los escolares y frecuencia de la higiene corporal

- Sexo y frecuencia de lavado del cabello

En la tabla 5.63 podemos observar como los niños (media=4,78; DT=1,881) poseen una media superior a las niñas (media=3,73; DT= 1,820) en el lavado semanal del cabello.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p=0,000$).

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	p
De los últimos 7 días, ¿cuántos días te lavaste el pelo?	Niño	225	4,78	1,881	0,000
	Niña	220	3,73	1,820	

Tabla 5.63 Sexo y frecuencia de lavado del cabello

Resultados

5.2.2.3.2 Relación entre sexo de los escolares y el momento de realización de la higiene corporal

- Sexo y momento del lavado corporal

En la tabla 5.64 se observa que tanto los niños (n=129; 58,1%), como las niñas (n=111; 49,6%) se lavan en mayor proporción la piel corporal “por la noche, antes de acostarse”. Los niños se lavan la piel corporal por la mañana el doble (n=14; 66,7%) que las niñas (n=7; 33,3%); mientras que las niñas obtienen casi el doble (n=80; 65,6%) de la proporción de los niños (n=42; 34,4%) que se lavan la piel corporal durante el día sin tener un momento concreto.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=17,431; p=0,001).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
¿En qué momento del día te sueles lavar el cuerpo?	Al levantarme por la mañana	N	14	7	21
		%Momento lavado piel corporal	66,7%	33,3%	100,0%
		%Sexo	6,3%	3,1%	4,7%
		RC	1,6	-1,6	
	Por la noche, antes de acostarme	N	129	111	240
		%Momento lavado piel corporal	53,8%	46,3%	100,0%
		%Sexo	58,1%	49,6%	53,8%
		RC	1,8	-1,8	
	Por la tarde, cuando llego a casa del colegio	N	37	26	63
		%Momento lavado piel corporal	58,7%	41,3%	100,0%
		%Sexo	16,7%	11,6%	14,1%
		RC	1,5	-1,5	
	Algunos días por la mañana y otros por la tarde o por la noche	N	42	80	122
%Momento lavado piel corporal		34,4%	65,6%	100,0%	
%Sexo		18,9%	35,7%	27,4%	
RC		-4,0	4,0		
Total	N	222	224	446	
	%Momento lavado piel corporal	49,8%	50,2%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.64 Sexo y momento del lavado corporal

- Sexo y momento del lavado del cabello

La tabla 5.65 muestra que tanto los niños (n=128; 57,4%), como las niñas (n=106; 47,3%) se lavan en mayor proporción el cabello “por la noche, antes de acostarse”. Las proporciones obtenidas en ambos sexos son muy similares en cuanto a los momentos del día en el que suelen lavar el cabello, excepto en aquellos que no tienen un momento concreto para realizar el lavado del cabello, siendo muy superior en las niñas (n=74; 63,8%) con respecto a los niños (n=42; 36,2%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=11,754; p=0,008).

		Sexo		Total	
		Niño	Niña		
¿En qué momento del día te sueles lavar el pelo?	Al levantarme por la mañana	N	14	11	25
		%Momento lavado cabello	56,0%	44,0%	100,0%
		%Sexo	6,3%	4,9%	5,6%
		RC	,6	-,6	
	Por la noche, antes de acostarme	N	128	106	234
		%Momento lavado cabello	54,7%	45,3%	100,0%
		%Sexo	57,4%	47,3%	52,3%
		RC	2,1	-2,1	
	Por la tarde, cuando llego a casa del colegio	N	39	33	72
		%Momento lavado cabello	54,2%	45,8%	100,0%
		%Sexo	17,5%	14,7%	16,1%
		RC	,8	-,8	
Algunos días por la mañana y otros por la tarde o por la noche	N	42	74	116	
	%Momento lavado cabello	36,2%	63,8%	100,0%	
	%Sexo	18,8%	33,0%	26,0%	
	RC	-3,4	3,4		
Total	N	223	224	447	
	%Momento lavado cabello	49,9%	50,1%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.65 Sexo y momento del lavado del cabello

- Sexo y momento del lavado de partes íntimas

En la tabla 5.66 se observa que, en aquellos escolares que expresaron que se lavaban independiente sus partes íntimas (además de durante el lavado de piel corporal), tanto los niños (n=87; 76,3%), como las niñas (n=61; 46,6%) se lavan en mayor proporción sus partes íntimas “después de usar el váter”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=23,319; p=0,000).

Resultados

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
¿Cuándo te lavas tus partes íntimas y el culete?	Después de usar el váter	N	87	61	148
		%Momento lavado partes íntimas	58,8%	41,2%	100,0%
		%Sexo	76,3%	46,6%	60,4%
		RC	4,7	-4,7	
	Al levantarme	N	6	13	19
		%Momento lavado partes íntimas	31,6%	68,4%	100,0%
		%Sexo	5,3%	9,9%	7,8%
		RC	-1,4	1,4	
	Al acostarme	N	13	39	52
		%Momento lavado partes íntimas	25,0%	75,0%	100,0%
		%Sexo	11,4%	29,8%	21,2%
		RC	-3,5	3,5	
	Otros momentos	N	8	17	25
		%Momento lavado partes íntimas	32,0%	68,0%	100,0%
		%Sexo	7,0%	13,0%	10,2%
		RC	-1,5	1,5	
Nunca	N	0	1	1	
	%Momento lavado partes íntimas	0,0%	100,0%	100,0%	
	%Sexo	0,0%	0,8%	0,4%	
	RC	-,9	,9		
Total	N	114	131	245	
	%Momento lavado partes íntimas	46,5%	53,5%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.66 Sexo y momento del lavado de partes íntimas

5.2.2.3.3 Relación entre sexo de los escolares y modo de realización de la higiene corporal

- Sexo y modo de lavado del cabello (durante el lavado corporal)

En la tabla 5.67 se muestra que mientras que los niños suelen lavarse más frecuentemente el cabello en el mismo acto de lavado de piel corporal (n=182; 80,9%), las niñas refieren en mayor proporción “no” lavarlo siempre durante cada baño/ducha (n=133; 59,6%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=77,133; p=0,000).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Lavado cabello siempre mientras baño/ducha	Sí	N	182	90	272
		%Lavado cabello siempre mientras baño/ducha	66,9%	33,1%	100,0%
		%Sexo	80,9%	40,4%	60,7%
		RC	8,8	-8,8	
	No	N	43	133	176
		%Lavado cabello siempre mientras baño/ducha	24,4%	75,6%	100,0%
		%Sexo	19,1%	59,6%	39,3%
		RC	-8,8	8,8	
Total	N	225	223	448	
	%Lavado cabello siempre mientras baño/ducha	50,2%	49,8%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.67 Sexo y modo de lavado del cabello (durante el lavado corporal)

- Sexo y modo de uso de esponja (compartir)

En la tabla 5.68 se observa que tanto los niños (n=99; 44%) como las niñas (n=136; 60,7%) expresan en mayor proporción no compartir la esponja con otros miembros del hogar, siendo los niños los que más comparten la esponja (n=44; 57,9%). Además se aprecia como los niños (n=77; 58,3%) “no usan esponja” en mayor proporción que las niñas (n=55; 41,7%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=14,057; p=0,003).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Comparte la esponja	No	N	99	136	235
		%Comparte la esponja	42,1%	57,9%	100,0%
		%Sexo	44,0%	60,7%	52,3%
		RC	-3,5	3,5	
	Sí	N	44	32	76
		%Comparte la esponja	57,9%	42,1%	100,0%
		%Sexo	19,6%	14,3%	16,9%
		RC	1,5	-1,5	
	No uso esponja	N	77	55	132
		%Comparte la esponja	58,3%	41,7%	100,0%
		%Sexo	34,2%	24,6%	29,4%
		RC	2,2	-2,2	
	No lo sé	N	5	1	6
		%Comparte la esponja	83,3%	16,7%	100,0%
		%Sexo	2,2%	0,4%	1,3%
		RC	1,6	-1,6	
Total	N	225	224	449	
	%Comparte la esponja	50,1%	49,9%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.68 Sexo y modo de uso de esponja (compartir)

Resultados

- Sexo y modo de uso del calzado

En la tabla 5.69 se muestra que tanto los niños (n=163; 72,1%) como las niñas (n=192; 86,1%) “no” suelen usar en mayor proporción los mismos zapatos durante la semana. Los que más suelen usar los mismos zapatos durante la semana son los niños (n=63; 67%) frente a las niñas (n=31; 33%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=13,243; p=0,000).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Usa mismo calzado durante semana	Sí	N	63	31	94
		%Usa mismo calzado durante semana	67,0%	33,0%	100,0%
		%Sexo	27,9%	13,9%	20,9%
		RC	3,6	-3,6	
	No	N	163	192	355
		%Usa mismo calzado durante semana	45,9%	54,1%	100,0%
		%Sexo	72,1%	86,1%	79,1%
		RC	-3,6	3,6	
Total	N	226	223	449	
	%Usa mismo calzado durante semana	50,3%	49,7%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.69 Sexo y modo de uso del calzado

- Sexo y modo de lavado de partes íntimas

En la tabla 5.70 se muestra que, el 52,2% (n=118) de los niños, sólo se lavan sus partes íntimas durante la ducha o baño. Sin embargo, la mayor proporción de las niñas, se han lavado alguna vez sus partes íntimas de forma independiente a la ducha o baño (n=134; 60,4%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=7,127; p=0,008).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Lavado partes íntimas exclusivamente	Sí	N	108	134	242
		%Lavado partes íntimas exclusivamente	44,6%	55,4%	100,0%
		%Sexo	47,8%	60,4%	54,0%
		RC	-2,7	2,7	
	No	N	118	88	206
		%Lavado partes íntimas exclusivamente	57,3%	42,7%	100,0%
		%Sexo	52,2%	39,6%	46,0%
		RC	2,7	-2,7	
Total		N	226	222	448
		%Lavado partes íntimas exclusivamente	50,4%	49,6%	100,0%
		%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.70 Sexo y modo de lavado de partes íntimas

5.2.2.3.4 Relación entre sexo de los escolares y los materiales empleados para la realización de la higiene corporal

- Sexo y uso de barreño

En la tabla 5.71 se observa que, tanto los niños (n=120; 53,8%) como las niñas (n=159; 71,9%), “no” suelen usar barreño al ducharse o bañarse. También se muestra como los niños (n=92; 63,4%) expresan “no conocer” qué es un barreño en mayor proporción que las niñas (n=53; 36,6%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=16,133; p=0,000).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Usa barreño en ducha/baño	Sí	N	11	9	20
		%Usa barreño en ducha/baño	55,0%	45,0%	100,0%
		%Sexo	4,9%	4,1%	4,5%
		RC	,4	-,4	
	No	N	120	159	279
		%Usa barreño en ducha/baño	43,0%	57,0%	100,0%
		%Sexo	53,8%	71,9%	62,8%
		RC	-4,0	4,0	
	No lo conozco	N	92	53	145
		%Usa barreño en ducha/baño	63,4%	36,6%	100,0%
		%Sexo	41,3%	24,0%	32,7%
		RC	3,9	-3,9	
Total	N	223	221	444	
	%Usa barreño en ducha/baño	50,2%	49,8%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.					

Tabla 5.71 Sexo y uso de barreño

5.2.2.3.5 Relación entre el sexo y autonomía para la higiene corporal

- Sexo y autonomía en el lavado del cabello

La tabla 5.72 muestra que la mayor proporción, tanto de los niños (n=192; 85,3%) como de las niñas (n=138; 62,4%), son autónomos en el lavado del cabello. Existe una marcada diferencia en las proporciones obtenidas, referidas al sexo, en función de si precisan ayuda de su madre o padre para lavarse el cabello, siendo muy superior en las niñas (n=79; 71,2%), respecto a los niños (n=32; 28,8%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=31,037; p=0,000).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
¿Alguien te ayuda a lavarte el cabello?	Lo hago yo solo/a	N	192	138	330
		%Autonomía lavado cabello	58,2%	41,8%	100,0%
		%Sexo	85,3%	62,4%	74,0%
		RC	5,5	-5,5	
	Mi madre o padre	N	32	79	111
		%Autonomía lavado cabello	28,8%	71,2%	100,0%
		%Sexo	14,2%	35,7%	24,9%
		RC	-5,3	5,3	
	Mi hermano o hermana mayor	N	0	2	2
		%Autonomía lavado cabello	0,0%	100,0%	100,0%
		%Sexo	0,0%	0,9%	0,4%
		RC	-1,4	1,4	
	Otros	N	1	2	3
		%Autonomía lavado cabello	33,3%	66,7%	100,0%
		%Sexo	0,4%	0,9%	0,7%
		RC	-,6	,6	
Total	N	225	221	446	
	%Autonomía lavado cabello	50,4%	49,6%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.72 Sexo y autonomía en el lavado del cabello

5.2.2.3.6 Relación entre el sexo de los escolares y los conocimientos en higiene corporal

- Sexo y conocimientos en uso del champú

En la tabla 5.73 se observa que tanto los niños (n=170; 75,6%), como las niñas (n=193; 87,3%) opinan, acertadamente, en mayor proporción que, el uso principal del champú es “lavarse el pelo”. Los niños obtienen porcentajes más altos respecto a las niñas en las respuestas que no son acertadas: “lavarse la piel” (n=34; 60,7%) y “lavarse las manos” (n=7; 87,5%), y en la opción “no lo sé” (n=11; 68,8%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=13,744; p=0,008).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Uso principal champú	Lavarse la piel	N	34	22	56
		%Uso principal champú	60,7%	39,3%	100,0%
		%Sexo	15,1%	10,0%	12,6%
		RC	1,6	-1,6	
	Lavarse el pelo	N	170	193	363
		%Uso principal champú	46,8%	53,2%	100,0%
		%Sexo	75,6%	87,3%	81,4%
		RC	-3,2	3,2	
	Lavarse las manos	N	7	1	8
		%Uso principal champú	87,5%	12,5%	100,0%
		%Sexo	3,1%	0,5%	1,8%
		RC	2,1	-2,1	
	No lo sé	N	11	5	16
		%Uso principal champú	68,8%	31,3%	100,0%
		%Sexo	4,9%	2,3%	3,6%
		RC	1,5	-1,5	
Otras opciones	N	3	0	3	
	%Uso principal champú	100,0%	0,0%	100,0%	
	%Sexo	1,3%	0,0%	0,7%	
	RC	1,7	-1,7		
Total	N	225	221	446	
	%Uso principal champú	50,4%	49,6%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.					

Tabla 5.73 Sexo y conocimientos en uso del champú

- Sexo y conocimientos en uso del gel de baño

En la tabla 5.74 se observa que tanto los niños (n=171; 76,3%), como las niñas (n=192; 86,1%) opinan, acertadamente, en mayor proporción que, el uso principal del gel de baño es “lavarse la piel”. Los niños obtienen porcentajes más altos respecto a las niñas en las respuestas: “lavarse el pelo” (n=37; 67,3%) y en la opción “no lo sé” (n=13; 61,9%); mientras que en la opción “lavar la ropa” son las niñas las que obtienen la mayor proporción (n=4; 66,7%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=9,633; p=0,047).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Uso principal gel baño	Lavarse la piel	N	171	192	363
		%Uso principal gel baño	47,1%	52,9%	100,0%
		%Sexo	76,3%	86,1%	81,2%
		RC	-2,6	2,6	
	Lavarse el pelo	N	37	18	55
		%Uso principal gel baño	67,3%	32,7%	100,0%
		%Sexo	16,5%	8,1%	12,3%
		RC	2,7	-2,7	
	Lavar la ropa	N	2	4	6
		%Uso principal gel baño	33,3%	66,7%	100,0%
		%Sexo	0,9%	1,8%	1,3%
		RC	-,8	,8	
	No lo sé	N	13	8	21
		%Uso principal gel baño	61,9%	38,1%	100,0%
		%Sexo	5,8%	3,6%	4,7%
		RC	1,1	-1,1	
	Otras opciones	N	1	1	2
		%Uso principal gel baño	50,0%	50,0%	100,0%
		%Sexo	0,4%	0,4%	0,4%
RC		,0	,0		
Total	N	224	223	447	
	%Uso principal gel baño	50,1%	49,9%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.					

Tabla 5.74 Sexo y conocimientos en uso del gel de baño

- Sexo y conocimientos en el lavado de manos como prevención de enfermedades diarreicas

La tabla 5.75 muestra que, los niños, en mayor proporción, opinan que el lavado de manos no ayuda en la prevención de enfermedades diarreicas (n=94; 41,8%); mientras que, el mayor porcentaje de niñas, expresan que no saben si el lavado de manos ayuda en la prevención de enfermedades diarreicas (n=88; 39,5%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=11,951; p=0,003).

Resultados

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	Sí	N	75	52	127
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	59,1%	40,9%	100,0%
		%Sexo	33,3%	23,3%	28,3%
		RC	2,4	-2,4	
	No	N	94	83	177
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	53,1%	46,9%	100,0%
		%Sexo	41,8%	37,2%	39,5%
		RC	1,0	-1,0	
	No lo sé	N	56	88	144
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	38,9%	61,1%	100,0%
		%Sexo	24,9%	39,5%	32,1%
		RC	-3,3	3,3	
Total	N	225	223	448	
	%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	50,2%	49,8%	100,0%	
	%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.					

Tabla 5.75 Sexo y conocimientos en el lavado de manos como prevención de enfermedades diarreicas

5.2.2.3.7 Relación entre el sexo de los escolares y otros aspectos relacionados con la higiene corporal

- Sexo y variables de agentes que han influido en la educación en higiene corporal del menor.

La tabla 5.76 muestra que la mayor proporción, tanto de los niños (n=156; 69,3%) como de las niñas (n=127; 57,5%), opina que ni su pediatra ni su enfermera le han enseñado como deben lavarse o asearse. Entre los escolares que han opinado que su pediatra o enfermera “sí” les han enseñado cómo lavarse y asearse, el mayor porcentaje eran niñas (n=94; 57,7%) frente a los niños (n=69; 42,3%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=6,771; p=0,009).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Médico o enfermera enseñan HC	Sí	N	69	94	163
		%Médico o enfermera enseñan HC	42,3%	57,7%	100,0%
		%Sexo	30,7%	42,5%	36,5%
		RC	-2,6	2,6	
	No	N	156	127	283
		%Médico o enfermera enseñan HC	55,1%	44,9%	100,0%
		%Sexo	69,3%	57,5%	63,5%
		RC	2,6	-2,6	
	Total	N	225	221	446
		%Médico o enfermera enseñan HC	50,4%	49,6%	100,0%
%Sexo		100,0%	100,0%	100,0%	
N: recuento. RC: residuos corregidos.					

Tabla 5.76 Sexo y médico o enfermera

- Relación entre sexo y rechazo social entre iguales

En la tabla 5.77 se observa que la mayor proporción, tanto de niños (n=204; 90,7%) como de niñas (n=221; 99,1%) expresa que “nunca” han sufrido rechazo por parte de sus iguales por “estar sucios”. Los escolares que han expresado haber sido rechazados por sus iguales por estar sucios, son en su amplia mayoría “niños” (n=21; 95,5%). En la opción “varias veces se han metido conmigo por estar sucio/a”, únicamente se observa 1 caso, siendo niña.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=19,853; p=0,000).

			Sexo		Total
			Niño	Niña	
Rechazo entre iguales por estar sucio/a	Nunca	N	204	221	425
		%Rechazo entre iguales por estar sucio/a	48,0%	52,0%	100,0%
		%Sexo	90,7%	99,1%	94,9%
		RC	-4,0	4,0	
	Alguna vez	N	21	1	22
		%Rechazo entre iguales por estar sucio/a	95,5%	4,5%	100,0%
		%Sexo	9,3%	0,4%	4,9%
		RC	4,4	-4,4	
	Varias veces	N	0	1	1
		%Rechazo entre iguales por estar sucio/a	0,0%	100,0%	100,0%
		%Sexo	0,0%	0,4%	0,2%
		RC	-1,0	1,0	
Total		N	225	223	448
		%Rechazo entre iguales por estar sucio/a	50,2%	49,8%	100,0%
		%Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.77 Sexo y rechazo por estar sucio/a

5.2.2.4 Resultados de la relación entre localización del colegio y la higiene corporal en los escolares

Se muestran sólo los resultados que presentan asociación estadísticamente significativa.

5.2.2.4.1 Relación entre localización del colegio y frecuencia de la higiene corporal

- Localización del colegio y frecuencia de lavado de manos

La tabla 5.78 muestra que la mayor proporción de escolares tanto del "colegio suburbano" (n=31; 43,7%), como del "colegio urbano" (n=108; 33,8%), expresan que se lavaron las manos el día anterior "más de tres veces". Los escolares del "colegio rural", en mayor proporción señalan que se lavaron las manos "tres" veces (n=24; 40%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=16,663; p=0,034).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Frecuencia lavado manos	Ninguna	N	2	3	5	10
		%Frecuencia lavado manos	20,0%	30,0%	50,0%	100,0%
		%Localización colegio	2,8%	5,0%	1,6%	2,2%
		RC	,4	1,6	-1,5	
	Una	N	9	6	30	45
		%Frecuencia lavado manos	20,0%	13,3%	66,7%	100,0%
		%Localización colegio	12,7%	10,0%	9,4%	10,0%
		RC	,8	,0	-,7	
	Dos	N	9	5	81	95
		%Frecuencia lavado manos	9,5%	5,3%	85,3%	100,0%
		%Localización colegio	12,7%	8,3%	25,3%	21,1%
		RC	-1,9	-2,6	3,5	
	Tres	N	20	24	96	140
		%Frecuencia lavado manos	14,3%	17,1%	68,6%	100,0%
		%Localización colegio	28,2%	40,0%	30,0%	31,0%
		RC	-,6	1,6	-,7	
Más de tres	N	31	22	108	161	
	%Frecuencia lavado manos	19,3%	13,7%	67,1%	100,0%	
	%Localización colegio	43,7%	36,7%	33,8%	35,7%	
	RC	1,5	,2	-1,3		
Total		N	71	60	320	451
		%Frecuencia lavado manos	15,7%	13,3%	71,0%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.78 Localización del colegio y frecuencia de lavado de manos

- Localización del colegio y frecuencia de lavado dental

La tabla 5.79 muestra como los escolares del “colegio urbano” expresan en mayor proporción que se lavaron los dientes, el día anterior a la realización de la encuesta, “2 veces” (n=131; 40,8%); los escolares del “colegio suburbano” los lavaron “3 veces o más” (n=37; 51,4%); y los del “colegio rural” expresan que lavaron sus dientes sólo “1 vez” (n=20; 33,3%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=17,609; p=0,007).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Frecuencia lavado dental (diaria)	1 vez	N	10	20	51	81
		%Frecuencia lavado dental	12,3%	24,7%	63,0%	100,0%
		%Localización colegio	13,9%	33,3%	15,9%	17,9%
		RC	-1,0	3,4	-1,7	
	2 veces	N	23	19	131	173
		%Frecuencia lavado dental	13,3%	11,0%	75,7%	100,0%
		%Localización colegio	31,9%	31,7%	40,8%	38,2%
		RC	-1,2	-1,1	1,8	
	3 veces o más	N	37	17	129	183
		%Frecuencia lavado dental	20,2%	9,3%	70,5%	100,0%
		%Localización colegio	51,4%	28,3%	40,2%	40,4%
		RC	2,1	-2,0	-,1	
	Ninguna	N	2	4	10	16
		%Frecuencia lavado dental	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
		%Localización colegio	2,8%	6,7%	3,1%	3,5%
		RC	-,4	1,4	-,7	
Total	N	72	60	321	453	
	%Frecuencia lavado dental	15,9%	13,2%	70,9%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.79 Localización del colegio y frecuencia de lavado dental

Resultados

- Localización del colegio y frecuencia de limpieza de oídos

En la tabla 5.80 se observa como los escolares del “colegio urbano” expresan en mayor proporción que “nunca” se limpian los oídos (n=116; 36,3%); los escolares del “colegio suburbano señalan que se limpiaron los oídos la última semana “dos o tres veces” (n=33; 45,8%); y los escolares del “colegio rural” los limpiaron en su mayoría “todos los días” (n=20; 33,9%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=51,986; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Frecuencia limpieza oídos (semanal)	Todos los días	N	24	20	36	80
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	30,0%	25,0%	45,0%	100,0%
		%Localización colegio	33,3%	33,9%	11,3%	17,7%
		RC	3,8	3,5	-5,6	
	Dos o tres veces	N	33	17	101	151
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	21,9%	11,3%	66,9%	100,0%
		%Localización colegio	45,8%	28,8%	31,6%	33,5%
		RC	2,4	-,8	-1,3	
	Una vez	N	8	13	67	88
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	9,1%	14,8%	76,1%	100,0%
		%Localización colegio	11,1%	22,0%	20,9%	19,5%
		RC	-2,0	,5	1,2	
	Nunca	N	7	9	116	132
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	5,3%	6,8%	87,9%	100,0%
		%Localización colegio	9,7%	15,3%	36,3%	29,3%
		RC	-4,0	-2,5	5,1	
Total		N	72	59	320	451
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	16,0%	13,1%	71,0%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.80 Localización del colegio y frecuencia de limpieza de oídos

- Localización del colegio y frecuencia de cambio de ropa interior

En la tabla 5.81 se observa que en los tres colegios estudiados se obtienen mayores porcentajes en el cambio diario de ropa interior (calzoncillos/braquitas), siendo las proporciones: “colegio urbano” un 88,2% (n=283); “colegio suburbano” un 81,9% (n=59); y “colegio rural” un 74,1% (n=43).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=15,816; p=0,003).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿Te cambias todos los días de calzoncillos/braquitas?	Sí	N	59	43	283	385
		%Frecuencia cambio ropa interior	15,3%	11,2%	73,5%	100,0%
		%Localización colegio	81,9%	74,1%	88,2%	85,4%
		RC	-,9	-2,6	2,6	
	No, la cambio cada 2 días	N	13	13	26	52
		%Frecuencia cambio ropa interior	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
		%Localización colegio	18,1%	22,4%	8,1%	11,5%
		RC	1,9	2,8	-3,6	
	No, la cambio cada 3 días o más	N	0	2	12	14
		%Frecuencia cambio ropa interior	0,0%	14,3%	85,7%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	3,4%	3,7%	3,1%
		RC	-1,7	,2	1,2	
Total		N	72	58	321	451
		%Frecuencia cambio ropa interior	16,0%	12,9%	71,2%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
N: recuento. RC: residuos corregidos.						

Tabla 5.81 Localización del colegio y frecuencia de cambio de ropa interior

Resultados

- Localización del colegio y frecuencia de lavado corporal

En la tabla 5.82 se muestra como los escolares que se lavan más días a la semana la piel corporal son los que estudian en el “colegio suburbano” (media=5,68; DT=1,702), seguido del “colegio urbano” (media=5,08; DT=1,838), siendo los escolares que menos días a la semana lavan su piel corporal los del “colegio rural” (media=4,98; DT: 1,836).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p=0,030$).

De los últimos 7 días, ¿cuántos días te lavaste el cuerpo?				
	N	Media	Desviación típica	p
Colegio suburbano	72	5,68	1,702	0,030
Colegio rural	60	4,98	1,836	
Colegio urbano	317	5,08	1,838	
Total	449	5,16	1,827	

Tabla 5.82 Localización del colegio y frecuencia de lavado corporal

5.2.2.4.2 Relación entre localización del colegio y el momento de realización de la higiene corporal

- Localización del colegio y momento del lavado corporal

En la tabla 5.83 se muestra que, en los colegios: “colegio urbano” un 54,5% (n=174) y “colegio rural” un 66,1% (n=39) el momento del día en el que los escolares suelen lavarse la piel corporal es “por la noche, antes de acostarse”, mientras que en el “colegio suburbano” un 48,6% (n=35) lo hace de forma indistinta al momento del día.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=25,786; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿En qué momento del día te sueles lavar el cuerpo?	Al levantarme por la mañana	N	3	4	14	21
		%Momento lavado piel corporal	14,3%	19,0%	66,7%	100,0%
		%Localización colegio	4,2%	6,8%	4,4%	4,7%
		RC	-,2	,8	-,4	
	Por la noche, antes de acostarme	N	30	39	174	243
		%Momento lavado piel corporal	12,3%	16,0%	71,6%	100,0%
		%Localización colegio	41,7%	66,1%	54,5%	54,0%
		RC	-2,3	2,0	,4	
	Por la tarde, cuando llego a casa del colegio	N	4	7	53	64
		%Momento lavado piel corporal	6,3%	10,9%	82,8%	100,0%
		%Localización colegio	5,6%	11,9%	16,6%	14,2%
		RC	-2,3	-,6	2,3	
	Algunos días por la mañana y otros por la tarde o por la noche	N	35	9	78	122
%Momento lavado piel corporal		28,7%	7,4%	63,9%	100,0%	
%Localización colegio		48,6%	15,3%	24,5%	27,1%	
RC		4,5	-2,2	-2,0		
Total	N	72	59	319	450	
	%Momento lavado piel corporal	16,0%	13,1%	70,9%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.83 Localización del colegio y momento del lavado corporal

Resultados

- Localización del colegio y momento del lavado del cabello

La tabla 5.84 muestra que, en los tres colegios estudiados, el momento del día en el que los escolares suelen lavarse el cabello es “por la noche, antes de acostarse”, siendo las proporciones: “colegio urbano” un 52,7% (n=168); “colegio suburbano” un 47,2% (n=34); y “colegio rural” un 58,3% (n=35).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=18,254; p=0,006).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿En qué momento del día te sueles lavar el pelo?	Al levantarme por la mañana	N	3	6	16	25
		%Momento lavado cabello	12,0%	24,0%	64,0%	100,0%
		%Localización colegio	4,2%	10,0%	5,0%	5,5%
		RC	-,6	1,6	-,8	
	Por la noche, antes de acostarme	N	34	35	168	237
		%Momento lavado cabello	14,3%	14,8%	70,9%	100,0%
		%Localización colegio	47,2%	58,3%	52,7%	52,5%
		RC	-1,0	1,0	,1	
	Por la tarde, cuando llego a casa del colegio	N	5	7	61	73
		%Momento lavado cabello	6,8%	9,6%	83,6%	100,0%
		%Localización colegio	6,9%	11,7%	19,1%	16,2%
		RC	-2,3	-1,0	2,6	
Algunos días por la mañana y otros por la tarde o por la noche	N	30	12	74	116	
	%Momento lavado cabello	25,9%	10,3%	63,8%	100,0%	
	%Localización colegio	41,7%	20,0%	23,2%	25,7%	
	RC	3,4	-1,1	-1,9		
Total	N	72	60	319	451	
	%Momento lavado cabello	16,0%	13,3%	70,7%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.84 Localización del colegio y momento del lavado del cabello

- Localización del colegio y lavado dental por la mañana

En la tabla 5.85 se observa como en los escolares del “colegio urbano”, un 53,4% (n=172) “no” se lavan los dientes al levantarse por la mañana. Sin embargo, los escolares del “colegio suburbano”, y “colegio rural” expresan que “sí” se lavan los dientes al levantarse por la mañana en un 75% (n=54), y 62,7% (n=37) respectivamente.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=21,548; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Lavado dental (al levantarse por la mañana)	Sí	N	54	37	150	241
		%Lavado dental (al levantarse por la mañana)	22,4%	15,4%	62,2%	100,0%
		%Localización colegio	75,0%	62,7%	46,6%	53,2%
		RC	4,0	1,6	-4,4	
	No	N	18	22	172	212
		%Lavado dental (al levantarse por la mañana)	8,5%	10,4%	81,1%	100,0%
		%Localización colegio	25,0%	37,3%	53,4%	46,8%
		RC	-4,0	-1,6	4,4	
	Total	N	72	59	322	453
		%Lavado dental (al levantarse por la mañana)	15,9%	13,0%	71,1%	100,0%
%Localización colegio		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.86 Localización del colegio y lavado dental por la mañana

Resultados

- Localización del colegio y lavado dental siempre después de cada comida

En la tabla 5.86 se observa como en los escolares del “colegio suburbano”, un 62% (n=44) señalan que siempre se lavan los dientes después de cada comida principal. Mientras que los escolares del “colegio urbano”, y “colegio rural” expresan que “no” siempre se lavan los dientes después de cada comida principal en un 56,2% (n=181), y 50,9% (n=29) respectivamente.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=7,799; p=0,020).

		Localización del colegio			Total	
		Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano		
Lavado dental (siempre tras cada comida principal)	Sí	N	44	28	141	213
		%Lavado dental (siempre tras cada comida principal)	20,7%	13,1%	66,2%	100,0%
		%Localización colegio	62,0%	49,1%	43,8%	47,3%
		RC	2,7	,3	-2,4	
	No	N	27	29	181	237
		%Lavado dental (siempre tras cada comida principal)	11,4%	12,2%	76,4%	100,0%
		%Localización colegio	38,0%	50,9%	56,2%	52,7%
RC		-2,7	-,3	2,4		
Total	N	71	57	322	450	
	%Lavado dental (siempre tras cada comida principal)	15,8%	12,7%	71,6%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.86 Localización del colegio y lavado dental siempre después de cada comida

- Localización del colegio y lavado dental sólo cuando se acuerda

La tabla 5.87 muestra que, en los tres colegios estudiados, “no” se lavan los dientes “sólo cuando se acuerdan”, siendo las proporciones: “colegio urbano” un 84,4% (n=271); “colegio suburbano” un 85,9% (n=55); y “colegio rural” un 67,3% (n=35).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=9,704; p=0,008).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	Sí	N	9	17	50	76
		%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	11,8%	22,4%	65,8%	100,0%
		%Localización colegio	14,1%	32,7%	15,6%	17,4%
		RC	-,8	3,1	-1,7	
	No	N	55	35	271	361
		%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	15,2%	9,7%	75,1%	100,0%
		%Localización colegio	85,9%	67,3%	84,4%	82,6%
		RC	,8	-3,1	1,7	
Total	N	64	52	321	437	
	%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	14,6%	11,9%	73,5%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.87 Localización del colegio y lavado dental sólo cuando se acuerda

Resultados

- Localización del colegio y momento del lavado de partes íntimas

En la tabla 5.88 se observa que, en los tres colegios estudiados, el momento más habitual para el lavado de las partes íntimas (de forma independiente al momento del lavado de piel corporal) es “después de usar el váter”, siendo las proporciones: “colegio urbano” un 58,2% (n=96); “colegio suburbano” un 61,7% (n=29); y “colegio rural” un 65,7% (n=23).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=18,002; p=0,021).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿Cuándo te lavas tus partes íntimas y el culete?	Después de usar el váter	N	29	23	96	148
		%Momento lavado partes íntimas	19,6%	15,5%	64,9%	100,0%
		%Localización colegio	61,7%	65,7%	58,2%	59,9%
		RC	,3	,8	-,8	
	Al levantarme	N	2	8	10	20
		%Momento lavado partes íntimas	10,0%	40,0%	50,0%	100,0%
		%Localización colegio	4,3%	22,9%	6,1%	8,1%
		RC	-1,1	3,5	-1,7	
	Al acostarme	N	12	3	37	52
		%Momento lavado partes íntimas	23,1%	5,8%	71,2%	100,0%
		%Localización colegio	25,5%	8,6%	22,4%	21,1%
		RC	,8	-2,0	,8	
	Otros momentos	N	4	1	21	26
		%Momento lavado partes íntimas	15,4%	3,8%	80,8%	100,0%
		%Localización colegio	8,5%	2,9%	12,7%	10,5%
		RC	-,5	-1,6	1,6	
Nunca	N	0	0	1	1	
	%Momento lavado partes íntimas	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	%Localización colegio	0,0%	0,0%	0,6%	0,4%	
	RC	-,5	-,4	,7		
Total	N	47	35	165	247	
	%Momento lavado partes íntimas	19,0%	14,2%	66,8%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.88 Localización del colegio y momento del lavado de partes íntimas

5.2.2.4.3 Relación entre localización del colegio y el modo de realización de la higiene corporal

- Localización del colegio y modo de uso de esponja (compartir)

En la tabla 5.89 se muestra que, en los tres colegios estudiados, los escolares expresan en mayor proporción que no comparten la esponja, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 49,1% (n=158); “colegio suburbano” un 64,8% (n=46); y “colegio rural” un 55% (n=33).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=16,834; p=0,010).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Comparte la esponja	No	N	46	33	158	237
		%Comparte la esponja	19,4%	13,9%	66,7%	100,0%
		%Localización colegio	64,8%	55,0%	49,1%	52,3%
		RC	2,3	,4	-2,2	
	Sí	N	12	16	49	77
		%Comparte la esponja	15,6%	20,8%	63,6%	100,0%
		%Localización colegio	16,9%	26,7%	15,2%	17,0%
		RC	,0	2,1	-1,6	
	No uso esponja	N	13	11	109	133
		%Comparte la esponja	9,8%	8,3%	82,0%	100,0%
		%Localización colegio	18,3%	18,3%	33,9%	29,4%
		RC	-2,2	-2,0	3,3	
	No lo sé	N	0	0	6	6
		%Comparte la esponja	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	0,0%	1,9%	1,3%
RC		-1,1	-1,0	1,6		
Total	N	71	60	322	453	
	%Comparte la esponja	15,7%	13,2%	71,1%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.89 Localización del colegio y modo de uso de esponja (compartir)

5.2.2.4.4 Relación entre localización del colegio y los materiales empleados para la realización de la higiene corporal

- Localización del colegio y uso de champú

En la tabla 5.90 se observa que, en los tres colegios estudiados, la amplia mayoría de escolares expresan que “sí” usan champú al ducharse o bañarse, obteniéndose las siguientes proporciones: “colegio urbano” un 98,1% (n=311); “colegio suburbano” un 93% (n=66); y “colegio rural” un 100% (n=59).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=9,875; p=0,043).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿Usas champú al ducharte o bañarte?	Sí	N	66	59	311	436
		%Usa champú ducha/baño	15,1%	13,5%	71,3%	100,0%
		%Localización colegio	93,0%	100,0%	98,1%	97,5%
		RC	-2,7	1,3	1,2	
	No	N	5	0	5	10
		%Usa champú ducha/baño	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		%Localización colegio	7,0%	0,0%	1,6%	2,2%
		RC	3,0	-1,2	-1,5	
	No lo conozco	N	0	0	1	1
		%Usa champú ducha/baño	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%
		RC	-4	-4	,6	
Total		N	71	59	317	447
		%Usa champú ducha/baño	15,9%	13,2%	70,9%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.90 Localización del colegio y uso de champú

- Localización del colegio y uso de pastilla de jabón

En la tabla 5.91 se muestra que, en los tres colegios estudiados, los escolares señalan en mayor proporción que “no” usan pastilla de jabón al ducharse o bañarse, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 79,7% (n=252); “colegio suburbano” un 82,9% (n=58); y “colegio rural” un 50,9% (n=29).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=28,894; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	Sí	N	10	23	42	75
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	13,3%	30,7%	56,0%	100,0%
		%Localización colegio	14,3%	40,4%	13,3%	16,9%
		RC	-,6	5,1	-3,2	
	No	N	58	29	252	339
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	17,1%	8,6%	74,3%	100,0%
		%Localización colegio	82,9%	50,9%	79,7%	76,5%
		RC	1,4	-4,9	2,5	
	No lo conozco	N	2	5	22	29
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	6,9%	17,2%	75,9%	100,0%
		%Localización colegio	2,9%	8,8%	7,0%	6,5%
		RC	-1,4	,7	,6	
Total		N	70	57	316	443
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	15,8%	12,9%	71,3%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.91 Localización del colegio y uso de pastilla de jabón

Resultados

- Localización del colegio y uso de esponja

La tabla 5.92 muestra que, en los tres colegios estudiados, los escolares expresan en mayor proporción que "sí" usan esponja al ducharse o bañarse, obteniéndose los siguientes porcentajes: "colegio urbano" un 64,5% (n=207); "colegio suburbano" un 82,9% (n=58); y "colegio rural" un 86,4% (n=51).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=18,231; p=0,001).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Usa esponja en el lavado de piel corporal	Sí	N	58	51	207	316
		%Usa esponja en el lavado de piel corporal	18,4%	16,1%	65,5%	100,0%
		%Localización colegio	82,9%	86,4%	64,5%	70,2%
		RC	2,5	2,9	-4,2	
	No	N	11	8	109	128
		%Usa esponja en el lavado de piel corporal	8,6%	6,3%	85,2%	100,0%
		%Localización colegio	15,7%	13,6%	34,0%	28,4%
		RC	-2,6	-2,7	4,1	
	No lo conozco	N	1	0	5	6
		%Usa esponja en el lavado de piel corporal	16,7%	0,0%	83,3%	100,0%
		%Localización colegio	1,4%	0,0%	1,6%	1,3%
		RC	,1	-1,0	,7	
Total		N	70	59	321	450
		%Usa esponja en el lavado de piel corporal	15,6%	13,1%	71,3%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.92 Localización del colegio y uso de esponja

- Localización del colegio y uso de barreño

En la tabla 5.93 se observa que la mayor proporción de escolares tanto del "colegio urbano" (n=209; 65,5%), como del "colegio suburbano" (n=52; 75,4%), expresan que "no" usan barreño al ducharse o bañarse. Sin embargo, los escolares del "colegio rural", en mayor proporción señalan que "no conocen" qué es un barreño (n=33; 55%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=38,852; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Usa barreño en ducha/baño	Sí	N	6	7	7	20
		%Usa barreño en ducha/baño	30,0%	35,0%	35,0%	100,0%
		%Localización colegio	8,7%	11,7%	2,2%	4,5%
		RC	1,9	2,9	-3,7	
	No	N	52	20	209	281
		%Usa barreño en ducha/baño	18,5%	7,1%	74,4%	100,0%
		%Localización colegio	75,4%	33,3%	65,5%	62,7%
		RC	2,4	-5,1	1,9	
	No lo conozco	N	11	33	103	147
		%Usa barreño en ducha/baño	7,5%	22,4%	70,1%	100,0%
		%Localización colegio	15,9%	55,0%	32,3%	32,8%
		RC	-3,2	3,9	-,4	
Total		N	69	60	319	448
		%Usa barreño en ducha/baño	15,4%	13,4%	71,2%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.93 Localización del colegio y uso de barreño

Resultados

- Localización del colegio y uso de pasta de dientes

En la tabla 5.94 se observa que, en los tres colegios estudiados, los escolares expresan en mayor proporción que “sí” utilizan pasta de dientes en el lavado de dientes, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 99,4% (n=319); “colegio suburbano” un 98,6% (n=71); y “colegio rural” un 95% (n=57).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=10,075; p=0,039).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Usa pasta de dientes	Sí	N	71	57	319	447
		%Usa pasta de dientes	15,9%	12,8%	71,4%	100,0%
		%Localización colegio	98,6%	95,0%	99,4%	98,7%
		RC	-,1	-2,7	2,0	
	No	N	1	2	2	5
		%Usa pasta de dientes	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
		%Localización colegio	1,4%	3,3%	0,6%	1,1%
		RC	,3	1,8	-1,5	
	No lo conozco	N	0	1	0	1
		%Usa pasta de dientes	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	1,7%	0,0%	0,2%
		RC	-,4	2,6	-1,6	
Total		N	72	60	321	453
		%Usa pasta de dientes	15,9%	13,2%	70,9%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.94 Localización del colegio y uso de pasta de dientes

- Localización del colegio y uso de miswak/siwak

En la tabla 5.95 se muestra que, en los tres colegios estudiados, los escolares señalan en mayor proporción que “no conocen” qué es un miswak/siwak, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 89,6% (n=282); “colegio suburbano” un 83,1% (n=59); y “colegio rural” un 78% (n=46). Los escolares que más utilizan el miswak/siwak en el lavado de dientes son los del “colegio rural” (n=5; 71,4%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=24,640; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Usa miswak/siwak en lavado dental	Sí	N	0	5	2	7
		%Usa miswak/siwak en lavado dental	0,0%	71,4%	28,6%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	8,5%	0,6%	1,6%
		RC	-1,2	4,6	-2,5	
	No	N	12	8	31	51
		%Usa miswak/siwak en lavado dental	23,5%	15,7%	60,8%	100,0%
		%Localización colegio	16,9%	13,6%	9,8%	11,4%
		RC	1,6	,6	-1,7	
	No lo conozco	N	59	46	284	389
		%Usa miswak/siwak en lavado dental	15,2%	11,8%	73,0%	100,0%
		%Localización colegio	83,1%	78,0%	89,6%	87,0%
		RC	-1,1	-2,2	2,5	
Total	N	71	59	317	447	
	%Usa miswak/siwak en lavado dental	15,9%	13,2%	70,9%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.95 Localización del colegio y uso de miswak/siwak

Resultados

- Localización del colegio y uso de palillo/mondadientes

En la tabla 5.96 se observa que la mayor proporción de escolares tanto del "colegio urbano" (n=174; 54,9%), como del "colegio suburbano" (n=35; 48,6%), expresan que "no" usan el palillo/mondadientes en la limpieza de sus dientes. Mientras que, los escolares del "colegio rural", en mayor proporción señalan que "no conocen" qué es un palillo/mondadientes (n=28; 46,7%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=45,143; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Usa palillo/mondadientes en higiene dental	Sí	N	24	11	23	58
		%Usa palillo/mondadientes en higiene dental	41,4%	19,0%	39,7%	100,0%
		%Localización colegio	33,3%	18,3%	7,3%	12,9%
		RC	5,6	1,3	-5,5	
	No	N	35	21	174	230
		%Usa palillo/mondadientes en higiene dental	15,2%	9,1%	75,7%	100,0%
		%Localización colegio	48,6%	35,0%	54,9%	51,2%
		RC	-5	-2,7	2,4	
	No lo conozco	N	13	28	120	161
		%Usa palillo/mondadientes en higiene dental	8,1%	17,4%	74,5%	100,0%
		%Localización colegio	18,1%	46,7%	37,9%	35,9%
		RC	-3,4	1,9	1,4	
Total	N	72	60	317	449	
	%Usa palillo/mondadientes en higiene dental	16,0%	13,4%	70,6%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.96 Localización del colegio y uso de palillo/mondadientes

- Localización del colegio y materiales empleados para limpiar los oídos

En la tabla 5.97 se muestra que, independientemente de la localización del colegio, los escolares señalan en mayor proporción que el material más empleado en la limpieza de sus oídos es el “bastoncillo de algodón”, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 65,1% (n=209); “colegio suburbano” un 76,4% (n=55); y “colegio rural” un 78,3% (n=47).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=21,742; p=0,016).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Material utilizado higiene oídos	Un bastoncillo de algodón	N	55	47	209	311
		%Material utilizado higiene oídos	17,7%	15,1%	67,2%	100,0%
		%Localización colegio	76,4%	78,3%	65,1%	68,7%
		RC	1,5	1,7	-2,5	
	Un objeto puntiagudo (lápiz, bolígrafo, llaves...)	N	0	0	2	2
		%Material utilizado higiene oídos	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	0,0%	0,6%	0,4%
		RC	-6	-6	,9	
	El dedo	N	0	0	16	16
		%Material utilizado higiene oídos	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	0,0%	5,0%	3,5%
		RC	-1,8	-1,6	2,6	
	Con agua	N	8	7	32	47
		%Material utilizado higiene oídos	17,0%	14,9%	68,1%	100,0%
		%Localización colegio	11,1%	11,7%	10,0%	10,4%
		RC	,2	,4	-,4	
	Un spray o difusor de agua marina	N	8	3	20	31
		%Material utilizado higiene oídos	25,8%	9,7%	64,5%	100,0%
		%Localización colegio	11,1%	5,0%	6,2%	6,8%
		RC	1,6	-,6	-,8	
Con nada	N	1	3	42	46	
	%Material utilizado higiene oídos	2,2%	6,5%	91,3%	100,0%	
	%Localización colegio	1,4%	5,0%	13,1%	10,2%	
	RC	-2,7	-1,4	3,2		
Total	N	72	60	321	453	
	%Material utilizado higiene oídos	15,9%	13,2%	70,9%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.97 Localización del colegio y materiales empleados para limpiar los oídos

5.2.2.4.5 Relación entre localización del colegio y autonomía para la higiene corporal

- Localización del colegio y autonomía en el lavado de piel corporal

En la tabla 5.98 se observa que la mayor proporción de escolares, en los tres colegios estudiados, son autónomos en el lavado de su piel corporal, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 87,5% (n=281); “colegio suburbano” un 84,5% (n=60); y “colegio rural” un 69,5% (n=41).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=19,554; p=0,001).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿Alguien te ayuda a lavarte la piel corporal?	Lo hago yo solo/a	N	60	41	281	382
		%Autonomía lavado piel corporal	15,7%	10,7%	73,6%	100,0%
		%Localización colegio	84,5%	69,5%	87,5%	84,7%
		RC	,0	-3,5	2,6	
	Mi madre o padre	N	9	18	39	66
		%Autonomía lavado piel corporal	13,6%	27,3%	59,1%	100,0%
		%Localización colegio	12,7%	30,5%	12,1%	14,6%
		RC	-,5	3,7	-2,3	
	Otros	N	2	0	1	3
		%Autonomía lavado piel corporal	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
		%Localización colegio	2,8%	0,0%	0,3%	0,7%
		RC	2,4	-,7	-1,5	
Total	N	71	59	321	451	
	%Autonomía lavado piel corporal	15,7%	13,1%	71,2%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.98 Localización del colegio y autonomía en el lavado de piel corporal

- Localización del colegio y autonomía en el corte de las uñas de las manos

En la tabla 5.99 se muestra como la mayor proporción de escolares, en los tres colegios estudiados, precisan la ayuda de su madre o padre al cortar las uñas de sus manos, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 72,6% (n=233); “colegio suburbano” un 61,1% (n=44); y “colegio rural” un 61,7% (n=37).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=19,512; p=0,034).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?	Mi madre o padre	N	44	37	233	314
		%Autonomía corte uñas de las manos	14,0%	11,8%	74,2%	100,0%
		%Localización colegio	61,1%	61,7%	72,6%	69,3%
		RC	-1,6	-1,4	2,4	
	Mi hermano o hermana mayor	N	0	0	1	1
		%Autonomía corte uñas de las manos	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%
		RC	-4	-4	,6	
	Me las corto yo solo/a	N	20	19	46	85
		%Autonomía corte uñas de las manos	23,5%	22,4%	54,1%	100,0%
		%Localización colegio	27,8%	31,7%	14,3%	18,8%
		RC	2,1	2,7	-3,8	
	Nadie porque me las muerdo	N	6	4	39	49
		%Autonomía corte uñas de las manos	12,2%	8,2%	79,6%	100,0%
		%Localización colegio	8,3%	6,7%	12,1%	10,8%
		RC	-7	-1,1	1,4	
	Nadie porque nunca me las corto	N	1	0	1	2
		%Autonomía corte uñas de las manos	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		%Localización colegio	1,4%	0,0%	0,3%	0,4%
		RC	1,3	-6	-,7	
Otros	N	1	0	1	2	
	%Autonomía corte uñas de las manos	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	
	%Localización colegio	1,4%	0,0%	0,3%	0,4%	
	RC	1,3	-6	-,7		
Total	N	72	60	321	453	
	%Autonomía corte uñas de las manos	15,9%	13,2%	70,9%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.99 Localización del colegio y autonomía en el corte de las uñas de las manos

Resultados

- Localización del colegio y autonomía en el corte de las uñas de los pies

La tabla 5.100 muestra que la mayor proporción de escolares, en los tres colegios estudiados, precisan la ayuda de su madre o padre al cortar las uñas de sus pies, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 81,9% (n=263); “colegio suburbano” un 68,1% (n=49); y “colegio rural” un 60% (n=36).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=25,021; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de los pies?	Lo hago yo solo/a	N	22	24	55	101
		%Autonomía corte uñas de los pies	21,8%	23,8%	54,5%	100,0%
		%Localización colegio	30,6%	40,0%	17,1%	22,3%
		RC	1,8	3,5	-4,1	
	Mi madre o padre	N	49	36	263	348
		%Autonomía corte uñas de los pies	14,1%	10,3%	75,6%	100,0%
		%Localización colegio	68,1%	60,0%	81,9%	76,8%
		RC	-1,9	-3,3	4,0	
	Nadie, porque nunca me las corto	N	0	0	3	3
		%Autonomía corte uñas de los pies	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	0,0%	0,9%	0,7%
		RC	-0,8	-0,7	1,1	
	Otros	N	1	0	0	1
		%Autonomía corte uñas de los pies	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Localización colegio	1,4%	0,0%	0,0%	0,2%
		RC	2,3	-0,4	-1,6	
Total	N	72	60	321	453	
	%Autonomía corte uñas de los pies	15,9%	13,2%	70,9%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.100 Localización del colegio y autonomía en el corte de las uñas de los pies

- Localización del colegio y autonomía en la limpieza de oídos

La tabla 5.101 muestra que la mayor proporción de escolares, independientemente de la localización del colegio en el que estudian, son autónomos en la limpieza de sus oídos, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 44,5% (n=143); “colegio suburbano” un 56,3% (n=40); y “colegio rural” un 50% (n=30).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=15,913; p=0,044).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Autonomía higiene oídos	Lo hago yo solo/a	N	40	30	143	213
		%Autonomía higiene oídos	18,8%	14,1%	67,1%	100,0%
		%Localización colegio	56,3%	50,0%	44,5%	47,1%
		RC	1,7	,5	-1,7	
	Mi madre o padre	N	28	24	122	174
		%Autonomía higiene oídos	16,1%	13,8%	70,1%	100,0%
		%Localización colegio	39,4%	40,0%	38,0%	38,5%
		RC	,2	,3	-,3	
	Mi hermano o hermana mayor	N	1	1	1	3
		%Autonomía higiene oídos	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		%Localización colegio	1,4%	1,7%	0,3%	0,7%
		RC	,8	1,0	-1,4	
	Nadie, porque nunca me los limpio	N	2	4	53	59
		%Autonomía higiene oídos	3,4%	6,8%	89,8%	100,0%
		%Localización colegio	2,8%	6,7%	16,5%	13,1%
		RC	-2,8	-1,6	3,4	
Otros	N	0	1	2	3	
	%Autonomía higiene oídos	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%	
	%Localización colegio	0,0%	1,7%	0,6%	0,7%	
	RC	-,8	1,0	-,2		
Total	N	71	60	321	452	
	%Autonomía higiene oídos	15,7%	13,3%	71,0%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.101 Localización del colegio y autonomía en la limpieza de oídos

5.2.2.4.6 Relación entre localización del colegio y conocimientos en higiene corporal

- Localización del colegio y conocimientos sobre el momento de desechar el cepillo de dientes

En la tabla 5.102 se observa que, los escolares del “colegio urbano”, opinan en mayor proporción (n=136, 42,4%) que el cepillo de dientes se debe desechar “sólo si está viejo”. Los escolares del “colegio suburbano” opinan en igual proporción que, el cepillo de dientes se debe desechar “a los 3 meses o si se pone viejo antes” (n=27; 37,5%) y “sólo si está viejo” (n=27; 37,5%). Los escolares del “colegio rural” expresan en mayor porcentaje que, el cepillo de dientes debe desecharse “sólo si está viejo” (n=21; 35%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=21,456; p=0,018).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	A los 3 meses o si se pone viejo antes	N	27	21	92	140
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	19,3%	15,0%	65,7%	100,0%
		%Localización colegio	37,5%	35,0%	28,7%	30,9%
		RC	1,3	,7	-1,6	
	A los 4 meses o más	N	5	5	34	44
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	11,4%	11,4%	77,3%	100,0%
		%Localización colegio	6,9%	8,3%	10,6%	9,7%
		RC	-,9	-,4	1,0	
	Cada año, cuando comienza el nuevo curso en el colegio	N	3	3	16	22
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	13,6%	13,6%	72,7%	100,0%
		%Localización colegio	4,2%	5,0%	5,0%	4,9%
		RC	-,3	,1	,2	
	Sólo si está viejo	N	27	19	136	182
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	14,8%	10,4%	74,7%	100,0%
		%Localización colegio	37,5%	31,7%	42,4%	40,2%
RC		-,5	-1,4	1,5		
No se tira nunca	N	3	6	3	12	
	%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%	
	%Localización colegio	4,2%	10,0%	0,9%	2,6%	
	RC	,9	3,8	-3,5		
No lo sé	N	7	6	40	53	
	%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	13,2%	11,3%	75,5%	100,0%	
	%Localización colegio	9,7%	10,0%	12,5%	11,7%	

		RC	-,6	-,4	,8	
Total	N		72	60	321	453
	%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?		15,9%	13,2%	70,9%	100,0%
	%Localización colegio		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.102 Localización del colegio y conocimientos en momento de desechar el cepillo de dientes

- Localización del colegio y conocimientos sobre el corte de uñas de los pies

La tabla 5.103 muestra que, la mayor proporción de escolares, en los tres colegios estudiados e independientemente de su localización, opinan erróneamente que, las uñas de los pies, “no” deben cortarse de forma recta, obteniéndose los siguientes porcentajes: “colegio urbano” un 66,1% (n=213); “colegio suburbano” un 61,1% (n=44); y “colegio rural” un 40,7%% (n=24).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=25,875; p=0,000).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	Sí	N	21	23	48	92
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	22,8%	25,0%	52,2%	100,0%
		%Localización colegio	29,2%	39,0%	14,9%	20,3%
		RC	2,0	3,8	-4,5	
	No	N	44	24	213	281
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	15,7%	8,5%	75,8%	100,0%
		%Localización colegio	61,1%	40,7%	66,1%	62,0%
		RC	-,2	-3,6	2,8	
	No lo sé	N	7	12	61	80
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	8,8%	15,0%	76,3%	100,0%
		%Localización colegio	9,7%	20,3%	18,9%	17,7%
		RC	-1,9	,6	1,1	
Total	N	72	59	322	453	
	%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	15,9%	13,0%	71,1%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.103 Localización del colegio y conocimientos en corte de uñas de los pies

5.2.2.4.7 Relación entre localización del colegio y otros aspectos relacionados con la higiene corporal

- Variable localización del colegio y variables de agentes que han influido en la educación en higiene corporal del menor.

La tabla 5.104 muestra que, en los tres colegios estudiados, los escolares, en su amplia mayoría, expresan que sus vecinos “no” les han enseñado como deben lavarse o asearse, obteniendo las siguientes proporciones: 99,1% (n=319) en el “colegio urbano”; 100% (n=69) en el “colegio suburbano”; y 94,8% (n=55) en el colegio rural”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=7,808; p=0,020).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Vecinos enseñan HC	Sí	N	0	3	3	6
		%Vecinos enseñan HC	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		%Localización colegio	0,0%	5,2%	0,9%	1,3%
		RC	-1,1	2,7	-1,2	
	No	N	69	55	319	443
		%Vecinos enseñan HC	15,6%	12,4%	72,0%	100,0%
		%Localización colegio	100,0%	94,8%	99,1%	98,7%
		RC	1,1	-2,7	1,2	
Total	N	69	58	322	449	
	%Vecinos enseñan HC	15,4%	12,9%	71,7%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.104 Localización del colegio y vecinos

En la tabla 5.105 se observa que la amplia mayoría de escolares, de los tres colegios estudiados, consideran que por medio de la radio, la televisión o internet “no” han aprendido como deben lavarse y asearse, obteniendo las siguientes proporciones: 96,3% (n=309) en el “colegio urbano”; 97,1% (n=67) en el “colegio suburbano”; y 84,5% (n=49) en el colegio rural”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=14,831; p=0,001).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Radio, televisión o internet enseñan HC	Sí	N	2	9	12	23
		%Radio, televisión o internet enseñan HC	8,7%	39,1%	52,2%	100,0%
		%Localización colegio	2,9%	15,5%	3,7%	5,1%
		RC	-,9	3,8	-2,1	
	No	N	67	49	309	425
		%Radio, televisión o internet enseñan HC	15,8%	11,5%	72,7%	100,0%
		%Localización colegio	97,1%	84,5%	96,3%	94,9%
		RC	,9	-3,8	2,1	
Total	N	69	58	321	448	
	%Radio, televisión o internet enseñan HC	15,4%	12,9%	71,7%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.105 Localización del colegio y radio, televisión o internet

La tabla 5.106 muestra que, en los tres colegios estudiados, los escolares, en su amplia mayoría, expresan que sus conocimientos y hábitos en higiene corporal no han sido adquiridos por medio del autoaprendizaje sino que han sido enseñados, obteniendo las siguientes proporciones: 92,2% (n=297) en el “colegio urbano”; 80% (n=52) en el “colegio suburbano”; y 87,7% (n=50) en el colegio rural”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=9,221; p=0,010).

			Localización del colegio			Total
			Colegio suburbano	Colegio rural	Colegio urbano	
Autoaprendizaje en HC	Sí	N	13	7	25	45
		%Autoaprendizaje en HC	28,9%	15,6%	55,6%	100,0%
		%Localización colegio	20,0%	12,3%	7,8%	10,1%
		RC	2,9	,6	-2,7	
	No	N	52	50	297	399
		%Autoaprendizaje en HC	13,0%	12,5%	74,4%	100,0%
		%Localización colegio	80,0%	87,7%	92,2%	89,9%
		RC	-2,9	-,6	2,7	
Total	N	65	57	322	444	
	%Autoaprendizaje en HC	14,6%	12,8%	72,5%	100,0%	
	%Localización colegio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.106 Localización del colegio y autoaprendizaje

5.2.3 Resultados del estudio en menores ingresados en centros de protección de la Región de Murcia

5.2.3.1 Resultados descriptivos del estudio en menores ingresados en centros de protección de la Región de Murcia.

La recogida de datos en el Servicio del Menor relacionada con la realización de la encuesta a menores que cumplieran con los criterios de inclusión, citados en la metodología, se efectuó entre febrero de 2014 y mayo de 2015. Durante este periodo, el Servicio de Protección de Menores atendió a 563 menores en centros de protección de menores de los cuales 85 tenían entre 7 y 12 años de edad. De esta muestra finalmente se encuestó a 51 menores que cumplieron con los criterios de inclusión.

5.2.3.1.1 Variables socioeconómicas y educativas familiares

En la Tabla 5.107 se muestran los resultados de las características socioeconómicas y educativas de las familias de los menores en acogida, cumplimentado mediante los datos existentes en la base de datos “GISME” y/o en los propios expedientes de los menores del Servicio de Protección de Menores de la Región de Murcia.

Se observa que las personas encargadas del cuidado de los menores, previamente a la adopción de la tutela por la Región de Murcia y al ingreso del menor en un centro de protección, eran en su mayoría las madres o padres de los menores en un 88,2% (n=45).

El nivel de estudios superior alcanzado, en el hogar familiar de donde provenían los menores, y que ha obtenido una mayor proporción es con 90,2%% (n=46) “sin estudios o estudios primarios”. Le sigue con un 5,9% (n=3) quienes han finalizado la primera etapa de secundaria o un grado medio de formación profesional (FP).

La ocupación actual que alcanza un porcentaje más alto es la de “desempleado” en el 51% (n=26) de las familias, seguida de los “trabajadores por cuenta ajena” con un 39,2% (n=20). En relación al tipo de trabajo que desempeñan, aquellos que estaban en activo, la proporción más alta pertenece al grupo de “trabajadores no cualificados”, con un 21,6% (n=11), seguida del grupo “trabajadores manuales cualificados o semicualificados” con el 15,7% (n=8). Asimismo, el nivel de ingresos de la unidad familiar con una mayor proporción es con un 88,2% (n=45), “menor o igual a 1000€”.

		N	%
Persona/s encargadas del cuidado del menor previo al ingreso en un centro de protección	Madre o padre	45	88,2
	Hermano/a mayor	2	3,9
	Abuelo/a materna	1	2,0
	Tío/a materna	2	3,9
	Tío/a paterno	1	2,0
	Total	51	100
Nivel de estudios	Sin estudios o estudios primarios	46	90,2
	Primera etapa de ESO o grado medio de FP	3	5,9
	Segunda etapa de ESO o grado superior de FP	2	3,9
	Total	51	100
Ocupación actual	Trabajador por cuenta propia	2	3,9
	Trabajador por cuenta ajena	20	39,2
	Desempleado	26	51,0
	Otra	2	3,9
	Total	50	98,0
Tipo de trabajo	Empleados tipo administrativo. Servicios personales y seguridad	2	3,9
	Trabajadores por cuenta propia	1	2,0
	Trabajadores manuales cualificados o semicualificados	8	15,7
	Trabajadores no cualificados	11	21,6
	Total	22	43,1
Ingresos en el hogar	Menor o igual a 1000€	45	88,2
	Entre 1001€ y 2000€	4	7,8
	Total	49	96,1

Tabla 5.107 Variables descriptivas socioeconómicas y educativas familiares

5.2.3.1.2 Variables somatométricas de menores en centros de protección

La tabla 5.108 muestra el estudio somatométrico realizado a los menores consistiendo en: medición de talla; medición de peso; y cálculo del índice de masa corporal (IMC). Se analiza la media aritmética y desviación típica según la edad y sexo, así como el percentil correspondiente a la media obtenida según la edad y sexo, utilizando los gráficos de estudios transversales de curvas de crecimiento de la Fundación Faustino Orbegozo Izaguirre (Fernández et al., 2011).

Se observa que, en relación al peso de los niños y las niñas de reciente ingreso en un centro de menores de la Región de Murcia, se obtienen percentiles por debajo de 50 en 6 de los 12 subgrupos: niños/as de 7 y 10 años y en niños de 8 y 11 años.

En cuanto a la talla, 8 de los 12 subgrupo no superan el percentil 50, entre los cuales obtienen un percentil 10: niñas de 7 años y niños de 8 años; un percentil 10-25: niños de 7 años, y niños/as de 10 años; un percentil 25: niñas de 9 años. En el IMC se identifican 7 subgrupos que no superan el percentil 50, de los cuales se encuentran entre los percentiles 10-25: niñas de 10 años; y entre los percentiles 25-50: niño/as de 7 años, niños de 10 años, y niños de 12 años.

Resultados

Edad	Sexo	N	Peso			Talla			IMC**		
			Media	*percentil	Desv. Típ.	Media	*percentil	Desv. Típ.	Media	*percentil	Desv. Típ.
7 años	M	5	24,00	25	5,48	121,80	10-25	7,19	16,04	25-50	2,58
	F	4	23,00	25	4,30	118,50	10	4,65	16,32	25-50	2,39
8 años	M	1	26,50	25	0,00	125,00	10	0,00	16,96	50	0,00
	F	3	35,90	75-90	12,73	133,16	50-75	10,53	19,69	75-90	4,51
9 años	M	3	36,06	50-75	9,76	138,66	50	8,50	18,50	50-75	3,07
	F	2	35,25	50-75	14,49	133,00	25	8,48	19,52	75	5,69
10 años	M	4	33,47	25	8,33	136,62	10-25	1,88	17,86	25-50	4,08
	F	5	31,43	10	4,69	138,30	10-25	1,56	16,43	10-25	2,47
11 años	M	2	40,05	25-50	0,35	146,50	25-50	4,24	18,68	50	1,24
	F	2	47,25	75	22,98	151,00	50-75	5,65	20,38	50-75	8,54
12 años	M	7	46,60	50	10,69	155,42	50	7,72	19,09	25-50	2,91
	F	10	54,55	50	11,11	155,75	50-75	5,20	22,42	75-90	4,23

*Percentil estimado para la edad señalada + 6 meses. **IMC: Índice de masa corporal (Kg/m²). M: masculino. F: femenino

Tabla 5.108 Resultados somatométricos de menores en centros de protección

5.2.3.1.3 Variables sociodemográficas de los menores en acogimiento

En la tabla 5.109 se muestran las variables sociodemográficas de los menores en acogimiento. En la variable “sexo” la proporción es de 47,1% (n=24) para los niños y 52,9% (n=27) para las niñas. Según la edad a estudio, se obtiene una mayor proporción en los menores de “12 años” (n=18; 35,3%) seguido por las edades de “7 años” y “10 años” en iguales proporciones (n=10; 19,6%). La nacionalidad de los menores encuestados es mayoritariamente la española con una proporción del 78,4% (n=40), de los que sólo 30 menores (58,8%) eran hijos/as de madre española.

En relación a la distribución del número de hermanos la moda se sitúa en “4 hermanos” (figura 5.2), con un 21,6% (n=11), situándose la media en 3,73 hermanos/as (DE=2,466); teniendo hermanos mayores el 78,4% (n=40). En cuanto a la asistencia al colegio, el 31,4% no asiste a clase con regularidad de lunes a viernes (n=16).

		N	%
Sexo	Masculino	24	47,1
	Femenino	27	52,9
	Total	51	100
Edad	7 años	10	19,6
	8 años	4	7,8
	9 años	5	9,8
	10 años	10	19,6
	11 años	4	7,8
	12 años	18	35,3
	Total	51	100
Nacionalidad	Española	40	78,4
	Otra	11	21,6
	Total	51	100
Nº de hermanos/as	0	2	3,9
	1	9	17,6
	2	4	7,8
	3	10	19,6
	4	11	21,6
	5	8	15,7
	>5	7	13,7
	Total	51	100
	¿Eres hijo único o el mayor de los hermanos?	Sí	9
No		40	78,4
Total		49	96,1
Asistencia al colegio	De lunes a viernes	35	68,6
	3 ó 4 días a la semana	5	9,8
	1 ó 2 días a la semana	4	7,8
	No asiste	7	13,7
	Total	51	100

5.109 Variables descriptivas sociodemográficas

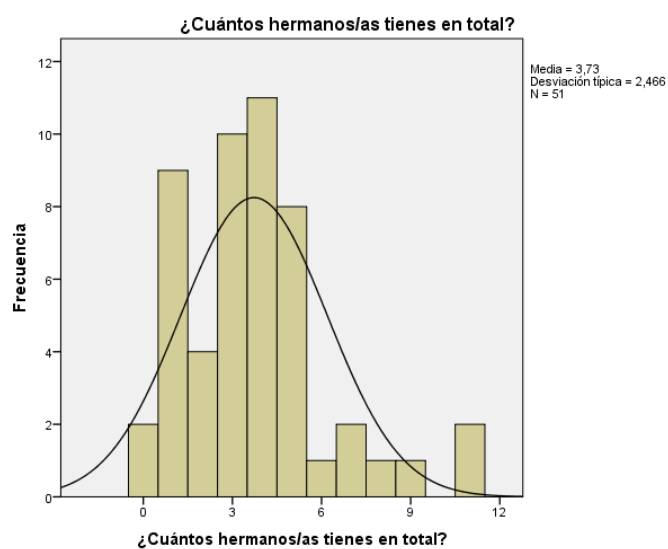


Figura 5.2 Histograma número de hermanos/as

5.2.3.2 Resultados descriptivos de las dimensiones de la higiene corporal en menores en acogimiento

5.2.3.2.1 Higiene de la piel corporal

En la tabla 5.110 se muestran aquellas variables relacionadas con la dimensión “higiene de piel corporal”. Se observa que la frecuencia semanal de lavado de piel corporal más habitual en los menores de reciente ingreso en un centro de protección es “1 vez a la semana” con un 31,4% (n=16) de los escolares, seguido de 2 veces a la semana (n=9; 17,6%).

El momento del día en el que suelen realizar el lavado de piel corporal es en mayor proporción por la noche (n=20; 39,2%) seguido de cerca por los menores que se suelen lavar la piel corporal “por la tarde” 31,4% (n=16).

La manera principal para efectuar el lavado de su piel corporal es la ducha con un 70,6% (n=36). En cuanto a los materiales empleados, se muestra que la mayor proporción de menores de centros de protección manifiestan que en el hogar familiar usaban esponja (n=39; 76,5%), de los cuales la mayoría la compartía con los miembros del hogar (n= 21; 41,2%), también se observa que el 43,1% (n=22) comparte la toalla.

En relación a la autonomía para el lavado de piel corporal el 70,6% (n=36) son independientes. La variable sobre conocimientos en esta dimensión, muestra que el 47,1% (n= 24) desconoce cuál es el uso principal del gel de baño.

		N	%		
Frecuencia (nº veces/semana)	1 vez	16	31,4		
	2 veces	9	17,6		
	3 veces	8	15,7		
	4 veces	2	3,9		
	5 veces	5	9,8		
	6 veces	2	3,9		
	7 veces	9	17,6		
	Total	51	100		
Práctica	Momento	Por la tarde	16	31,4	
		Por la noche	20	39,2	
		Indistinto	15	29,4	
		Total	51	100	
	Modo	Baño	3	5,9	
		Ducha	36	70,6	
		Sólo me paso toalla/esponja mojada	12	23,5	
		Total	51	100	
	Material	Gel de baño	40	78,4	
		Pastilla de jabón	17	33,3	
		Esponja	Uso individual	18	35,3
			Compartida	21	41,2
			No usa	12	23,5
Toalla		Uso individual	29	56,9	

		Compartida	22	43,1
Autonomía		Solo/a	36	70,6
		Madre o padre	12	23,5
		Mi hermano/a mayor	2	3,9
		Otros	1	2,0
		Total	51	100
Conocimientos	¿Cuál es el uso principal del gel?			
		Lavarse la piel	27	52,9
		Lavarse el pelo	13	25,5
		No lo sé	11	21,6
		Total	51	100

Tabla 5.110 Variables descriptivas: dimensión higiene corporal

5.2.3.2.2 Higiene del cabello

En la tabla 5.111 se observan las variables descriptivas relacionadas con la higiene del cabello de los menores previa al ingreso de los menores en un centro de protección. La variable sobre la frecuencia semanal del lavado del cabello presenta una mayor proporción en la opción “1 vez a la semana” (n=19; 37,3%), seguido por el 21,6% (n=11) por “2 veces a la semana”.

El momento más frecuente del lavado del cabello para los escolares es por la tarde (n=19; 37,3%), siendo autónomos en su lavado el 70,6% (n=36).

En relación a las variables sobre conocimientos en higiene del cabello el 43,1% (n=22) responde erróneamente o no sabe cuál es la indicación o uso principal del champú; en la variable relacionada con la pediculosis, el 74,5% (n=38) cree que no es posible tener piojos si el lavado del cabello es diario, y el 17,6% (n=9) lo desconoce, lo que supone que un 79,5% (n=36) no responde de forma acertada.

		N	%
Frecuencia (nº veces/semana)		1 vez	19 37,3
		2 veces	11 21,6
		3 veces	10 19,6
		4 veces	2 3,9
		5 veces	3 5,9
		6 veces	1 2,0
		7 veces	5 9,8
		Total	51 100
	Práctica	Momento	Por la mañana
Por la tarde			19 37,3
Por la noche			16 31,4
Indistinto			15 29,4
Total			51 100
Material		Champú	48 94,1

Resultados

Autonomía	Solo/a	36	70,6
	Madre o padre	11	21,6
	Hermano/a mayor	3	5,9
	Otros	1	2,0
	Total	51	100
Conocimientos	Uso principal champú		
	Lavarse la piel	15	29,4
	Lavarse el pelo	29	56,9
	Lavarse las manos	1	2,0
	No lo sé	6	11,8
	Total	51	100
	¿Si te lavas el pelo a diario puedes tener piojos?		
	Sí	4	7,8
	No	38	74,5
	No lo sé	9	17,6
	Total	51	100

Tabla 5.111 Variables descriptivas: dimensión higiene del cabello

5.2.3.2.3 Higiene de manos

En la tabla 5.112 se muestran las variables que guardan relación con la higiene de manos. Los mayores porcentajes en el número diario de lavado de manos se obtiene tanto en los que se lavan las manos “una” como “dos” veces al día, obteniendo las mismas proporciones (n=14; 27,5%) cada uno.

La distribución de las variables sobre momentos clave del lavado de manos, muestra que mayoritariamente los menores de reciente ingreso en un centro de protección de la Región de Murcia lavaban sus manos en su casa “casi siempre” antes de comer (n=23; 45,1%); en igual proporción señalan que “siempre” (n=16; 31,4%) o “casi siempre” (n=16; 31,4%) lavan sus manos “después de defecar”; y en mayor proporción, expresan que “nunca” lavan las manos después de orinar (n=18; 35,3%). Respecto al empleo de jabón, la mayoría de los menores lo utiliza “siempre” durante el lavado de manos (n=20; 39,2%), aunque el 27,5% (n=14) lo utiliza “casi nunca” y un 7,8% (n=4) “nunca”. Un 3,9% (n=2) refiere no lavarse las manos nunca, y el 96,1% se considera autónomo en el lavado de sus manos.

En relación a la autonomía para cortar las uñas de sus manos la mayor proporción, 39,2% (n=20) expresa que se muerde las uñas, y el 31,4% (n=16) le ayuda su madre o padre. Sólo son autónomos (no teniendo en cuenta los que se muerden las uñas) el 19,6% (n=10).

La variable sobre conocimientos obtiene que sólo el 15,7% (n=8) de los menores señala, acertadamente, que el lavado de manos ayuda a prevenir la incidencia de diarrea; obteniendo la mayor proporción los que señalan que “no lo saben” (n=28; 54,9%).

			N	%	
Frecuencia (nº veces/día)	Ninguna		4	7,8	
	Una		14	27,5	
	Dos		14	27,5	
	Tres		6	11,8	
	Más de tres		13	25,5	
	Total		51	100	
Práctica	Momento	Antes de cada comida	Siempre	5	9,8
			Casi siempre	23	45,1
			Casi nunca	13	25,5
			Nunca	10	19,6
			Total	51	100
		Después defecar	Siempre	16	31,4
			Casi siempre	16	31,4
			Casi nunca	13	25,5
			Nunca	6	11,8
		Total	51	100	
		Después orinar	Siempre	7	13,7
			Casi siempre	9	17,6
	Casi nunca		17	33,3	
	Nunca		18	35,3	
	Total	51	100		
	Modo secado	Toalla		46	90,2
		Papel		3	5,9
		Secador de aire		2	3,9
Total		51	100		
Material	Jabón	Siempre	20	39,2	
		Casi siempre	13	25,5	
		Casi nunca	14	27,5	
		Nunca	4	7,8	
	Total	51	100		
Autonomía	¿Alguien te ayuda a lavarte las manos?				
	Solo/a		49	96,1	
	Nadie porque no me las lavo		2	3,9	
	Total		51	100	
	¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?				
	Mi madre o padre		16	31,4	
	Mi hermano o hermana mayor		2	3,9	
	Me las corto yo solo/a		10	19,6	
	Nadie porque me las muerdo		20	39,2	
	Nadie porque nunca me las corto		2	3,9	
	Otros		1	2,0	
Total		51	100		
Conocimientos	¿Lavarse las manos ayuda a no padecer diarrea?				
	Sí		8	15,7	
	No		15	29,4	
	No lo sé		28	54,9	
	Total		51	100	

Tabla 5.112 Variables descriptivas: dimensión higiene de manos

5.2.3.2.4 Higiene bucodental

La tabla 5.113 muestra aquellas variables relacionadas con la dimensión de higiene bucodental. Se observa que la frecuencia diaria del cepillado de dientes en los menores, realizada en su hogar previamente al ingreso en un centro de protección, era mayoritariamente “ninguna” en un 33,3% (n=17) o “una”, en la misma proporción (n=17; 33,3%).

La variable “número de visitas al dentista” se muestra que el 39,2% (n=20) de los menores nunca ha acudido al dentista. Sobre la distribución de los momentos de realización del cepillado dental, se obtiene una mayor proporción en “después de algunas comidas principales, pero no de todas” con un 39,2% (n=20); sólo el 11,8% (n=6) cepilla sus dientes “siempre tras cada comida principal”. En relación a la duración del cepillado, se obtiene la mayor proporción para la opción “menos de 1 minuto” (n=18; 35,3%).

Las variables sobre materiales empleados en la higiene bucodental, muestra que el tipo de cepillo de dientes más utilizado por los menores es, en su mayoría, el cepillo de dientes manual (n=38; 74,5%), utilizando una minoría el cepillo eléctrico (n=3; 5,9%). El 17,6% (n=9) de los menores ha expresado que “sí” comparte su cepillo de dientes con otros miembros del hogar. Respecto a otros utensilios utilizados en la higiene bucodental, son principalmente: dentífrico (n=40; 78,4%); palillo/mondadientes (n=19; 37,3%); y colutorio (n=9; 17,6%).

Los datos de la variable autonomía para el cepillado de dientes muestra la independencia de los menores en un 78,4% (n=40). En cuanto a los conocimientos sobre esta dimensión, la mayor proporción de menores 56,9% (n=29) opina que el cepillo de dientes “no se tira nunca”, y sólo el 17,6% (n=9) cree que debe desecharse “a los 3 meses o si se pone viejo antes”. En la variable sobre la relación entre el lavado de dientes y la prevención caries, la amplia mayoría de los escolares respondieron que “sí” ayuda en su prevención (n=47; 92,2%).

		N	%	
Frecuencia	Nº cepillado dientes al día (ayer)			
	Ninguna		17 33,3	
	Una		17 33,3	
	Dos		9 17,6	
	Tres o más		8 15,7	
	Total		51 100	
	Nº visitas al dentista en el último año			
	1		6 11,8	
	2 o más		11 21,6	
	Ninguna este año		13 25,5	
	Nunca he ido al dentista		20 39,2	
	Total		50 98,0	
Práctica	Momento	Al levantarse por la mañana	9 17,6	
		Siempre tras cada comida principal	6 11,8	
		Tras algunas comidas principales	20 39,2	
		Antes de acostarse por la noche	13 25,5	
		Sólo cuando me acuerdo	6 11,8	
		Total	51 100	
	Modo (Duración del cepillado)	No me cepillo los dientes	10 19,6	
		Menos de 1 minuto	18 35,3	
		Entre 1 y 3 minutos	17 33,3	
		Más de 3 minutos	4 7,8	
		No lo sé	2 3,9	
		Total	51 100	
	Material	Cepillo de dientes	41 80,4	
		Tipo de cepillo	Manual	38 74,5
			Eléctrico	3 5,9
		¿Comparte el cepillo?	No	42 82,4
			Sí	9 17,6
		Dentífrico	40 78,4	
Colutorio		9 17,6		
Hilo o seda dental		3 5,9		
Miswak/Siwak		1 2,0		
Palillo/mondadientes		19 37,3		
Autonomía	Solo/a	40 78,4		
	Nadie porque no me los lavo	11 21,6		
	Total	51 100		
Conocimientos	¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?			
	A los 3 meses o si se pone viejo antes		9 17,6	
	A los 4 meses o más		2 3,9	
	Cada año		1 2,0	
	Sólo si está viejo		29 56,9	
	No se tira nunca		4 7,8	
	No lo sé		6 11,8	
	Total		51 100	
	¿Lavarse los dientes ayuda a prevenir la caries?			
	Sí		47 92,2	
	No		1 2,0	
	No lo sé		3 5,9	
	Total		51 100	

Tabla 5.113 Variables descriptivas: dimensión higiene bucodental

5.2.3.2.5 Higiene podal

La tabla 5.114 muestra los resultados obtenidos para la dimensión en higiene podal. Se observa como la distribución para la variable “¿te has lavado en alguna ocasión únicamente los pies?” es bastante homogénea en sus opciones, mostrando que un 52,9% (n=27) “no” han lavado nunca sus pies independientemente del lavado corporal. En cuanto al calzado, la mayor proporción (n=33; 64,7%) refiere que “no” cambia de calzado durante la semana, usando los mismos zapatos.

Las variables referidas a la higiene ungueal de los pies muestra que la mayor proporción de menores de centros de protección expresan que en su casa se cortaban las uñas de los pies ellos solos/as (n=27; 52,9%) y el 43,1% (n=22) obtiene ayuda de su madre o padre. En relación a los conocimientos sobre la forma correcta de cortar las uñas de los pies, la distribución de esta variable muestra que sólo el 27,5% (n=14) conoce que se deben cortar de forma recta.

		N	%	
Práctica	Modo	¿Te has lavado en alguna ocasión únicamente los pies?		
		Sí	24	47,1
		No	27	52,9
		Total	51	100
		¿Has usado el mismo calzado durante la última semana?		
		Sí	33	64,7
	No	18	35,3	
	Total	51	100	
	Autonomía (Corte de uñas)	Solo/a	27	52,9
Mi madre o padre		22	43,1	
Nadie porque nunca me las corto		1	2,0	
Otros		1	2,0	
Total		51	100	
Conocimientos	¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?			
	Sí	14	27,5	
	No	27	52,9	
	No lo sé	10	19,6	
	Total	51	100	

Tabla 5.114 Variables descriptivas: dimensión higiene podal

5.2.3.2.6 Higiene ótica

En la tabla 5.115 se observa la distribución de la variable sobre frecuencia de realización de la higiene ótica referida a la última semana, previa al ingreso de los menores en el centro de protección. En la frecuencia de higiene de oídos, la mayor proporción de menores señala que “nunca” se limpia los oídos (n=17; 33,3%) seguido de los que se los limpian “una vez a la semana” (n=16; 31,4%). La opción que obtiene una frecuencia menor es la de aquellos menores que limpiaron sus oídos a diario (n=7; 13,7%).

El instrumento más empleado en la higiene de oídos es el bastoncillo de algodón (n=29; 56,9%) seguido por un 31,4% (n=16) que señalan que no se los limpian. En relación a los bastoncillos de algodón, la variable sobre conocimientos muestra que un 47,1% (n=24), de los menores recién ingresados en centros de protección, cree que es bueno utilizar bastoncillos de algodón en la higiene ótica. La distribución para la autonomía en la realización de la higiene de los oídos, obtiene la mayor proporción para aquellos menores que realizan la higiene ótica de forma autónoma (n=26; 51%).

		N	%	
Frecuencia (nº veces /semana)	Todos los días	7	13,7	
	Dos o tres veces	11	21,6	
	Una vez	16	31,4	
	Nunca	17	33,3	
	Total	51	100	
Práctica	Material	Bastoncillo de algodón	29	56,9
		Dedo	1	2,0
		Agua	4	7,8
		Spray o difusor de agua marina	1	2,0
		Con nada	16	31,4
		Total	51	100
Autonomía	Solo/a	26	51,0	
	Madre o padre	7	13,7	
	Hermano/a mayor	1	2,0	
	Nadie porque nunca me los limpio	16	31,4	
	Otros	1	2,0	
	Total	51	100	
Conocimie ntos	¿Es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?			
	Sí	24	47,1	
	No	12	23,5	
	No lo sé	15	29,4	
	Total	51	100	

Tabla 5.115 Variables descriptivas: dimensión higiene ótica

5.2.3.2.7 Higiene íntima

La tabla 5.116 recoge las variables relacionadas con la dimensión “higiene íntima”. La variable sobre el cambio diario de “calzoncillo/braguitas” muestra proporciones muy similares entre los menores que realizan en cambio diario de ropa interior (n=26; 51%) y los que no la cambian a diario (n=25; 49%). En cuanto al lavado de las partes íntimas, independiente a la realización del lavado de piel corporal, sólo un 33,3% (n=17) expresa que “sí” han realizado en alguna ocasión el lavado exclusivo de sus partes íntimas; en ese caso, el momento más habitual en el que suelen realizar la higiene íntima es “después de usar el váter” con un 9,8% (n=5) de todos los escolares encuestados. La variable sobre autonomía muestra un porcentaje muy superior hacia la independencia de los menores en la limpieza anal tras la defecación (n=47; 92,2%).

		N	%	
Frecuencia	¿Te cambias a diario de calzoncillos/braguitas?			
	Sí	26	51,0	
	No, la cambio cada 2 días	13	25,5	
	No, la cambio cada 3 días o más	12	23,5	
	Total	51	100	
Práctica	* Momento	Después de usar el váter	5	9,8
		Al levantarme	3	5,9
		Al acostarme	4	7,8
		Otros momentos	4	7,8
		Total	16	31,4
	Modo	¿Te has lavado en alguna ocasión tus partes íntimas sin lavarte el resto del cuerpo?		
		Sí	17	33,3
		No	34	66,7
		Total	51	100
	Autonomía (limpieza tras defecar)	Solo/a	47	92,2
Madre o padre		3	5,9	
Mi hermano/a mayor		1	2,0	
Total		51	100	
*Sólo responden los escolares que realizan higiene íntima independiente del lavado corporal				

Tabla 5.116 Variables descriptivas: dimensión higiene íntima

5.2.3.3 Resultados descriptivos sobre otros aspectos relacionados con la higiene corporal en menores en acogimiento

5.2.3.3.1 Agentes influyentes en la educación en higiene corporal

En la tabla 5.117 se muestran las variables relacionadas con aquellos agentes que han podido influir en el aprendizaje de los menores en higiene corporal. De todos los agentes incluidos en las distintas variables el más influyente en la educación higiénico corporal, son los “padres, madres o familiares” con un 72,5% (n=37), seguido en igual proporción de: “médico o enfermera” (n=13; 25,5%), y su “profesor/a” (n=13; 25,5%). Un 21,6% (n=11) no identifica ningún referente en la enseñanza de sus conocimientos o hábitos en higiene corporal.

	N	%
Padres, madres o familiares	37	72,5
Amigos/as	2	3,9
Vecinos/as	2	3,9
Radio, televisión o internet	7	13,7
Profesor/a	13	25,5
Medico o enfermera/o	13	25,5
Nadie, yo solo	11	21,6

Tabla 5. 117 Variables descriptivas sobre agentes influyentes en la educación en higiene corporal

5.2.3.3.2 Rechazo social entre iguales

En la tabla 5.118 se recogen las variables que relacionan la higiene corporal y el rechazo social entre iguales. Se observa como los menores que son rechazados por “oler mal” obtienen una proporción del 13,7% (n=7) “alguna vez”, y un 35,3% (n=18) “varias veces”. Los que manifiestan rechazo de otros menores por “estar sucio/a” alcanzan el 7,8% (n=4) “alguna vez” y el 33,3% “varias veces”.

	N	%
¿Alguna vez otros niños se han metido contigo por oler mal?		
Nunca	26	51,0
Alguna vez	7	13,7
Varias veces	18	35,3
Total	51	100
Rechazo entre iguales por estar sucio/a		
Nunca	30	58,8
Alguna vez	4	7,8
Varias veces	17	33,3
Total	51	100

Tabla 5.118 Variables descriptivas: rechazo social entre iguales

5.2.3.3.3 Importancia auto-referida a la higiene corporal

La tabla 5.119 muestra las distintas variables referidas a la importancia que les merece a los menores la higiene corporal. Las mayores proporciones la obtienen las variables: “sentirme bien” (n=49; 96,1%) y “no oler mal” (n=49; 96,1%), seguidas con proporciones similares por las variables: “estar sano” (n=46; 90,2%), y “no me rechacen mis amigos” (n=46; 90,2%). La variable que obtiene, con una amplia diferencia, una menor proporción es “no me castiguen en casa” (n=17; 33,3%).

	N	%
Estar sano/a	46	90,2
No oler mal	49	96,1
No me rechacen mis amigos/as	46	90,2
No me castiguen en casa	17	33,3
Sentirme bien	49	96,1

Tabla 5.119 Variables descriptivas sobre importancia auto-referida a la higiene corporal

5.2.4 Resultados de la comparación entre escolares y menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial de la Región de Murcia

5.2.4.1 Comparación de las características sociodemográficas de los escolares y los menores en acogimiento

En este apartado se muestran los resultados de la comparación entre las variables sociodemográficas de las dos muestras de menores estudiadas (escolares y menores en acogimiento residencial). El objetivo es analizar qué variables sociodemográficas son diferentes en ambas muestras y, por tanto, pueden limitar la posterior comparación en los hábitos de higiene corporal. Por este motivo, se muestran los resultados de todas las variables sociodemográficas seleccionadas independientemente de que la asociación sea o no estadísticamente significativa.

Las variables sociodemográficas a estudiar son las siguientes:

- Referentes a las familias: nivel de ingresos, nivel de estudios y tipo de ocupación.
- Referentes a los menores: edad, sexo, nacionalidad y nº total de hermanos/as.

5.2.4.1.1 Nivel de estudios terminados de los padres/tutores

La tabla 5.120 y figura 5.3 muestra en sus resultados una importante diferencia entre el nivel de estudios de las familias de los escolares y los menores en acogimiento residencial. Mientras que las familias de los escolares estudiados refieren una mayor proporción de estudios “universitarios” (n=278; 62,9%), en el caso de los menores en acogimiento se obtiene una amplia mayoría de familias “sin estudios o estudios primarios” (n=46; 90,2%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=164,944; p=0,000).

			Escolares	Acogida	Total
Nivel de estudios terminados	Sin estudios o estudios primarios	N	59	46	105
		%Nivel de estudios terminados	56,2%	43,8%	100,0%
		%menores	13,3%	90,2%	21,3%
		RC	-12,7	12,7	
	Primera etapa de educación secundaria o grado medio de FP	N	21	3	24
		%Nivel de estudios terminados	87,5%	12,5%	100,0%
		%menores	4,8%	5,9%	4,9%
	Segunda etapa de educación secundaria o grado superior de FP	N	84	2	86
		%Nivel de estudios terminados	97,7%	2,3%	100,0%
		%menores	19,0%	3,9%	17,4%
	Universitarios	N	278	0	278
		%Nivel de estudios terminados	100,0%	0,0%	100,0%
		%menores	62,9%	0,0%	56,4%
Total	N	442	51	493	
	%Nivel de estudios terminados	89,7%	10,3%	100,0%	
	%menores	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.120 Nivel de estudios terminados y menores estudiados (escolares y acogida)

Resultados

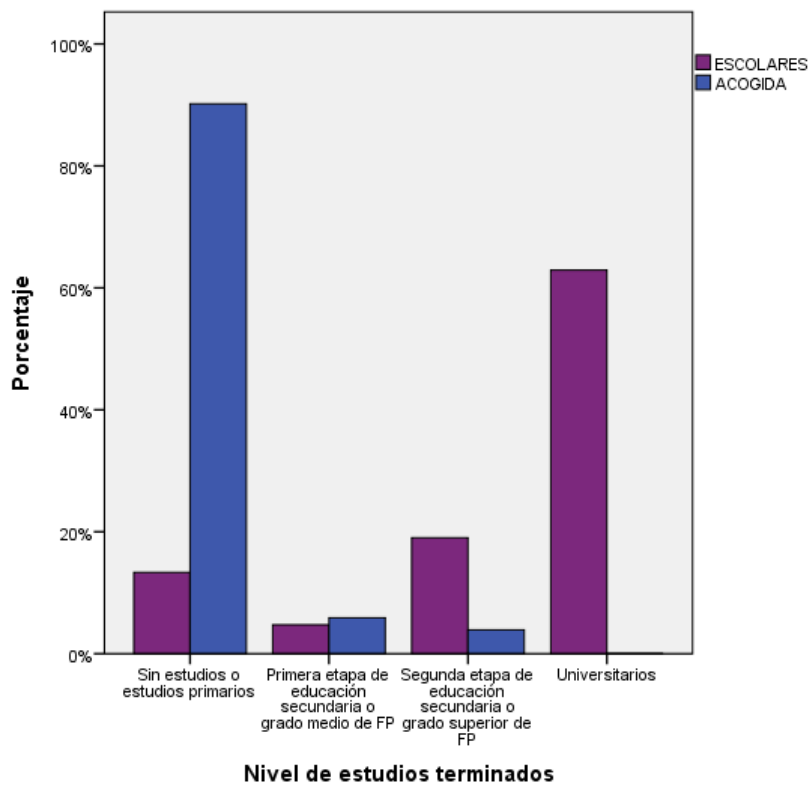


Figura 5.3 Gráfico de barras agrupado de nivel de estudios terminados

5.2.4.1.2 Ocupación actual de los padres/tutores

En la tabla 5.121 y figura 5.4 se observa que mientras las familias de los escolares manifiestan en mayor proporción ($n=236$; 56,2%) trabajar por cuenta ajena, las familias de los menores en acogimiento residencial están mayoritariamente desempleadas ($n=26$; 52%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=26,398; $p=0,000$).

		Escolares	Acogida	Total	
Ocupación actual	Estudiante dedicación exclusiva	N	4	0	4
		%Ocupación actual	100,0%	0,0%	100,0%
		%menores	1,0%	0,0%	0,9%
		RC	,7	-,7	
	Trabajador por cuenta propia	N	77	2	79
		%Ocupación actual	97,5%	2,5%	100,0%
		%menores	18,3%	4,0%	16,8%
		RC	2,6	-2,6	
	Trabajador por cuenta ajena	N	236	20	256
		%Ocupación actual	92,2%	7,8%	100,0%
		%menores	56,2%	40,0%	54,5%
		RC	2,2	-2,2	
	Jubilado	N	3	0	3
		%Ocupación actual	100,0%	0,0%	100,0%
		%menores	0,7%	0,0%	0,6%
		RC	,6	-,6	
	Desempleado	N	88	26	114
		%Ocupación actual	77,2%	22,8%	100,0%
		%menores	21,0%	52,0%	24,3%
		RC	-4,8	4,8	
	Otra	N	12	2	14
%Ocupación actual		85,7%	14,3%	100,0%	
%menores		2,9%	4,0%	3,0%	
RC		-,4	,4		
Total	N	420	50	470	
	%Ocupación actual	89,4%	10,6%	100,0%	
	%menores	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.121 Ocupación y menores estudiados (escolares y acogida)

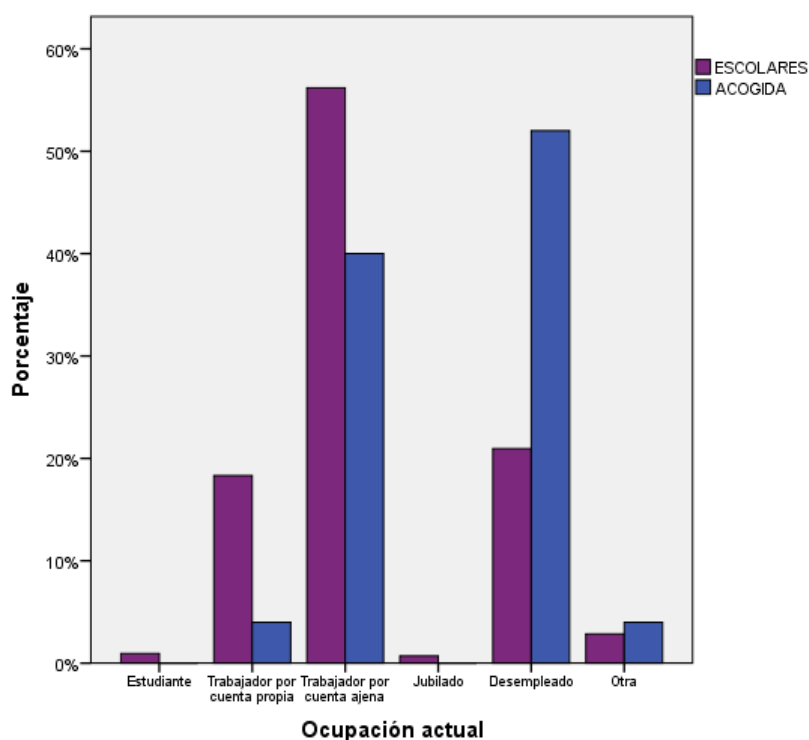


Figura 5.4 Gráfico de barras agrupado de ocupación

5.2.4.1.3 Nivel de ingresos familiares

En la tabla 5.122 y figura 5.5 se muestra una importante diferencia de nivel de ingresos entre las familias de los escolares y menores en centros de protección. Mientras que el 91,8% (n=45) de los menores en centros de protección poseen unos ingresos netos mensuales por un valor “menor o igual a 1000€”, más de la mitad de las familias de los escolares (n=225; 54,6%) superan los 2000€ al mes.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=26,398; p=0,000).

			Escolares	Acogida	Total
Nivel de ingresos	Menor o igual a 1000€	N	85	45	130
		%Nivel de ingresos	65,4%	34,6%	100,0%
		%menores	20,6%	91,8%	28,2%
		RC	-10,5	10,5	
	Entre 1001€ y 2000€	N	102	4	106
		%Nivel de ingresos	96,2%	3,8%	100,0%
		%menores	24,8%	8,2%	23,0%
		RC	2,6	-2,6	
	Mayor de 2000€	N	225	0	225
		%Nivel de ingresos	100,0%	0,0%	100,0%
		%menores	54,6%	0,0%	48,8%
		RC	7,2	-7,2	
Total	N	412	49	461	
	%Nivel de ingresos	89,4%	10,6%	100,0%	
	%menores	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.122 Nivel de ingresos mensuales y menores estudiados (escolares y acogida)

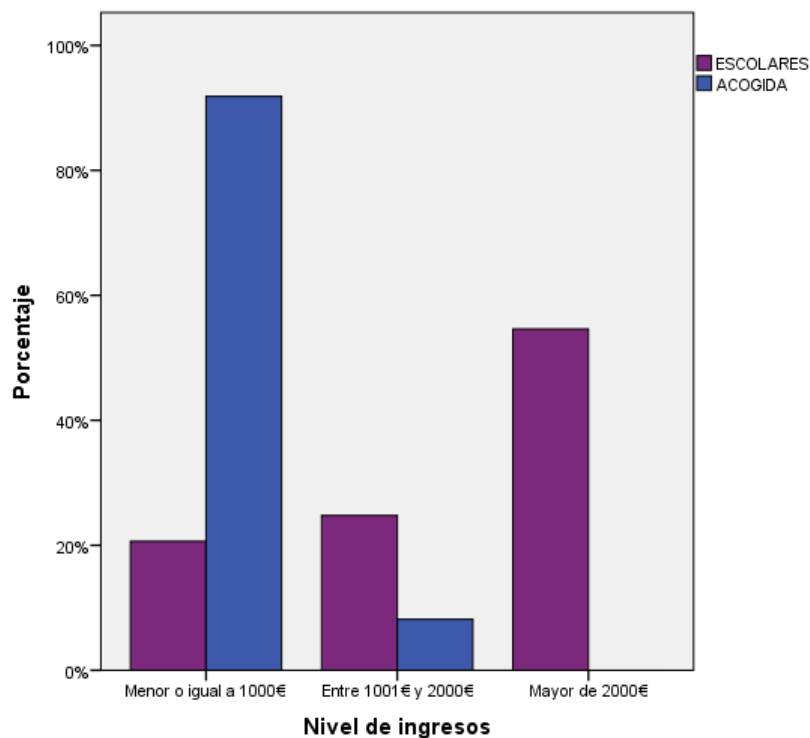


Figura 5.5 Gráfico de barras agrupado de nivel de ingresos mensuales

5.2.4.1.4 Sexo

La tabla 5.123 y figura 5.6 muestra que en ambos grupos resultados muy similares con proporciones cercanas al 50% referidas al sexo de los menores. En escolares se obtiene un 50,2% (n=226) de varones frente al 47,1% en el caso de los menores en centros de protección de la Región de Murcia.

Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (valor=0,183; p=0,668).

			Escolares	Acogida	Total
Sexo	Niño	N	226	24	250
		%Sexo	90,4%	9,6%	100,0%
		%menores	50,2%	47,1%	49,9%
		RC	,4	-,4	
	Niña	N	224	27	251
		%Sexo	89,2%	10,8%	100,0%
		%menores	49,8%	52,9%	50,1%
		RC	-,4	,4	
Total	N	450	51	501	
	%Sexo	89,8%	10,2%	100,0%	
	%menores	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.123 Sexo y menores estudiados (escolares y acogida)

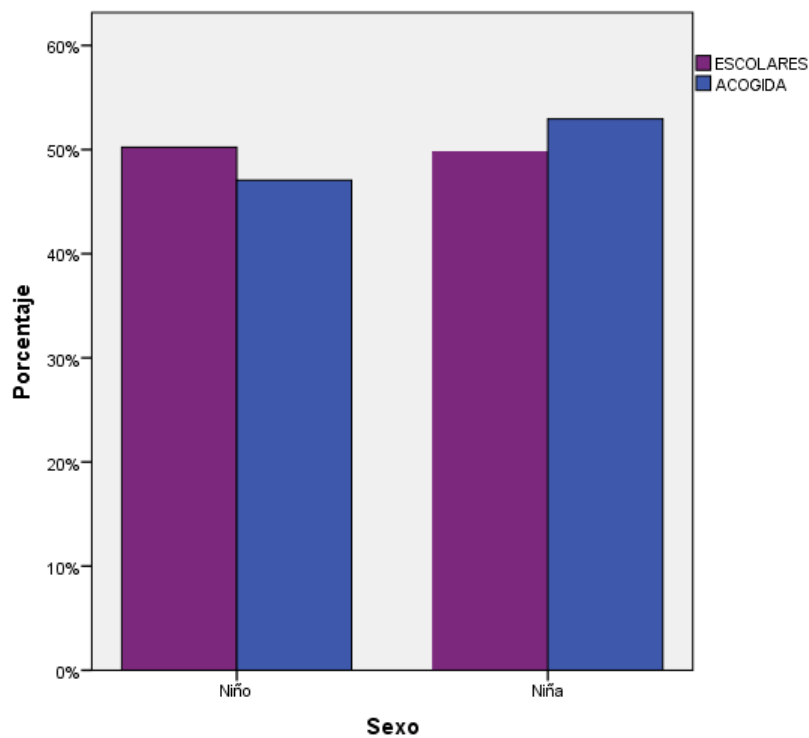


Figura 5.6 Gráfico de barras agrupado del sexo

Resultados

5.2.4.1.5 Edad

La tabla 5.124 y figura 5.7 muestra que un 44% (n=22) de los menores en centros de protección estudiados pertenecen al grupo de edad “11 y 12 años”, mientras que los escolares en este grupo de edad fue del 21,7% (n=98). En el caso de los escolares, la mayor proporción de grupo de edad estudiada fue, en un 40% (n=181) el de “9 y 10 años”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=12,375; p=0,002).

			Escolares	Acogida	Total
Edad por rangos	7 y 8 años	N	173	13	186
		%Edad por rangos	93,0%	7,0%	100,0%
		%menores	38,3%	26,0%	37,1%
		RC	1,7	-1,7	
	9 y 10 años	N	181	15	196
		%Edad por rangos	92,3%	7,7%	100,0%
		%menores	40,0%	30,0%	39,0%
		RC	1,4	-1,4	
	11 y 12 años	N	98	22	120
		%Edad por rangos	81,7%	18,3%	100,0%
		%menores	21,7%	44,0%	23,9%
		RC	-3,5	3,5	
Total	N	452	50	502	
	%Edad por rangos	90,0%	10,0%	100,0%	
	%menores	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.124 Edad y menores estudiados (escolares y acogida)

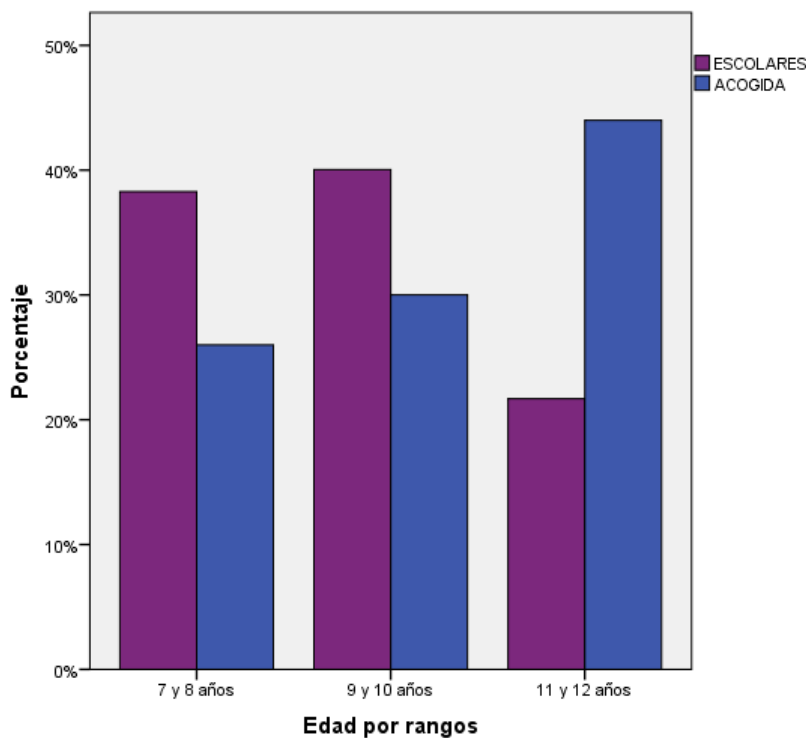


Figura 5.7 Gráfico de barras agrupado de edad

5.2.4.1.6 Nacionalidad

En la tabla 5.125 y figura 5.8 se observa como en ambas muestras de menores, la nacionalidad fue mayoritariamente la española, siendo las proporciones: “escolares” (n=429; 94,7%), y “acogida” (n=40; 78,4%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=25,114; p=0,000).

			Escolares	Acogida	Total
¿Naciste en España?	Sí	N	429	40	469
		%¿Naciste en España?	91,5%	8,5%	100,0%
		%menores	94,7%	78,4%	93,1%
		RC	4,3	-4,3	
	No	N	19	11	30
		%¿Naciste en España?	63,3%	36,7%	100,0%
		%menores	4,2%	21,6%	6,0%
		RC	-5,0	5,0	
	No sé	N	5	0	5
		%¿Naciste en España?	100,0%	0,0%	100,0%
		%menores	1,1%	0,0%	1,0%
		RC	,8	-,8	
Total	N	453	51	504	
	%¿Naciste en España?	89,9%	10,1%	100,0%	
	%menores	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.125 Nacionalidad y menores estudiados (escolares y acogida)

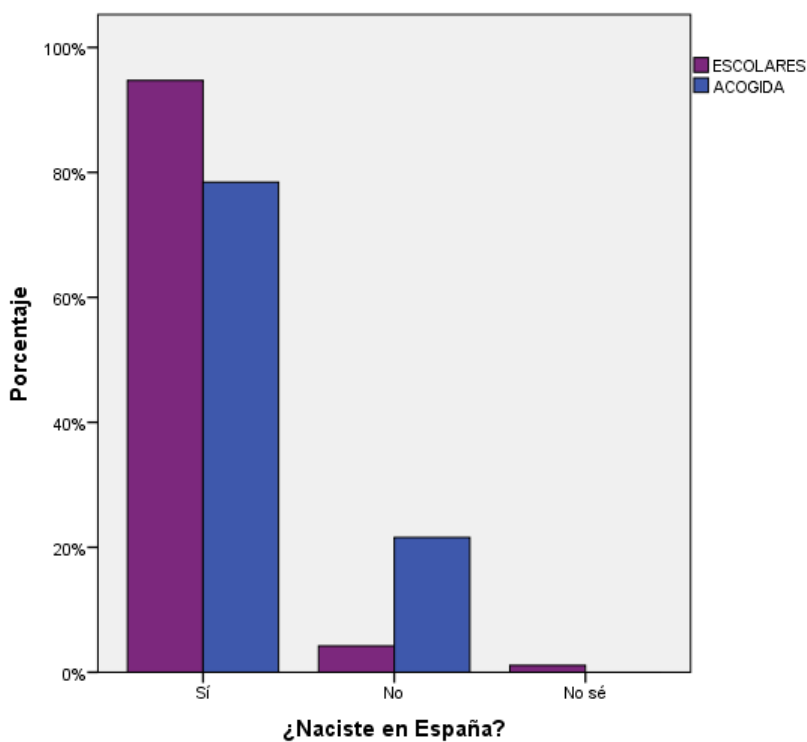


Figura 5.8 Gráfico de barras agrupado de nacionalidad española

Resultados

5.2.4.1.7 Número de hermanos/as

En la tabla 5.126 y figura 5.9 se observa como la media de hermanos/as obtenida en la muestra de menores en centros de protección es superior (media=3,73 hermanos/as; DT=2,466) a la de escolares (media=1,57 hermanos/as; DT=1,226).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p=0,000$).

		N	Media	Desviación típ.	P
Número total de hermanos/as	Escolares	454	1,57	1,226	,000
	Menores en centros de protección	51	3,73	2,466	

Tabla 5.126 Número de hermanos/as y menores estudiados (escolares y acogida)

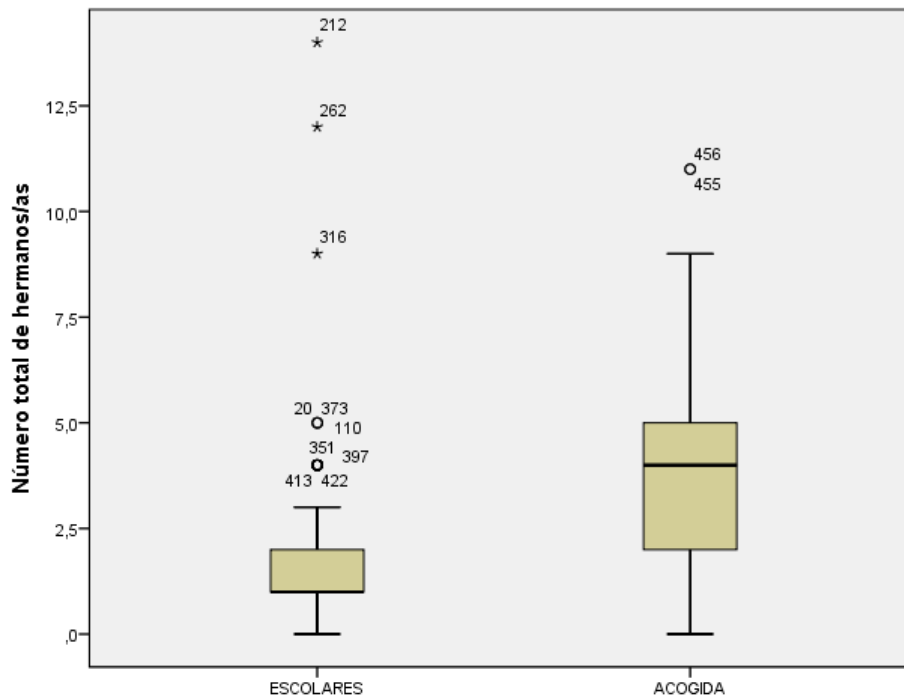


Figura 5.9 Gráfico de caja del número total de hermanos/as

5.2.4.2 Comparación de los escolares y los menores en acogimiento en los conocimientos y hábitos en higiene corporal

Tras la comparación de las dos muestras de menores observamos que en el grupo de acogimiento hay un porcentaje mayor de niños/as de otras nacionalidades, con edades entre 11 y 12 años y con mayor número de hermanos/as. En cuanto a las características de las familias observamos que hay un mayor porcentaje de padres/tutores de los menores en acogimiento sin ocupación. Además, prácticamente la totalidad de la muestra de menores en acogimiento tiene un nivel de ingresos familiares inferior a 1000€ al mes y los progenitores tienen estudios primarios o no tienen. Por los resultados bivariados realizados en el grupo de escolares sabemos que estas dos variables y la edad de los menores pueden influir en los hábitos y conocimientos sobre higiene corporal de los niños.

Por ello, se decidió comparar la muestra de menores en desamparo con la muestra de escolares estratificada por la variable “ingresos familiares”, de tal manera que el grupo en acogimiento de forma global se compara con el grupo de escolares estratificado según las categorías “menor o igual a 1000€”, “entre 1001€ y 2000€” y “mayor de 2000€” También se podía haber optado por estratificar por nivel de estudios, pero un análisis de correlación mostró una fuerte relación entre ambas variables, por lo que los resultados serían muy similares en ambos casos (tabla 5.127). El resto de variables se tendrán en cuenta en la interpretación de nuestros hallazgos.

			Nivel de estudios terminados	Nivel de ingresos
Rho de Spearman	Nivel de estudios terminados	Coefficiente de correlación	1,000	,768**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	493	456
	Nivel de ingresos	Coefficiente de correlación	,768**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	456	461

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5.127 Nivel de ingresos y nivel de estudios de las familias de los escolares y menores en centros de protección

Resultados

5.2.4.2.1 Frecuencia de higiene corporal

- Frecuencia del lavado de manos

La tabla 5.128 y figura 10 muestra como todos los subgrupos de escolares obtienen una mayor proporción en la frecuencia de lavado de manos diaria “más de tres” veces, siendo las proporciones obtenidas: “menor o igual a 1000€” (n=31, 36,5%); “entre 1001 y 2000€” (n=35; 35%); y “mayor de 2000€” (n=80; 35,7%). En cambio, los menores ingresados en centros de protección obtienen los mismos porcentajes (n=14; 27,5%) en las frecuencias de lavado de manos semanal “una” y “dos” veces al día.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=30,268; p=0,003).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Frecuencia lavado manos (diaria)	Ninguna	N	4	5	1	4	14
		%Nº lavado manos	28,6%	35,7%	7,1%	28,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	7,8%	5,9%	1,0%	1,8%	3,0%
		RC	2,1	1,7	-1,3	-1,5	
	Una	N	14	9	12	21	56
		%Nº lavado manos	25,0%	16,1%	21,4%	37,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	27,5%	10,6%	12,0%	9,4%	12,2%
		RC	3,5	-1,5	-1	-1,8	
	Dos	N	14	13	21	56	104
		%Nº lavado manos	13,5%	12,5%	20,2%	53,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	27,5%	15,3%	21,0%	25,0%	22,6%
		RC	,9	-1,8	-4	1,2	
	Tres	N	6	27	31	63	127
		%Nº lavado manos	4,7%	21,3%	24,4%	49,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	11,8%	31,8%	31,0%	28,1%	27,6%
		RC	-2,7	,9	,9	,2	
	Más de tres	N	13	31	35	80	159
		%Nº lavado manos	8,2%	19,5%	22,0%	50,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	25,5%	36,5%	35,0%	35,7%	34,6%
		RC	-1,4	,4	,1	,5	
Total		N	51	85	100	224	460
		%Nº lavado manos	11,1%	18,5%	21,7%	48,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.128 Nivel de ingresos y frecuencia del lavado de manos

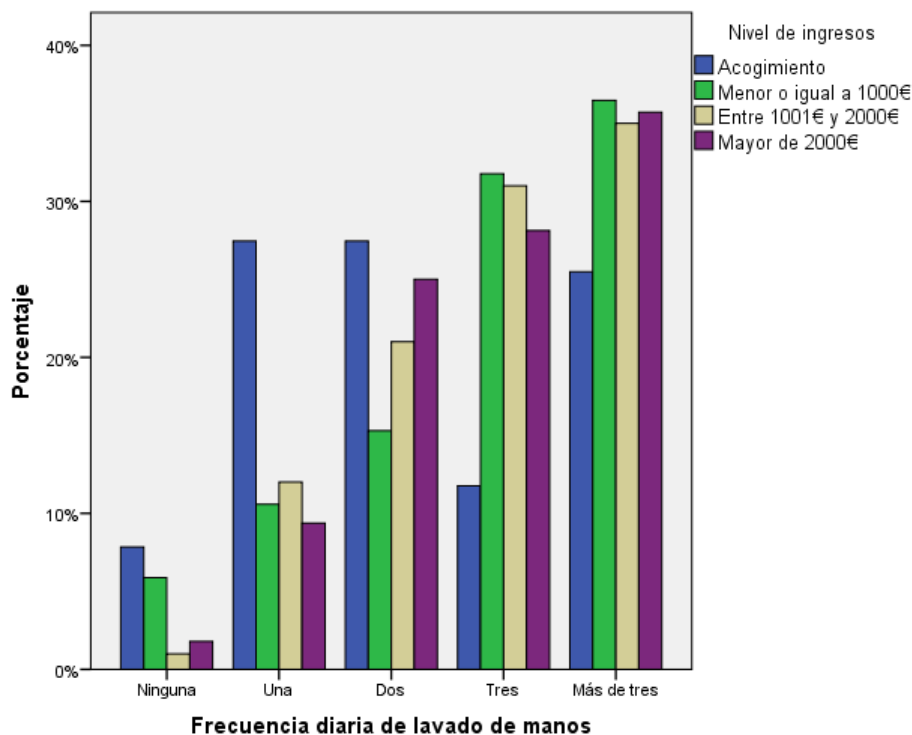


Figura 5.10 Gráfico de barras agrupado de la frecuencia diaria de lavado de manos

- Frecuencia de cepillado dental

En la tabla 5.129 y figura 5.11 se observa como los escolares de familias con ingresos mensuales de los subgrupos “menor o igual a 1000€” (n=29, 34,1%); %, y “entre 1001 y 2000€” (n=44; 43,1%), expresan una frecuencia de lavado dental de “3 veces o más” al día. Los escolares de familias con mayores ingresos, “mayor de 2000€”, obtienen la mayor proporción (n= 96; 42,9%) en la frecuencia de lavado dental “2 veces” al día. La menor frecuencia de lavado dental la obtiene el subgrupo de “menores de centros de protección” con una proporción del 33,3% (n=17) tanto en la frecuencia “1 vez” al día, como en la opción “ninguna”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=84,918; p=0,000).

Resultados

			Menores centros protección	Nivel de ingresos			Total	
				Escolares				
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€		
Frecuencia lavado dental (diaria)	1 vez	N	17	24	21	35	97	
		% Frecuencia lavado dental (diaria)	17,5%	24,7%	21,6%	36,1%	100,0%	
		% Nivel de ingresos	33,3%	28,2%	20,6%	15,6%	21,0%	
		RC	2,3	1,8	-,1	-2,7		
	2 veces	N	9	28	31	96	164	
		% Frecuencia lavado dental (diaria)	5,5%	17,1%	18,9%	58,5%	100,0%	
		% Nivel de ingresos	17,6%	32,9%	30,4%	42,9%	35,5%	
		RC	-2,8	-,5	-1,2	3,2		
	3 veces o más	N	8	29	44	88	169	
		% Frecuencia lavado dental (diaria)	4,7%	17,2%	26,0%	52,1%	100,0%	
		% Nivel de ingresos	15,7%	34,1%	43,1%	39,3%	36,6%	
		RC	-3,3	-,5	1,6	1,2		
Ninguna	N	17	4	6	5	32		
	% Frecuencia lavado dental (diaria)	53,1%	12,5%	18,8%	15,6%	100,0%		
	% Nivel de ingresos	33,3%	4,7%	5,9%	2,2%	6,9%		
	RC	7,9	-,9	-,5	-3,9			
Total			N	51	85	102	224	462
			% Frecuencia lavado dental (diaria)	11,0%	18,4%	22,1%	48,5%	100,0%
			% Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.129 Nivel de ingresos y frecuencia de cepillado dental

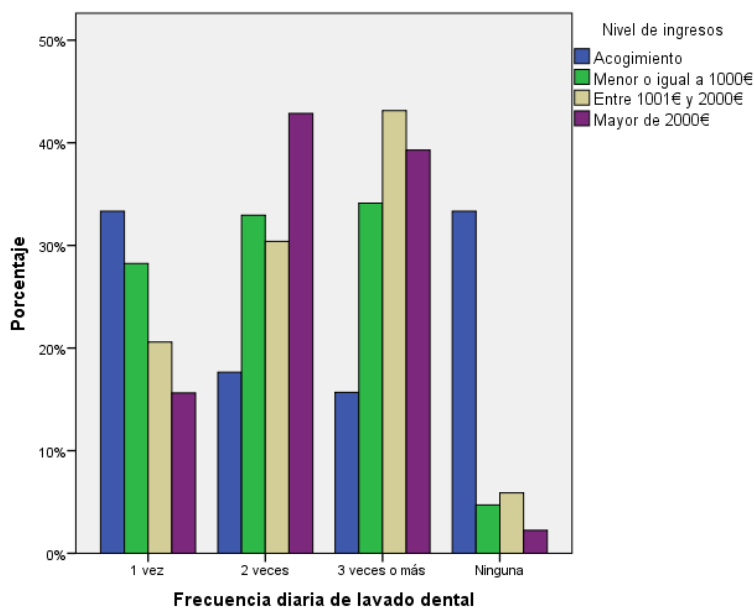


Figura 5.11 Gráfico de barras agrupado de la frecuencia diaria de lavado dental

- Frecuencia de visita al dentista

La tabla 5.130 y figura 5.12 muestra como los escolares, independientemente del nivel de ingresos en su hogar, suelen acudir al dentista en mayor proporción “2 veces o más”: “menor o igual a 1000€” (n=46; 56,1%); “entre 1001 y 2000€” (n=55; 55,6%); y “mayor de 2000€” (n=148; 66,7%). Sin embargo, los menores ingresados en centros de protección señalan en mayor proporción no haber acudido “nunca” al dentista (n=20; 40%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=137,770; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Frecuencia visita dentista (último año)	1	N	6	22	35	55	118
		%Frecuencia visita dentista (último año)	5,1%	18,6%	29,7%	46,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	12,0%	26,8%	35,4%	24,8%	26,0%
		RC	-2,4	,2	2,4	-,6	
	2 o más	N	11	46	55	148	260
		%Frecuencia visita dentista (último año)	4,2%	17,7%	21,2%	56,9%	100,0%
		%Nivel de ingresos	22,0%	56,1%	55,6%	66,7%	57,4%
		RC	-5,4	-,3	-,4	3,9	
	Ninguna este año	N	13	13	7	12	45
		%Frecuencia visita dentista (último año)	28,9%	28,9%	15,6%	26,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	26,0%	15,9%	7,1%	5,4%	9,9%
		RC	4,0	2,0	-1,1	-3,2	
	Nunca he ido al dentista	N	20	1	2	7	30
		%Frecuencia visita dentista (último año)	66,7%	3,3%	6,7%	23,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	40,0%	1,2%	2,0%	3,2%	6,6%
		RC	10,1	-2,2	-2,1	-2,9	
Total	N	50	82	99	222	453	
	%Frecuencia visita dentista (último año)	11,0%	18,1%	21,9%	49,0%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.130 Nivel de ingresos y frecuencia de visita al dentista

Resultados

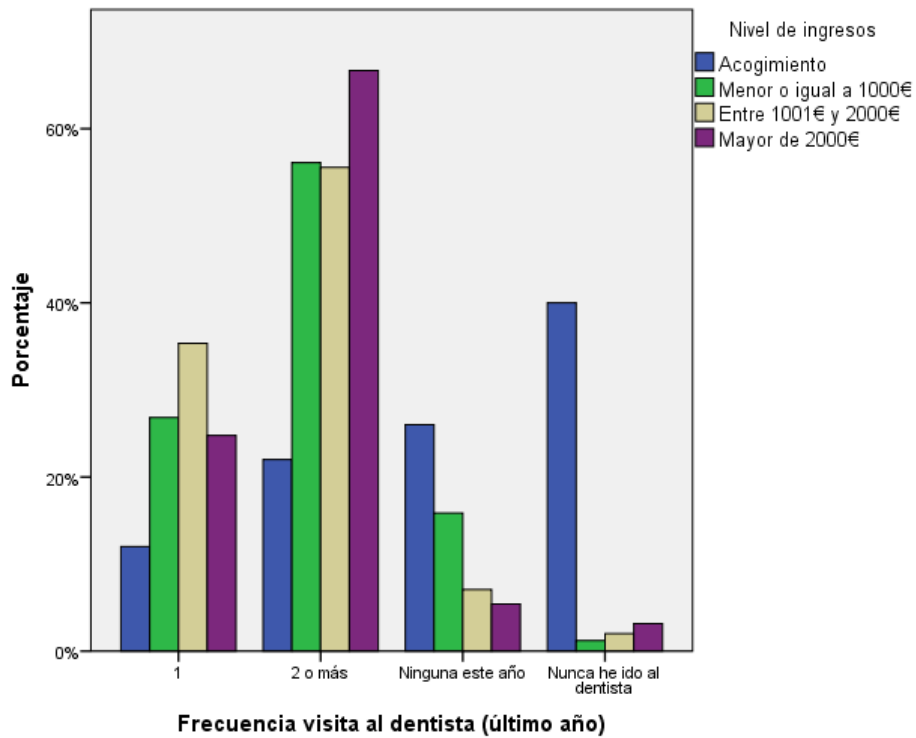


Figura 5.12 Gráfico de barras agrupado de la frecuencia de visita al dentista

- Frecuencia de higiene de oídos

En la tabla 5.131 y figura 5.13 se muestra que los escolares en cuyo hogar se perciben unos ingresos mensuales “menor o igual a 1000€” y “entre 1001 y 2000€” se limpian los oídos mayoritariamente “dos o tres veces a la semana”: 27,1% (n=23) y 44,6% (n=45) respectivamente. Entre los escolares de familias que perciben un ingreso “mayor de 2000€”, obtienen la mayor proporción los que “nunca” se los limpian (n=83; 37,2%). Los menores ingresados en centros de protección señalan, en mayor proporción, que en su casa no se limpiaban “nunca” los oídos (n=17; 33,3%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=30,459; p=0,000).

		Nivel de ingresos					Total
		Menores centros protección	Escolares				
			Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€		
Frecuencia limpieza oídos (semanal)	Todos los días	N	7	22	21	25	75
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	9,3%	29,3%	28,0%	33,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	13,7%	25,9%	20,8%	11,2%	16,3%
		RC	-,5	2,6	1,4	-2,9	
	Dos o tres veces	N	11	23	45	69	148
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	7,4%	15,5%	30,4%	46,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	21,6%	27,1%	44,6%	30,9%	32,2%
		RC	-1,7	-1,1	3,0	-,5	
	Una vez	N	16	20	15	46	97
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	16,5%	20,6%	15,5%	47,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	31,4%	23,5%	14,9%	20,6%	21,1%
		RC	1,9	,6	-1,7	-,2	
	Nunca	N	17	20	20	83	140
%Frecuencia limpieza oídos (semanal)		12,1%	14,3%	14,3%	59,3%	100,0%	
%Nivel de ingresos		33,3%	23,5%	19,8%	37,2%	30,4%	
RC		,5	-1,5	-2,6	3,1		
Total		N	51	85	101	223	460
		%Frecuencia limpieza oídos (semanal)	11,1%	18,5%	22,0%	48,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.131 Nivel de ingresos y frecuencia de higiene de oídos

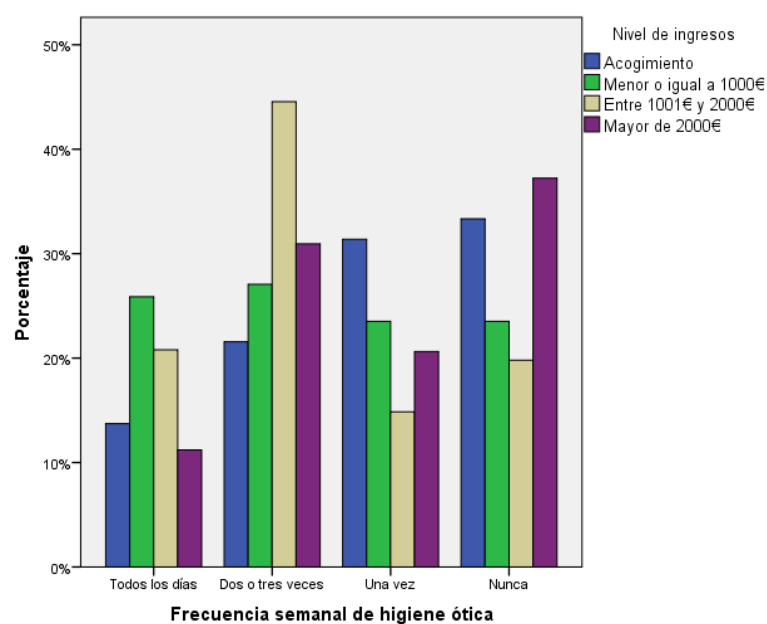


Figura 5.13 Gráfico de barras agrupado de la frecuencia semanal de higiene ótica

Resultados

- Frecuencia de cambio de ropa interior

La tabla 5.132 y figura 5.14 muestra como en todos los subgrupos de la variable “nivel de ingresos” se obtienen los mayores porcentajes en el cambio de ropa interior diario, siendo las proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=70; 82,4%); “entre 1001 y 2000€” (n=85; 85%); “mayor de 2000€” (n=195; 86,7%); y “menores en centros de protección” (n=26; 51%). Según el “nivel de ingresos” también se observa como el subgrupo que expresa en mayor proporción cambiar su ropa interior “cada 2 días” (n=13; 25,5%), y “cada 3 días o más” (n=12; 23,5%) es el de “menores en centros de protección”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=47,487; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Te cambias todos los días de calzoncillos/braquitas?	Sí	N	26	70	85	195	376
		%Frecuencia cambio ropa interior	6,9%	18,6%	22,6%	51,9%	100,0%
		%Nivel de ingresos	51,0%	82,4%	85,0%	86,7%	81,6%
		RC	-6,0	,2	1,0	2,8	
	No, la cambio cada 2 días	N	13	12	12	22	59
		%Frecuencia cambio ropa interior	22,0%	20,3%	20,3%	37,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	25,5%	14,1%	12,0%	9,8%	12,8%
		RC	2,9	,4	-,3	-,9	
	No, la cambio cada 3 días o más	N	12	3	3	8	26
		%Frecuencia cambio ropa interior	46,2%	11,5%	11,5%	30,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	23,5%	3,5%	3,0%	3,6%	5,6%
		RC	5,9	-,9	-,3	-,9	
Total		N	51	85	100	225	461
		%Frecuencia cambio ropa interior	11,1%	18,4%	21,7%	48,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.132 Nivel de ingresos y frecuencia de cambio de ropa interior

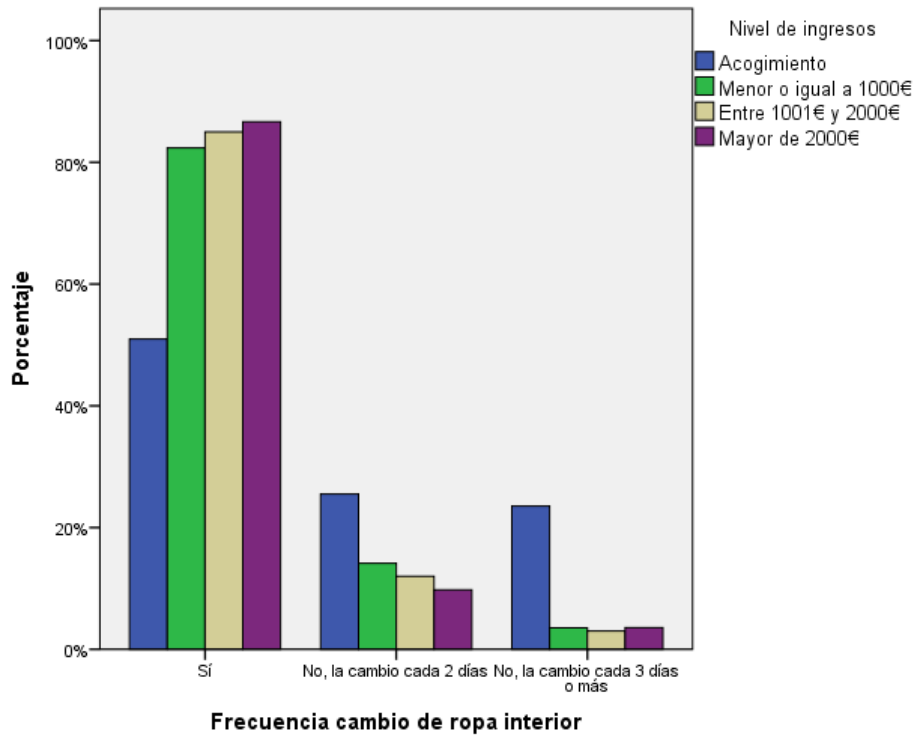


Figura 5.14 Gráfico de barras agrupado de la frecuencia de cambio de ropa interior

Resultados

- Frecuencia de lavado de piel corporal

En la tabla 5.133 y figura 5.15 se observa como a mayor nivel de ingresos la media semanal de lavado de piel corporal es más alta, obteniendo la mayor frecuencia el subgrupo de menores con ingresos familiares mensuales “mayor de 2000€” (media=5,13; DT=1,828). La frecuencia semanal de lavado de piel corporal más baja es para el subgrupo “menores en centros de protección” (media=3,25; DT=2,252).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p=0,000$).

De los últimos 7 días, ¿cuántos días te lavaste el cuerpo?				
	N	Media	Desviación típica	P
Menores centros protección	51	3,25	2,252	,000
Menor o igual a 1000€	85	5,02	1,939	
Entre 1001€ y 2000€	101	5,12	1,751	
Mayor de 2000€	221	5,13	1,828	
Total	458	4,90	1,967	

Tabla 5.133 Nivel de ingresos y frecuencia de lavado de piel corporal

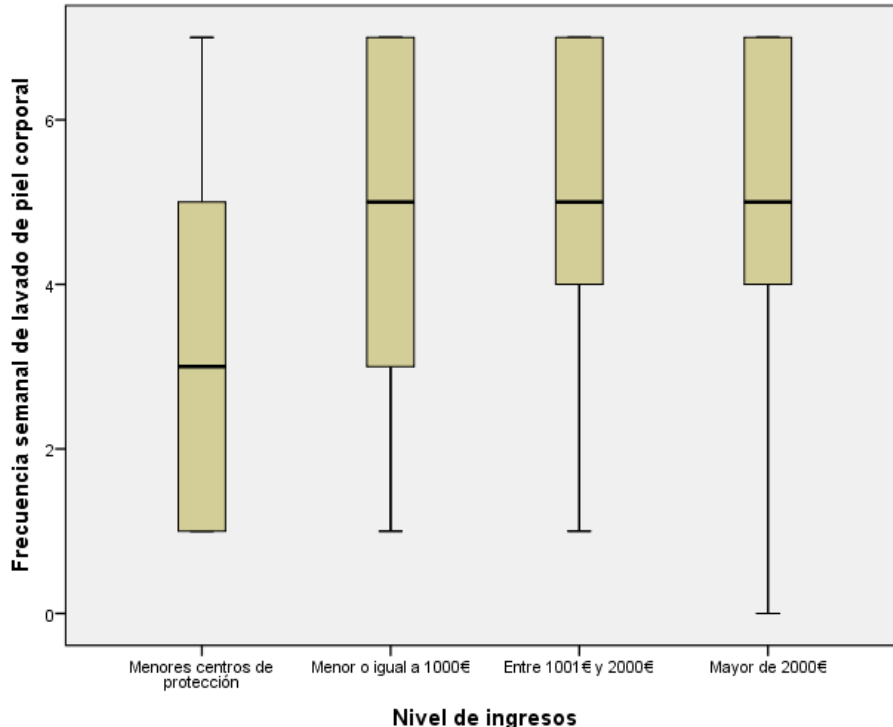


Figura 5.15 Gráfico de caja de la frecuencia semanal de lavado de piel corporal

- Frecuencia de lavado del cabello

La tabla 5.134 y figura 5.16 muestra unas frecuencias similares de lavado semanal del cabello entre los subgrupo de los escolares, obteniendo una mayor puntuación los escolares del subgrupo de ingresos “menor o igual a 1000€” con una media=4,26 días a la semana (DT=1,953). El subgrupo de “menores en centros de protección” obtiene la puntuación inferior (media=2,65; DT=1,916).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p=0,000$).

En los últimos 7 días, ¿cuántos días te lavaste el pelo?				
	N	Media	Desviación típica	P
Menores centros protección	51	2,65	1,916	,000
Menor o igual a 1000€	85	4,26	1,953	
Entre 1001€ y 2000€	101	4,14	1,913	
Mayor de 2000€	221	4,21	1,891	
Total	458	4,03	1,967	

Tabla 5.134 Nivel de ingresos y frecuencia de lavado del cabello

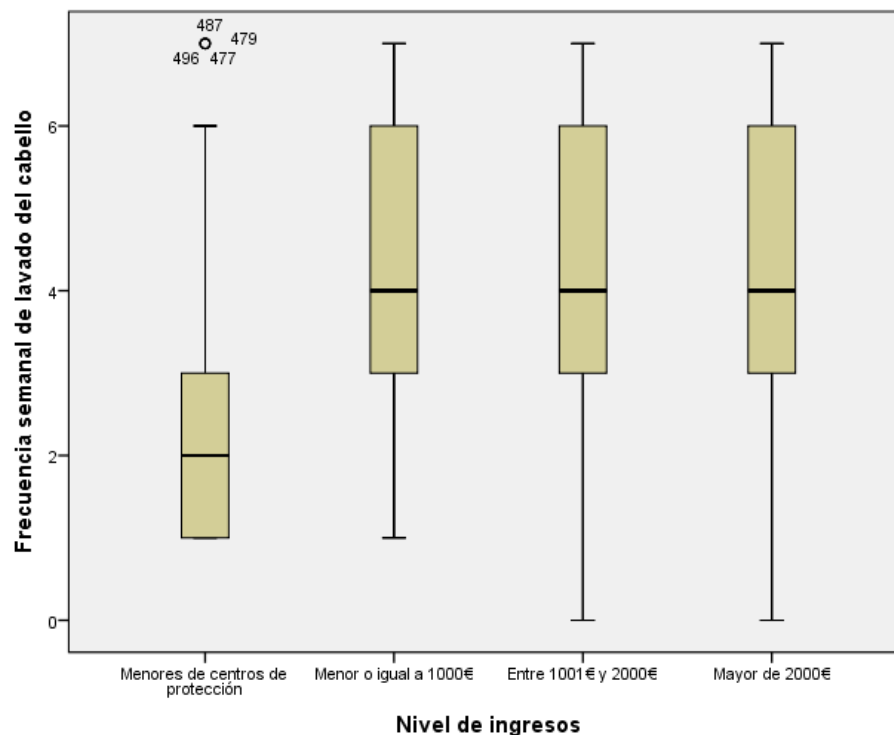


Figura 5.16 Gráfico de caja de la frecuencia semanal de lavado del cabello

5.2.4.2.2 Momento de realización de la higiene corporal

- Momento de lavado de piel corporal

La tabla 5.135 y figura 5.17 muestra que en todos los niveles de ingresos del hogar, los escolares se lavan más el cuerpo por la “noche, antes de acostarse” obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=38; 45,2%); “entre 1001 y 2000€” (n=59; 57,8%); y “mayor de 2000€” (n=125; 56,1%). También los menores de reciente ingreso en centros de protección de la Región de Murcia expresan, en mayor proporción (n=20; 39,2%), lavarse más la piel corporal por la “noche, antes de acostarse”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=28,916; p=0,001).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿En qué momento del día te sueles lavar el cuerpo?	Al levantarme por la mañana	N	0	8	3	8	19
		%Momento lavado piel corporal	0,0%	42,1%	15,8%	42,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	9,5%	2,9%	3,6%	4,1%
		RC	-1,6	2,7	-,7	-,6	
	Por la noche, antes de acostarme	N	20	38	59	125	242
		%Momento lavado piel corporal	8,3%	15,7%	24,4%	51,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	39,2%	45,2%	57,8%	56,1%	52,6%
		RC	-2,0	-1,5	1,2	1,4	
	Por la tarde, cuando llego a casa del colegio	N	16	14	6	37	73
		%Momento lavado piel corporal	21,9%	19,2%	8,2%	50,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	31,4%	16,7%	5,9%	16,6%	15,9%
		RC	3,2	,2	-3,1	,4	
	Algunos días por la mañana y otros por la tarde o por la noche	N	15	24	34	53	126
		%Momento lavado piel corporal	11,9%	19,0%	27,0%	42,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	29,4%	28,6%	33,3%	23,8%	27,4%
		RC	,3	,3	1,5	-1,7	
Total	N	51	84	102	223	460	
	%Momento lavado piel corporal	11,1%	18,3%	22,2%	48,5%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.135 Nivel de ingresos y momento de lavado de piel corporal

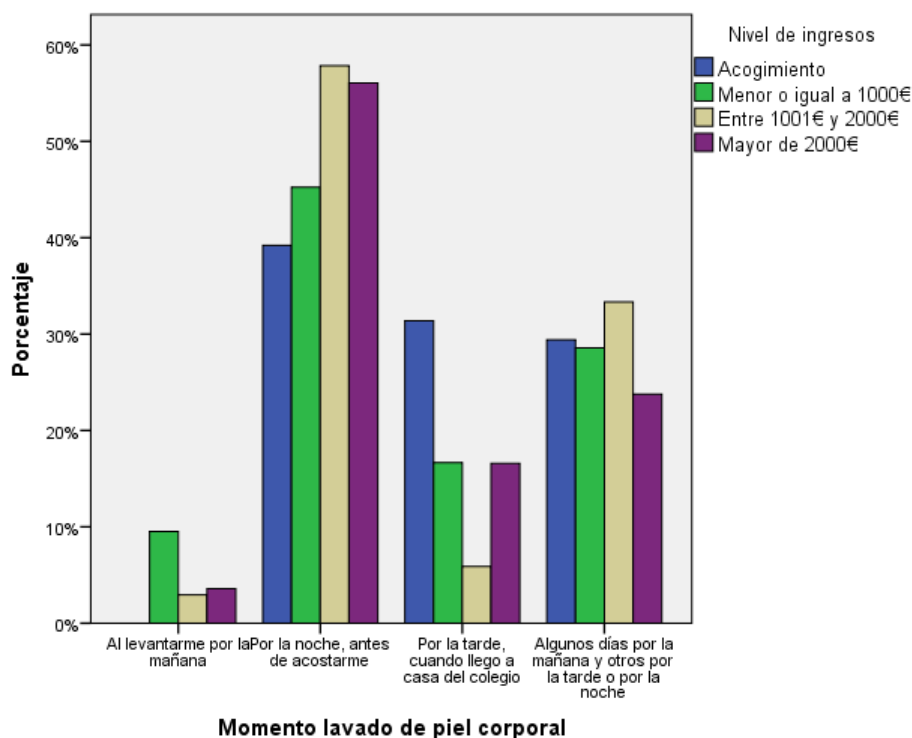


Figura 5.17 Gráfico de barras agrupado del momento de lavado de piel corporal

- Lavado de manos (antes de cada comida)

En la tabla 5.136 y figura 5.18 se observa como en los tres subgrupos de escolares, según la variable “nivel de ingresos”, se obtienen las mayores proporciones al señalar que “siempre” se lavan las manos antes de cada comida, siendo los porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=47; 55,3%); “entre 1001 y 2000€” (n=53; 52%); y “mayor de 2000€” (n=116; 51,6%). Los menores ingresosados en centros de protección, sin embargo, señalan en mayor proporción que “casi siempre” (n=23; 45,1%) se lavan las manos antes de cada comida.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=86,094; p=0,000).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Lavado manos antes de las comidas	Siempre	N	5	47	53	116	221
		%Lavado manos antes de las comidas	2,3%	21,3%	24,0%	52,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	9,8%	55,3%	52,0%	51,6%	47,7%
		RC	-5,7	1,5	1,0	1,6	
	Casi siempre	N	23	31	42	86	182
		%Lavado manos antes de las comidas	12,6%	17,0%	23,1%	47,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	45,1%	36,5%	41,2%	38,2%	39,3%
		RC	,9	-,6	,4	-,5	
	Casi nunca	N	13	5	7	21	46
		%Lavado manos antes de las comidas	28,3%	10,9%	15,2%	45,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	25,5%	5,9%	6,9%	9,3%	9,9%
		RC	3,9	-1,4	-1,2	-,4	
	Nunca	N	10	2	0	2	14
		%Lavado manos antes de las comidas	71,4%	14,3%	0,0%	14,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	19,6%	2,4%	0,0%	0,9%	3,0%
RC		7,3	-,4	-2,0	-2,6		
Total		N	51	85	102	225	463
		%Lavado manos antes de las comidas	11,0%	18,4%	22,0%	48,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.136 Nivel de ingresos y lavado de manos (antes de cada comida)

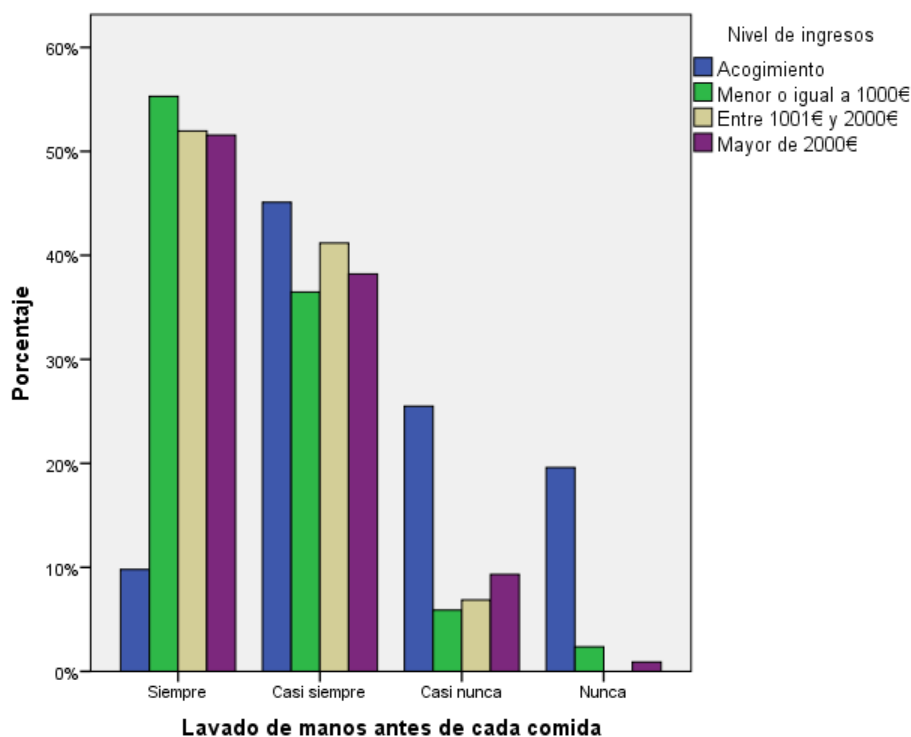


Figura 5.18 Gráfico de barras agrupado del lavado de manos antes de las comidas

- Lavado de manos (después de defecar)

La tabla 5.137 y figura 5.19 muestra que en todos los niveles de ingresos del hogar, los escolares obtienen una mayor proporción en el lavado de manos “siempre” después de defecar, siendo las proporciones según el nivel de ingresos: “menor o igual a 1000€” (n=60; 70,6%); “entre 1001 y 2000€” (n=79; 77,5%); y “mayor de 2000€” (n=172; 77,1%). Los menores ingresos en centros de protección señalan en igual proporción lavarse las manos después de defecar “siempre” (n=16; 31,4%) y “casi siempre” (n=16; 31,4%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=63,515; p=0,000).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Lavado manos tras defecar	Siempre	N	16	60	79	172	327
		%Lavado manos tras defecar	4,9%	18,3%	24,2%	52,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	31,4%	70,6%	77,5%	77,1%	70,9%
		RC	-6,6	-,1	1,6	2,8	
	Casi siempre	N	16	13	19	34	82
		%Lavado manos tras defecar	19,5%	15,9%	23,2%	41,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	31,4%	15,3%	18,6%	15,2%	17,8%
		RC	2,7	-,7	,3	-1,4	
	Casi nunca	N	13	11	2	9	35
		%Lavado manos tras defecar	37,1%	31,4%	5,7%	25,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	25,5%	12,9%	2,0%	4,0%	7,6%
		RC	5,1	2,1	-2,4	-2,8	
	Nunca	N	6	1	2	8	17
		%Lavado manos tras defecar	35,3%	5,9%	11,8%	47,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	11,8%	1,2%	2,0%	3,6%	3,7%
		RC	3,2	-1,4	-1,0	-,1	
Total		N	51	85	102	223	461
		%Lavado manos tras defecar	11,1%	18,4%	22,1%	48,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.137 Nivel de ingresos y lavado de manos (después de defecar)

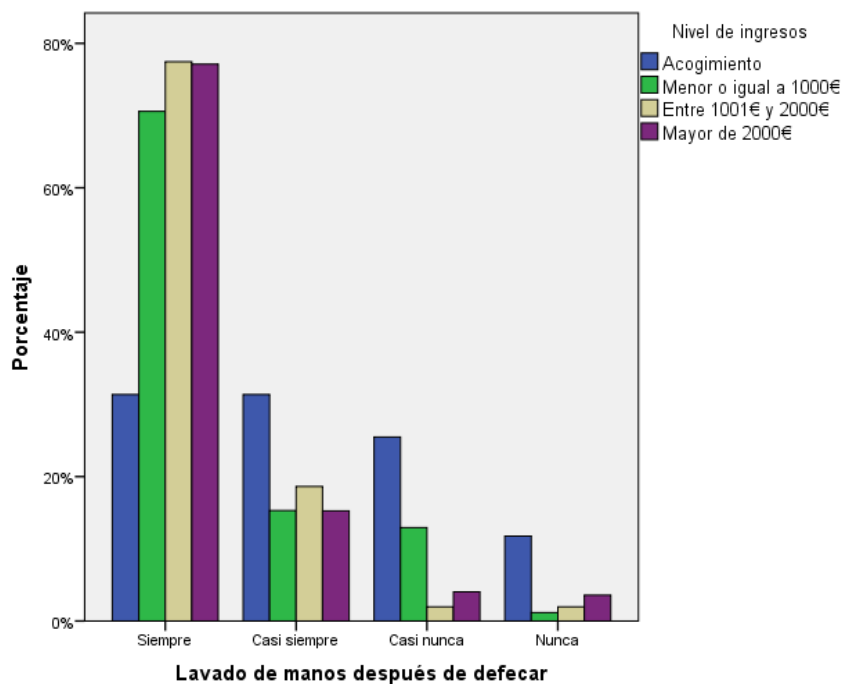


Figura 5.19 Gráfico de barras agrupado del lavado de manos después de defecar

- Lavado de manos (después de orinar)

En la tabla 5.138 y figura 5.20 se muestra como en los tres subgrupos de escolares, según la variable “nivel de ingresos”, se obtienen las mayores proporciones al señalar que “siempre” se lavan las manos después de orinar, siendo los porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=47; 55,3%); “entre 1001 y 2000€” (n=61; 59,8%); y “mayor de 2000€” (n=121; 53,8%). Por el contrario, los menores ingresados en centros de protección señalan en mayor proporción que “nunca” (n=18; 35,3%) se lavan las manos antes de cada comida.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=71,125; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Lavado de manos tras orinar	Siempre	N	7	47	61	121	236
		%Lavado de manos tras orinar	3,0%	19,9%	25,8%	51,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	13,7%	55,3%	59,8%	53,8%	51,0%
		RC	-5,6	,9	2,0	1,2	
	Casi siempre	N	9	19	28	62	118
		%Lavado de manos tras orinar	7,6%	16,1%	23,7%	52,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	17,6%	22,4%	27,5%	27,6%	25,5%
		RC	-1,4	-,7	,5	1,0	
	Casi nunca	N	17	12	6	22	57
		%Lavado de manos tras orinar	29,8%	21,1%	10,5%	38,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	33,3%	14,1%	5,9%	9,8%	12,3%
		RC	4,8	,6	-2,2	-1,6	
	Nunca	N	18	7	7	20	52
		%Lavado de manos tras orinar	34,6%	13,5%	13,5%	38,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	35,3%	8,2%	6,9%	8,9%	11,2%
		RC	5,8	-1,0	-1,6	-1,6	
Total		N	51	85	102	225	463
		%Lavado de manos tras orinar	11,0%	18,4%	22,0%	48,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.138 Nivel de ingresos y lavado de manos (después de orinar)

Resultados

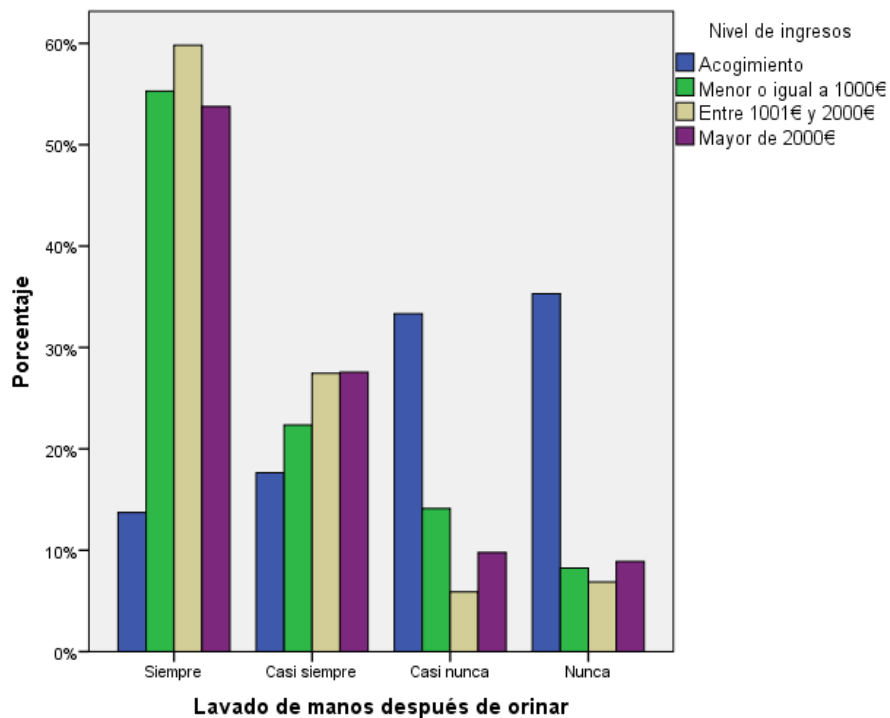


Figura 5.20 Gráfico de barras agrupado del lavado de manos después de orinar

- Uso de jabón durante el lavado de manos

En la tabla 5.139 y figura 5.21 se observa como en los tres subgrupos de escolares, según la variable “nivel de ingresos”, se obtienen las mayores proporciones al señalar que “siempre” utilizan jabón durante el lavado de manos, siendo los porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=63; 74,1%); “entre 1001 y 2000€” (n=91; 89,2%); y “mayor de 2000€” (n=181; 80,4%). Los menores ingresados en centros de protección, al igual que los escolares, señalan en mayor proporción que “siempre” usan jabón durante el lavado de manos, aunque el porcentaje es muy inferior al de los subgrupos de escolares (n=20; 39,2%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=84,879; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Uso de jabón durante lavado manos	Siempre	N	20	63	91	181	355
		%Uso de jabón durante lavado manos	5,6%	17,7%	25,6%	51,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	39,2%	74,1%	89,2%	80,4%	76,7%
		RC	-6,7	-,6	3,4	1,9	
	Casi siempre	N	13	17	9	36	75
		%Uso de jabón durante lavado manos	17,3%	22,7%	12,0%	48,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	25,5%	20,0%	8,8%	16,0%	16,2%
		RC	1,9	1,1	-2,3	-,1	
	Casi nunca	N	14	3	2	7	26
		%Uso de jabón durante lavado manos	53,8%	11,5%	7,7%	26,9%	100,0%
		%Nivel de ingresos	27,5%	3,5%	2,0%	3,1%	5,6%
		RC	7,2	-,9	-1,8	-2,3	
	Nunca	N	4	2	0	1	7
		%Uso de jabón durante lavado manos	57,1%	28,6%	0,0%	14,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	7,8%	2,4%	0,0%	0,4%	1,5%
		RC	3,9	,7	-1,4	-1,8	
Total	N	51	85	102	225	463	
	%Uso de jabón durante lavado manos	11,0%	18,4%	22,0%	48,6%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.139 Nivel de ingresos y uso de jabón durante el lavado de manos

Resultados

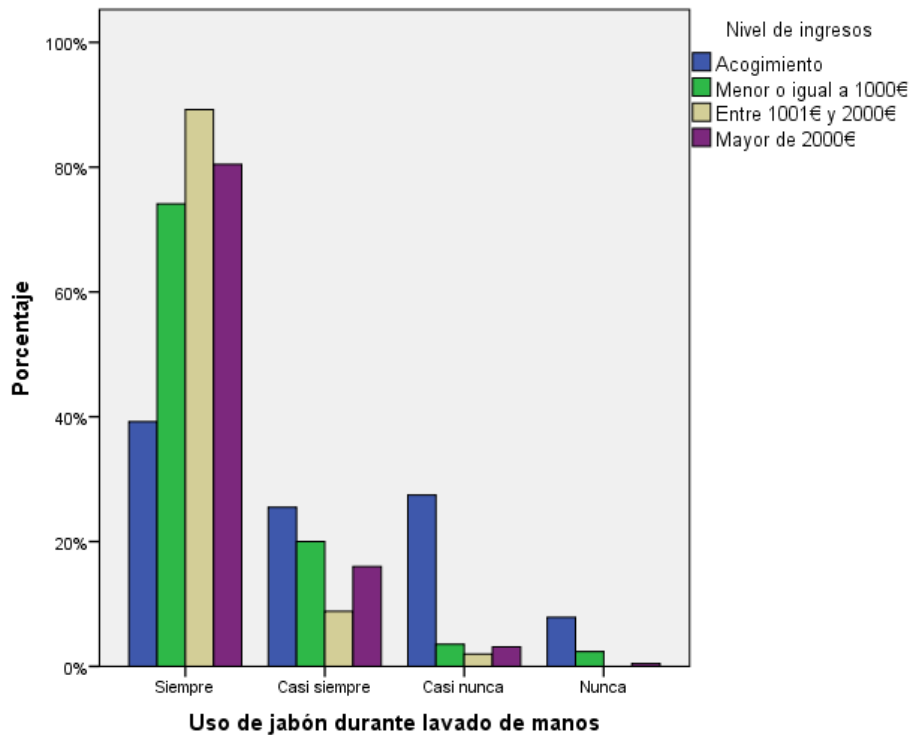


Figura 5.21 Gráfico de barras agrupado del uso de jabón durante el lavado de manos

- Lavado dental (al levantarse por la mañana)

La tabla 5.140 y figura 5.22 muestra como los escolares de familias con ingresos mensuales “menor o igual a 1000€”, en un 62,4% (n=53), y “entre 1001 y 2000€”, en un 54,5% (n=55), expresan que “sí” se lavan los dientes al levantarse por la mañana. Mientras que, los escolares de familias con ingresos mensuales “mayor de 2000€”, en un 52% (n=117), y mayoritariamente en los “menores de centros de protección”, en un 82,4% (n=42), señalan que “no” se lavan los dientes al levantarse por la mañana.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=27,410; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Lavado dental (al levantarse por la mañana)	Sí	N	9	53	55	108	225
		%Lavado dental (al levantarse por la mañana)	4,0%	23,6%	24,4%	48,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	17,6%	62,4%	54,5%	48,0%	48,7%
		RC	-4,7	2,8	1,3	-,3	
	No	N	42	32	46	117	237
		%Lavado dental (al levantarse por la mañana)	17,7%	13,5%	19,4%	49,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	82,4%	37,6%	45,5%	52,0%	51,3%
Total	RC	4,7	-2,8	-1,3	,3		
	N	51	85	101	225	462	
	%Lavado dental (al levantarse por la mañana)	11,0%	18,4%	21,9%	48,7%	100,0%	
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.140 Nivel de ingresos y lavado dental (al levantarse por la mañana)

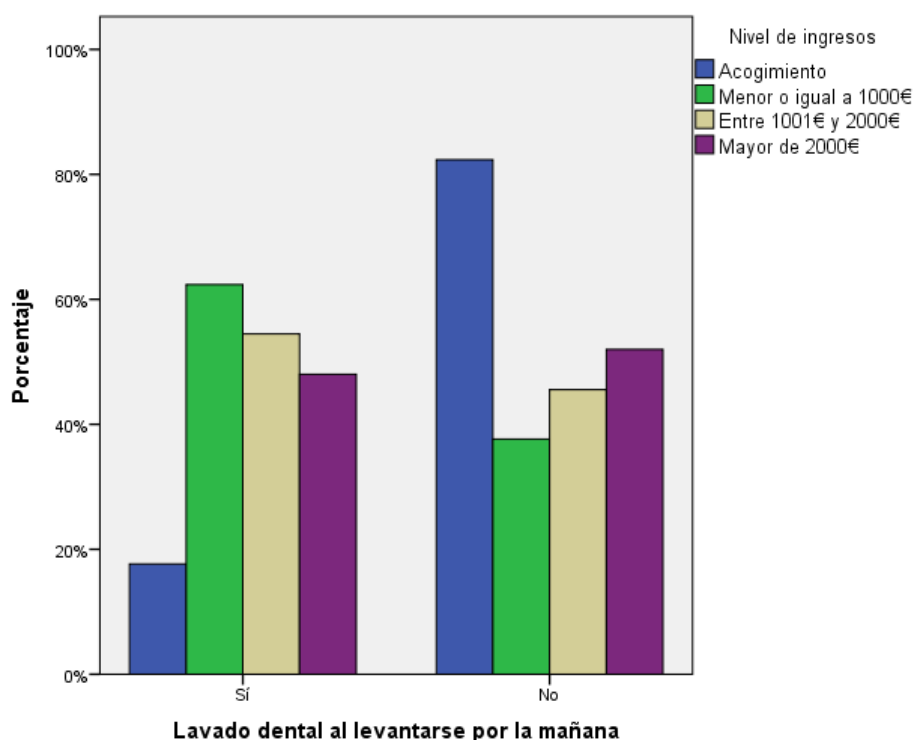


Figura 5.22 Gráfico de barras agrupado del lavado dental al levantarse por la mañana

Resultados

- Lavado dental (siempre tras cada comida principal)

La tabla 5.141 y figura 5.23 muestra como en el caso de los escolares, los subgrupos de la variable “nivel de ingresos”: “menor o igual a 1000€”, en un 55,4% (n=46), y “mayor de 2000€”, en un 54,7% (n=123), expresan “no” lavarse los dientes siempre tras cada comida principal. Los escolares del subgrupo “entre 1001€ y 2000€” señalan en un 51% (n=51) que “sí” se lavan los dientes siempre después de cada comida principal. En el caso de los “menores de centros de protección”, en su mayoría expresan que “no” se lavan los dientes siempre después de cada comida principal (n=45; 88,2%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=23,521; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Lavado dental (siempre tras cada comida principal*)	Sí	N	6	37	51	102	196
		%Lavado dental (siempre tras cada comida principal)	3,1%	18,9%	26,0%	52,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	11,8%	44,6%	51,0%	45,3%	42,7%
		RC	-4,7	,4	1,9	1,1	
	No	N	45	46	49	123	263
		%Lavado dental (siempre tras cada comida principal)	17,1%	17,5%	18,6%	46,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	88,2%	55,4%	49,0%	54,7%	57,3%
		RC	4,7	-,4	-1,9	-1,1	
Total	N	51	83	100	225	459	
	%Lavado dental (siempre tras cada comida principal)	11,1%	18,1%	21,8%	49,0%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. *se consideran comidas principales: desayuno, comida y cena.

Tabla 5.141 Nivel de ingresos y lavado dental (siempre tras cada comida principal)

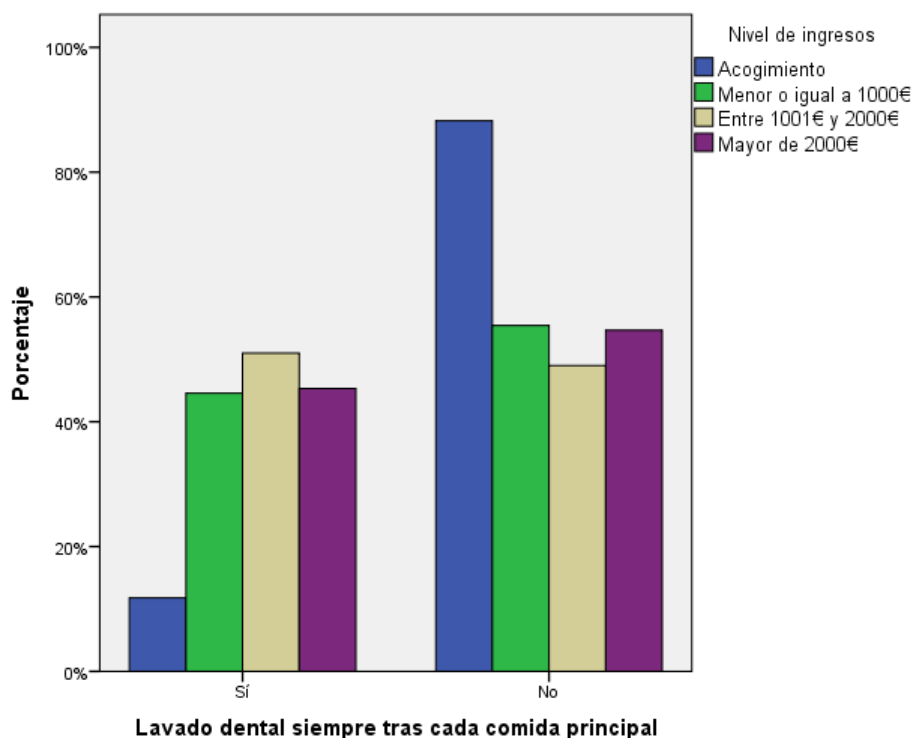


Figura 5.23 Gráfico de barras agrupado del lavado dental "siempre" tras cada comida principal

- Lavado dental (antes de acostarse por la noche)

En la tabla 5.142 y figura 5.24 se observa como en los tres subgrupos de escolares, según la variable "nivel de ingresos", se obtienen las mayores proporciones al señalar que "sí" se lavan los dientes antes de acostarse por la noche, siendo los porcentajes: "menor o igual a 1000€" (n=64; 77,1%); "entre 1001 y 2000€" (n=86; 85,1%); y "mayor de 2000€" (n=191; 85,7%). Sin embargo, los menores ingresados en centros de protección señalan en mayor proporción que "no" se lavan los dientes por la noche antes de acostarse (n=38; 74,5%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=90,405; p=0,000).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Lavado dental (antes de acostarse por la noche)	Sí	N	13	64	86	191	354
		%Lavado dental (antes de acostarse por la noche)	3,7%	18,1%	24,3%	54,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	25,5%	77,1%	85,1%	85,7%	77,3%
		RC	-9,4	,0	2,1	4,2	
	No	N	38	19	15	32	104
		%Lavado dental (antes de acostarse por la noche)	36,5%	18,3%	14,4%	30,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	74,5%	22,9%	14,9%	14,3%	22,7%
Total	RC	9,4	,0	-2,1	-4,2		
	N	51	83	101	223	458	
	%Lavado dental (antes de acostarse por la noche)	11,1%	18,1%	22,1%	48,7%	100,0%	
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.142 Nivel de ingresos y lavado dental (antes de acostarse por la noche)

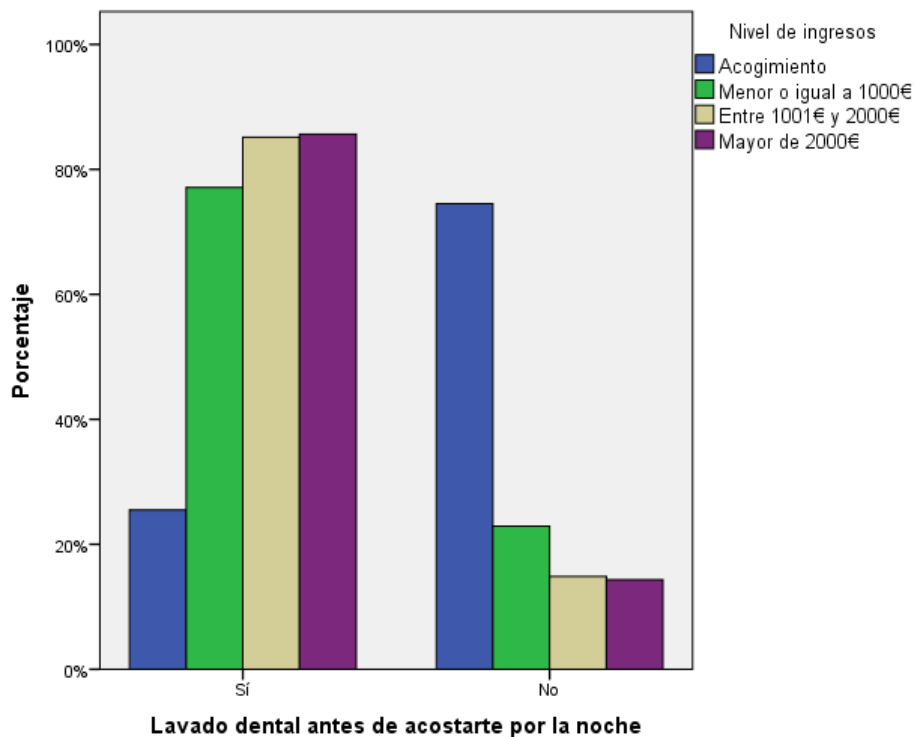


Figura 5.24 Gráfico de barras agrupado del lavado dental antes de acostarse por la noche

- Lavado dental (sólo cuando se acuerdan)

En la tabla 5.143 y figura 5.25 podemos observar que, en todos los subgrupos de la variable “nivel de ingresos”, el mayor porcentaje de escolares “no” suelen lavarse los dientes sólo cuando se acuerdan, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=58; 74,4%); “entre 1001 y 2000€” (n=75;77,3%); y “mayor de 2000€” (n=199; 89,6%). Lo mismo ocurre con los menores de centros de protección, al señalar el 88,2% (n=45) que “no” suelen lavarse los dientes sólo cuando se acuerdan.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=14,655; p=0,002).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	Sí	N	6	20	22	23	71
		%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	8,5%	28,2%	31,0%	32,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	11,8%	25,6%	22,7%	10,4%	15,8%
		RC	-,8	2,6	2,1	-3,2	
	No	N	45	58	75	199	377
		%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	11,9%	15,4%	19,9%	52,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	88,2%	74,4%	77,3%	89,6%	84,2%
		RC	,8	-2,6	-2,1	3,2	
Total	N	51	78	97	222	448	
	%Lavado dental (sólo cuando se acuerda)	11,4%	17,4%	21,7%	49,6%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.143 Nivel de ingresos y lavado dental (sólo cuando se acuerdan)

Resultados

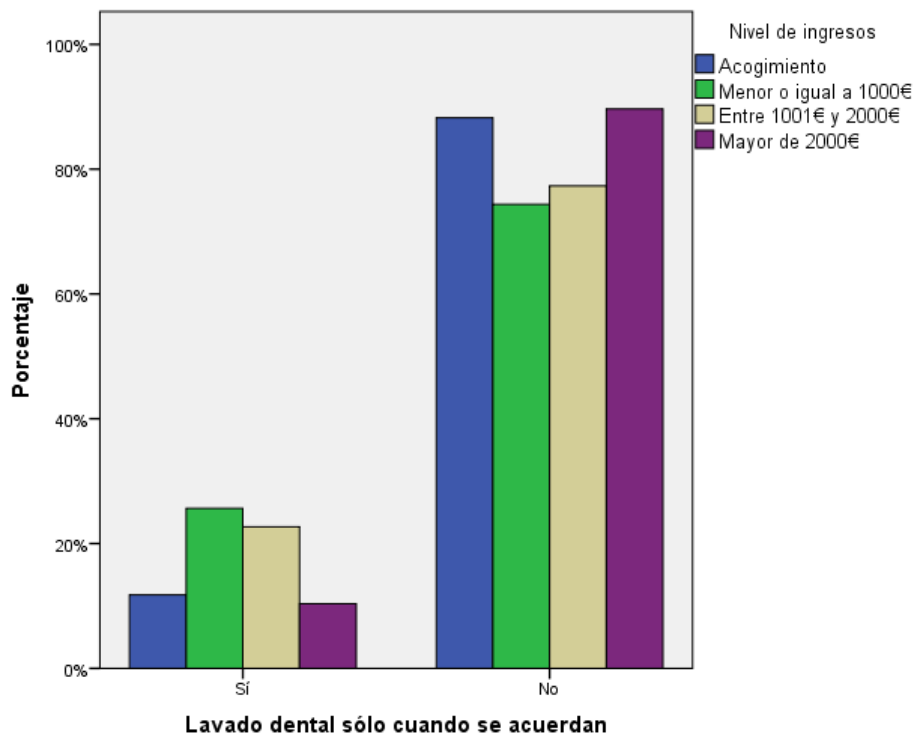


Figura 5.25 Gráfico de barras agrupado del lavado dental (sólo cuando se acuerdan)

5.2.4.2.3 Modo de realización de la higiene corporal

- Modo de lavado de piel corporal

En la tabla 5.144 y figura 5.26 podemos observar que, los escolares en todos los subgrupos de la variable “nivel de ingresos”, la forma de lavado de piel corporal que obtiene un mayor porcentaje es la “ducha”, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=76; 90,5%); “entre 1001 y 2000€” (n=95; 95%); y “mayor de 2000€” (n=202; 89,8%). Lo mismo ocurre con los menores de centros de protección, al señalar el 70,6% (n=36) que utilizan la “ducha” como medio de lavado de piel corporal.

También se observa cómo, según la variable “nivel de ingresos”, los menores de centros de protección son los que utilizan en mayor proporción (n=12; 23,5%) el lavado de piel corporal mediante el único uso de una “toalla o esponja mojada”, mientras que en el caso de los escolares únicamente alcanza el 1,2% (n=1) en el subgrupo de ingresos “menor o igual a 1000€”, y el 1% (n=1) en el de “entre 1001 y 2000€”, no observándose ningún caso en los escolares con familias con un nivel de ingresos mensuales “mayor de 2000€”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=85,543; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Forma de lavado de piel corporal	Me baño	N	3	7	4	23	37
		%Forma de lavado de piel corporal	8,1%	18,9%	10,8%	62,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	5,9%	8,3%	4,0%	10,2%	8,0%
		RC	-6	,1	-1,7	1,7	
	Me ducho	N	36	76	95	202	409
		%Forma de lavado de piel corporal	8,8%	18,6%	23,2%	49,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	70,6%	90,5%	95,0%	89,8%	88,9%
		RC	-4,4	,5	2,2	,6	
	Sólo me paso una toalla o esponja mojada	N	12	1	1	0	14
		%Forma de lavado de piel corporal	85,7%	7,1%	7,1%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	23,5%	1,2%	1,0%	0,0%	3,0%
		RC	9,0	-1,1	-1,3	-3,7	
Total	N	51	84	100	225	460	
	%Forma de lavado de piel corporal	11,1%	18,3%	21,7%	48,9%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.144 Nivel de ingresos y modo de lavado de piel corporal

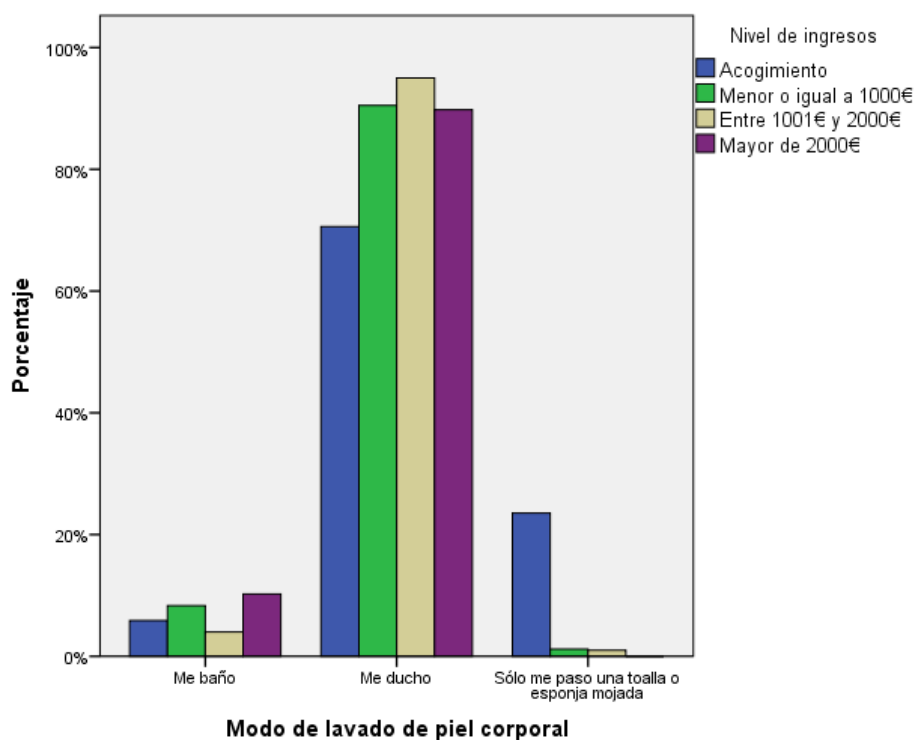


Figura 5.26 Gráfico de barras agrupado del modo de lavado de piel corporal

Resultados

- Comparte la esponja

En la tabla 5.145 y figura 5.27 podemos observar que, en los tres subgrupos de escolares, se obtiene el mayor porcentaje al señalar que su esponja “no es compartida” con otros miembros de la familia, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=43; 50,6%); “entre 1001 y 2000€” (n=65; 64,4%); y “mayor de 2000€” (n=108; 48%). Sin embargo, los menores ingresados en centros de protección, señalan en mayor proporción que en sus casas “sí” compartían la esponja con otros miembros del hogar (n=21; 41,2%).

El subgrupo de “nivel de ingresos” que obtiene una mayor proporción de menores que “no usan esponja” es “mayor de 2000€” con un 36,9% (n=83), siendo superior al porcentaje de los escolares con ingresos “menor o igual a 1000€” (n=19; 22,4%); “entre 1001€ y 2000€” (n=22; 21,8%); y “menores de centros de protección” (n=12; 23,5%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=37,783; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Comparte la esponja	No	N	18	43	65	108	234
		%Comparte la esponja	7,7%	18,4%	27,8%	46,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	35,3%	50,6%	64,4%	48,0%	50,6%
		RC	-2,3	,0	3,1	-1,1	
	Sí	N	21	23	13	31	88
		%Comparte la esponja	23,9%	26,1%	14,8%	35,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	41,2%	27,1%	12,9%	13,8%	19,0%
		RC	4,3	2,1	-1,8	-2,8	
	No uso esponja	N	12	19	22	83	136
		%Comparte la esponja	8,8%	14,0%	16,2%	61,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	23,5%	22,4%	21,8%	36,9%	29,4%
		RC	-1,0	-1,6	-1,9	3,4	
	No lo sé	N	0	0	1	3	4
		%Comparte la esponja	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	0,0%	1,0%	1,3%	0,9%
		RC	-,7	-1,0	,2	1,1	
Total	N	51	85	101	225	462	
	%Comparte la esponja	11,0%	18,4%	21,9%	48,7%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.145 Nivel de ingresos y comparte la esponja

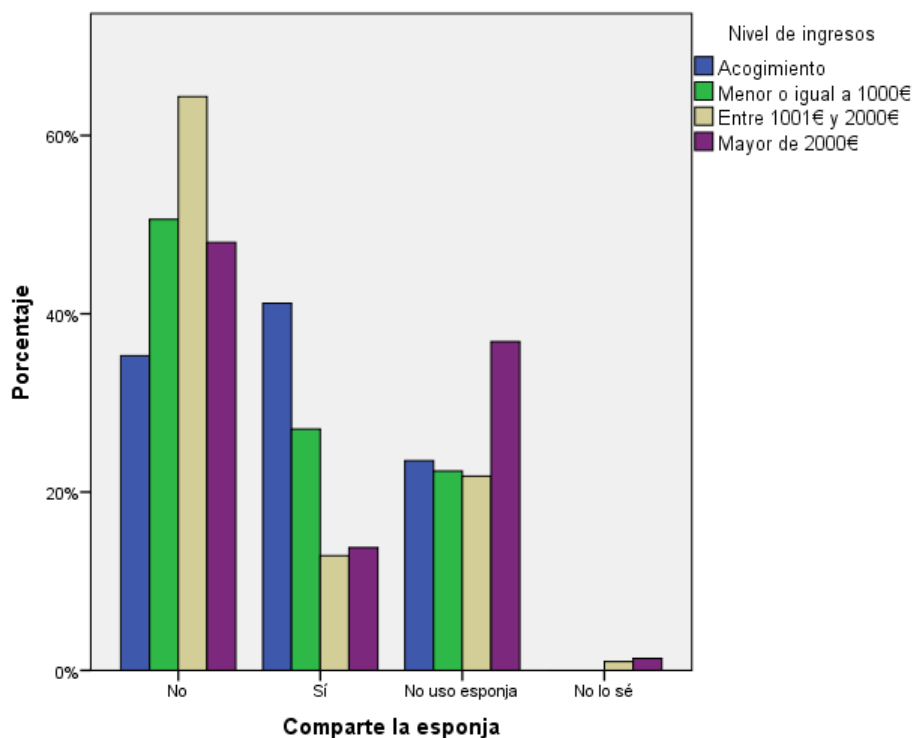


Figura 5.27 Gráfico de barras agrupado sobre compartir la esponja

- Duración del cepillado dental

La tabla 5.146 y figura 5.28 muestra que, los tres subgrupos de escolares, obtienen el mayor porcentaje al expresar que la duración del cepillado dental oscila entre “1 y 3 minutos”, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=60; 70,6%); “entre 1001 y 2000€” (n=68; 66,7%); y “mayor de 2000€” (n=152; 67,6%). Los menores ingresados en centros de protección, no obstante, señalan en mayor proporción que la duración de su cepillado dental es “menos de 1 minuto” (n=18; 35,3%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=86,883; p=0,000).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Duración cepillado dental	No me cepillo los dientes	N	10	0	0	2	12
		%Duración cepillado dental	83,3%	0,0%	0,0%	16,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	19,6%	0,0%	0,0%	0,9%	2,6%
		RC	8,1	-1,7	-1,9	-2,2	
	Muy rápido, tardo menos de 1 minuto	N	18	14	16	31	79
		%Duración cepillado dental	22,8%	17,7%	20,3%	39,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	35,3%	16,5%	15,7%	13,8%	17,1%
		RC	3,7	-,2	-,4	-1,8	
	Tardo de 1 a 3 minutos	N	17	60	68	152	297
		%Duración cepillado dental	5,7%	20,2%	22,9%	51,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	33,3%	70,6%	66,7%	67,6%	64,1%
		RC	-4,9	1,4	,6	1,5	
	Mucho tiempo, más de 3 minutos	N	4	5	8	18	35
		%Duración cepillado dental	11,4%	14,3%	22,9%	51,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	7,8%	5,9%	7,8%	8,0%	7,6%
		RC	,1	-,6	,1	,3	
No lo sé	N	2	6	10	22	40	
	%Duración cepillado dental	5,0%	15,0%	25,0%	55,0%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	3,9%	7,1%	9,8%	9,8%	8,6%	
	RC	-1,3	-,6	,5	,8		
Total	N	51	85	102	225	463	
	%Duración cepillado dental	11,0%	18,4%	22,0%	48,6%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.146 Nivel de ingresos y duración del cepillado dental

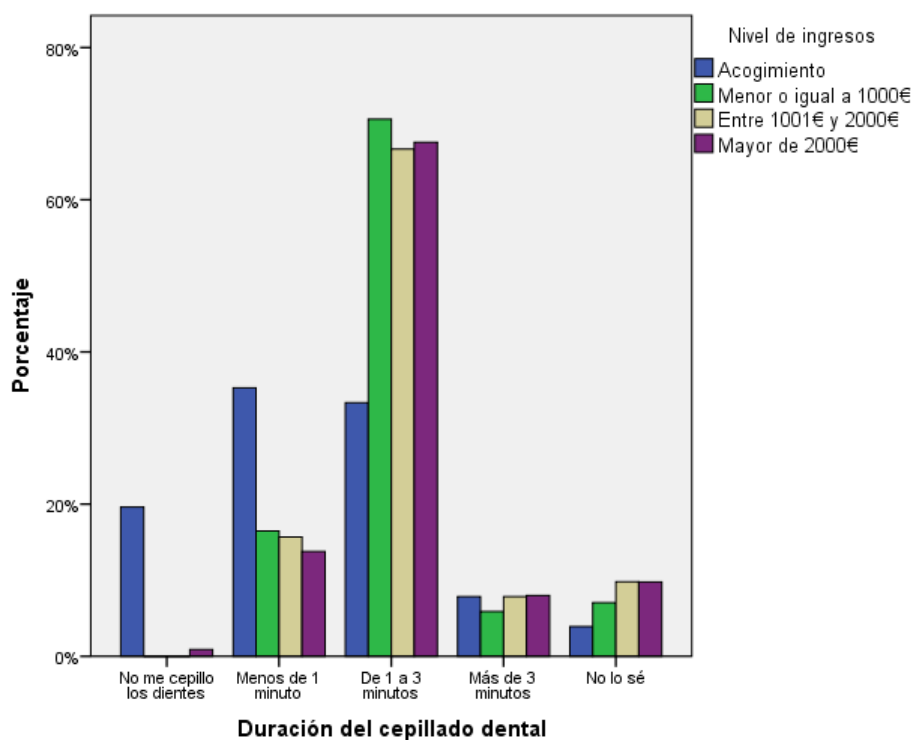


Figura 5.28 Gráfico de barras agrupado de la duración del cepillado dental

- Comparte el cepillo de dientes

En la tabla 5.147 y figura 5.29 se observa cómo, según la variable “nivel de ingresos”, los escolares señalan en mayor proporción “no” compartir el cepillo de dientes con otros miembros del hogar, siendo las proporciones en escolares: “menor o igual a 1000€” (n=81; 100%); “entre 1001 y 2000€” (n=97; 98%); y “mayor de 2000€” (n=221; 99,1%). La menores ingresosados en centros de protección, al igual que los escolares, señalan en mayor proporción que “no” comparten el cepillo de dientes (n=42; 82,4%), aunque un 17,6% (n=9) expresa que “sí” comparte el cepillo de dientes.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=45,815; p=0,000).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Comparte cepillo de dientes	No	N	42	81	97	221	441
		%Comparte cepillo de dientes	9,5%	18,4%	22,0%	50,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	82,4%	100,0%	98,0%	99,1%	97,1%
		RC	-6,7	1,7	,6	2,5	
	Sí	N	9	0	2	2	13
		%Comparte cepillo de dientes	69,2%	0,0%	15,4%	15,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	17,6%	0,0%	2,0%	0,9%	2,9%
Total	N	6,7	-1,7	-,6	-2,5		
	%Comparte cepillo de dientes	11,2%	17,8%	21,8%	49,1%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.147 Nivel de ingresos y comparte el cepillo de dientes

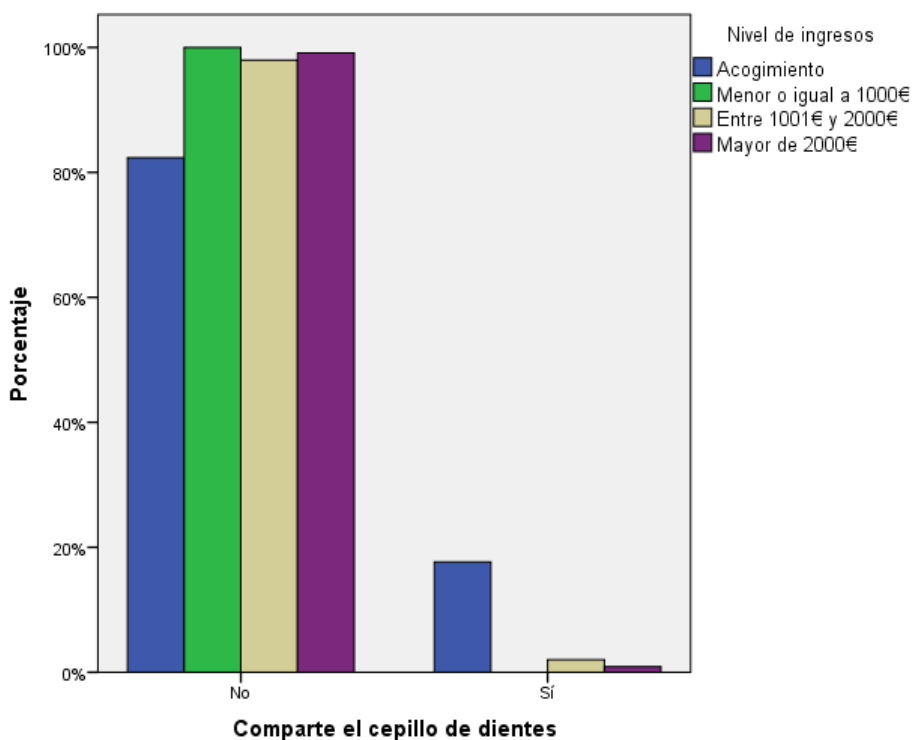


Figura 5.29 Gráfico de barras agrupado sobre compartir el cepillo de dientes

- Cambio de calzado

En la tabla 5.148 y figura 5.30 se muestra como, según la variable “nivel de ingresos”, los escolares señalan en mayor proporción “no usar el mismo calzado durante la semana”, siendo las proporciones en escolares: “menor o igual a 1000€” (n=65; 76,5%); “entre 1001 y 2000€” (n=75; 74,3%); y “mayor de 2000€” (n=182; 80,9%). La menores ingresosados en centros de protección, sin embargo, señalan en mayor proporción que “sí usan el mismo calzado durante la semana” (n=33; 64,7%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=45,042; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Usa mismo calzado durante semana	Sí	N	33	20	26	43	122
		%Usa mismo calzado durante semana	27,0%	16,4%	21,3%	35,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	64,7%	23,5%	25,7%	19,1%	26,4%
		RC	6,6	-,7	-,2	-3,5	
	No	N	18	65	75	182	340
		%Usa mismo calzado durante semana	5,3%	19,1%	22,1%	53,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	35,3%	76,5%	74,3%	80,9%	73,6%
		RC	-6,6	,7	,2	3,5	
Total	N	51	85	101	225	462	
	%Usa mismo calzado durante semana	11,0%	18,4%	21,9%	48,7%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.148 Nivel de ingresos y cambio de calzado

Resultados

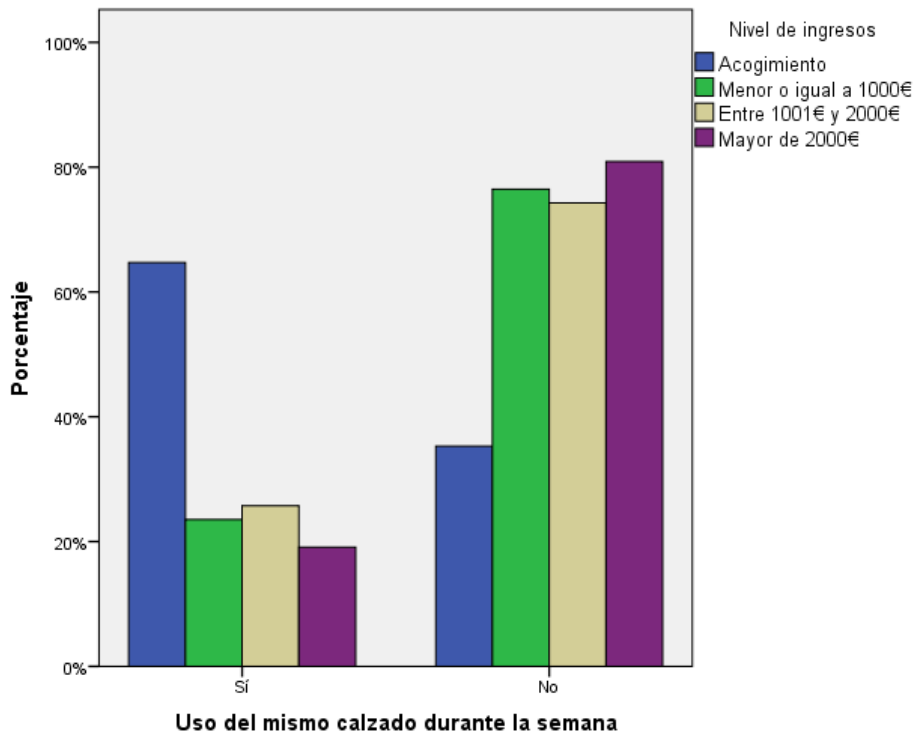


Figura 5.30 Gráfico de barras agrupado del cambio de calzado

- Modo de lavado de partes íntimas

La tabla 5.149 y figura 5.31 muestra que los escolares de familias con ingresos “menor o igual a 1000€” en un 63,5% (n=54), y en los de ingresos “entre 1001 y 2000€” en un 61% (n=61), expresan que “sí, alguna vez se han lavado el culete o partes íntimas sin lavarse el resto del cuerpo”. El grupo de escolares de familias con ingresos “mayor de 2000€” mensuales, en un 53,3% (n=120) expresa que sólo se lava las partes íntimas o el culete cuando se ducha o baña. Los menores ingresados en centros de protección expresan en un 66,7% (n=34) que “no” se lavan sus partes íntimas de forma exclusiva, sino que las lavan durante el lavado de piel corporal.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=17,377; p=0,001).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Lavado partes íntimas exclusivamente	Sí	N	17	54	61	105	237
		%Lavado partes íntimas exclusivamente	7,2%	22,8%	25,7%	44,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	33,3%	63,5%	61,0%	46,7%	51,4%
		RC	-2,7	2,5	2,2	-2,0	
	No, sólo me los lavo cuando me ducho o baño	N	34	31	39	120	224
		%Lavado partes íntimas exclusivamente	15,2%	13,8%	17,4%	53,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	66,7%	36,5%	39,0%	53,3%	48,6%
		RC	2,7	-2,5	-2,2	2,0	
Total	N	51	85	100	225	461	
	%Lavado partes íntimas exclusivamente	11,1%	18,4%	21,7%	48,8%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.149 Nivel de ingresos y modo de lavado de partes íntimas

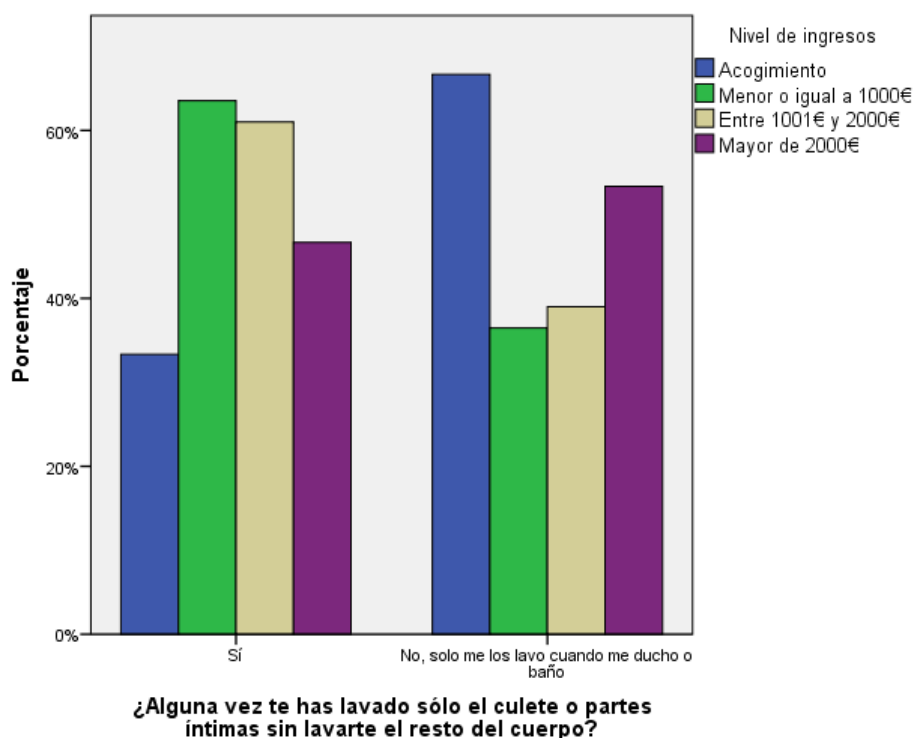


Figura 5.31 Gráfico de barras agrupado del modo de lavado de partes íntimas

Resultados

5.2.4.2.4 Materiales empleados para la realización de la higiene corporal

- Uso de gel de baño durante el lavado de piel corporal

En la tabla 5.150 y figura 5.32 se observa cómo, según la variable “nivel de ingresos”, los escolares señalan en mayor porcentaje que “sí” utilizan gel de baño durante el lavado de piel corporal, siendo las proporciones en escolares: “menor o igual a 1000€” (n=79; 92,9%); “entre 1001 y 2000€” (n=98; 96,1%); y “mayor de 2000€” (n=217; 96,4%). La menores ingresados en centros de protección también señalan en mayor proporción que “sí” utilizan gel de baño durante el lavado de piel corporal (n=40; 78,4%), aunque la proporción es inferior a la de escolares.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=58,877; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Usa gel de baño en el lavado de piel corporal	Sí	N	40	79	98	217	434
		%Usa gel de baño en el lavado de piel corporal	9,2%	18,2%	22,6%	50,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	78,4%	92,9%	96,1%	96,4%	93,7%
		RC	-4,8	-,3	1,1	2,3	
	No	N	0	4	3	6	13
		%Usa gel de baño en el lavado de piel corporal	0,0%	30,8%	23,1%	46,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	4,7%	2,9%	2,7%	2,8%
		RC	-1,3	1,2	,1	-,2	
	No lo conozco	N	11	2	1	2	16
		%Usa gel de baño en el lavado de piel corporal	68,8%	12,5%	6,3%	12,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	21,6%	2,4%	1,0%	0,9%	3,5%
		RC	7,5	-,6	-1,6	-2,9	
Total	N	51	85	102	225	463	
	%Usa gel de baño en el lavado de piel corporal	11,0%	18,4%	22,0%	48,6%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.150 Nivel de ingresos y uso de gel de baño durante el lavado de piel corporal

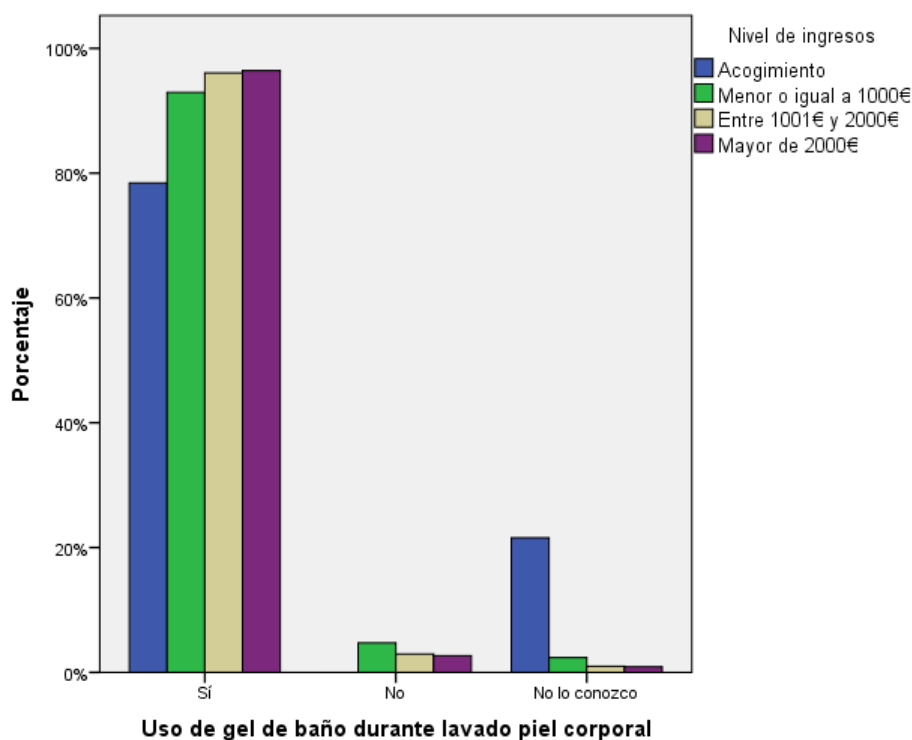


Figura 5.32 Gráfico de barras agrupado del uso del gel de baño

- Uso de pastilla de jabón durante el lavado de piel corporal

La tabla 5.151 y figura 5.33 muestra como los escolares señalan en mayor porcentaje que “no” utilizan pastilla de jabón durante el lavado de piel corporal, siendo las proporciones en escolares: “menor o igual a 1000€” (n=52; 64,2%); “entre 1001 y 2000€” (n=77; 77%); y “mayor de 2000€” (n=177; 80,1%). La menores ingresados en centros de protección también señalan en mayor proporción que “no” utilizan pastilla de jabón durante el lavado de piel corporal (n=32; 62,7%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=15,924; p=0,014).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	Sí	N	17	21	16	32	86
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	19,8%	24,4%	18,6%	37,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	33,3%	25,9%	16,0%	14,5%	19,0%
		RC	2,8	1,8	-,9	-,4	
	No	N	32	52	77	177	338
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	9,5%	15,4%	22,8%	52,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	62,7%	64,2%	77,0%	80,1%	74,6%
		RC	-,1	-,4	,6	2,6	
	No lo conozco	N	2	8	7	12	29
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	6,9%	27,6%	24,1%	41,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	3,9%	9,9%	7,0%	5,4%	6,4%
		RC	-,8	1,4	,3	-,8	
Total		N	51	81	100	221	453
		%Usa pastilla jabón en el lavado de piel corporal	11,3%	17,9%	22,1%	48,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.151 Nivel de ingresos y uso de pastilla de jabón durante el lavado de piel corporal

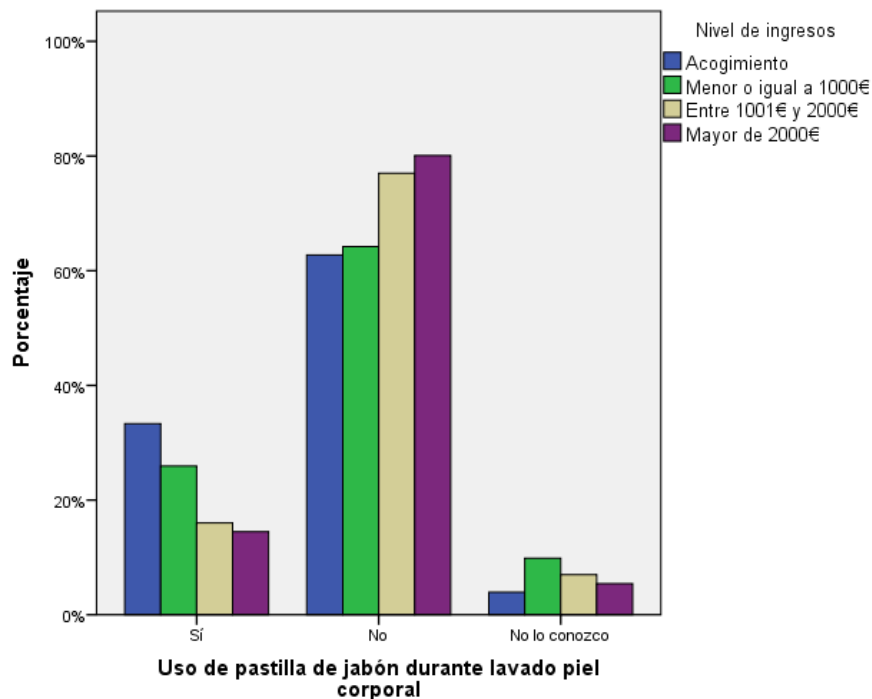


Figura 5.33 Gráfico de barras agrupado del uso de pastilla de jabón

- Uso de esponja durante el lavado de piel corporal

En la tabla 5.152 y figura 5.34 podemos observar que, en todos los niveles de ingresos del hogar, el mayor porcentaje de escolares señala que “sí suelen usar esponja al ducharse o bañarse”, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=69; 83,1%); “entre 1001 y 2000€” (n=76; 75,2%); y “mayor de 2000€” (n=140; 62,5%). Lo mismo ocurre con los menores ingresados en centros de protección, que señalan en un 70,6% (n=36) que en su casa “sí” usaban esponja para el lavado de piel corporal.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=15,375; p=0,018).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Usa esponja en lavado piel corporal	Sí	N	36	69	76	140	321
		%Usa esponja en lavado piel corporal	11,2%	21,5%	23,7%	43,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	70,6%	83,1%	75,2%	62,5%	69,9%
		RC	,1	2,9	1,3	-3,4	
	No	N	15	14	24	80	133
		%Usa esponja en lavado piel corporal	11,3%	10,5%	18,0%	60,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	29,4%	16,9%	23,8%	35,7%	29,0%
		RC	,1	-2,7	-1,3	3,1	
	No lo conozco	N	0	0	1	4	5
		%Usa esponja en lavado piel corporal	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	0,0%	1,0%	1,8%	1,1%
		RC	-,8	-1,1	-,1	1,4	
Total		N	51	83	101	224	459
		%Usa esponja en lavado piel corporal	11,1%	18,1%	22,0%	48,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.152 Nivel de ingresos y uso de esponja durante el lavado de piel corporal

Resultados

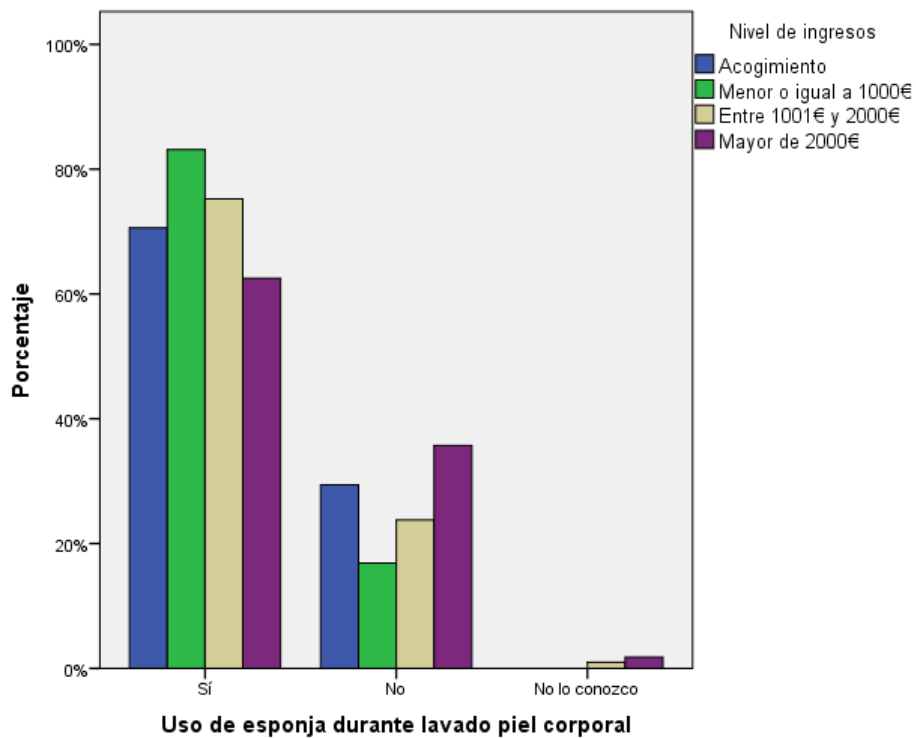


Figura 5.34 Gráfico de barras agrupado del uso de esponja

- Uso de barreño durante el lavado de piel corporal

En la tabla 5.153 y figura 5.35 podemos observar que, en cada subgrupo de “ingresos del hogar”, el mayor porcentaje, tanto de escolares como de menores de centros de protección, expresa que “no suelen usar barreño al ducharse o bañarse”, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=39; 46,4%); “entre 1001 y 2000€” (n=72; 71,3%); y “mayor de 2000€” (n=144; 64,6%); “menores de centros de protección” (n=21; 41,2%)

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=52,733; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Usa barreño en lavado piel corporal	Sí	N	13	8	4	4	29
		%Usa barreño en lavado piel corporal	44,8%	27,6%	13,8%	13,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	25,5%	9,5%	4,0%	1,8%	6,3%
		RC	6,0	1,3	-1,1	-3,9	
	No	N	21	39	72	144	276
		%Usa barreño en lavado piel corporal	7,6%	14,1%	26,1%	52,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	41,2%	46,4%	71,3%	64,6%	60,1%
		RC	-2,9	-2,8	2,6	1,9	
	No lo conozco	N	17	37	25	75	154
		%Usa barreño en lavado piel corporal	11,0%	24,0%	16,2%	48,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	33,3%	44,0%	24,8%	33,6%	33,6%
		RC	,0	2,3	-2,1	,0	
Total		N	51	84	101	223	459
		%Usa barreño en lavado piel corporal	11,1%	18,3%	22,0%	48,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.153 Nivel de ingresos y uso de barreño durante el lavado de piel corporal

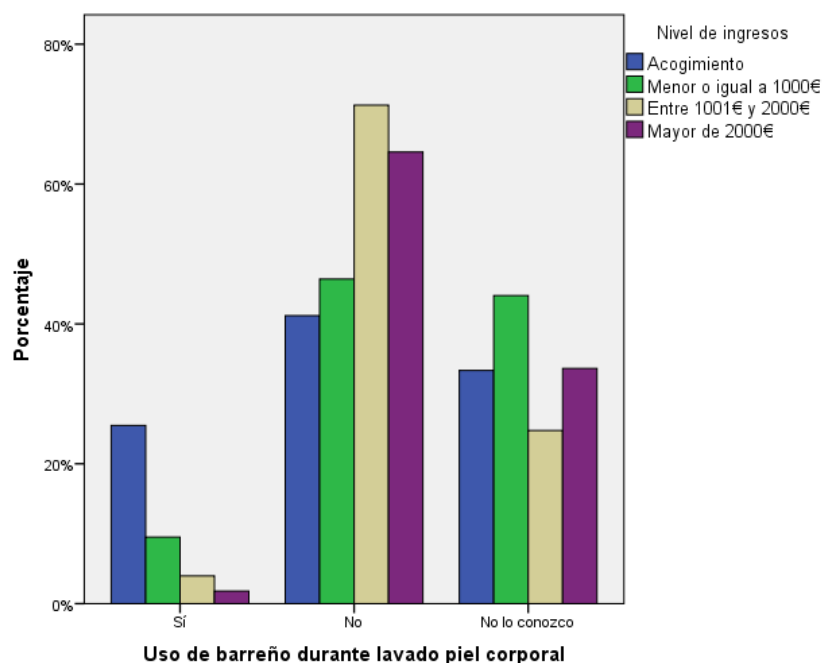


Figura 5.35 Gráfico de barras agrupado del uso de barreño

Resultados

- Uso de cepillo de dientes

La tabla 5.154 y figura 5.36 muestra que, en cada subgrupo de “ingresos del hogar”, el mayor porcentaje, tanto de escolares como de menores de centros de protección, expresa que “sí” usan cepillo de dientes en el lavado dental, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=84; 98,8%); “entre 1001 y 2000€” (n=102; 100%); y “mayor de 2000€” (n=223; 99,6%); “menores de centros de protección” (n=41; 80,4%)

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=65,825; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Usa cepillo de dientes en lavado dental	Sí	N	41	84	102	223	450
		%Usa cepillo de dientes en lavado dental	9,1%	18,7%	22,7%	49,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	80,4%	98,8%	100,0%	99,6%	97,4%
		RC	-8,1	,9	1,9	2,8	
	No	N	10	1	0	1	12
		%Usa cepillo de dientes en lavado dental	83,3%	8,3%	0,0%	8,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	19,6%	1,2%	0,0%	0,4%	2,6%
		RC	8,1	-,9	-1,9	-2,8	
Total	N	51	85	102	224	462	
	%Usa cepillo de dientes en lavado dental	11,0%	18,4%	22,1%	48,5%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.154 Nivel de ingresos y uso de cepillo de dientes

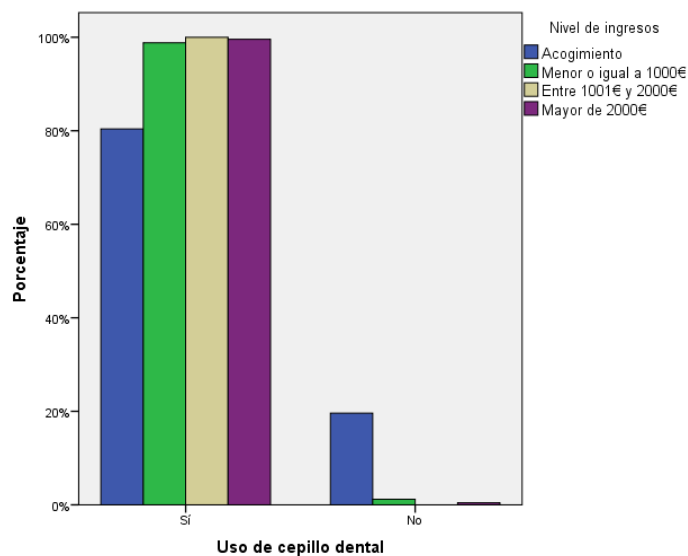


Figura 5.36 Gráfico de barras agrupado del uso de cepillo dental

- Uso de dentífrico

En la tabla 5.155 y figura 5.37 podemos observar que, en cada subgrupo de “ingresos del hogar”, el mayor porcentaje, tanto de escolares como de menores de centros de protección, señala que “sí usan dentífrico en el lavado dental”, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=84; 98,8%); “entre 1001 y 2000€” (n=100; 98%); y “mayor de 2000€” (n=222; 99,1%); y “menores de centros de protección” (n=40; 78,4%)

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=66,223; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Usa dentífrico en lavado dental	Sí	N	40	84	100	222	446
		%Usa dentífrico en lavado dental	9,0%	18,8%	22,4%	49,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	78,4%	98,8%	98,0%	99,1%	96,5%
		RC	-7,5	1,3	,9	2,9	
	No	N	11	0	2	2	15
		%Usa dentífrico en lavado dental	73,3%	0,0%	13,3%	13,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	21,6%	0,0%	2,0%	0,9%	3,2%
		RC	7,8	-1,9	-,8	-2,8	
	No lo conozco	N	0	1	0	0	1
		%Usa dentífrico en lavado dental	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,2%
		RC	-,4	2,1	-,5	-1,0	
Total		N	51	85	102	224	462
		%Usa dentífrico en lavado dental	11,0%	18,4%	22,1%	48,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.155 Nivel de ingresos y uso de dentífrico

Resultados

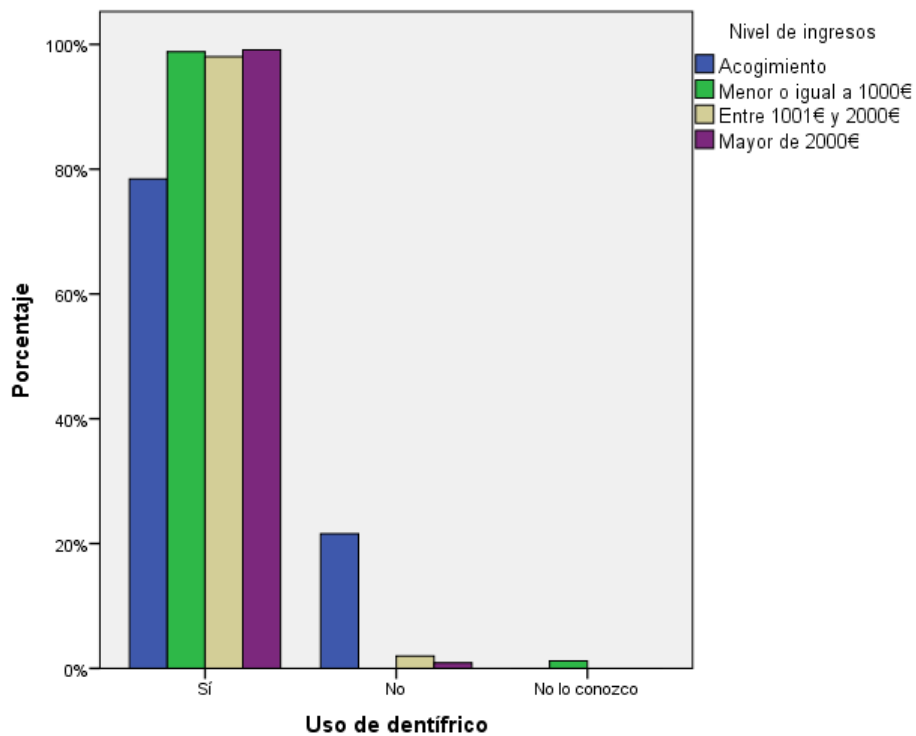


Figura 5.37 Gráfico de barras agrupado del uso de dentífrico

- Uso de colutorio

La tabla 5.156 y figura 5.38 se observa como los escolares que provienen de familias con ingresos mensuales del subgrupo “menor o igual a 1000€”, en un 36,5% (n=31), y los del subgrupo “entre 1001€ y 2000€”, en un 44,6% (n=45) expresan que “sí” utilizan colutorio/enjuague bucal en el lavado dental. Los escolares que provienen de familias con ingresos mensuales “mayor de 2000€” obtienen la misma proporción (n=81; 36,5%) tanto en los que señalan que “sí” usan colutorio/enjuague bucal como los que señalan que “no” utilizan colutorio/enjuague bucal. Los menores ingresados en centros de protección, sin embargo, expresan en mayor proporción que “no conocen” qué es un colutorio/enjuague bucal (n=34; 66,7%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=42,529; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Uso de colutorio/enjuague bucal	Sí	N	9	31	45	81	166
		%Uso de colutorio/enjuague bucal	5,4%	18,7%	27,1%	48,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	17,6%	36,5%	44,6%	36,5%	36,2%
		RC	-2,9	,1	2,0	,1	
	No	N	8	26	39	81	154
		%Uso de colutorio/enjuague bucal	5,2%	16,9%	25,3%	52,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	15,7%	30,6%	38,6%	36,5%	33,6%
		RC	-2,9	-,6	1,2	1,3	
	No lo conozco	N	34	28	17	60	139
		%Uso de colutorio/enjuague bucal	24,5%	20,1%	12,2%	43,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	66,7%	32,9%	16,8%	27,0%	30,3%
		RC	6,0	,6	-3,3	-1,5	
Total	N	51	85	101	222	459	
	%Uso de colutorio/enjuague bucal	11,1%	18,5%	22,0%	48,4%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.156 Nivel de ingresos y uso de colutorio

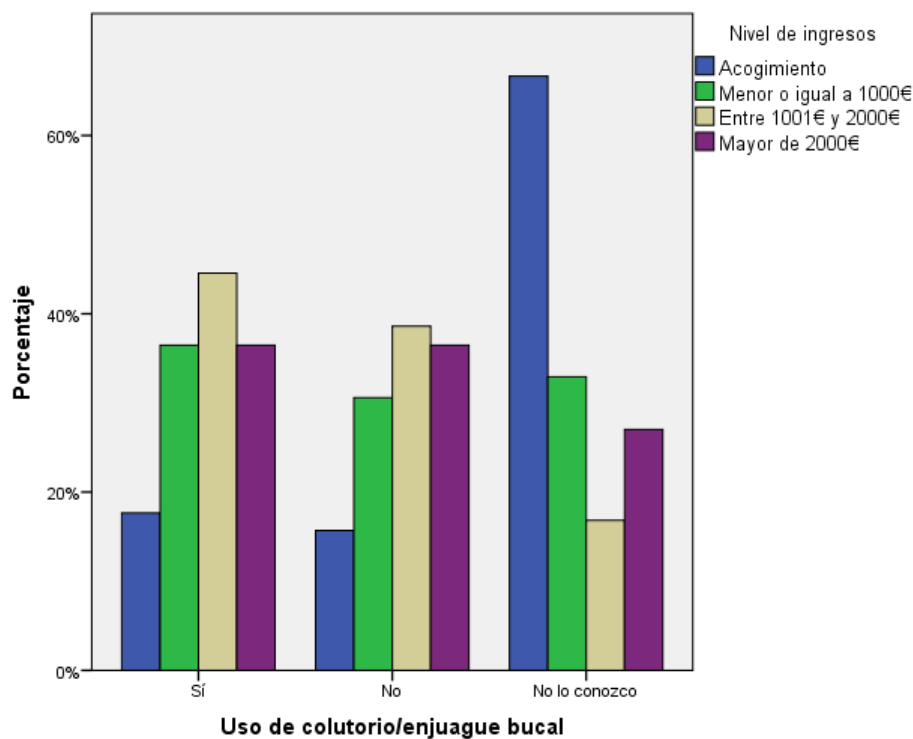


Figura 5.38 Gráfico de barras agrupado del uso de colutorio/enjuague bucal

Resultados

- Uso de hilo/seda dental

La tabla 5.157 y figura 5.39 muestra como los escolares señalan en mayor porcentaje que “no” utilizan hilo/seda dental en el lavado dental, siendo las proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=55; 64,7%); “entre 1001 y 2000€” (n=65; 63,7%); y “mayor de 2000€” (n=147; 66,5%). La menores ingresados en centros de protección, en su mayoría, expresan que “no conocen” qué es el hilo/seda dental (n=27; 52,9%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=61,754; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Uso de hilo/seda dental	Sí	N	3	17	30	45	95
		%Uso de hilo/seda dental	3,2%	17,9%	31,6%	47,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	5,9%	20,0%	29,4%	20,4%	20,7%
		RC	-2,8	-,2	2,5	-,2	
	No	N	21	55	65	147	288
		%Uso de hilo/seda dental	7,3%	19,1%	22,6%	51,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	41,2%	64,7%	63,7%	66,5%	62,7%
		RC	-3,4	,4	,2	1,6	
	No lo conozco	N	27	13	7	29	76
		%Uso de hilo/seda dental	35,5%	17,1%	9,2%	38,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	52,9%	15,3%	6,9%	13,1%	16,6%
		RC	7,4	-,3	-3,0	-1,9	
Total		N	51	85	102	221	459
		%Uso de hilo/seda dental	11,1%	18,5%	22,2%	48,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.157 Nivel de ingresos y uso de hilo/seda dental

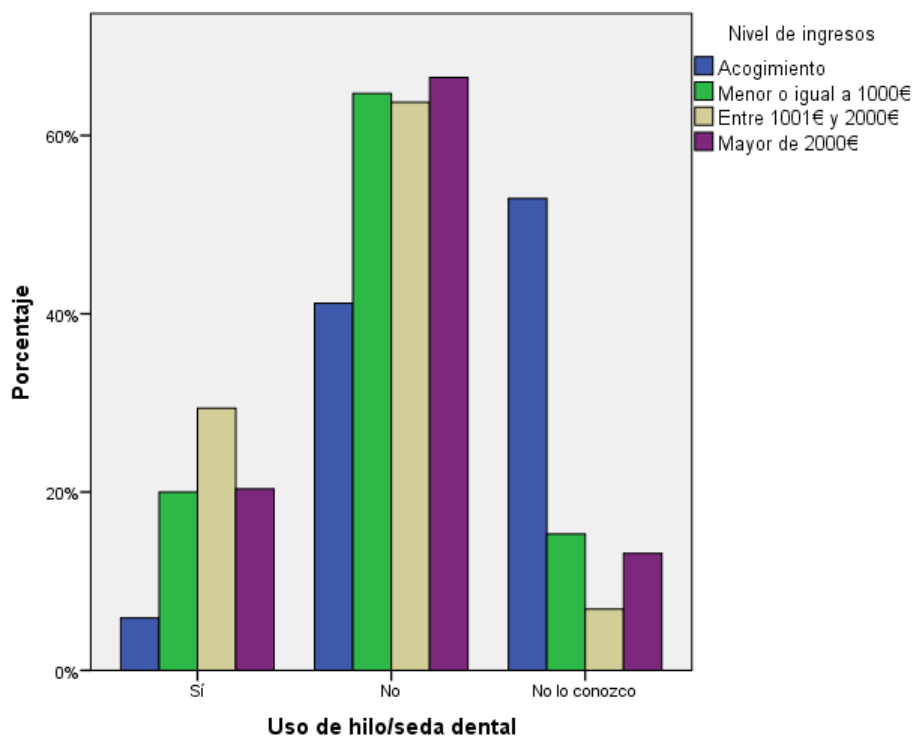


Figura 5.39 Gráfico de barras agrupado del uso de hilo/seda dental

- Uso de palillo/mondadientes en la higiene dental

En la tabla 5.158 y figura 5.40 podemos observar que, en todos los subgrupos de “ingresos del hogar”, el mayor porcentaje, tanto en escolares como en menores ingresados en centros de protección, expresan que “no suelen usar palillo/mondadientes” para limpiarse los dientes, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=41; 48,2%); “entre 1001 y 2000€” (n=50; 49%); y “mayor de 2000€” (n=120; 54,1%); “menores de centros de protección” (n=25; 49%).

Asimismo, observamos que, según la variable “nivel de ingresos”, el subgrupo que más usa el palillo/mondadientes en la limpieza dental es el de “menores en centros de protección” con un 37,3% (n=19).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=41,941; p=0,000).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Usa palillo/mondadientes en higiene dental	Sí	N	19	13	23	14	69
		%Usa palillo/mondadientes en higiene dental	27,5%	18,8%	33,3%	20,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	37,3%	15,3%	22,5%	6,3%	15,0%
		RC	4,7	,1	2,4	-5,0	
	No	N	25	41	50	120	236
		%Usa palillo/mondadientes en higiene dental	10,6%	17,4%	21,2%	50,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	49,0%	48,2%	49,0%	54,1%	51,3%
		RC	-,3	-,6	-,5	1,1	
	No lo conozco	N	7	31	29	88	155
		%Usa palillo/mondadientes en higiene dental	4,5%	20,0%	18,7%	56,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	13,7%	36,5%	28,4%	39,6%	33,7%
		RC	-3,2	,6	-1,3	2,6	
Total		N	51	85	102	222	460
		%Usa palillo/mondadientes en higiene dental	11,1%	18,5%	22,2%	48,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.158 Nivel de ingresos y uso de palillo/mondadientes en la higiene dental

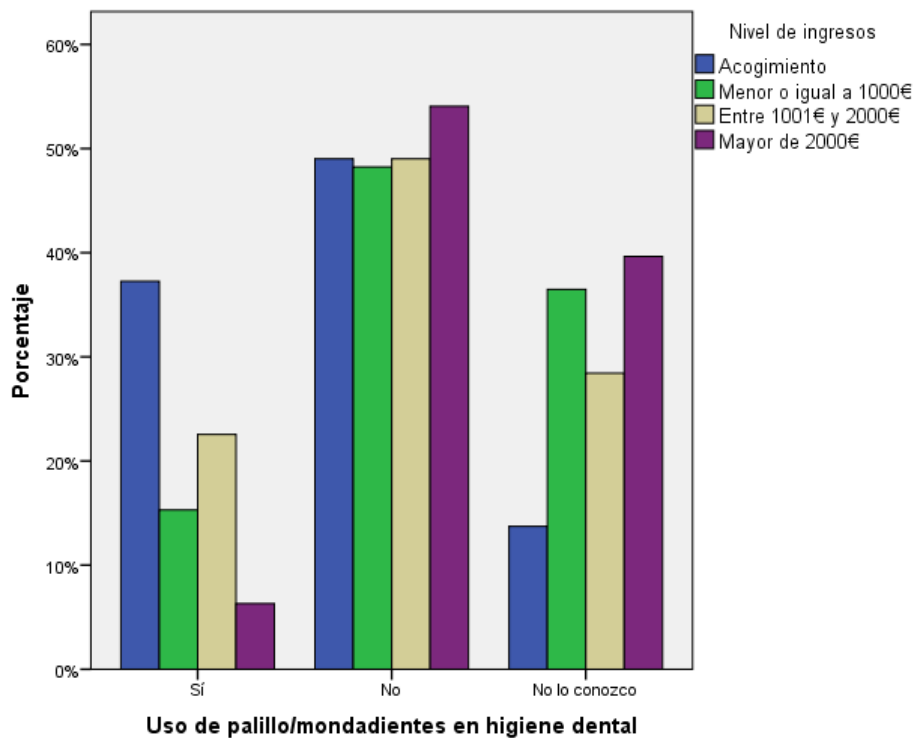


Figura 5.40 Gráfico de barras agrupado del uso de palillo/mondadientes en higiene dental

- Tipo de cepillo de dientes

En la tabla 5.159 y figura 5.41 podemos observar que, en todos los subgrupos de “ingresos del hogar”, el mayor porcentaje, tanto en escolares como en menores ingresados en centros de protección, expresan que el tipo de cepillo de dientes utilizado en el lavado dental es el “manual”, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=52; 61,2%); “entre 1001 y 2000€” (n=59;57,8%); y “mayor de 2000€” (n=129; 57,8%); “menores de centros de protección” (n=38; 74,5%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=85,445; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Tipo de cepillo de dientes	Manual	N	38	52	59	129	278
		%Tipo de cepillo de dientes	13,7%	18,7%	21,2%	46,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	74,5%	61,2%	57,8%	57,8%	60,3%
		RC	2,2	,2	-6	-1,0	
	Eléctrico	N	3	33	42	93	171
		%Tipo de cepillo de dientes	1,8%	19,3%	24,6%	54,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	5,9%	38,8%	41,2%	41,7%	37,1%
		RC	-4,9	,4	1,0	2,0	
	Miswak / Siwak	N	1	0	1	0	2
		%Tipo de cepillo de dientes	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,4%
		RC	1,8	-,7	1,0	-1,4	
	Ninguno	N	9	0	0	1	10
		%Tipo de cepillo de dientes	90,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	17,6%	0,0%	0,0%	0,4%	2,2%
		RC	8,0	-1,5	-1,7	-2,5	
Total	N	51	85	102	223	461	
	%Tipo de cepillo de dientes	11,1%	18,4%	22,1%	48,4%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.159 Nivel de ingresos y tipo de cepillo de dientes

Resultados

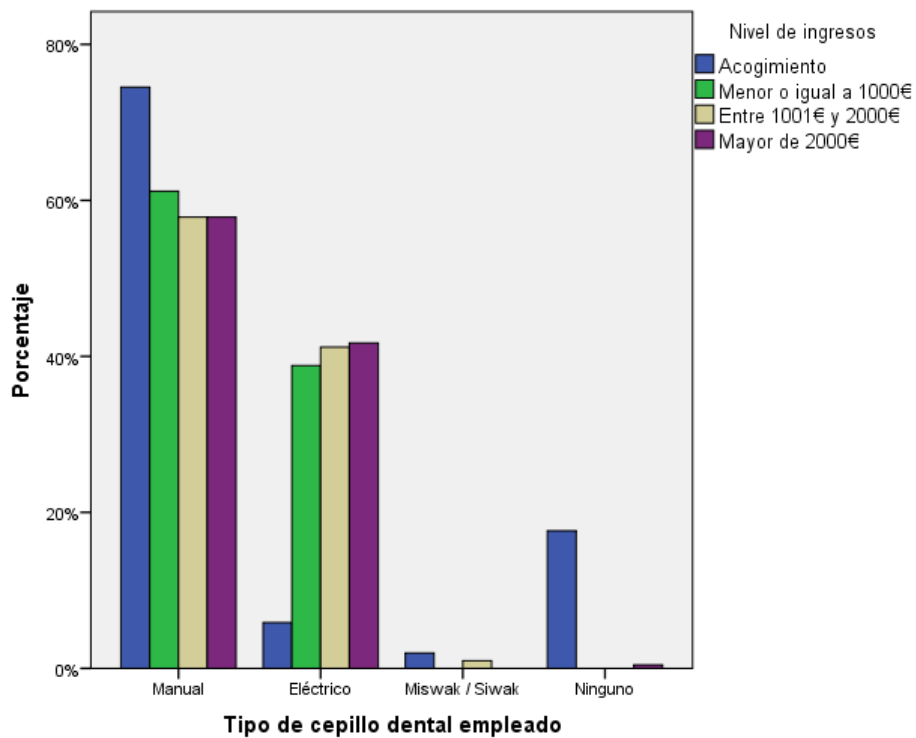


Figura 5.41 Gráfico de barras agrupado del tipo de cepillo dental empleado

- Material empleado en la higiene ótica

La tabla 5.160 y figura 5.42 muestra que, en todos los subgrupos de “ingresos del hogar”, tanto en escolares como en menores ingresados en centros de protección, obtienen el mayor porcentaje al señalar que el material utilizado para la higiene ótica es el “bastoncillo de algodón”, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=64; 75,3%); “entre 1001 y 2000€” (n=72; 70,6%); “mayor de 2000€” (n=145; 64,7%); y “menores de centros de protección” (n=29; 56,9%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=30,068; p=0,012).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Material utilizado higiene oídos	Un bastoncillo de algodón	N	29	64	72	145	310
		%Material utilizado higiene oídos	9,4%	20,6%	23,2%	46,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	56,9%	75,3%	70,6%	64,7%	67,1%
		RC	-1,6	1,8	,8	-1,1	
	Un objeto puntiagudo (lápiz, bolígrafo, llaves...)	N	0	1	0	1	2
		%Material utilizado higiene oídos	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	1,2%	0,0%	0,4%	0,4%
		RC	-,5	1,2	-,8	,0	
	El dedo	N	1	0	4	8	13
		%Material utilizado higiene oídos	7,7%	0,0%	30,8%	61,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	0,0%	3,9%	3,6%	2,8%
		RC	-,4	-1,7	,8	1,0	
	Con agua	N	4	7	12	23	46
		%Material utilizado higiene oídos	8,7%	15,2%	26,1%	50,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	7,8%	8,2%	11,8%	10,3%	10,0%
		RC	-,5	-,6	,7	,2	
	Un spray o difusor de agua marina	N	1	7	8	14	30
		%Material utilizado higiene oídos	3,3%	23,3%	26,7%	46,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	8,2%	7,8%	6,3%	6,5%
		RC	-1,4	,7	,6	-,2	
	Con nada	N	16	6	6	33	61
%Material utilizado higiene oídos		26,2%	9,8%	9,8%	54,1%	100,0%	
%Nivel de ingresos		31,4%	7,1%	5,9%	14,7%	13,2%	
RC		4,1	-1,9	-2,5	,9		
Total	N	51	85	102	224	462	
	%Material utilizado higiene oídos	11,0%	18,4%	22,1%	48,5%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.160 Nivel de ingresos y material empleado en la higiene ótica

Resultados

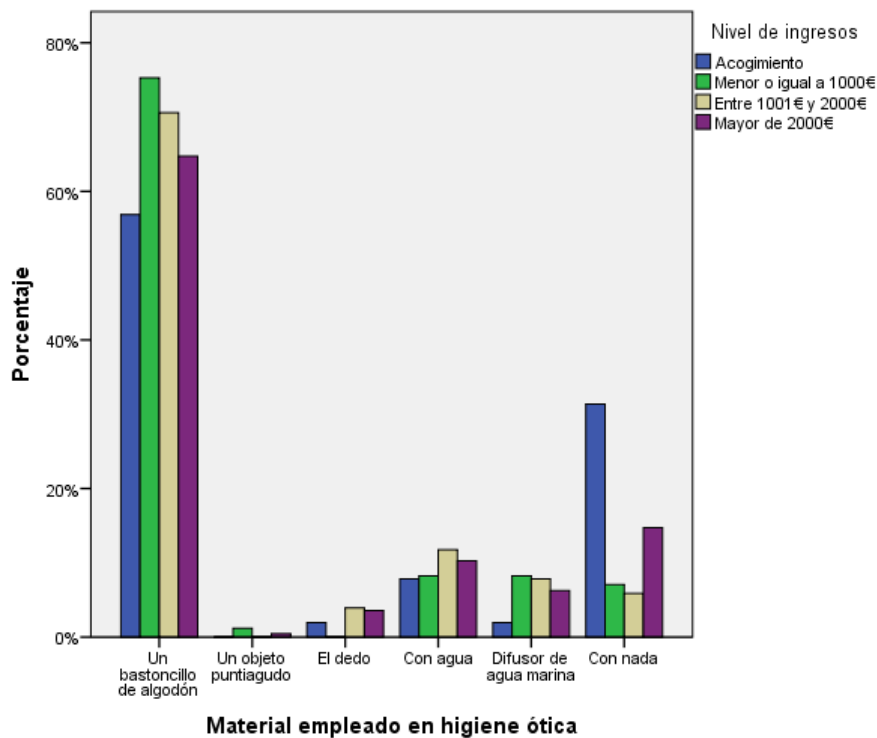


Figura 5.42 Gráfico de barras agrupado del material empleado en higiene ótica

5.2.4.2.5 Autonomía para la higiene corporal de la sección 2 de HICORIN

- Autonomía en el lavado de piel corporal

La tabla 5.161 y figura 5.43 muestra que, en todos los subgrupos de “ingresos del hogar”, la mayoría, tanto de escolares como menores de centros de protección, expresa que son autónomos para realizar el lavado de piel corporal, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=63; 75%); “entre 1001 y 2000€” (n=82; 81,2%); “mayor de 2000€” (n=199; 88,8%); y “menores en centros de protección” (n=36; 70,6%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=30,326; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Alguien te ayuda a lavarte la piel corporal?	Lo hago yo solo/a	N	36	63	82	199	380
		%Autonomía lavado piel corporal	9,5%	16,6%	21,6%	52,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	70,6%	75,0%	81,2%	88,8%	82,6%
		RC	-2,4	-2,0	-,4	3,4	
	Mi madre o padre	N	12	20	19	23	74
		%Autonomía lavado piel corporal	16,2%	27,0%	25,7%	31,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	23,5%	23,8%	18,8%	10,3%	16,1%
		RC	1,5	2,1	,8	-3,3	
	Mi hermano o hermana mayor	N	2	0	0	0	2
		%Autonomía lavado piel corporal	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
		RC	4,0	-,7	-,8	-1,4	
	Otros	N	1	1	0	2	4
		%Autonomía lavado piel corporal	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	1,2%	0,0%	0,9%	0,9%
		RC	,9	,4	-1,1	,1	
Total		N	51	84	101	224	460
		%Autonomía lavado piel corporal	11,1%	18,3%	22,0%	48,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.161 Nivel de ingresos y autonomía en el lavado de piel corporal

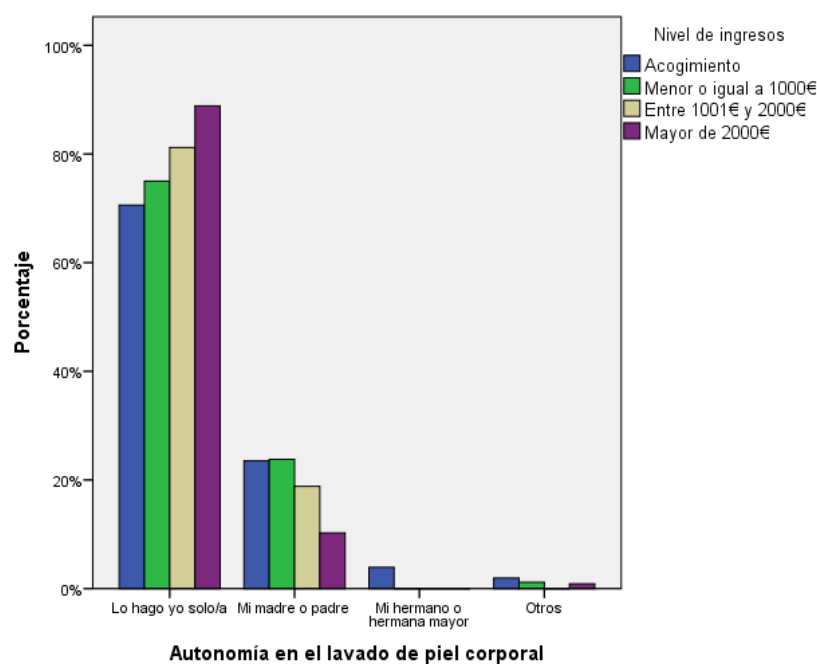


Figura 5.43 Gráfico de barras agrupado de autonomía en el lavado de piel corporal

Resultados

- Autonomía en el lavado del cabello

La tabla 5.162 y figura 5.44 muestra que, tanto en escolares como en menores ingresados en centros de protección, obtienen el mayor porcentaje al señalar que son autónomos en el lavado del cabello, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=58; 68,2%); “entre 1001 y 2000€” (n=75; 74,3%); “mayor de 2000€” (n=172; 76,8%); y “menores de centros de protección” (n=36; 70,6%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=19,075; p=0,025).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Alguien te ayuda a lavarte el cabello?	Lo hago yo solo/a	N	36	58	75	172	341
		%Autonomía lavado cabello	10,6%	17,0%	22,0%	50,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	70,6%	68,2%	74,3%	76,8%	74,0%
		RC	-,6	-1,3	,1	1,3	
	Mi madre o padre	N	11	27	25	48	111
		%Autonomía lavado cabello	9,9%	24,3%	22,5%	43,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	21,6%	31,8%	24,8%	21,4%	24,1%
		RC	-,4	1,8	,2	-1,3	
	Mi hermano o hermana mayor	N	3	0	1	1	5
		%Autonomía lavado cabello	60,0%	0,0%	20,0%	20,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	5,9%	0,0%	1,0%	0,4%	1,1%
		RC	3,5	-1,1	-,1	-1,3	
	Otros	N	1	0	0	3	4
		%Autonomía lavado cabello	25,0%	0,0%	0,0%	75,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,9%
		RC	,9	-1,0	-1,1	1,1	
Total	N	51	85	101	224	461	
	%Autonomía lavado cabello	11,1%	18,4%	21,9%	48,6%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.162 Nivel de ingresos y autonomía en el lavado del cabello

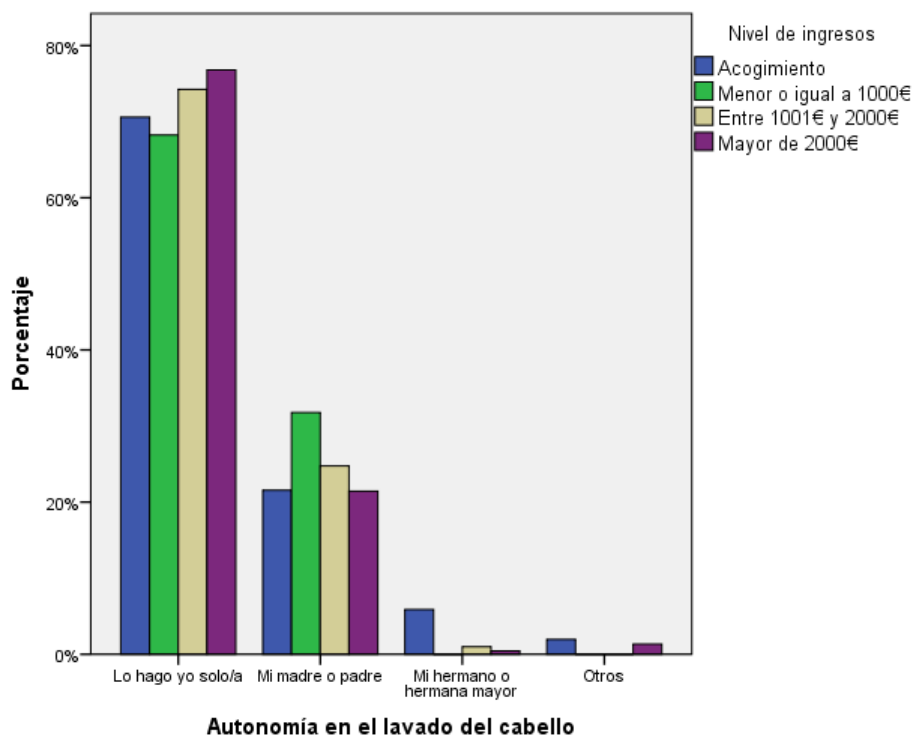


Figura 5.44 Gráfico de barras agrupado de autonomía en lavado del cabello

- Autonomía en el lavado de manos

La tabla 5.163 y figura 5.45 muestra que, en todos los subgrupos de “ingresos del hogar”, tanto en escolares como en menores ingresados en centros de protección, obtienen un amplio porcentaje al señalar que son autónomos en el lavado de manos, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=84; 98,8%); “entre 1001€ y 2000€” (n=101; 99%); “mayor de 2000€” (n=224; 100%); y “menores de centros de protección” (n=49; 96,1%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=19,166; p=0,004).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Alguien te ayuda a lavarte las manos?	Lo hago yo solo/a	N	49	84	101	224	458
		%Autonomía lavado manos	10,7%	18,3%	22,1%	48,9%	100,0%
		%Nivel de ingresos	96,1%	98,8%	99,0%	100,0%	99,1%
		RC	-2,5	-,3	-,1	1,9	
	Mi madre o padre	N	0	1	1	0	2
		%Autonomía lavado manos	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	1,2%	1,0%	0,0%	0,4%
		RC	-,5	1,2	1,0	-,1,4	
	Nadie, porque nunca me lo lavo	N	2	0	0	0	2
		%Autonomía lavado manos	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
		RC	4,0	-,7	-,8	-,1,4	
Total		N	51	85	102	224	462
		%Autonomía lavado manos	11,0%	18,4%	22,1%	48,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.163 Nivel de ingresos y autonomía en el lavado de manos

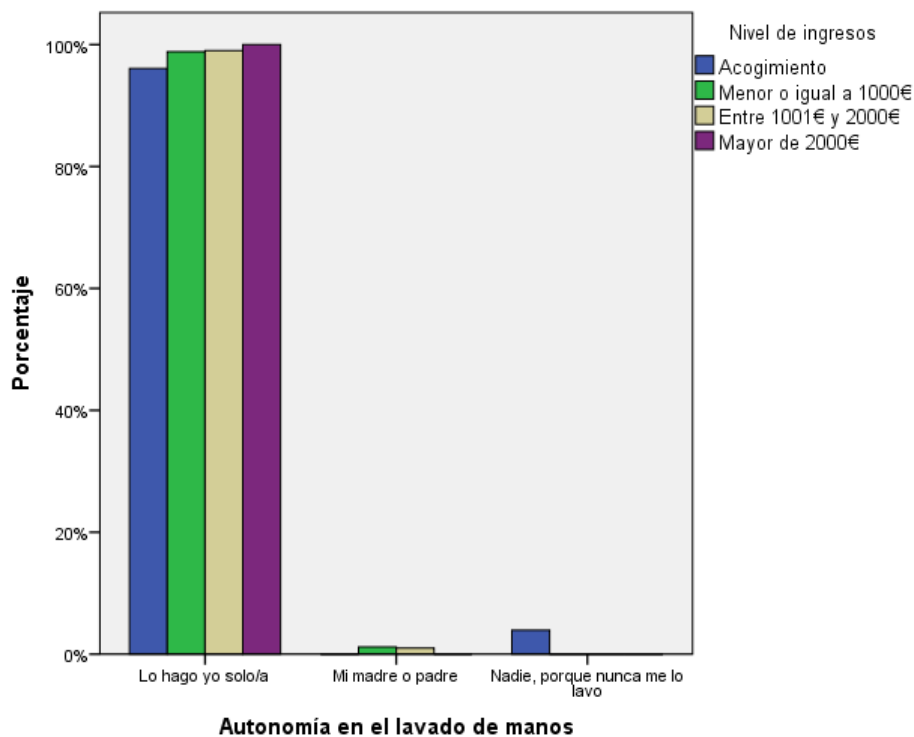


Figura 5.45 Gráfico de barras agrupado de autonomía en el lavado de manos

- Autonomía en el corte de uñas de las manos

La tabla 5.164 y figura 5.46 muestra como los escolares señalan en mayor porcentaje que precisan ayuda de su “madre o padre” para cortar las uñas de las manos, siendo las proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=55; 64,7%); “entre 1001 y 2000€” (n=69; 67,6%); y “mayor de 2000€” (n=166; 74,1%). Sin embargo, los menores ingresados en centros de protección, en su mayoría, expresan que no les ayuda nadie porque se muerden las uñas de la manos (n=20; 39,2%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=65,956; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?	Mi madre o padre	N	16	55	69	166	306
		%Autonomía corte uñas de las manos	5,2%	18,0%	22,5%	54,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	31,4%	64,7%	67,6%	74,1%	66,2%
		RC	-5,6	-,3	,3	3,5	
	Mi hermano o hermana mayor	N	2	0	0	1	3
		%Autonomía corte uñas de las manos	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	3,9%	0,0%	0,0%	0,4%	0,6%
		RC	3,1	-,8	-,9	-,5	
	Me las corto yo solo/a	N	10	18	25	30	83
		%Autonomía corte uñas de las manos	12,0%	21,7%	30,1%	36,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	19,6%	21,2%	24,5%	13,4%	18,0%
		RC	,3	,9	2,0	-2,5	
	Nadie porque me las muerdo	N	20	10	7	26	63
		%Autonomía corte uñas de las manos	31,7%	15,9%	11,1%	41,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	39,2%	11,8%	6,9%	11,6%	13,6%
		RC	5,6	-,6	-2,3	-1,2	
	Nadie porque nunca me las corto	N	2	1	0	1	4
		%Autonomía corte uñas de las manos	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	3,9%	1,2%	0,0%	0,4%	0,9%
		RC	2,5	,3	-1,1	-,9	
	Otros	N	1	1	1	0	3
		%Autonomía corte uñas de las manos	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	1,2%	1,0%	0,0%	0,6%
		RC	1,2	,7	,5	-1,7	
Total		N	51	85	102	224	462

Resultados

	%Autonomía corte uñas de las manos	11,0%	18,4%	22,1%	48,5%	100,0%
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.164 Nivel de ingresos y autonomía en el corte de uñas de las manos

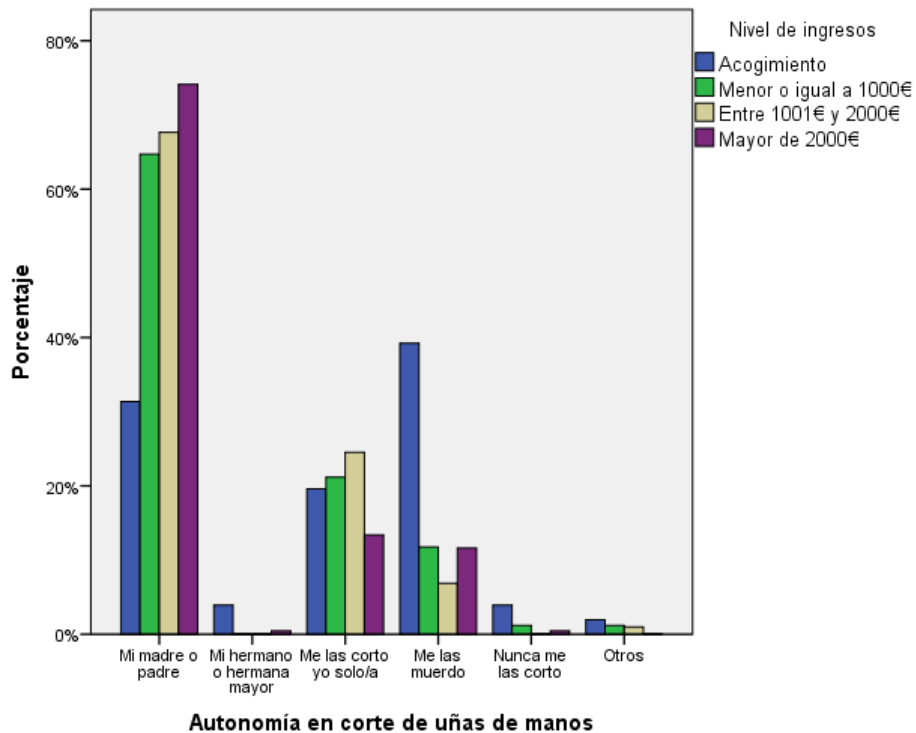


Figura 5.46 Gráfico de barras agrupado de autonomía en corte de uñas de manos

- Autonomía en el lavado dental

La tabla 5.165 y figura 5.47 muestra como los escolares señalan en mayor porcentaje que son autónomos en el lavado dental, siendo las proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=82; 97,6%); “entre 1001 y 2000€” (n=98; 96,1%); y “mayor de 2000€” (n=215; 95,6%). Los menores ingresos en centros de protección también obtienen la mayor proporción al expresar que son autónomos en el lavado dental (n=40; 78,4%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=83,433; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Alguien te ayuda a lavarte los dientes?	Lo hago yo solo/a	N	40	82	98	215	435
		%Autonomía lavado dental	9,2%	18,9%	22,5%	49,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	78,4%	97,6%	96,1%	95,6%	94,2%
		RC	-5,1	1,5	,9	1,2	
	Mi madre o padre	N	0	2	4	9	15
		%Autonomía lavado dental	0,0%	13,3%	26,7%	60,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	2,4%	3,9%	4,0%	3,2%
		RC	-1,4	-5	,4	,9	
	Nadie, porque nunca me lo lavo	N	11	0	0	1	12
		%Autonomía lavado dental	91,7%	0,0%	0,0%	8,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	21,6%	0,0%	0,0%	0,4%	2,6%
		RC	9,0	-1,7	-1,9	-2,8	
Total		N	51	84	102	225	462
		%Autonomía lavado dental	11,0%	18,2%	22,1%	48,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.165 Nivel de ingresos y autonomía en el lavado dental

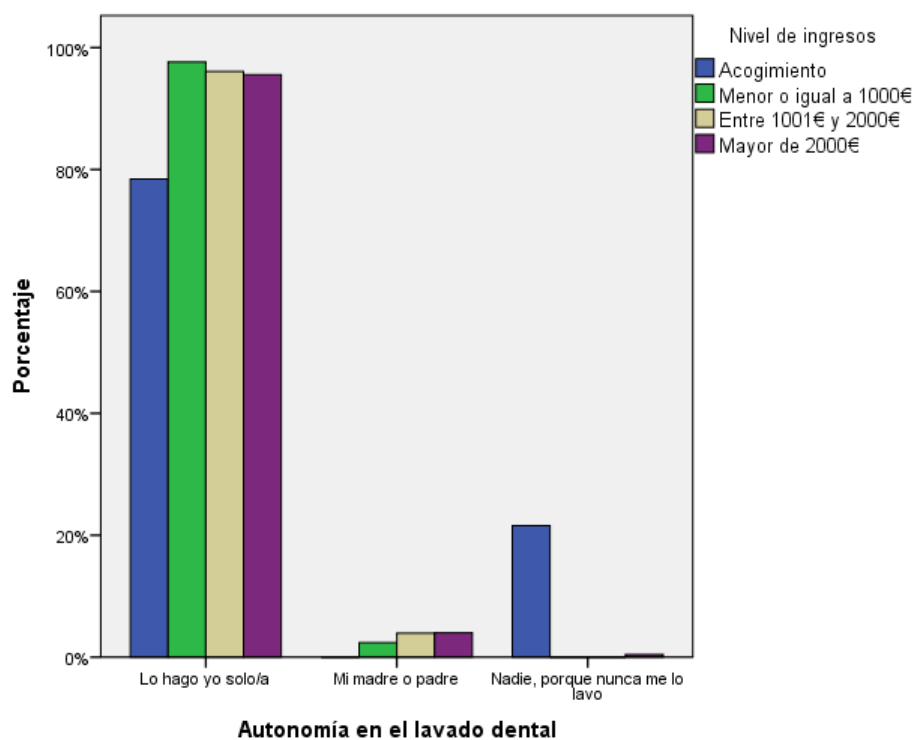


Figura 5.47 Gráfico de barras agrupado de autonomía en el lavado dental

Resultados

- Autonomía en el corte de uñas de los pies

La tabla 5.166 y figura 5.48 muestra que, en los tres subgrupos de escolares según la variable “ingresos del hogar”, la mayor proporción precisa ayuda de su madre o padre para realizar el corte de uñas de sus pies, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=57; 67,1%); “entre 1001 y 2000€” (n=76; 74,5%); y “mayor de 2000€” (n=184; 82,1%). Sin embargo, la mayor proporción de “menores de centros de protección” expresan que son autónomos en el corte de las uñas de sus pies (n=27; 52,9%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=40,947; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de los pies?	Lo hago yo solo/a	N	27	27	26	37	117
		%Autonomía corte uñas de los pies	23,1%	23,1%	22,2%	31,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	52,9%	31,8%	25,5%	16,5%	25,3%
		RC	4,8	1,5	,0	-4,2	
	Mi madre o padre	N	22	57	76	184	339
		%Autonomía corte uñas de los pies	6,5%	16,8%	22,4%	54,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	43,1%	67,1%	74,5%	82,1%	73,4%
		RC	-5,2	-1,5	,3	4,1	
	Nadie, porque nunca me las corto	N	1	0	0	3	4
		%Autonomía corte uñas de los pies	25,0%	0,0%	0,0%	75,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,9%
		RC	,9	-1,0	-1,1	1,1	
	Otros	N	1	1	0	0	2
		%Autonomía corte uñas de los pies	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,4%
		RC	1,8	1,2	-,8	-1,4	
Total		N	51	85	102	224	462
		%Autonomía corte uñas de los pies	11,0%	18,4%	22,1%	48,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.166 Nivel de ingresos y autonomía en el corte de uñas de los pies

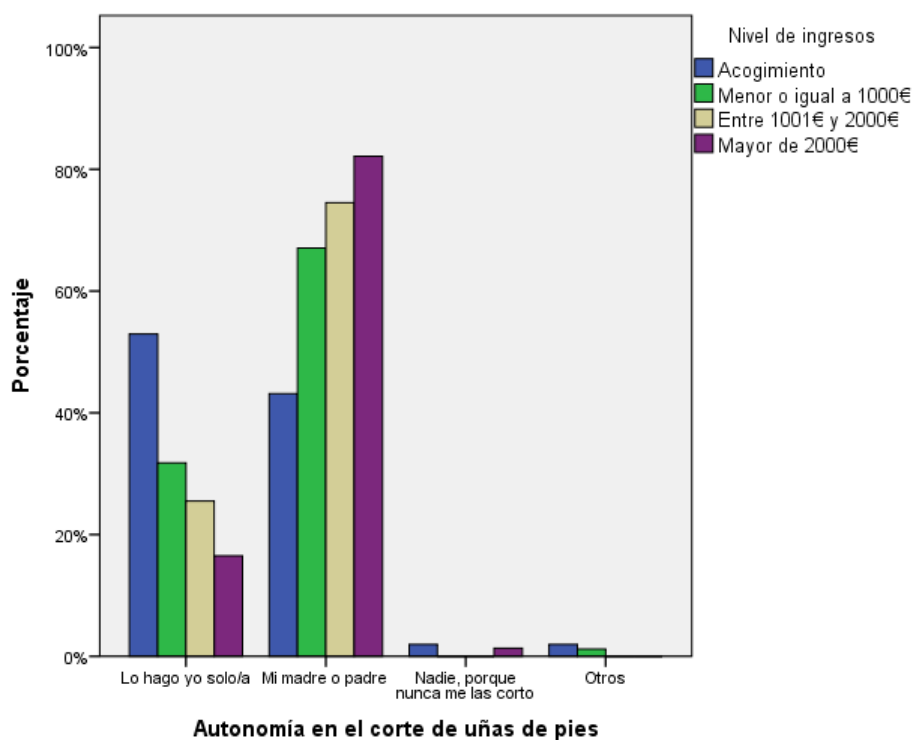


Figura 5.48 Gráfico de barras agrupado de autonomía en corte uñas de pies

- Autonomía en la higiene ótica

La tabla 5.167 y figura 5.49 muestra como los escolares de los subgrupos de mayores ingresos; “entre 1001€ y 2000€”, en un 54,9% (n=56) y “mayor de 2000€”, en un 44,4% (n=99), expresan en su mayoría que son autónomos en la realización de su higiene ótica. Los escolares del subgrupo de ingresos “menor o igual a 1000€”, sin embargo, precisan en un 45,9% (n=39) la ayuda de su “madre o padre” en la higiene ótica. Los menores ingresados en centros de protección, expresan en mayor proporción que en sus casas realizaban la higiene ótica ellos solos de forma autónoma (n=26; 51%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=28,089; p=0,005).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Alguien te ayuda a limpiarte los oídos?	Lo hago yo solo/a	N	26	37	56	99	218
		%Autonomía higiene ótica	11,9%	17,0%	25,7%	45,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	51,0%	43,5%	54,9%	44,4%	47,3%
		RC	,6	-,8	1,7	-1,2	
	Mi madre o padre	N	7	39	34	85	165
		%Autonomía higiene ótica	4,2%	23,6%	20,6%	51,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	13,7%	45,9%	33,3%	38,1%	35,8%
		RC	-3,5	2,1	-,6	1,0	
	Mi hermano o hermana mayor	N	1	0	1	1	3
		%Autonomía higiene ótica	33,3%	0,0%	33,3%	33,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	0,0%	1,0%	0,4%	0,7%
		RC	1,2	-,8	,5	-,5	
	Nadie, porque nunca me los limpio	N	16	8	10	37	71
		%Autonomía higiene ótica	22,5%	11,3%	14,1%	52,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	31,4%	9,4%	9,8%	16,6%	15,4%
		RC	3,4	-1,7	-1,8	,7	
Otros	N	1	1	1	1	4	
	%Autonomía higiene ótica	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	2,0%	1,2%	1,0%	0,4%	0,9%	
	RC	,9	,3	,1	-,9		
Total	N	51	85	102	223	461	
	%Autonomía higiene ótica	11,1%	18,4%	22,1%	48,4%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.167 Nivel de ingresos y autonomía en la higiene ótica

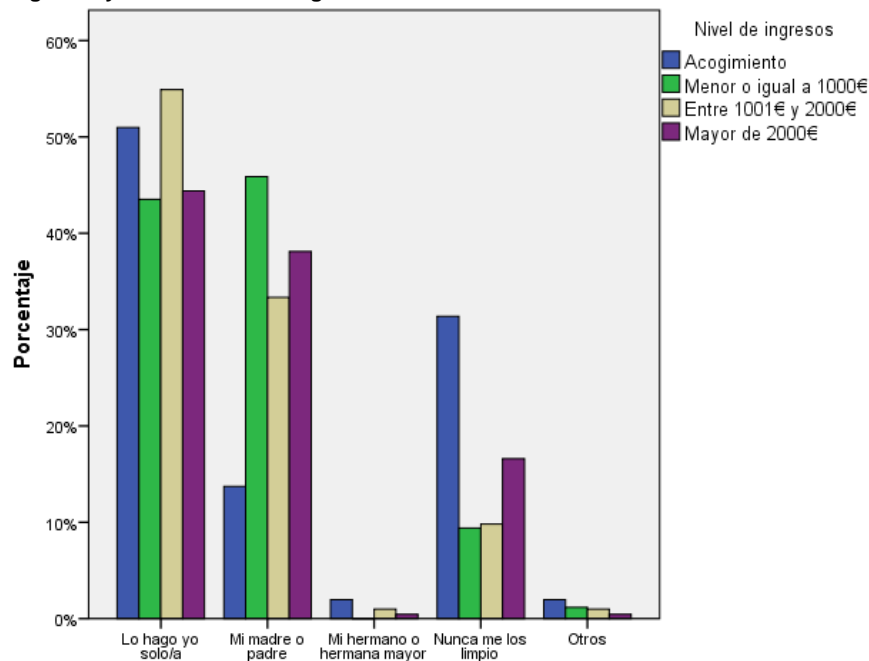


Figura 5.49 Gráfico de barras agrupado de autonomía en higiene ótica

5.2.4.2.6 Conocimientos en higiene corporal

- Conocimientos en el uso del gel de baño

La tabla 5.168 y figura 5.50 muestra que, según la variable “nivel de ingresos”, tanto los escolares como los menores de reciente ingreso en centros de protección, opinan en mayor proporción que el uso principal del gel de baño es “lavarse la piel”, obteniendo los siguientes porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=69; 81,2%); “entre 1001€ y 2000€” (n=82; 80,4%); “mayor de 2000€” (n=180; 81,1%); y “menores de centros de protección” (n=27; 52,9%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=33,340; p=0,001).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Uso principal gel baño	Lavarse la piel	N	27	69	82	180	358
		%Uso principal gel baño	7,5%	19,3%	22,9%	50,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	52,9%	81,2%	80,4%	81,1%	77,8%
		RC	-4,5	,8	,7	1,6	
	Lavarse el pelo	N	13	11	12	29	65
		%Uso principal gel baño	20,0%	16,9%	18,5%	44,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	25,5%	12,9%	11,8%	13,1%	14,1%
		RC	2,5	-,3	-,8	-,6	
	Lavar la ropa	N	0	1	2	1	4
		%Uso principal gel baño	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	0,0%	1,2%	2,0%	0,5%	0,9%
		RC	-,7	,3	1,3	-,9	
	No lo sé	N	11	4	6	10	31
		%Uso principal gel baño	35,5%	12,9%	19,4%	32,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	21,6%	4,7%	5,9%	4,5%	6,7%
		RC	4,5	-,8	-,4	-1,8	
Otras opciones	N	0	0	0	2	2	
	%Uso principal gel baño	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,4%	
	RC	-,5	-,7	-,8	1,5		
Total		N	51	85	102	222	460
		%Uso principal gel baño	11,1%	18,5%	22,2%	48,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.168 Nivel de ingresos y conocimientos en el uso del gel de baño

Resultados

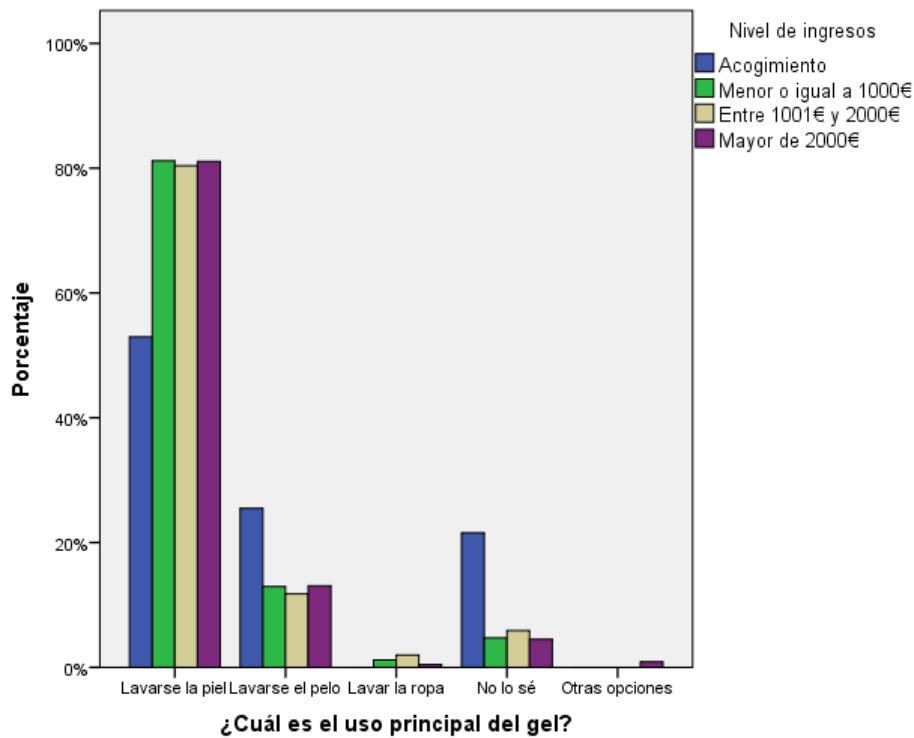


Figura 5.50 Gráfico de barras agrupado de conocimientos: uso principal del gel de baño

- Conocimientos en el lavado de manos en la prevención de enfermedades diarreicas

La tabla 5.169 y figura 5.51 muestra como tanto los “menores en centros de protección”, con un 54,9% (n=28), como los escolares pertenecientes al subgrupo de ingresos “menor o igual a 1000€”, con un 39,3% (n=33), opinan en mayor proporción que “no saben” si el lavado de manos ayuda a prevenir la enfermedades diarreicas. Mientras que, los escolares pertenecientes a familias con ingresos mensuales “entre 1001€ y 2000€”, en un 38,6% (n=39), y “mayor de 2000€”, en un 38,7% (n=87), señalan que lavarse bien las manos “no” ayuda a prevenir las enfermedades diarreicas.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=14,276; p=0,027).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	Sí	N	8	22	27	73	130
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	6,2%	16,9%	20,8%	56,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	15,7%	26,2%	26,7%	32,4%	28,2%
		RC	-2,1	-,5	-,4	2,0	
	No	N	15	29	39	87	170
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	8,8%	17,1%	22,9%	51,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	29,4%	34,5%	38,6%	38,7%	36,9%
		RC	-1,2	-,5	,4	,8	
	No lo sé	N	28	33	35	65	161
		%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	17,4%	20,5%	21,7%	40,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	54,9%	39,3%	34,7%	28,9%	34,9%
		RC	3,2	,9	-,1	-,7	
Total	N	51	84	101	225	461	
	%¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	11,1%	18,2%	21,9%	48,8%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.169 Nivel de ingresos y conocimientos en el lavado de manos en la prevención de enfermedades diarreicas

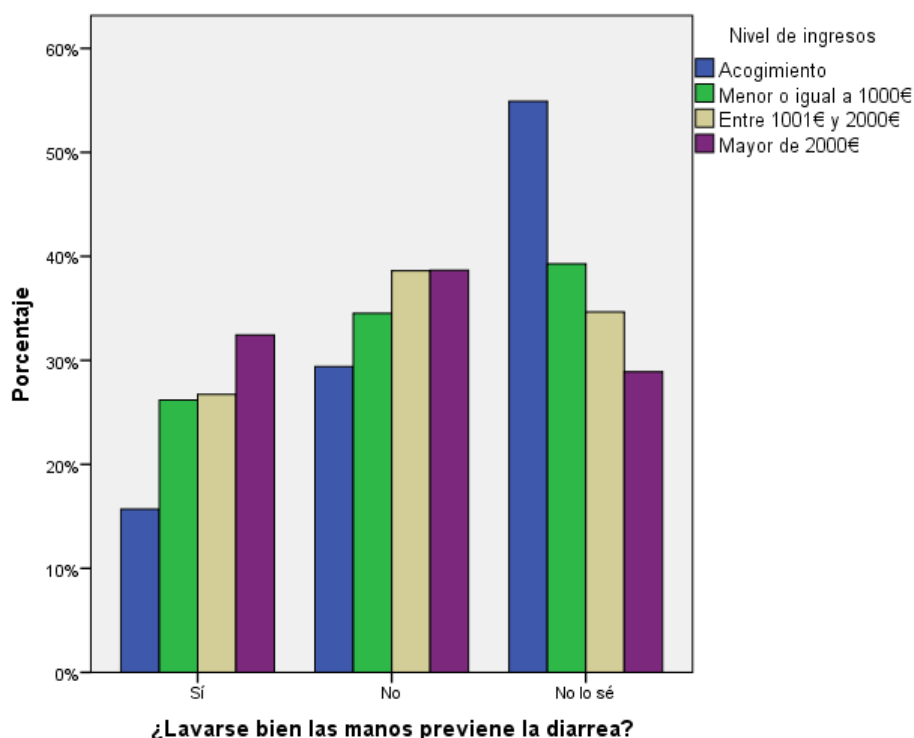


Figura 5.51 Gráfico de barras agrupado de conocimientos: lavado de manos y prevención enfermedades diarreicas

Resultados

- Conocimientos relacionados con el momento de desechar el cepillo de dientes

La tabla 5.170 y figura 5.52 muestra que, según la variable “nivel de ingresos”, tanto los escolares como los menores de reciente ingreso en centros de protección, opinan en mayor proporción que el cepillo de dientes se desecha “sólo si está viejo”, obteniendo los siguientes porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=31; 36,5%); “entre 1001€ y 2000€” (n=41; 40,2%); “mayor de 2000€” (n=94; 42%); y “menores de centros de protección” (n=29; 56,9%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=26,540; p=0,033).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	A los 3 meses o si se pone viejo antes	N	9	22	36	70	137
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	6,6%	16,1%	26,3%	51,1%	100,0%
		%Nivel de ingresos	17,6%	25,9%	35,3%	31,3%	29,7%
		RC	-2,0	-,8	1,4	,7	
	A los 4 meses o más	N	2	9	10	21	42
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	4,8%	21,4%	23,8%	50,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	3,9%	10,6%	9,8%	9,4%	9,1%
		RC	-1,4	,5	,3	,2	
	Cada año, cuando comienza el nuevo curso en el colegio	N	1	6	5	10	22
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	4,5%	27,3%	22,7%	45,5%	100,0%
		%Nivel de ingresos	2,0%	7,1%	4,9%	4,5%	4,8%
		RC	-1,0	1,1	,1	-,3	
	Sólo si está viejo	N	29	31	41	94	195
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	14,9%	15,9%	21,0%	48,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	56,9%	36,5%	40,2%	42,0%	42,2%
		RC	2,2	-1,2	-,5	-,1	
	No se tira nunca	N	4	7	2	2	15
		%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	26,7%	46,7%	13,3%	13,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	7,8%	8,2%	2,0%	0,9%	3,2%
		RC	2,0	2,9	-,8	-2,8	
No lo sé	N	6	10	8	27	51	
	%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	11,8%	19,6%	15,7%	52,9%	100,0%	
	%Nivel de	11,8%	11,8%	7,8%	12,1%	11,0%	

		ingresos				
		RC	,2	,2	-1,2	,7
Total	N	51	85	102	224	462
	%¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	11,0%	18,4%	22,1%	48,5%	100,0%
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	N: recuento. RC: residuos corregidos.					

Tabla 5.170 Nivel de ingresos y conocimientos relacionados con el momento de desechar el cepillo de dientes

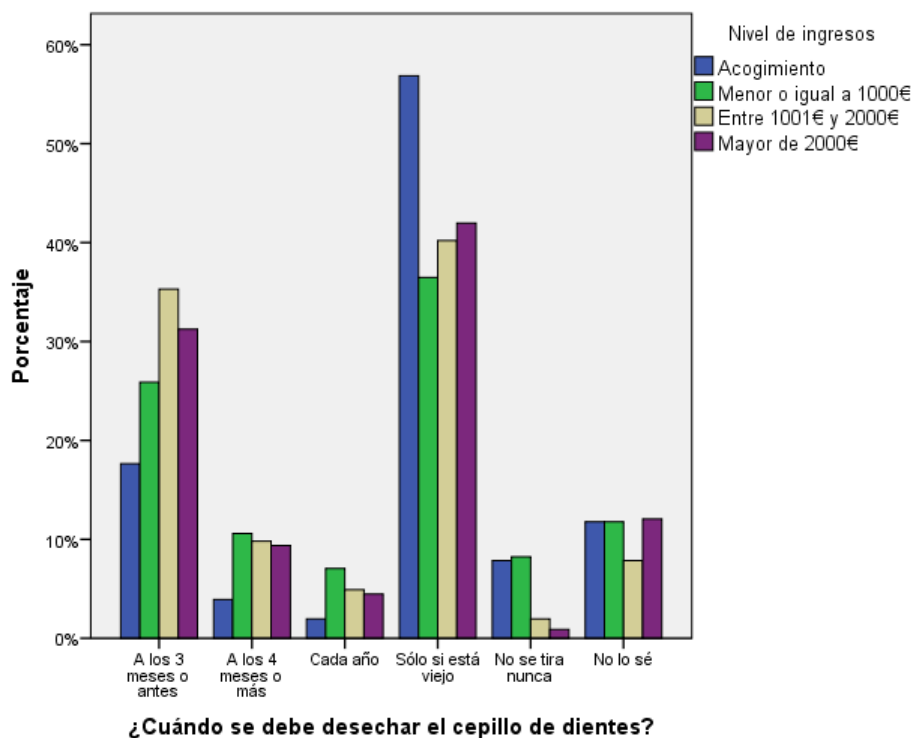


Figura 5.52 Gráfico de barras agrupado de conocimientos: cuándo desechar el cepillo de dientes

- Conocimientos sobre el corte de uñas de los pies

En la tabla 5.171 y figura 5.53 se observa que, en todos los subgrupos de “ingresos del hogar”, la mayoría, tanto de escolares como menores ingresados en centros de protección, cree erróneamente que las uñas de los pies se deben cortar de forma recta, obteniendo las siguientes proporciones: “menor o igual a 1000€” (n=40; 47,1%); “entre 1001 y 2000€” (n=70; 69,3%); “mayor de 2000€” (n=151; 67,1%); y “menores centros de protección” (n=27; 52,9%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=25,654; p=0,000).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	Sí	N	14	31	21	31	97
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	14,4%	32,0%	21,6%	32,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	27,5%	36,5%	20,8%	13,8%	21,0%
		RC	1,2	3,9	-,1	-3,7	
	No	N	27	40	70	151	288
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	9,4%	13,9%	24,3%	52,4%	100,0%
		%Nivel de ingresos	52,9%	47,1%	69,3%	67,1%	62,3%
		RC	-1,5	-3,2	1,6	2,1	
	No lo sé	N	10	14	10	43	77
		%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	13,0%	18,2%	13,0%	55,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	19,6%	16,5%	9,9%	19,1%	16,7%
		RC	,6	-,1	-2,1	1,4	
Total	N	51	85	101	225	462	
	%¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	11,0%	18,4%	21,9%	48,7%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.171 Nivel de ingresos y conocimientos sobre el corte de uñas de los pies

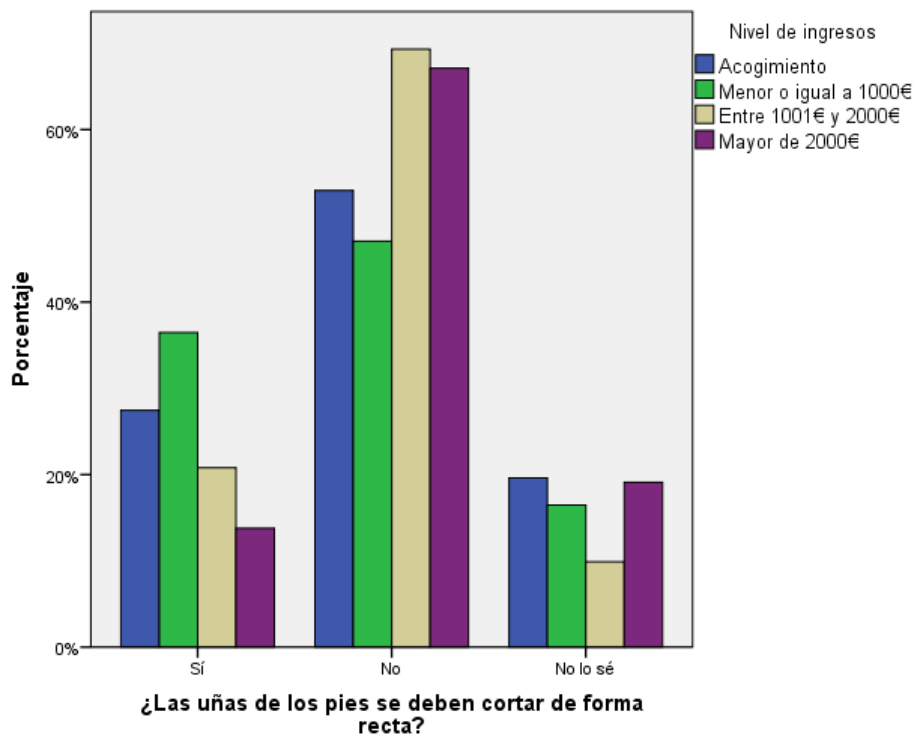


Figura 5.53 Gráfico de barras agrupado de conocimientos: modo de corte de uñas de los pies

5.2.4.3 Otros aspectos de la higiene corporal

5.2.4.3.1 Agentes que han influido en la educación en higiene corporal del menor

- Padres o familiares

En la tabla 5.172 y figura 5.54 se observa que, según la variable “nivel de ingresos”, tanto los escolares como los menores de reciente ingreso en centros de protección, consideran en mayor proporción que sus padres o familiares “sí” les han enseñado como deben lavarse y asearse, obteniendo los siguientes porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=79; 92,9%); “entre 1001€ y 2000€” (n=94; 93,1%); “mayor de 2000€” (n=204; 90,7%); y “menores de centros de protección” (n=37; 72,5%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=18,526; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Padres o familiares enseñan HC	Sí	N	37	79	94	204	414
		%Padres o familiares enseñan HC	8,9%	19,1%	22,7%	49,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	72,5%	92,9%	93,1%	90,7%	89,6%
		RC	-4,2	1,1	1,3	,7	
	No	N	14	6	7	21	48
		%Padres o familiares enseñan HC	29,2%	12,5%	14,6%	43,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	27,5%	7,1%	6,9%	9,3%	10,4%
		RC	4,2	-1,1	-1,3	-,7	
Total	N	51	85	101	225	462	
	%Padres o familiares enseñan HC	11,0%	18,4%	21,9%	48,7%	100,0%	
	%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.172 Nivel de ingresos y padres o familiares

Resultados

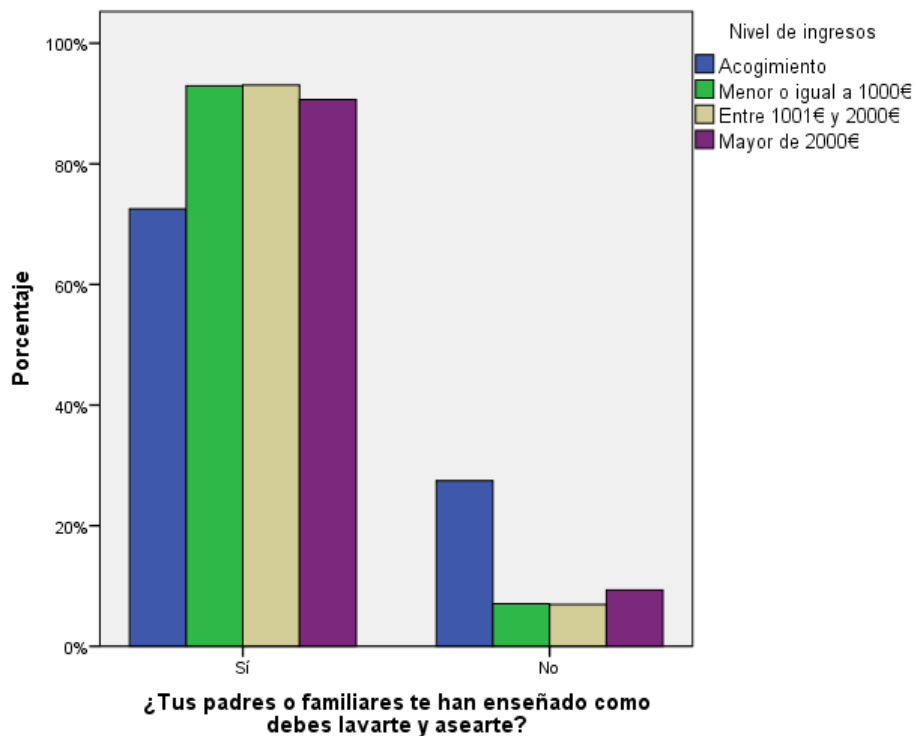


Figura 5.54 Gráfico de barras agrupado de enseñanza en higiene corporal: padres o familiares

- Radio, televisión o internet

La tabla 5.173 y figura 5.55 muestra que, tanto los escolares (en todos los subgrupos de la variable “nivel de ingresos”) como los menores de reciente ingreso en centros de protección, consideran en mayor proporción que “no” han aprendido como deben lavarse y asearse mediante la radio, televisión o internet, obteniendo los siguientes porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=77; 91,7%); “entre 1001€y 2000€” (n=95; 96,9%); “mayor de 2000€” (n=214; 95,5%); y “menores de centros de protección” (n=44; 86,3%).

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=8,764; p=0,033).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Radio, televisión o internet enseñan HC	Sí	N	7	7	3	10	27
		%Radio, televisión o internet enseñan HC	25,9%	25,9%	11,1%	37,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	13,7%	8,3%	3,1%	4,5%	5,9%
		RC	2,5	1,0	-1,3	-1,3	
	No	N	44	77	95	214	430
		%Radio, televisión o internet enseñan HC	10,2%	17,9%	22,1%	49,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	86,3%	91,7%	96,9%	95,5%	94,1%
Total	N	N	51	84	98	224	457
		%Radio, televisión o internet enseñan HC	11,2%	18,4%	21,4%	49,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.173 Nivel de ingresos y radio, televisión o internet

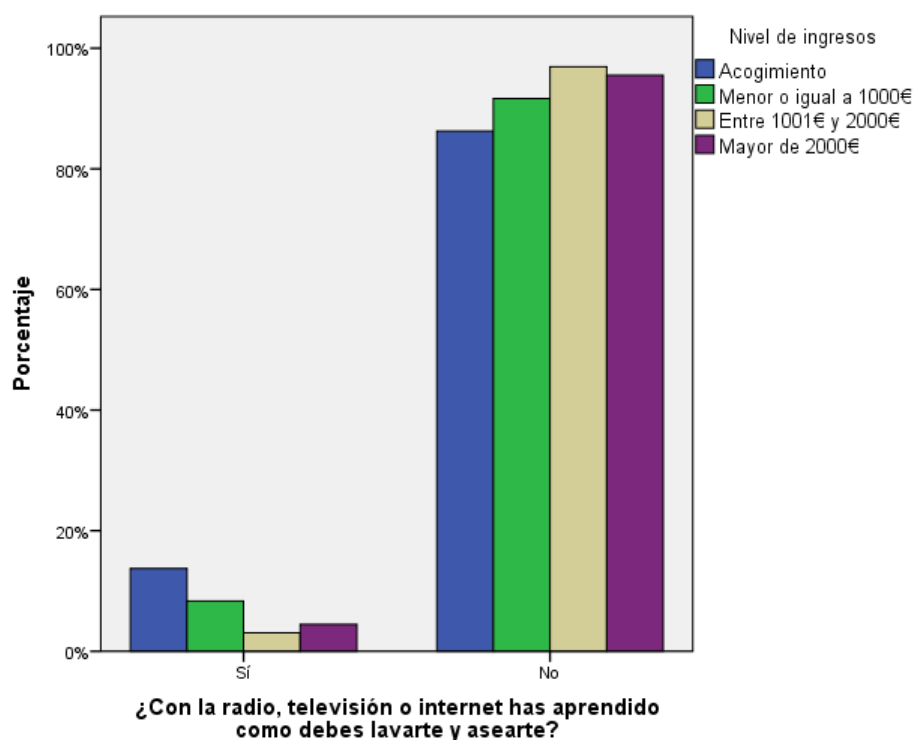


Figura 5.55 Gráfico de barras agrupado de enseñanza en higiene corporal: radio, televisión o internet

5.2.4.3.2 Rechazo social entre iguales

- Rechazo por oler mal

En la tabla 5.174 y figura 5.56 se observa que, según la variable “nivel de ingresos”, tanto los escolares como los menores de reciente ingreso en centros de protección, opinan en mayor proporción “nunca” han sido rechazados por oler mal, obteniendo los siguientes porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=75; 89,3%); “entre 1001€ y 2000€” (n=93; 91,2%); “mayor de 2000€” (n=204; 91,1%); y “menores de centros de protección” (n=26; 51%).

Asimismo, se puede apreciar cómo, atendiendo a la variable “nivel de ingresos”, los “menores en centros de protección”, obtienen un 35,3% (n=18) por haber sido rechazados “varias veces” por oler mal; mientras que, en el caso de los escolares el mayor porcentaje de rechazo “varias veces” sólo alcanza el 1,2% (n=1) en el subgrupo de ingresos mensuales “menor o igual a 1000€”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=128,849; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Rechazo por oler mal	Nunca	N	26	75	93	204	398
		%Rechazo por oler mal	6,5%	18,8%	23,4%	51,3%	100,0%
		%Nivel de ingresos	51,0%	89,3%	91,2%	91,1%	86,3%
		RC	-7,8	,9	1,6	2,9	
	Alguna vez	N	7	8	8	19	42
		%Rechazo por oler mal	16,7%	19,0%	19,0%	45,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	13,7%	9,5%	7,8%	8,5%	9,1%
		RC	1,2	,1	-,5	-,5	
	Varias veces	N	18	1	1	1	21
		%Rechazo por oler mal	85,7%	4,8%	4,8%	4,8%	100,0%
		%Nivel de ingresos	35,3%	1,2%	1,0%	0,4%	4,6%
		RC	11,2	-1,6	-2,0	-4,1	
Total		N	51	84	102	224	461
		%Rechazo por oler mal	11,1%	18,2%	22,1%	48,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.174 Nivel de ingresos y rechazo por oler mal

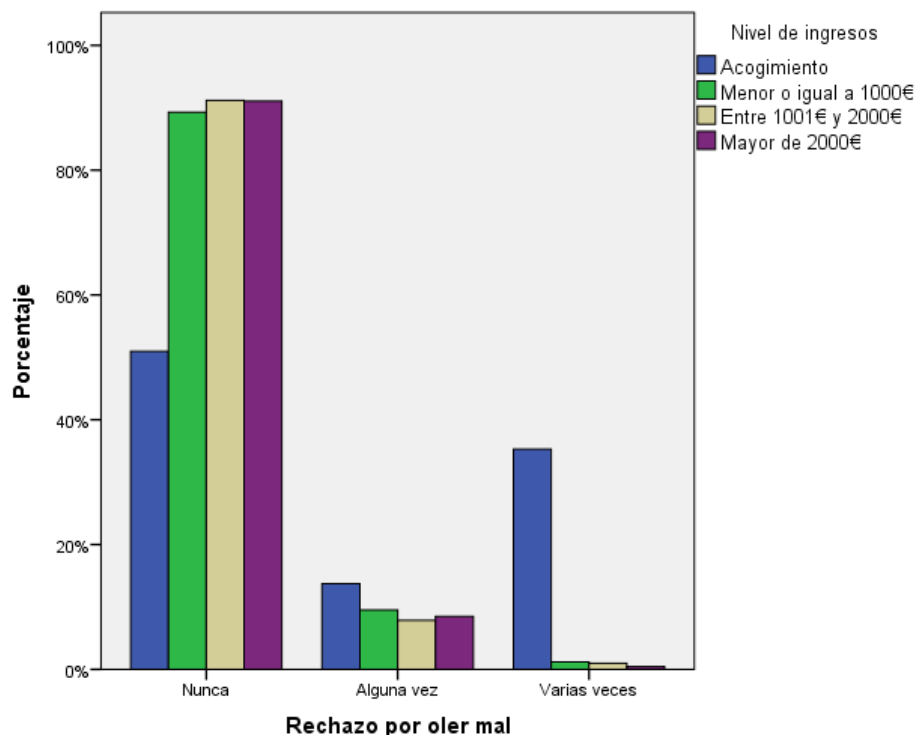


Figura 5.56 Gráfico de barras agrupado de rechazo por oler mal

- Rechazo por estar sucio/a

La tabla 5.175 y figura 5.57 muestra que, según la variable “nivel de ingresos”, tanto los escolares como los menores de reciente ingreso en centros de protección, opinan en mayor proporción “nunca” han sido rechazados por “estar sucios”, obteniendo los siguientes porcentajes: “menor o igual a 1000€” (n=76; 90,5%); “entre 1001€ y 2000€” (n=98; 96,1%); “mayor de 2000€” (n=214; 95,5%); y “menores de centros de protección” (n=30; 58,8%).

Además, se puede apreciar cómo, atendiendo a la variable “nivel de ingresos”, los “menores en centros de protección”, obtienen un 33,3% (n=17) por haber sido rechazados “varias veces” por estar sucios; sin embargo, en el caso de los escolares, el mayor porcentaje de haber sido rechazados “varias veces” sólo alcanza el 1,2% (n=1) en el subgrupo de ingresos mensuales “menor o igual a 1000€”.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=136,720; p=0,000).

Resultados

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Rechazo por estar sucio/a	Nunca	N	30	76	98	214	418
		%Rechazo por estar sucio/a	7,2%	18,2%	23,4%	51,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	58,8%	90,5%	96,1%	95,5%	90,7%
		RC	-8,3	-,1	2,1	3,5	
	Alguna vez	N	4	7	4	10	25
		%Rechazo por estar sucio/a	16,0%	28,0%	16,0%	40,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	7,8%	8,3%	3,9%	4,5%	5,4%
		RC	,8	1,3	-,8	-,9	
	Varias veces	N	17	1	0	0	18
		%Rechazo por estar sucio/a	94,4%	5,6%	0,0%	0,0%	100,0%
		%Nivel de ingresos	33,3%	1,2%	0,0%	0,0%	3,9%
		RC	11,5	-1,4	-2,3	-4,2	
Total		N	51	84	102	224	461
		%Rechazo por estar sucio/a	11,1%	18,2%	22,1%	48,6%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos.

Tabla 5.175 Nivel de ingresos y rechazo por estar sucio/a

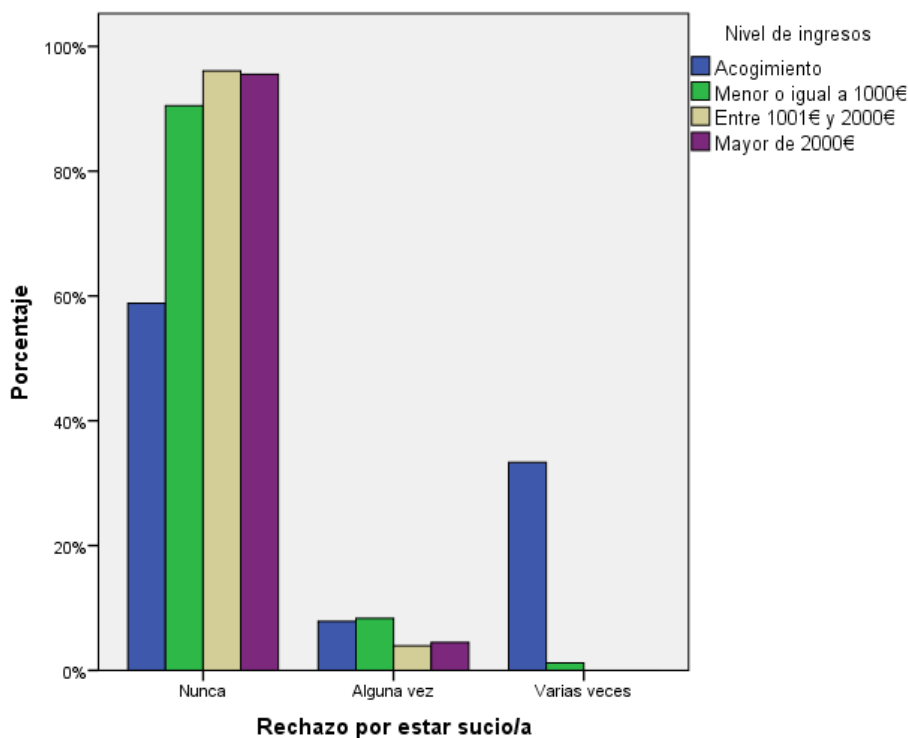


Figura 5.57 Gráfico de barras agrupado de rechazo por estar sucio/a

5.2.4.3.3 Importancia percibida de la higiene corporal para evitar el rechazo entre iguales

En la tabla 5.176 y figura 5.58 se observa que los escolares cuyas familias poseen unos ingresos mensuales “menor o igual a 1000€” (n=49; 58,3%) y los “menores de centros de protección” (n=46; 90,2%) expresan en mayor proporción que estar limpio “sí” es importante para evitar ser rechazado por otros niños/as. Sin embargo, los escolares pertenecientes a los grupos con ingresos mensuales más altos: “entre 1001€ y 2000€”, con un 64% (n=64); y “mayor de 2000€”, con un 63,7% (n=142), opinan que estar limpio “no” es importante para evitar ser rechazado por otros niños/as.

Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas (valor=57,614; p=0,000).

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Importancia HC evitar rechazo entre iguales	Sí	N	46	49	36	81	212
		%Importancia HC evitar rechazo entre iguales	21,7%	23,1%	17,0%	38,2%	100,0%
		%Nivel de ingresos	90,2%	58,3%	36,0%	36,3%	46,3%
		RC	6,7	2,5	-2,3	-4,2	
	No	N	5	35	64	142	246
		%Importancia HC evitar rechazo entre iguales	2,0%	14,2%	26,0%	57,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	9,8%	41,7%	64,0%	63,7%	53,7%
		RC	-6,7	-2,5	2,3	4,2	
Total		N	51	84	100	223	458
		%Importancia HC evitar rechazo entre iguales	11,1%	18,3%	21,8%	48,7%	100,0%
		%Nivel de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

N: recuento. RC: residuos corregidos. HC: higiene corporal.

Tabla 5.176 Nivel de ingresos e importancia de la higiene corporal para evitar el rechazo entre iguales

Resultados

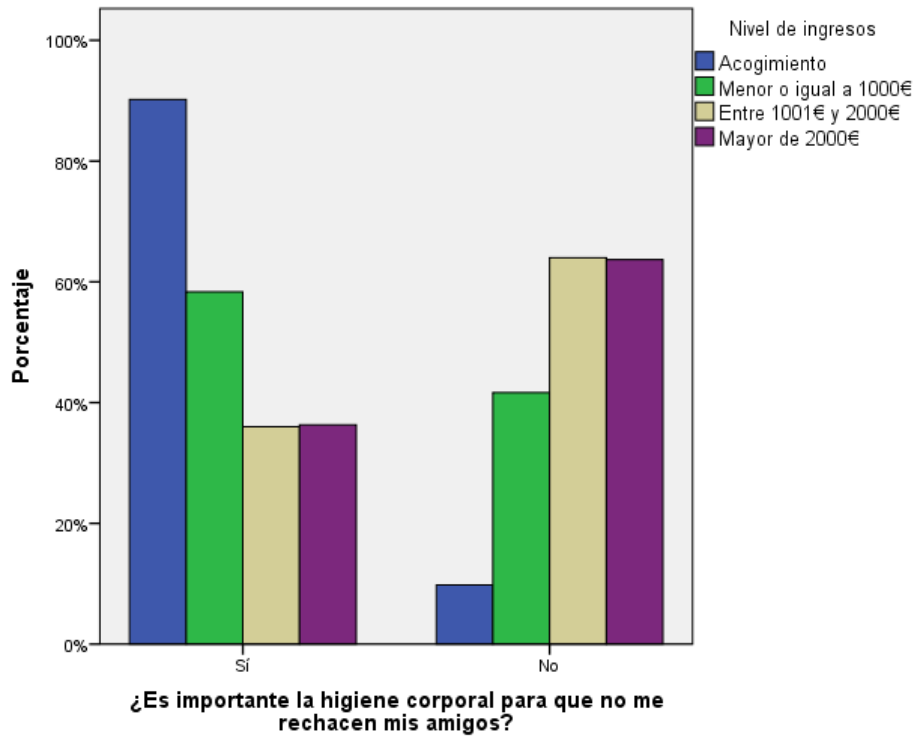
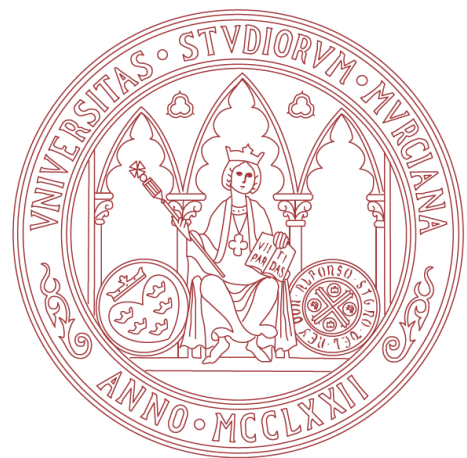


Figura 5.58 Gráfico de barras agrupado de importancia de la higiene corporal en el rechazo entre iguales

6. DISCUSIÓN



6. DISCUSIÓN

La investigación realizada pone énfasis en una de las necesidades básicas del ser humano, la higiene corporal, en uno de los momentos claves para el aprendizaje y adopción de conductas como es la infancia, atendiendo a su vez a una parte marginal de la sociedad como es sin duda la infancia maltratada.

El estudio nos ha permitido evidenciar la poca investigación generada en higiene corporal, a pesar de la importancia del tema en las esferas sanitaria, social y educativa. Durante el estudio de la descripción del fenómeno hemos podido constatar el interés sanitario por la investigación de la higiene corporal del enfermo hospitalizado, o de la higiene de manos por parte del personal sanitario en la prevención de enfermedades nosocomiales. A pesar de que la enfermería es una de las disciplinas científicas que más puede aportar al tema de estudio, tanto por formar parte directa de sus competencias, como por ser la higiene corporal una de las necesidades básicas del ser humano descritas por la enfermera Virginia Henderson (1961), son profesionales de otras disciplinas (biología, farmacia, medicina, odontología...) los que más están investigando sobre la cotidianidad de la higiene corporal.

En el transcurso de la investigación, hemos podido comprobar que, a pesar de que la higiene corporal es una práctica habitual e inherente a la especie humana desde su origen, actualmente la fuerza de las recomendaciones halladas es baja y se sigue debatiendo sobre la idoneidad de las prácticas de la misma, y de la influencia en sus tendencias de las sociedades modernas basadas en el consumo.

A continuación se discuten los hallazgos de mayor relevancia e interés para los objetivos propuestos relacionados con el diseño y validación de HICORIN[®], y los aspectos sociodemográficos de los escolares y menores en centros de protección. También se discutirá sobre los resultados obtenidos en el análisis de las distintas secciones de HICORIN[®] en escolares, y de la comparación entre escolares y menores en centros de protección.

6.1 DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE HÁBITOS Y CONOCIMIENTOS EN HIGIENE CORPORAL EN MENORES DE 7 Y 12 AÑOS DE EDAD (HICORIN[®])

A pesar de que la higiene corporal infantil constituye un aspecto básico para el mantenimiento de la salud y la prevención de numerosas enfermedades infecto-contagiosas, existen pocos estudios e instrumentos de valoración de la higiene corporal.

Discusión

HICORIN[®] es un instrumento que ha demostrado poseer una fiabilidad y validez adecuada para valorar los conocimientos y hábitos de higiene corporal en niños de 7 a 12 años. Además presenta una buena comprensibilidad con porcentajes de no respuesta muy bajos y su administración es sencilla y rápida tanto en niños de 7 a 10 años (heteroadministrado) como de 11 y 12 años (autoadministrado).

El cuestionario HICORIN[®] evalúa los conocimientos, frecuencia y prácticas en higiene corporal (momento y modo de realización, y materiales empleados) de la población infantil, mejorando algunos aspectos del resto de instrumentos localizados:

- En primer lugar supera la insuficiente descripción del proceso de validación y detalle de las propiedades psicométricas de los instrumentos encontrados, que solo es descrita en 3 de ellos (Colmenares & Montero, 2009; Cuñat et al., 2000; Golerick et al, 2008).
- En segundo lugar, ofrece una valoración integral de la higiene corporal infantil valorando 7 dimensiones (piel corporal, cabello, manos, bucodental, pies, oídos e higiene íntima). De los cuestionarios hallados, solamente uno (Vivas et al., 2010) es específico para la evaluación de hábitos higiénicos, y el resto valoran la salud infantil en general e incluyen únicamente aspectos concretos de la higiene corporal.
- En tercer lugar, estudia para cada dimensión el grado de autonomía en los autocuidados higiénicos cotidianos. Además incluye otros aspectos relacionados con la higiene corporal, permitiendo: reconocer los agentes transmisores de conocimientos y hábitos en higiene corporal; identificar si existe rechazo social entre iguales, motivado por una inadecuada higiene corporal; y valorar la importancia autodeclarada que les merece la higiene corporal.
- En cuarto lugar, HICORIN[®] es un instrumento validado para población infantil tanto general como institucionalizada y en el contexto español. Otros cuestionarios desarrollados en España no contaban con estas características (Benito JF, et al., 2008; Cuñat et al., 2000; Martín et al., 1996; Martínez et al., 2013; Reverter-Masía et al., 2012; Rodríguez et al., 2002; Sánchez A et al., 1992). Asimismo está diseñado para permitir su uso en poblaciones de cualquier nivel socioeconómico.

Por otra parte, la mayoría de los cuestionarios están dirigidos al individuo enfermo o a su cuidador, lo cual podría enmarcarse en el ámbito de la prevención terciaria. Un aspecto a destacar de HICORIN[®] es la aproximación positiva que posee, ya que se puede utilizar en población infantil sana para evitar enfermedades que podrían no suceder, actuando: tanto

en la prevención primaria, al evitar el inicio de factores higiénicos de riesgo para la salud; como en la prevención secundaria, al identificar aquellos factores de riesgo en su higiene corporal ya instaurados, antes de que repercutan en la salud de los menores.

Como limitaciones debemos señalar que HICORIN[®] debe ser utilizado exclusivamente en los contextos para los que ha sido validado (sanitario y socioeducativo), y siguiendo las recomendaciones descritas, ya que puede presentar dificultades de comprensión para menores de 7 años. La naturaleza de las variables que se pretenden medir (hábitos higiénicos) ha determinado que no se pueda realizar una validación de constructo del cuestionario. Tampoco se ha podido realizar una validación de criterio por no contar con otros cuestionarios validados que midieran el mismo concepto.

En términos generales HICORIN[®] proporciona bastantes garantías respecto a la precisión con la que mide. Los resultados del coeficiente de fiabilidad test-retest han sido entre muy buenos y moderados en un 84,1% de los ítems. Sin embargo, hay 4 ítems con puntuaciones débiles; el ítem 49 “¿Has usado el mismo calzado los últimos siete días?”; el ítem 50 “¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de los pies?”; el ítem 54 “¿Con qué te limpias los oídos?”; y la primera opción del ítem 39 “Señala en qué momentos te lavas los dientes, opción: Al levantarme por la mañana”. Se debe tener precaución en el análisis de estos ítems y constatar su adecuado funcionamiento en próximos estudios.

Se debe incidir en la importancia de acompañar el cuestionario de una posterior formación al niño de los correctos hábitos en higiene corporal, ya que de lo contrario podrían consolidarse hábitos higiénicos erróneos en los niños.

También debemos mencionar la exclusiva participación, en el análisis de no respuesta al ítem, de escolares de un colegio concertado de ámbito suburbano, seleccionado intencionalmente (por conveniencia). Aunque la muestra seleccionada para dichos análisis se considera suficiente, podría haberse contemplado en el análisis la presencia de escolares de otros ámbitos (rural y urbano), colegios de carácter público y privado o incluir en dicho proceso a menores en desamparo. No obstante el pilotaje cognitivo realizado previamente tanto a menores de diversa índole socioeconómica como a menores en desamparo supuso la adaptación gramatical necesaria para que el objeto del análisis de no respuesta al ítem se viera mínimamente afectado por estos factores.

Entre los resultados del análisis de no respuesta al ítem, se decidió mantener la opción “sólo cuando me acuerdo” del ítem 39, referido al momento del lavado dental, a pesar de superar el 10% de no respuesta. Esta decisión fue adoptada ya que su porcentaje de no respuesta (11,11%) era ligeramente superior al límite marcado y por su trascendencia, habiendo incluso obtenido asociaciones significativas en los análisis bivariados. Aunque

Discusión

el cuestionario HICORIN[®] se define como instrumento para valorar los hábitos y conocimientos en 7 dimensiones de la higiene corporal, la dimensión sobre higiene íntima no incluye ninguna variable sobre conocimientos. Esto es debido a que en la literatura no se evidenció ninguna cuestión relacionada, y que su nueva construcción planteaba dificultades en la temática y comprensión de los niños.

6.2 Características familiares y sociodemográficas de los escolares y de los menores en desamparo con medida de protección de acogimiento residencial

El análisis de las variables del cuestionario socioeconómico, cumplimentado por los tutores legales de los escolares o con los datos obrantes en los expedientes de los menores en centros de protección (MCP), nos permite construir el perfil económico y educativo de sus familias.

En el caso de los escolares se obtiene mayoritariamente un perfil de familia con un nivel de estudios universitarios, trabajador por cuenta ajena, y con unos ingresos netos mensuales mayores de 2000€. El perfil mayoritario de la familia de los MCP, por el contrario, no tiene estudios, están desempleados y los ingresos mensuales netos son inferiores o iguales a 1000€.

Estos perfiles de familia en escolares y MCP difieren en algunos aspectos con los datos estadísticos oficiales de la Región de Murcia para el año 2014. Según estos datos el nivel de formación para la población de edad entre 35 y 54 años, edad en la que se suelen encontrar los progenitores de niños entre 7 y 12 años como los estudiados, es el siguiente: poseen estudios de primera etapa de secundaria o inferior un 49,35%, 2ª etapa de secundaria y postsecundaria (no universitaria) un 22,25% y para educación universitaria un 28,35% (INE, 2014). El desempleo en la Región de Murcia alcanzó en 2014 el 26,6% (CREM, 2015a), mientras que el régimen de los afiliados a la Seguridad Social, era de un 19,01% para trabajadores por cuenta propia y el 80,98% para trabajadores por cuenta ajena (CREM, 2015b). El nivel de renta disponible bruto mensual de los hogares murcianos, según los últimos datos del CREM correspondientes al año 2011, ascendía a 1495,68€ (CREM, 2014b), mientras que en 2013 la renta neta mensual asciende según el INE a 1772,41€ (INE, 2014c).

En concreto, al comparar el perfil económico y educativo de las familias de los escolares de nuestra muestra con los datos de la Región de Murcia, encontramos una sobreestimación de familias con estudios universitarios (61,2% vs 28,35%), y con un nivel de ingresos superior a la media de los hogares murcianos, al superar la mayoría de familias (49,6%) los 2000€ mensuales. Esto es debido a que la muestra de escolares

urbanos fue más alta que la de los colegios suburbano y rural y a que, el colegio de localización urbana presenta una elevada proporción de familias con estudios universitarios (83%) y mayores ingresos económicos, con un 73,3% de ingresos superiores a 2000€ frente al 12,7% del suburbano o el 5,3% del rural. A esto hay que añadir que se observa una asociación significativa y positiva entre el nivel de estudios y económico de las familias y la localización urbana del colegio. Esta inequidad educativa asociada a la dimensión territorial viene a ser confirmada por Peraita y Sánchez (1998, en Ministerio de Educación, Política social y Deporte, 2008) cuyos resultados de una investigación realizada en España señalan que el nivel de escolaridad alcanzado por una persona está relacionado por el medio rural o urbano en el que vive. Además, Haveman y Wolfe (1995, en Ministerio de educación, política social y deporte, 2008) y UNICEF (2014, p.23) afirman que el nivel educativo está muy asociado a la situación económica de una familia.

Por su parte la OCDE señala que en España “las personas con un mayor nivel de formación tienen (...) un nivel salarial más elevado, mientras que las personas con un menor nivel de cualificación tienen un riesgo más alto de estar desempleadas” (Ministerio de Educación, Cultura y deporte, 2014, pp.25-26). Esta relación entre nivel educativo y desempleo es también observado en nuestro estudio. Las familias de los MCP en su mayoría (90,2%) no tienen estudios o solo primarios, y su tasa de desempleo es del 51%. Estas cifras suponen casi el doble porcentual de las mostradas por el INE para la Región de Murcia, siendo además esta Región la que obtuvo la segunda tasa de riesgo de pobreza más alta de España en 2014, con un 37,2%, mientras que la media española se situó en un 22,2% (CREM, 2015c). Por otra parte, los datos obtenidos sobre absentismo escolar, con un 31,4% de absentismo habitual semanal entre los MCP frente al 1,3% registrado por los escolares también refuerzan el hecho de que el perfil familiar de los MCP se corresponde con el de familias desestructuradas pertenecientes a los estratos de la sociedad más pobres.

Con relación al sexo de los menores, se observa en el grupo de escolares una proporción de casi el 50% de niños y de niñas, y en MCP del 47,1% de niños y 52,9% de niñas, datos muy similares en ambos casos a los últimos aportados por el CREM (2014a) para los alumnos matriculados el curso 2012-2013, siendo el 51,88% (n=45.051) niños y el 48,11% (n=41.776) niñas. También la distribución de la edad por curso académico de los escolares de nuestro estudio, como se puede observar en la tabla 6.1, es muy semejante a la aportada por el CREM (2014a) para los escolares de la Región de Murcia. En el caso de la edad del grupo de MCP los porcentajes son similares a los ofrecidos por el CREM (2014a) sólo para la edad de 7 y 10 años, mientras que es muy superior en la edad de 12

Discusión

años (35,3% vs 3,83%). Las importantes diferencias surgidas para la edad de 12 años por el elevado porcentaje de MCP y el bajo porcentaje obtenido en escolares, ha generado en nuestro estudio diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos de edad de “11 y 12 años” siendo del 44% en los MCP y del 21,7% en escolares. Estos bajos porcentajes en el caso de los escolares de 12 años serán discutidos en las limitaciones de la investigación.

Edad	Recuento escolares estudio	% Válido escolares estudio	*Recuento escolares Región de Murcia	*% Escolares Región de Murcia
7 años	86	19%	17.167	19,81%
8 años	87	19,2%	16.937	19,55%
9 años	79	17,5%	16.870	19,47%
10 años	102	22,6%	16.209	18,71%
11 años	92	20,4%	16.119	18,60%
12 años	6	1,3%	3.326	3,83%
Total	452	100%	86.628	100%

* Se incluyen todos los escolares de entre 7 y 12 años de los cursos 2º a 6º de educación primaria matriculados en el curso 2012-2013

Tabla 6.1 Edad de los escolares incluidos de nuestro estudio y de los escolares de la Región de Murcia

En referencia a la estructura familiar del hogar habitual de los escolares no se encuentran grandes diferencias con respecto a los datos sobre tipos de familia aportados por el INE (2014b) para el año 2013. En ambos casos, para los tipos de hogar con hijos, la “familia nuclear biparental” es la más representativa con un 78,8% en nuestro caso, similar al 68,42% en España. La “familia extensa” ocupa en nuestro estudio el segundo lugar con un 7,7% de los escolares, mientras que en España alcanza el 13,13% siendo el tercer modelo de familia con hijos más frecuente. Las “familias monoparentales” de figura materna suponen el tercer modelo con un 5,9% frente al 15,29% español, en el que ocupa en segundo lugar, siendo la familia monoparental paterna en ambos casos el modelo de hogar con hijos menos frecuente obteniendo en nuestro caso un 0,7% vs 3,3% de los resultados del INE en España. En cuanto a la distribución del número de hermanos que conviven en el hogar habitual, más de la mitad de la muestra de los escolares tienen un hermano/a (54,4%), mientras que en España sólo el 37,8% de los hogares tiene un único/a hermano/a menor de 25 años conviviendo, siendo lo más habitual no tener hermanos/as conviviendo (54,1%) (INE, 2014b). Esta diferencia puede deberse al no haber contemplado en nuestro estudio una edad límite para contabilizar los hermanos/as que conviven en el hogar.

En el caso de los MCP no se ha preguntado directamente por la estructura del hogar habitual para evitar desestabilizarlos emocionalmente y por sus frecuentes cambios de

hogar fruto de la desestructuración familiar que dificultaría una respuesta concreta. Sin embargo sí se dispone de datos sobre el número total de hermanos/as para los MCP (media=3,73) que nos permite su comparación con el grupo de escolares (media=1,57) obteniendo una asociación significativa al respecto. Mientras que para los MCP lo más frecuente es tener un número igual o superior a 2 hermanos/as (78,4%), para los escolares lo es tener un único hermano/a (52,9%). A pesar del mayor nivel económico de las familias del grupo de escolares, son las familias de los MCP, con menos recursos, las que tienen más hijos. Estos datos evidencian patrones de reproducción de alta fecundidad en las familias más pobres al igual que señala Albizu-Campos (2003, p.11). Sin embargo Aguayo et al. (2007, p.75) consideran que las familias en situación de pobreza, exclusión social y entorno marginal tienen una natalidad inferior a la media de las familias españolas.

Otra asociación estadísticamente significativa entre MCP y escolares es la referida al país de nacimiento, donde el 21,6% de los MCP no son nacidos en España frente al 4,2% de los escolares. Estos datos muestran la importante presencia de menores extranjeros existente en el grupo de MCP siendo 9 los países de procedencia de sus madres, la mayoría ecuatorianas (13,7%), marroquíes (5,9%) y bolivianas (5,9%). Debe tenerse en cuenta que se excluyó a aquellos menores que no dominaban el castellano por lo que el porcentaje de extranjeros, en el caso de los MCP, habría sido aún mayor, no excluyendo por este motivo a ninguno de los escolares.

Otro aspecto a tener en cuenta en la comparación entre escolares y MCP son los datos somatométricos mostrando que, en el sexo masculino, los MCP de todas las edades analizadas (7 a 12 años), presentan una talla, peso e IMC inferior al de los escolares. En el caso de las niñas, en todos los subgrupos de edad, excepto en el de 8 años para la talla, y los 8 y 11 años para el peso, las MCP presentan una talla y peso inferior a las escolares. William (2014, p. 1133) afirma que la talla baja es el indicador epidemiológico más apropiado para evaluar la desnutrición. Aunque los datos en MCP deben considerarse con prudencia por la baja muestra obtenida, la relación entre pobreza infantil y mal nutrición (William, 2014) apoyan los resultados inferiores obtenidos en el caso de los MCP respecto a los escolares.

6.3 Prácticas en higiene corporal infantil: frecuencia, momento, modo y materiales empleados

En este apartado discutimos los resultados obtenidos relacionados con los hábitos higiénicos corporales de los menores según: frecuencia, momento, modo, y materiales

Discusión

empleados en cada una de las 7 dimensiones de la higiene corporal. Se discutirán las diferencias encontradas según las siguientes variables en el grupo de escolares: edad (tres subgrupos: “7 y 8 años”, “9 y 10 años”, y “11 y 12 años”), localización del centro escolar (urbano, suburbano y rural), y sexo. Por último se discutirá la relación entre el grupo de menores de centros de protección, y los escolares según su nivel de ingresos (tres subgrupos: “menor o igual a 1000€”, “entre 1001€ y 2000€”, y “mayor de 2000€”).

6.3.1 Dimensión higiene de piel corporal

La ducha es la práctica del lavado de piel corporal realizada por la mayoría de menores de todos los perfiles socioeconómicos (90,1% de escolares y 70,6% de MCP), y en todas las edades estudiadas. Estos datos apoyan a López Luengo (2009, p. 56) al afirmar que la ducha prevalece en la higiene de piel corporal frente al baño u otras formas. Además, la ducha es también la práctica de lavado de piel corporal más aconsejada por la mayoría de autores (Azcona, 2005, p. 64; Consejería de Sanidad, 1992a, pp. 16; Fonseca, 1996, pp. 49; Sánchez, 2008, p. 43).

Destacar que casi una cuarta parte de los menores en acogimiento lavan su piel corporal únicamente mediante una toalla o esponja mojada, mientras que esa práctica no se produce en ningún caso en aquellos menores en cuyos hogares superan los 2000€ mensuales. Esta forma de lavar la piel corporal está posiblemente relacionada por el desabastecimiento de agua corriente en su hogar, ya sea por corte en el suministro de agua por impago de recibos, ocupación ilegal de la vivienda habitual o por residir en zonas donde el abastecimiento no es posible. En relación a la modalidad de lavado de piel corporal mediante el baño, los menores que más la emplean (10,2%) son los de mayores ingresos en el hogar.

La frecuencia semanal en esta dimensión muestra una fuerte asociación significativa según el nivel de ingresos mensual en el hogar de los escolares, y los MCP, observándose una relación positiva entre la media de lavado semanal y el nivel de ingresos. De esta forma, los MCP son los que menos lavan su piel corporal, con una media de 3,25 días/semana, mientras que los escolares del grupo de ingresos “mayor de 2000€” es de 5,13 días/semana. Excepto en MCP, observamos que la tendencia del lavado de piel corporal es prácticamente diaria, conforme a las recomendaciones de la mayoría de autores (Consejería de Sanidad, 1992a; Fonseca, 1996, pp. 49; Gómez Carrizo, 2001, p.101), aunque otros sin ser taxativos a la frecuencia diaria, apuntan a un mínimo de 3 veces por semana (Díaz de la Peña, 1990, en Cuñat et al., 2000, p.289; Sánchez, 2008, p.43) siendo esta frecuencia alcanzada por los MCP.

Frecuencias de lavado de piel corporal muy inferiores se encontraron en el estudio de Sánchez Moreno et al. (1992) donde escolares de 2º de EGB (equiparable al actual 2º de educación primaria) de una zona rural de Murcia solamente se duchaban con un frecuencia superior a 1 vez a la semana el 32,6% mientras que en una zona urbana de Murcia era del 47,1%. Estos autores también hallaron una relación inversa entre la edad y la frecuencia del lavado de piel corporal, mientras que esto no es identificado en nuestro estudio. Al haber incluido en nuestra investigación el estudio de la autonomía de las prácticas higiénicas, encontramos que a menor edad de los escolares obtienen mayor ayuda por parte de sus padres y madres para lavar su piel corporal, pudiendo haber influido en que no se hayan producido diferencias importantes en la frecuencia debido a la edad. Por otra parte, no obtenemos resultados significativos en relación al sexo como ocurre en la investigación de Sánchez Moreno et al. (1992). Respecto la localización del colegio, los escolares de la zona suburbana son los que significativamente alcanzan la mayor frecuencia de lavado semanal de piel corporal (5,68 días/semana), y los escolares del colegio rural obtienen la menor frecuencia (4,98 días/semana) aunque sin grandes diferencias respecto a la zona urbana (5,08 días/semana).

El momento elegido para el lavado corporal en más de la mitad de los menores en todos los niveles socioeconómicos, y en ambos sexos, es por la noche antes de acostarse, al igual que recomiendan los expertos en los niños, por su efecto relajador y facilitador del sueño (Fonseca, 1996, pp. 49; Sánchez, 2008, p.43); aunque los MCP también obtienen proporciones muy similares a la realización del lavado de piel corporal durante la tarde (39,2% vs 31,4%). En relación a la localización del colegio, los escolares del colegio suburbano no destacan ningún momento concreto del día con mayor frecuencia para la higiene corporal.

Respecto a los materiales empleados suele ser habitual en general el uso de la esponja tanto en escolares como MCP, siendo más utilizada por los escolares de menores ingresos en su hogar; en el grupo de edad 9-10 años y del colegio rural. Además, los menores que más comparten la esponja son los MCP, sexo masculino, en el grupo de edad 7-8 años y localización rural.

Existen investigaciones recientes que alertan de los riesgos para la salud de las tendencias actuales de higiene corporal (elevada frecuencia de lavado corporal, agresividad de la ducha, jabones y otros productos de higiene), tanto por la importante alteración del microbioma corporal (Bouslimani et al., 2015; Fredricks, 2001, p. 167), como por la falta de exposición a microorganismos “amigos” derivado de la hipótesis de la higiene (Fox et al., 2013; Hugues et al., 2013; Kramer et al., 2013; Pehlivan et al., 2011)

Discusión

pudiendo suponer en un futuro próximo una importante modificación sobre las recomendaciones en la higiene de piel corporal actuales.

6.3.2 Dimensión higiene del cabello

El estudio de la higiene del cabello permite señalar que existe una importante asociación entre la frecuencia de lavado y pertenecer al grupo de escolares o MCP. Como ocurre con la frecuencia de la higiene de piel corporal, la frecuencia de higiene del cabello en MCP es inferior, con una media de 2,65 días/semana, a la de los escolares, cuya media es de 4,26 días/semana. En cualquier caso, estas frecuencias alcanzan el mínimo recomendado por los expertos del lavado del cabello 2 veces a la semana (Díaz de la Peña, 1990, en Cuñat et al., 2000, p.289; Gómez Carrizo, 2001, p. 101).

Por otra parte, se observa una asociación positiva entre la edad de los menores y el número de lavados semanales del cabello, siendo los menores del grupo de edad “7-8 años”, los que menos se lavan el cabello (3,89 días/semana) frente los de mayor edad “11 y 12 años” que alcanzan los 4,54 días/semana. Sánchez Moreno et al. (1992) también encontró esta asociación positiva con la edad, aunque sus edades de comparación eran muy dispares (7 años vs 17 años).

La frecuencia del lavado del cabello también muestra una importante asociación estadísticamente significativa respecto al sexo de los escolares, no siendo así en el estudio de Sánchez Moreno et al. (1992), siendo los niños los que se lavan el pelo con mayor frecuencia (4,78 días/semana) frente a las niñas (3,73 días a la semana). Es probable que esta menor frecuencia de lavado del cabello en las niñas esté influida por la mayor longitud del cabello precisando una mayor dedicación para el lavado y su posterior secado. Esta hipótesis se refuerza con la variable autonomía, donde hemos observado que las niñas requieren mayor ayuda por parte de sus padres y madres para lavar el cabello que los niños (apartado 6.4).

El momento de realización de la higiene del cabello por los escolares es, en más de la mitad de los menores, por la noche antes de acostarse, siendo significativo que, aunque en ambos sexos predomina el lavado del cabello por la noche, casi el doble de las niñas no tienen un momento concreto del día para realizar el lavado de su cabello. Además, mientras la mayoría de los niños (80,9%) aprovecha el momento de lavar su piel corporal para lavar también su cabello, esto sólo ocurre en menos de la mitad de las niñas (40,4%), lavando por tanto más su cabeza de forma independiente al cuerpo. Esta circunstancia podría favorecer la mayor variabilidad de los distintos momentos del día para lavar su cabello. Por otro lado, los escolares del colegio suburbano, doblan en

proporción a los escolares del colegio urbano y rural en relación al lavado de su cabeza en distintos momentos del día, como también ocurría con el lavado de piel corporal.

6.3.3 Dimensión higiene de manos

El estudio de la dimensión higiene de manos muestra una frecuencia inferior en el lavado de manos diario en los MCP (1 ó 2 veces al día) frente a los escolares (más de 3 veces al día) de todos los grupos independientemente del nivel de ingresos de sus familias. Los escolares además se lavan las manos mayoritariamente “siempre” antes de comer y después de defecar y orinar, conforme a las recomendaciones de los expertos (Díaz de la Peña, 1990, en Cuñat et al., 2000, p.289; Gómez Carrizo, 2001, p.101). Estos resultados distan de los obtenidos por Martín et al. (1996), donde el 10,2% de los escolares de Navalcarnero (Madrid) no se lavan las manos antes de cada comida y el 30,9% no lo hace después de ir al servicio. Estas diferencias pueden acentuarse por las respuestas dicotómicas utilizadas en su cuestionario mientras que en nuestro caso son politómicas con 4 opciones de respuesta ofreciendo una mayor dispersión al ofrecer en este caso la opción “casi nunca”. Además en la cuestión sobre el lavado de manos después de ir a servicio, nuestra encuesta especifica dos momentos distintos: después de orinar y después de defecar.

También observamos diferencias en el momento de lavado de manos entre los MCP y los escolares. Los MCP se lavan las manos con mayor frecuencia después de defecar, mientras que esa frecuencia disminuye para “antes de comer” y generalmente “nunca” las lavan después de orinar.

Según la edad de los escolares, el grupo de 7-8 años de edad, es el que más señala no lavar sus manos “nunca” o “casi nunca” tras la micción, defecación o antes de comer, mientras que los del grupo de 11-12 años son los que más las lavan “siempre” en estos casos, por lo que podemos afirmar que la edad es un factor determinante para la adquisición de este hábito. El sexo de los menores sin embargo, en nuestro estudio, no muestra ninguna asociación significativa en el lavado de manos, aunque otros autores (Sánchez Moreno et al., 1992, p.26) han señalado que las chicas se lavan las manos más que los chicos, concretamente después de ir a los servicios.

El jabón durante el lavado de manos mejora la eliminación de suciedad por su capacidad detergente y es recomendado su uso en el lavado de manos por la OMS (2009, pp. 8). El uso de jabón es también mucho más inusual en los MCP que en los escolares, siendo significativo que sólo el 39,2% de los MCP lo utilice “siempre” frente al 81,9% de los escolares. En este sentido, el nivel de ingresos es probablemente el determinante más

influyente (no pudiendo ser siempre adquirido por las familias más pobres), y no tanto la falta de hábito en sí mismo.

6.3.4 Dimensión higiene bucodental

Teniendo en cuenta la recomendación de la Federación Dental Internacional (2008) de alcanzar una frecuencia mínima de cepillado dental de dos veces diarias, podemos decir que la mayor proporción de escolares de todos los grupos de edad estudiados (7 a 12 años), iguala o supera esta frecuencia mínima, siendo su asociación positiva con la edad, por lo que las frecuencias más altas de cepillado dental la poseen los escolares del grupo de edad 11-12 años. Sánchez Moreno et al. (1992) también estableció esta relación. Caldés et al (2005), en un estudio con escolares de 12 años, revela que el 86,7% de los menores encuestados se cepillaba los dientes dos o más veces al día, y tan sólo un 13,3% lo hacía una vez al día, siendo estos resultados semejantes a los de nuestro estudio que alcanzan cifras de 71,6% en los de 7-8 años, 80,1% en 9-10 años y el 87,8% en los escolares de 11-12 años.

Además la localización del colegio estudiado se relaciona significativamente con el lavado dental, coincidiendo con Sánchez Moreno et al. (1992). Los escolares de la zona rural se lavan menos los dientes alcanzando una proporción del 40% en la frecuencia de cepillado inferior a 2 veces al día, aunque en Sánchez Moreno et al. (1992) fue del 68,8%. También existe una relación significativa entre el nivel de ingresos y la frecuencia de cepillado dental, siendo los MCP quienes presentan un menor hábito de cepillado diario respecto a los escolares llegando a no lavarse los dientes ninguna vez al día el 33,3%.

En cuanto al sexo de los menores no obtenemos asociaciones significativas en ninguna de las variables relacionadas con la higiene bucodental, específicamente en cuanto a la frecuencia de cepillado dental, Soria-Hernández et al. (2008) tampoco encuentran asociaciones entre géneros; sin embargo existen estudios (Martín Moreno et al., 1996, p. 339; Sánchez Moreno et al., 1992) que sí han obtenido relaciones significativas en cuanto a la frecuencia de cepillado dental, siendo en ambos casos el sexo femenino el que obtenía frecuencias mayores.

Según los expertos el momento de cepillado dental más importante del día es el de antes de acostarse (Bonet & Garrote, 2002, p. 83; Hernández Martínez, 2002, p. 137), en este sentido, obtenemos una relación positiva entre edad y el cepillado dental antes del descanso nocturno, realizándolo el 75,9% de los escolares de 7-8 años, el 87,7% de los de 9-10 años, llegando al 90,7% de los escolares de 11-12 años. La localización del colegio no es influyente en el cepillado dental antes de acostarse, aunque sí lo es para

los siguientes momentos de cepillado dental: al levantarse por la mañana, y al cepillado dental siempre después de cada comida principal. Se obtienen mayores proporciones para los escolares del colegio suburbano, y siendo también significativo para los que lavan los dientes “sólo cuando se acuerdan”, siendo este caso más frecuente en los escolares de ámbito rural.

En cuanto a la frecuencia de visita al dentista encontramos una importante asociación significativa entre escolares y MCP. Así los MCP que señalan no haber ido nunca al dentista alcanza el 40% frente al 2,9% de los escolares. El porcentaje de escolares que no han ido nunca al dentista alcanza el 6,5% según el estudio de “conductas relacionadas con la salud de los escolares de la Región de Murcia” (Gutiérrez García et al, 2006) que evalúa a escolares de 6º de primaria, 2º y 4º de ESO. Este mismo estudio muestra un porcentaje del 66,8% de escolares que afirman haber ido al dentista en el último año, frente a nuestro estudio en el cual se observan cifras del 87%.

En relación al elevado porcentaje de MCP que no han ido nunca al dentista, es posible que, en el caso del grupo de edad 7-8 años, este hecho no pueda atribuirse exclusivamente a factores económicos familiares, ya que desde el año 2003 la CCAA de la Región de Murcia dispone de un programa de salud bucodental infantil gratuito (Consejería de Sanidad y Consumo, 2003) que actualmente ofrece medidas preventivas y algunos tratamientos para las patologías más frecuentes de la infancia para los menores de entre 6 y 8 años (Consejería de Sanidad, 2015). Es por ello que esta inasistencia al dentista podría deberse al desconocimiento de estas coberturas para sus hijos/as o bien achacarse a una falta de atención.

La duración del cepillado es una de las cuestiones de mayor importancia para conseguir un cepillado dental efectivo, resultando significativa la comparación entre escolares y MCP. Los menores que realizan el cepillado dental de muy corta duración (menos de un minuto) son mayoritariamente los MCP (35,3%) frente a los escolares (15,4%).

Respecto a los materiales empleados en la higiene bucodental, señalar que el tipo de cepillo de dientes más empleado, tanto en MCP como en escolares de todos los niveles de ingresos, es el manual frente al eléctrico u otras opciones, aunque se debe advertir que el cepillo manual es más ampliamente usado por los MCP (74,5%) y por aquellos escolares con menor nivel de ingresos en su hogar (menor o igual a 1000€) (61,2%). Además el 17,6% de los MCP manifiestan que el cepillo de dientes que utilizan es compartido por otros miembros de su hogar, frente al 0,9% de los escolares. No hallamos investigaciones que contemplen este hecho, el cual es relevante en cuanto al riesgo incrementado de contraer enfermedades transmisibles tanto a nivel enteral como

Discusión

parenteral, siendo alguna de estas enfermedades más prevalentes en familias de bajo nivel socioeconómico como el VIH (Cardona, 2015, p. 111; Ortiz-Hernández, Pérez-Salgado & Tamez-González, 2015, p. 338) o la hepatitis A y B (Ortiz-Hernández et al., 2015, p. 338).

El uso de colutorio en la higiene bucodental infantil muestra una asociación positiva con la edad de los escolares, siendo más ampliamente utilizado por los escolares (39,4%) que por los MCP (17,6%). En ambos casos los porcentajes son superiores a los de Lafuente et al (2002) con un 4,8%, y Soria-Hernández et al. (2008) con un 15,7%. El porcentaje de uso de colutorio es superior al empleo de hilo/seda dental por la población infantil en todos los grupos de edad siendo, al igual que el colutorio, más usado por los escolares (22,2%) que por los MCP (5,9%). Otros estudios obtuvieron porcentajes de uso de hilo/seda dental del 3,3% (Lafuente et al., 2002) y el 12,7% (Soria-Hernández et al., 2008), siendo estas proporciones inferiores a las obtenidas en nuestro estudio con escolares y MCP, excepto en el resultado de Lafuente et al. (2002) respecto a los MCP (3,3% vs 5,9%).

6.3.5 Dimensión higiene podal

El estudio de la higiene podal infantil muestra una asociación positiva entre el lavado exclusivo de los pies fuera del momento de la higiene de piel corporal, mediante la ducha o baño, y la edad de los menores.

La proporción del total de escolares que han lavado en alguna ocasión de forma exclusiva sus pies es de un 55,3% vs 47,1% de los MCP. No encontramos estudios al respecto, aunque un estudio nacional sobre hábitos de higiene y cuidado podal en población española (Altozano, 2007) en mayores de 14 años, señala que el 28,22% de los murcianos no lava adecuadamente sus pies a diario, aunque no contempla que este cuidado podal sea diferenciado de otros momentos de higiene corporal.

La variable relacionada con la frecuencia de cambio de calzado semanal también ofrece datos significativos en la comparación entre escolares y MCP, pudiendo observarse como los MCP usan con mayor frecuencia (64,7%) el mismo calzado durante la semana respecto a los escolares (20,9%). En este sentido sólo hallamos datos en la literatura sobre el estudio de Altozano (2007), obteniendo que el 37,47% de los murcianos usaban el mismo par de zapatos durante la semana, proporción que es superior a los obtenidos en nuestro estudio por lo escolares en todos los niveles de ingresos, aunque es un porcentaje bastante inferior al de la población de MCP.

6.3.6 Dimensión higiene ótica

La frecuencia de lavado de oídos por la población infantil es significativa tanto en su asociación con la localización del colegio de los escolares estudiados, como en la comparación entre MCP y escolares. Los escolares de la zona urbana son los que menos lavan sus oídos a diario (11,3%) y a su vez los que más refieren no lavar sus oídos “nunca” en un 37,2%, mientras que la frecuencia “dos a tres veces por semana” es la más realizada por los escolares del colegio suburbano (45,8%).

Según el nivel de ingresos, encontramos que los menores que más señalan que “nunca” se limpian los oídos son los escolares del grupo de mayor ingresos mensuales “mayor de 2000€” (37,2%) seguido de los MCP con un 33,3%. Los MCP limpian sus oídos sólo 1 vez a la semana en mayor proporción (31,4%) que el resto de escolares. Actualmente la literatura desaconseja la frecuencia de limpieza ótica diaria (Caballero, 2008; Gómez Ayala, 2007, p. 56; Lorente et al, 2006), por lo que no se deben entender los resultados de frecuencia diaria de higiene de oídos a una práctica más adecuada de higiene ótica. Es posible que el mayor conocimiento de estas recomendaciones, por parte de los escolares del colegio urbano y los que tienen ingresos familiares superiores, justifique su menor frecuencia de limpieza de oídos. No ocurriría lo mismo en el caso de los MCP, ya que en base a los resultados obtenidos en otras dimensiones de la higiene corporal, su baja frecuencia en la limpieza de oídos es muy probable que no se deba a sus conocimientos al respecto, sino que coincide con la baja frecuencia del resto de sus hábitos higiénicos corporales, que casualmente, en este caso, es más adecuada. No encontramos otros estudios sobre frecuencias de higiene ótica en población infantil, por lo que no podemos comparar nuestros datos.

Otra cuestión de importancia en esta dimensión tiene que ver con los materiales empleados en la limpieza de oídos. Tanto en escolares (68,5%) como en MCP (56,9%) la higiene ótica es mayoritariamente realizada mediante el uso del bastoncillo de algodón, estando totalmente desaconsejado por la bibliografía (Caritg, 2007, p. 248; Giménez, 2005a, p. 44; Gómez Ayala, 2007, p. 56; Lorente et al, 2006, pp. 508-511; Matió et al., 2003, p. 32; Nussinovitch et al, 2004, p. 435; Ramírez, 2003, p. 558). Otros estudios han obtenido proporciones del 92% en la limpieza de oídos mediante bastoncillos de algodón, incluso del 36% respecto a la introducción de objetos en el conducto auditivo para su limpieza una vez o más al día (Lee, Govindaraju y Hon, 2005, p. 85), aunque en este sentido, la limpieza de oídos mediante la introducción de objetos en nuestro estudio es casi inexistente.

El menor uso del bastoncillo de algodón por parte de los MCP según nuestro estudio no

Discusión

está relacionado con los conocimientos de los MCP hacia esta práctica, debido a que no se ha obtenido ninguna asociación significativa en la variable destinada a evaluar sus conocimientos sobre la pertinencia del uso de este material. Es por ello que el menor porcentaje de uso de bastoncillos de algodón, obtenido de MCP respecto a los escolares, esté ocasionado probablemente por la menor disponibilidad de este material en sus hogares originales, debido a su elevado coste para familias con pocos recursos. Igualmente ocurre con la disponibilidad de difusores de agua marina, cuyo uso si es recomendado por los autores (Caballero, 2008), siendo usados en menor medida por los MCP (2%) que por los escolares (6,8%).

También obtenemos una asociación estadísticamente significativa con la variable edad, encontrando una relación inversa en cuanto al uso del bastoncillo de algodón, siendo los escolares de menor edad (7-8 años) los que más lo emplean, y los del grupo de edad 11-12 años los que menos. Según la localización del colegio, los escolares que más utilizan el bastoncillo de algodón son los de ámbito rural frente al urbano y suburbano.

6.3.7 Dimensión higiene íntima

La higiene íntima es una de las dimensiones más olvidadas en los cuestionarios relacionados con la higiene corporal infantil. El lavado de las partes íntimas de forma independiente al momento del lavado de piel corporal mediante el baño o ducha es una práctica higiénica que es ejercida por gran parte de población infantil, manteniendo una relación inversa con el nivel de ingresos de los escolares, aunque paradójicamente son los MCP los que menos la realizan. Esta baja frecuencia de lavado de partes íntimas de los MCP se mantiene acorde a las obtenidas en la mayoría de las dimensiones higiénicas.

Las diferencias según el sexo son significativas, siendo las niñas las que más llevan a cabo su higiene íntima con un 60,4% frente al 47,8% de los niños. El momento del lavado de las partes íntimas suele ser mayoritariamente “después de usar el váter”, con independencia de la localización del colegio estudiado, y siendo este momento más frecuente en el sexo masculino con un 76,3% vs 46,6% de las niñas, las cuales obtienen también proporciones elevadas en el momento de antes de acostarse (29,8%). El momento del lavado de partes íntimas tras el uso del váter es señalado como el más idóneo por Varona et al. (2010, p. 83).

El análisis de la frecuencia del cambio de ropa interior presenta diferencias significativas entre el grupo de escolares y el de menores en acogimiento residencial: mientras que los escolares la cambian a diario en un 84,8%, similar al 81% obtenido por Martín et al.

(1996), los MCP en cambio sólo lo hace el 51%. Es importante señalar que el cambio de ropa interior cada 3 días o más es muy superior en MCP (23,5%) que en escolares (3,1%). Es significativo también que en todos los colegios estudiados el cambio diario de ropa interior sea lo más habitual, siendo superior en la zona urbana (88,2%), seguido por la suburbana (81,9%) y en menor frecuencia en los escolares de la zona rural (74,1%). El cambio diario de ropa interior está aconsejado en la literatura (Consejería de Sanidad, 1992a, p. 29; Gómez Carrizo, 2001, p. 101).

No hallamos diferencias significativas entre sexos respecto a la frecuencia del cambio de ropa interior, siendo el porcentaje de cambio diario superior en las niñas (89,2% vs 81,3%), aunque para Martín et al. (1996) sí fue estadísticamente significativo la menor asiduidad de cambio de ropa interior de los varones frente a las niñas.

Por su parte la edad de los menores no mostró relación significativa con los conocimientos o hábitos higiénicos en esta dimensión.

6.4 Autonomía en higiene corporal infantil

Nuestro estudio pretende conocer los factores que influyen en el proceso de aprendizaje de los menores para la adquisición de la autonomía necesaria para ejercer las prácticas de la higiene corporal cotidiana con eficacia y seguridad.

La edad de los escolares es una variable fundamental en la relación con la adquisición de autonomía en higiene corporal, habiéndose obtenido 6 asociaciones estadísticamente significativas entre las 8 variables referidas a autonomía en HICORIN[®]. En la tabla 6.2 observamos que en todas las variables se incrementan las proporciones en la autonomía higiénica de los escolares conforme aumenta su edad, por lo que se establece una clara asociación positiva entre autonomía en higiene corporal y edad. La práctica higiénica que requiere un mayor aprendizaje es el corte de uñas de las manos, al observarse las menores proporciones de escolares que se declaran autónomos, seguida de el corte de uñas de los pies, y la higiene de los oídos.

Las prácticas higiénicas en las que se obtiene mayor autonomía, y que son significativas en su asociación con la edad son: la limpieza anal tras defecar, seguida de la higiene de piel corporal y la higiene del cabello. Las variables sobre autonomía en la higiene corporal que no han mostrado asociaciones significativas con la edad han sido el lavado dental y la higiene de manos ya que casi todos los escolares son autónomos en todos los grupos de edad (proporciones de escolares autónomos en el grupo de edad "7 y 8 años": 93,6% en el lavado dental y 98,8% en el lavado de manos).

Discusión

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Autonomía limpieza anal tras defecar	Lo hago yo solo/a	N	146	176	98	420
		%Edad agrupada	84,4%	98,3%	100,0%	93,3%
¿Alguien te ayuda a lavarte la piel corporal?	Lo hago yo solo/a	N	126	160	94	380
		%Edad agrupada	73,3%	89,4%	95,9%	84,6%
¿Alguien te ayuda a lavarte el cabello?	Lo hago yo solo/a	N	105	134	91	330
		%Edad agrupada	61,0%	74,9%	93,8%	73,7%
Autonomía higiene oídos	Lo hago yo solo/a	N	60	83	68	211
		%Edad agrupada	34,9%	46,1%	69,4%	46,9%
¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de los pies?	Lo hago yo solo/a	N	20	44	36	100
		%Edad agrupada	11,6%	24,3%	37,1%	22,2%
¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?	Lo hago yo solo/a	N	15	36	33	84
		%Edad agrupada	8,7%	20,0%	33,7%	18,6%

Tabla 6.2 Variables significativas en la relación entre autonomía y edad (ordenadas de mayor a menor autonomía en las prácticas higiénico-corporales).

El hábito de morderse las uñas se estudia dentro de la variable de la autonomía en el corte de uñas con el objetivo de estudiar su influencia, obteniendo una asociación positiva con la edad, observándose un importante incremento entre los grupos de edad “7 y 8 años”, con un 2,9%, y el de “9 y 10 años” que alcanza el 14,4%. Este ascenso es menos acusado en el siguiente grupo de edad “11 y 12 años” situándose en el 18,4%. Se aprecia que los escolares de más edad estudiados son los que más se muerden las uñas, siendo a su vez los que más se las cortan de forma autónoma.

En la comparación entre escolares y MCP, se observa como el hábito de morderse las uñas está mucho más consolidado entre los MCP (39,2%) que en los escolares (10,8%), no existiendo diferencias importantes entre el nivel de ingresos en el hogar de los escolares. Los MCP son de forma muy significativa los que menos ayuda reciben por parte de sus padres y madres en el corte de sus uñas de las manos (31,4% vs 69,2%), hecho que podría fomentar el comportamiento de morderse las uñas, ya que además, como hemos señalado anteriormente, la variable del corte de uñas es la más dependiente de las variables de autonomía estudiadas.

Algo bastante similar al corte de uñas de las manos ocurre en la comparación entre escolares y MCP respecto al corte de uñas de los pies. Los padres y madres de los MCP son los que menos ayudan a sus hijos/as a cortar las uñas de los pies (43,1%), hecho

que repercute en la elevada proporción de MCP que “deben” cortar sus uñas de los pies de forma autónoma (52,9%) respecto a los escolares (22,2%), los cuales reciben mayor ayuda de sus progenitores o tutores legales (76,7%).

El lavado dental y la higiene ótica suponen otras de las situaciones en las que los MCP reciben de forma significativa menos ayuda de sus padres o madres (ninguna ayuda en el lavado dental y 13,7% en la higiene ótica), aunque en el lavado dental son menos autónomos, y en la higiene ótica discretamente más autónomos que los escolares. Sin embargo este hecho podría estar sesgado por el elevado porcentaje de MCP que señalan no lavarse nunca los dientes (21,6%) y no limpiarse los oídos (31,4%), que en caso de realizarlos aumentarían muy probablemente las proporciones de MCP autónomos, como ocurría en el corte de uñas de manos y pies.

Aunque en las variables sobre autonomía observamos que lo habitual es que los MCP obtengan menos ayuda de su familia para las prácticas de higiene corporal (ocurriendo en 5 de las 7 asociaciones significativas obtenidas), esta tendencia se modifica en las variables sobre la autonomía de la higiene de la piel corporal y del cabello, siendo los MCP los que reciben más ayuda de la familia y los menos autónomos. Se debe señalar que estas diferencias son más acusadas en la higiene de piel corporal que en la del cabello, donde las proporciones son más similares entre MCP y escolares. Es probable que esta ayuda esté condicionada al consumo de agua. También destaca que los MCP reciben, además de ayuda por parte de sus padres y madres, una ayuda significativa de sus hermanos/as mayores respecto a los escolares.

La localización del colegio también influye en la autonomía de los escolares siendo en la zona urbana donde los escolares son menos autónomos en el corte de las uñas de las manos y de los pies, siendo los padres y madres los que más ayudan a realizar esta práctica higiénica a sus hijos. También en la higiene ótica los escolares del colegio urbano son los menos autónomos, y también los que señalan que menos se los limpian en general. Sin embargo en el caso del lavado de piel corporal son excepcionalmente los escolares de la zona rural los que son más ayudados por sus padres y se muestran menos autónomos, mientras que los escolares de la zona urbana son los más autónomos.

Se ha demostrado en nuestro estudio que el sexo de los menores apenas se relaciona con la adquisición de autonomía para la higiene corporal, habiéndose identificado sólo una asociación estadísticamente significativa con la variable relativa a la autonomía de la higiene del cabello. Esta asociación indica que los niños son más autónomos en el lavado de su cabello (85,3%) que las niñas (62,4%), las cuales precisan en un 35,7% la ayuda

Discusión

de su madre o padre frente al 14,2% de los niños. La edad no supone un sesgo en esta asociación pues la relación entre sexo y edad de los escolares no es significativa.

El estudio novedoso de la autonomía de los menores respecto a su higiene corporal no permite la comparación con otros estudios similares.

6.5 Conocimientos en higiene corporal infantil

Además de los hábitos en higiene corporal, nuestro estudio también pretende describir los conocimientos de los escolares y MCP en esta materia.

HICORIN[®] contiene 8 variables que valoran específicamente los conocimientos en higiene corporal de los menores. Cada una de estas variables presenta entre sus opciones de respuesta una única opción considerada correcta o adecuada a la evidencia científica. El análisis descriptivo en escolares obtiene en 3 de las 8 variables sobre conocimientos en higiene corporal, proporciones superiores al 80% en aquellas respuestas adecuadas a la evidencia científica, siendo: lavarse los dientes previene la caries; el uso principal del champú es lavarse el cabello; y el uso principal del gel de baño es lavarse la piel. El resto de variables sobre conocimientos en higiene corporal no superan el 31% de respuestas correctas (tabla 6.3). Es por ello que podemos afirmar que los escolares estudiados no poseen unos adecuados conocimientos en higiene corporal habiendo obtenido bajas proporciones de respuestas adecuadas en el 62,5% de las variables referidas a conocimientos en HICORIN[®].

Nº ítem	Respuesta adecuada a la evidencia científica en las variables de conocimientos	%
47	Lavarse los dientes previene la caries	92,5
28	El uso principal del gel de baño es lavarse la piel	80,6
27	El uso principal del champú es lavarse el cabello	80,6
45	El cepillo de dientes se debe desechar a los tres meses o si se pone viejo antes	30,8
36	El lavado de manos previene las enfermedades diarreicas	28,2
55	No debe usarse el bastoncillo de algodón en la limpieza de oídos	22,7
26	El lavado diario del cabello no previene el contagio de piojos	20,5
51	Las uñas de los pies deben cortarse de forma recta	20,3

Tabla 6.3 Variables sobre conocimientos en higiene corporal en escolares, ordenadas según la proporción de respuestas adecuadas a la evidencia científica

Los elevados conocimientos en la necesidad del lavado dental para prevenir la caries podrían deberse a que esta patología dental es la más enfermedad crónica más prevalente en la infancia (FDI, 2014, p. 1; Mouradian et al., 2009, p. 374; Szilagy, 2009, p. 372) y a su relación causal con el cepillado dental dentro del núcleo familiar. También podría haber influido las continuas campañas publicitarias, el programa bucodental infantil

o el programa de atención al niño sano de la administración pública, donde predomina la información sobre higiene dental.

También podemos observar que estos elevados conocimientos sobre la relación caries y cepillado dental concuerdan con la alta proporción de escolares que cepilla sus dientes dos o más veces al día (78,4%). Sin embargo la higiene de manos siendo otro de los hábitos más afianzados por los escolares y que además presenta, junto al cepillado dental, una mayor autonomía, ha obtenido bajos conocimientos respecto a su importancia para prevenir la diarrea. De este modo, es evidente que los escolares no efectúan el lavado de sus manos por el conocimiento de su importancia para la salud, como ya afirmaron Curtis et al. (2009) en una revisión de actividades formativas para la higiene de manos donde se concluye que el conocimiento de los gérmenes no demuestra eficacia para conseguir un mayor lavado de manos sino que es más influyente persuadir a las madres de que el lavado de manos con jabón es un acto de socialización y demostración de buenos modales a sus hijos.

Por el contrario existe un elevado desconocimiento en el modo correcto de cortar las uñas de los pies, o sobre la influencia de la higiene del cabello en la pediculosis. La creencia generalizada sobre el efecto preventivo del lavado del cabello en el contagio por piojos apoya la teoría de que la pediculosis está socialmente estigmatizada por el hecho de que se asocie a unas malas condiciones higiénicas (Calderón-Arguedas et al., 2003, p. 180; Ríos et al., 2008, pp. 246-247; Sidoti et al., 2009, p. 141; Sim et al., 2011, p. 95).

También existe una importante falta de conocimientos sobre el uso desaconsejado del bastoncillo de algodón en la higiene de oídos, que puede estar relacionada con su uso extendido entre la población infantil (apartado 6.2.6). El momento idóneo de desechar el cepillo de dientes es igualmente poco conocido por los escolares (30,8%) reflejándose en un estudio realizado por Lafuente et al. (2002), en adolescentes, que sólo el 20,7% lo cambiaba de forma correcta cada trimestre.

La edad de los escolares se relaciona significativamente con los conocimientos en higiene corporal. En nuestro estudio se muestra que 7 de las 8 variables sobre conocimientos muestran una asociación significativa con la edad (tabla 6.4). Solo la influencia del lavado dental en la prevención de la caries no muestra asociación estadísticamente significativa. Es lógico que ocurra esto ya que, como se ha indicado anteriormente, los conocimientos al respecto son mayoritariamente adecuados y similares entre todos los grupos de edad.

Se observa además que, en 6 de las 7 variables sobre conocimientos estadísticamente significativas con la edad, existe una correlación positiva siendo por tanto los escolares

Discusión

de menor edad “7 y 8 años” los que menos conocimientos han demostrado, y los de “11 y 12 años” los que más conocimientos poseen. La excepción a esta tendencia ocurre en la variable referida al modo correcto de cortar las uñas de los pies, donde los escolares de menor edad han sido quienes han obtenido una mayor proporción, al responder correctamente que deben cortarse de forma recta. Dada la mayor correlación positiva de variables sobre conocimientos con la edad, podemos establecer que, específicamente, esta asociación inversa podría estar motivada no en tanto a un mayor conocimiento del corte de uñas de los pies por los escolares de menor edad, sino por la falsa creencia instaurada entre los escolares de que el corte de uñas de los pies “no debe realizarse de forma recta” (61,9%), habiéndose afianzado en mayor medida por los escolares de más edad.

			Edad agrupada			Total
			7 y 8 años	9 y 10 años	11 y 12 años	
Uso principal gel baño	Lavarse la piel	N	115	158	92	365
		%Edad agrupada	66,9%	88,3%	93,9%	81,3%
Uso principal champú	Lavarse el pelo	N	118	154	93	365
		%Edad agrupada	68,6%	86,5%	94,9%	81,5%
¿Si te lavas el pelo todos los días puedes tener piojos?	Sí	N	16	44	33	93
		%Edad agrupada	9,2%	24,3%	33,7%	20,6%
¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	Sí	N	30	60	36	126
		%Edad agrupada	17,4%	33,3%	36,7%	28,0%
¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	A los 3 meses o si se pone viejo antes	N	34	53	53	140
		%Edad agrupada	19,8%	29,3%	54,1%	31,0%
¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	Sí	N	44	35	13	92
		%Edad agrupada	25,4%	19,4%	13,3%	20,4%
¿Es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?	No	N	21	43	38	102
		%Edad agrupada	12,1%	23,9%	38,8%	22,6%

Tabla 6.4 Variables sobre conocimientos (respuestas correctas) asociadas significativamente a la edad en escolares

La variable relacionada con los conocimientos sobre el modo de cortar las uñas de los pies, también está asociada significativamente con la localización del colegio, siendo los escolares del colegio rural los que responden en mayor proporción la respuesta correcta referida al corte de uñas de forma recta, mientras que los del colegio urbano son los que muestran mayor desconocimiento al respecto. La localización del colegio también influye en los conocimientos relacionados con la variable sobre el momento de desechar el cepillo de dientes, donde el colegio urbano también muestra mayor desconocimiento con un 28,7% de respuestas correctas, siendo el colegio suburbano el que muestra mayores

conocimientos de sus escolares (37,5%).

Respecto al sexo de los escolares se obtienen asociaciones significativas en 3 de las variables sobre conocimientos de HICORIN[®], siendo las niñas las que obtienen mayores proporciones en relación al uso más apropiado del champú y del gel de baño. Sin embargo, los niños son los que señalan más acertadamente que el lavado de manos previene las enfermedades diarreicas.

La comparación entre escolares y MCP muestra diferencias significativas en 4 de las 8 variables sobre conocimientos (tabla 6.5), de las que en 3 de ellas (uso principal del gel de baño, momento de desechar el cepillo de dientes, y lavado de manos para la prevención de la diarrea) son los MCP los que muestran mayor desconocimiento. Únicamente en la variable sobre el correcto corte de uñas de los pies obtienen mejores resultados los MCP que los escolares, en concreto respecto a los de mayor nivel de ingresos en sus hogares. Observamos que, respecto a la variable del corte de uñas, suelen darse unas circunstancias semejantes a las acontecidas en su asociación con la variable edad, donde su relación suele ser contraria a la del resto de variables de conocimientos con asociaciones significativas. En este caso también podemos justificar que la relación entre el corte de uñas de los pies y el nivel de ingresos no se debe al mayor conocimiento de la técnica correcta del corte de uñas de los MCP y de los escolares de menores ingresos familiares, sino al elevado desconocimiento general manifestado en el adecuado corte de uñas de los pies, habiendo afianzado los escolares de mayores ingresos unos conocimientos erróneos sobre la técnica correcta.

			Nivel de ingresos				Total
			Menores centros protección	Escolares			
				Menor o igual a 1000€	Entre 1001€ y 2000€	Mayor de 2000€	
Uso principal gel baño	Lavarse la piel	N	27	69	82	180	358
		%Nivel de ingresos	52,9%	81,2%	80,4%	81,1%	77,8%
¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?	Sí	N	8	22	27	73	130
		%Nivel de ingresos	15,7%	26,2%	26,7%	32,4%	28,2%
¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?	A los 3 meses o si se pone viejo antes	N	9	22	36	70	137
		%Nivel de ingresos	17,6%	25,9%	35,3%	31,3%	29,7%
¿Las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?	Sí	N	14	31	21	31	97
		%Nivel de ingresos	27,5%	36,5%	20,8%	13,8%	21,0%

Tabla 6.5 Variables sobre conocimientos (respuestas *correctas*) asociadas significativamente al nivel de ingresos en escolares y MCP

6.6 Agentes influyentes en la educación en higiene corporal de los menores

Los resultados obtenidos tanto en escolares como en MCP sitúan a los padres y/o familiares como agente principal en la educación en higiene corporal de los menores (tabla 6.6), confirmando el papel predilecto y más influyente de la familia sobre sus hijos/as, en edad infantil, aún por encima de la que ejercen la sociedad y su entorno (Varela, P.I. et al., 2008, p. 106). En la comparación de esta variable entre escolares y MCP, y aunque efectivamente la familia es el agente señalado como más influyente para ambos grupos, para los escolares lo es significativamente un 19,4% más que los MCP corroborando cuantitativamente la afirmación de Musitu y García (2001, en Musitu 2010, pp. 33-34) donde señala que las familias de donde proceden los menores en acogimiento residencial “están poco implicadas en su educación”. Es probablemente por ello que mientras a los escolares les ha influido de forma muy destacada la familia frente al resto de agentes, los MCP hayan precisado en mayor proporción del resto de los agentes señalados para complementar su aprendizaje en higiene corporal, sobre todo y de forma significativa los medios de comunicación: radio, televisión o internet.

Los medios de comunicación, en su conjunto, han sido el agente por el que los MCP más han aprendido sobre higiene corporal (13,7%) en relación al grupo de escolares (5,1%); siendo entre los escolares, aquellos de menores ingresos, los que han obtenido mayores proporciones de aprendizaje con la radio, televisión o internet (8,3%). Es posible que las familias de menor renta dispongan de menos recursos tecnológicos, o quizá ninguno de los señalados, en los casos de mayor pobreza, sin embargo es al grupo de MCP y a los escolares con los ingresos más bajos a los que más ha influido su información sobre higiene corporal. Y es que, como afirma (Diez-Martínez, Miramontes & Sánchez, 2000, pp. 153-154) la influencia de los medios de comunicación no es debida en tanto al consumo de horas que los menores pasan ante ella, sino más bien por la interpretación que hacen de la información transmitida en función del medio o entorno en el cual los sujetos viven y de sus experiencias en la vida cotidiana. Es posible que debido al mayor conocimiento e integración de dicha información en higiene corporal por el grupo de escolares les haya sido más indiferente que a los MCP, a los que ha podido impactar en mayor medida por la escasez de referentes en el hogar y en su vida cotidiana.

La edad de los escolares se relaciona de manera positiva con la influencia educativa en higiene corporal de los padres o familiares. Por el contrario, la educación facilitada por los vecinos sólo es señalada por el grupo de edad de “7 y 8 años” no ejerciendo ninguna influencia en los grupos de mayor edad. En el resto de agentes señalados, la edad no supone ninguna diferencia.

En cuanto a la localización del centro escolar observamos que los escolares de ámbito rural se dejan influir más por sus vecinos, los medios de comunicación: radio, televisión o internet, y aumenta su autoaprendizaje, frente a los escolares del colegio urbano o suburbano. Esta influencia vecinal podría deberse a la mayor solidaridad residencial del medio rural o tradicional frente a la moderna vida urbana donde las solidaridades y relaciones sociales han declinado (Panfichi, 1996).

En relación a la influencia del sexo de los menores, solamente es significativo que las niñas destacan en mayor medida haber recibido información sobre higiene corporal de su pediatra o enfermera (42,5%) frente a los niños (30,7%).

Agentes más influyentes en escolares	%	Agentes más influyentes en MCP	%
*Padres, madres o familiares	91,9	*Padres, madres o familiares	72,5
Medico o enfermera/o	36,1	Medico o enfermera/o	25,5
Profesor/a	13,7	Profesor/a	25,5
Nadie, yo solo	9,9	Nadie, yo solo	21,6
*Radio, televisión o internet	5,1	*Radio, televisión o internet	13,7
Amigos/as	1,8	Amigos/as	3,9
Vecinos/as	1,3	Vecinos/as	3,9
* Agentes con asociaciones significativas entre escolares y MCP			

Tabla 6.6 Agentes más influyentes en educación en higiene corporal en escolares y MCP

6.7 El rechazo social entre iguales ante el déficit en higiene corporal

Es conocido que el aspecto personal descuidado puede generar discriminación (Alexcievna, 2013, p. 8), o que la apariencia física también es motivo de intimidación verbal alcanzando el 37,7% en estudiantes según Cuevas et al. (2009). Sin embargo los estudios encontrados engloban a la higiene corporal dentro de la categoría de apariencia física existiendo diversos motivos, mientras que en nuestra investigación hemos tratado de estudiar exclusivamente a la higiene corporal a través de HICORIN® con dos variables: una por el motivo propio de la apariencia (estar sucio), y otra relacionada con el mal olor.

El rechazo social está asociado en nuestra investigación fundamentalmente a los MCP, quienes señalan haber sentido rechazo por oler mal y por estar sucios en mayor proporción que los escolares. El rechazo por oler mal es sufrido por los MCP en un 35,3% frente el 0,7% de los escolares, y por estar sucio en un 33,3% de los MCP frente al 0,2% de los escolares. Estos resultados obtenidos sobre rechazo en escolares son muy similares a los de Monjas et al. (2008), el cual obtuvo un 0,8% de rechazo entre escolares relacionado con las características externas del otro: apariencia física desagradable y/o aspectos de higiene poco cuidadosa. Sin embargo no hallamos en la literatura otros

Discusión

estudios que centren este aspecto en MCP.

Las elevadas proporciones de MCP que padecen rechazo social consecuencia de su inadecuada higiene corporal por parte de otros menores, plantea la necesidad de asumir este concepto como motivo importante de rechazo entre iguales fundamentalmente en aquellos menores de familias desestructuradas donde se produce con mayor asiduidad. Las demostradas consecuencias negativas del rechazo social en la infancia como son trastornos de socialización (Barudy & Dantagnan, 2005, pp.149-150), de autoestima (Monjas et al., 2008, p.480; Morison y Masten, 1991, en Jaramillo et al., 2006, p.207;), psicológicos y escolares (Ríos et al., 2008, p.246), entre otros, hace que deba considerarse a la higiene corporal entre las posibles causas de rechazo social en los menores, y adoptar medidas de prevención e intervenciones fundamentalmente en las familias y su entorno, sin olvidar la escuela ya que el 86,3% de los MCP estudiados acudían regularmente al colegio.

También se ha observado que entre los escolares que han sufrido “alguna vez” rechazo social ligado al déficit higiénico corporal por estar sucios/as son significativamente del sexo masculino en una proporción 9,3% vs 0,4%. Estas diferencias entre sexos no son significativas entre los escolares que padecen mayor rechazo. Tampoco se encuentran diferencias según la edad o la localización del centro escolar.

6.8 Importancia autodeclarada de la higiene corporal

La opinión de los menores acerca de la higiene corporal puede ayudar a comprender la importancia que les merece este concepto y justificar algunas situaciones o hábitos relacionados con la higiene del cuerpo.

En todas las opciones planteadas en la variable sobre la importancia autodeclarada de la higiene corporal los MCP han obtenido mayores porcentajes que los escolares (tabla 6.7). Esto puede responder al elevado valor que se otorga a aquello que no es alcanzado en la medida en que se desea, como afirma Garcíandía & Rozo (2006): “cuando se desea algo es porque se carece de ello”, en este caso: mejores cuidados en higiene corporal. Para los escolares la mayor importancia o beneficio asignado a la higiene corporal es para “sentirse bien”, opinión que también ocupa el primer lugar en los MCP, estando igualado en porcentaje a la opción “no oler mal” (tabla 6.7). Los propios menores otorgan el mayor reconocimiento a la higiene corporal, puesto que “sentirse bien” es el objetivo de la salud por definición. Según la OMS (2012) la salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. También en la propia definición de higiene corporal de Delgado y Tercedor (2002, p. 159) se la

identifica como recurso de bienestar personal.

Tanto escolares como MCP consideran como opción menos importante el poder recibir algún castigo en casa por no realizar una higiene corporal adecuada, dándole mayor importancia (6%) los MCP que los escolares.

Importancia autodeclarada de la higiene corporal en escolares	%	Importancia autodeclarada de la higiene corporal en MCP	%
Sentirme bien	94,5	Sentirme bien	96,1
No oler mal	91,0	No oler mal	96,1
Estar sano/a	87,7	Estar sano/a	90,2
*No me rechacen mis amigos/as	40,1	*No me rechacen mis amigos/as	90,2
No me castiguen en casa	27,3	No me castiguen en casa	33,3
* Opción con asociación significativa entre escolares y MCP			

Tabla 6.7 Importancia autodeclarada de la higiene corporal en escolares y MCP

La única opción sobre la importancia autodeclarada por los menores a la higiene corporal que obtiene diferencias significativas entre el grupo de escolares y el de MCP, es la relacionada con que “no me rechacen mis amigos/as”. Para los MCP dan mucha más importancia que los escolares (90,2% vs 40,1%) a la higiene corporal para ser aceptado por otros menores y evitar ser rechazado. Esta opinión puede estar vinculada al elevado rechazo entre iguales sufrido por los MCP y que ha sido comentado en el apartado anterior.

Las opiniones de los escolares sobre la higiene corporal tanto para evitar el rechazo de otros menores, como para no ser castigado en casa, muestran asociaciones significativas con la variable edad. En ambos casos los escolares de menor edad (subgrupo de 7 y 8 años) son los que obtienen las mayores proporciones, mostrando su mayor interés en la higiene corporal para evitar el conflicto, ya sea motivado por el rechazo de sus iguales o el castigo en casa. Las variables independientes de localización del colegio y sexo de los escolares no obtienen asociaciones significativas para la variable sobre importancia autodeclarada de la higiene corporal.

6.9 Limitaciones del estudio

A continuación se describen las limitaciones que se han producido en nuestro estudio, con la intención de delimitar el alcance y repercusión de las conclusiones alcanzadas.

Aunque el tamaño muestral obtenido es superior al necesario para representar a los 86.827 alumnos matriculados en el curso 2012-2013 en los cursos desde 2º a 6º de

Discusión

educación primaria en la Región de Murcia, debemos tener en cuenta la tasa de no participación en el estudio. Inicialmente la muestra de escolares susceptible a estudio de los tres colegios seleccionados mediante muestreo intencional, y que cumplía con los criterios de inclusión, era de 758 escolares, sin embargo las autorizaciones obtenidas por parte de los padres y madres para el estudio fue de 454 estudiantes, perdiéndose un 40,11% de la muestra.

Estos datos hacen reconsiderar el motivo de la falta de anexión al estudio, planteándonos varias hipótesis al respecto:

- Posibilidad de que la autorización no llegara a los padres y madres. Aunque el estudio fue aprobado en consejo escolar y comunicado a los padres y madres por la vía habitual de comunicación entre el colegio y éstos, eran los propios escolares los encargados de entregar la autorización a sus padres y devolverla nuevamente, y dentro del plazo, al colegio. Este motivo recae con mayor fuerza en aquellas autorizaciones que fueron devueltas sin cumplimentar por los padres, no señalando la opción reservada para desautorizar del estudio a sus hijos/as, o que se extraviaron.
- Recelo al motivo del estudio. Aunque se explica en el documento de autorización a los padres que disponemos del certificado de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia, así como que se garantiza el anonimato de sus hijos/as, la posible incertidumbre hacia la adecuada educación y hábitos inculcados en higiene corporal a sus hijos/as, puede haber influido en el número de desautorizaciones.
- Desinterés por la investigación: la relación entre la localización del colegio y el nivel de participación obtuvo diferencias significativas, siendo llamativo como el colegio rural fue en el que menos escolares participaron y el urbano el que presentó mayor participación. En este caso, es posible que haya influido el nivel educativo de los padres y madres, superior en la zona urbana, y por tanto una mayor concienciación y empatía hacia la investigación.
- Desconfianza en personal ajeno a la institución escolar para investigar con sus hijos/as.

Otra limitación del estudio puede estar relacionada con la representatividad de la muestra. No haber realizado un muestreo aleatorio de la muestra seleccionada, sino una selección de los colegios de forma intencional y de los menores de manera consecutiva

no probabilística, puede limitar la generabilidad de los resultados a la población estudiada. Sin embargo, consideramos que esta limitación se ha compensado con el hecho de que se ha superado el tamaño muestral calculado, y que nuestra muestra de escolares es similar a la población de estudio en las principales variables estudiadas: sexo y edad; también se han tenido en cuenta distintas localizaciones geográficas de los colegios (urbano, suburbano y rural) para aumentar la variabilidad.

También debe tenerse en cuenta la reducida muestra para los menores en desamparo que ingresan en centros de acogida de la Región de Murcia. A pesar de captar toda la muestra susceptible de estudio durante 16 meses consecutivos sólo se alcanzaron los 51 MCP. Es por ello que sus resultados descriptivos y bivariados deben tomarse con prudencia.

Por último señalar que la muestra reducida obtenida para los escolares de 12 años se debe a que no se estudió a alumnos de secundaria, donde en 1º de educación secundaria se concentra la mayor población de estudiantes de 12 años. Además, la recogida de datos en 6º de educación primaria se efectuó en diciembre y en los primeros meses del año (enero-febrero), de forma que, en 6º curso de primaria, pocos niños/as habían alcanzado dicha edad.

También debemos contemplar la posibilidad de que los escolares autorizados a participar en el estudio por sus padres, madres o tutores legales tengan unos mayores conocimientos y mejores hábitos en higiene corporal que los no autorizados, pudiendo estar los resultados sobreestimados. No obstante, los padres y madres que no han autorizado a sus hijos a participar en el estudio podrían estar influenciados por sus expectativas, y dudas sobre higiene corporal pudiendo en determinados casos haber sido correctas.

Finalmente, debemos hacer referencia a la escasez de literatura científica relacionada con la higiene corporal infantil que ha sido constatada por el reducido número de instrumentos que valoran este concepto. Debido a los pocos estudios sobre higiene corporal no se ha podido contrastar nuestros resultados con un amplio número de estudios. Enfermería es una de las disciplinas que, por sus conocimientos y competencias en esta materia, más debe contribuir a la generación de conocimiento en un campo donde queda mucho por investigar, tanto cuantitativamente como en la calidad de los estudios, ayudando a generar grados de recomendación para la práctica y conocimientos en higiene corporal sustentados en un mayor nivel de evidencia científica.

6.10 Líneas de investigación

Debido a los pocos instrumentos relacionados con la higiene corporal encontrados, realizar una traducción de HICORIN® y validación a otros idiomas, preferentemente al inglés, permitiría alcanzar una mayor difusión y alcance en países o regiones de pocos recursos donde el estudio de la higiene corporal puede ayudar a adoptar medidas enfocadas a la prevención de enfermedades relacionadas con su déficit. Asimismo, disponer de un instrumento validado en la evaluación de los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil, predispone la investigación en este campo, donde existen pocos estudios enfocados en higiene corporal infantil.

En el ámbito del acogimiento residencial de menores, sería interesante el estudio de las intervenciones educativas en higiene corporal llevadas a cabo con los menores ingresados.

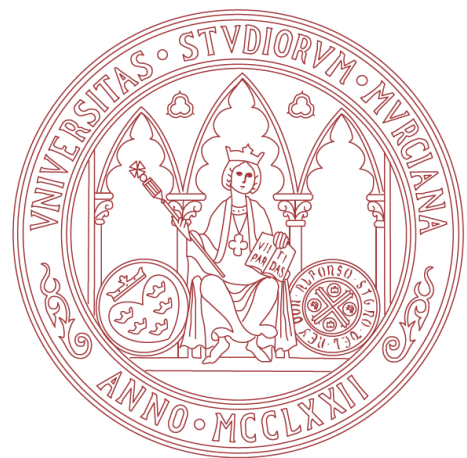
Sería interesante desarrollar investigaciones enfocadas al estudio de las condiciones higiénicas corporales y personales de los menores de familias desestructuradas en su propio entorno con un enfoque que integre la metodología cualitativa siendo interesante la observación participante, y grupos de discusión de los progenitores y de los menores hasta la saturación de los datos. De esta forma se podría dar respuesta a algunos interrogantes sobre las causas de sus hábitos en higiene corporal.

Para determinar concretamente la influencia de los medios de comunicación en los conocimientos sobre higiene corporal de los menores de diversos entornos y niveles socioeconómicos se pueden llevar a cabo estudios con una metodología similar a la empleada por Díez-Martínez et al. (2000) para discernir si el conocimiento generado por estos medios difiere del de su vida real.

Otra línea de investigación posible es la enfocada al estudio de la correlación entre el estado higiénico corporal de los menores y las expectativas y actitudes de los padres en esta materia. Asimismo se podría indagar en los métodos educativos empleados, y la edad a la que inician estas enseñanzas concretas.

Hemos podido comprobar que el estudio en higiene corporal cotidiana es aún exiguo. Estas posibles líneas de investigación propuestas son las que nos parecen más interesantes y más acordes a nuestro estudio, aunque, sorprendentemente, existen aún muchas posibilidades de generar conocimiento en esta materia en los distintos campos del conocimiento. El gran desconocimiento sobre el efecto que tiene en nuestra salud las prácticas higiénicas cotidianas se demuestra por los bajos grados de recomendación científica, y por las incipientes líneas de investigación que sólo ahora atisban posibles relaciones con enfermedades, sobre todo de tipo autoinmune.

7. CONCLUSIONES



7. CONCLUSIONES

A partir de nuestros hallazgos damos respuesta a los objetivos que nos planteamos en nuestro estudio, llegando a las siguientes conclusiones:

Diseño y validación del instrumento para valorar integralmente los conocimientos y hábitos en higiene corporal en menores de edades comprendidas entre 7 y 12 años

1. HICORIN[®] es un instrumento fiable y válido que valora integralmente los conocimientos, los hábitos y la autonomía de los cuidados en higiene corporal en una población infantil de 7 a 12 años. Es útil para la identificación de hábitos de higiene inadecuados, posibilitando la educación en higiene corporal del niño y las familias de manera focalizada. Además es aplicable tanto en el ámbito sociosanitario como en el educativo y para menores de diverso nivel socioeconómico.

Descripción de los hábitos y conocimientos en higiene corporal en escolares de 7 a 12 años y en menores en acogimiento

2. Los escolares lavan su piel a diario y no suelen compartir la esponja, mientras que los MCP se lavan 1 vez a la semana y comparten su esponja. Ambos utilizan preferentemente la ducha y el momento elegido es por la noche antes de acostarse.

3. El lavado del cabello por los escolares suele realizarse más de tres veces a la semana, por la noche antes de acostarse. Los MCP lavan mayoritariamente su cabello 1 vez a la semana y por la tarde. En ambos casos saben diferenciar correctamente el uso principal del champú.

4. Los escolares suelen limpiar dos o tres veces a la semana sus oídos mientras que los MCP no suelen limpiárselos nunca. En ambos casos el material más empleado en la higiene de oídos es el bastoncillo de algodón, considerando su uso como adecuado.

5. La mayoría de los escolares lavan sus manos 3 veces o más al día en los momentos clave como son después de defecar, orinar y antes de comer. Los MCP lavan sus manos 1 ó 2 veces al día, fundamentalmente después de defecar y usan mucho menos el jabón que los escolares para lavar siempre sus manos. Tanto escolares como MCP desconocen los beneficios para la salud del lavado de manos.

6. La mayoría de los escolares lavan sus dientes dos o más veces al día, sobre todo por la noche antes de acostarse, suelen visitar anualmente al dentista, cepillan sus dientes

Conclusiones

entre 1 y 3 minutos y apenas existen diferencias entre el uso del cepillo manual y del eléctrico. Por su parte, los MCP en su mayoría no lavan sus dientes o lo hacen 1 vez al día, sobre todo después de alguna comida principal del día, no suelen acudir al dentista, su cepillado suele durar menos de un minuto y apenas usan cepillo eléctrico. Tanto escolares como MCP usan poco el colutorio o seda dental y conocen la importancia del lavado de dientes para prevenir la caries.

7. La mayoría de escolares refieren haber lavado sus pies de forma independiente al baño o ducha, y suelen cambiar durante la semana de zapatos. Los MCP no suelen lavar sus pies a parte del baño o ducha, y no suelen de cambiar de calzado durante la semana.

8. En su mayoría, tanto escolares como MCP cambian a diario de ropa interior. La higiene íntima de forma independiente al baño o ducha suele ejercerse por los escolares mientras que esto no ocurre en MCP. En ambos casos el momento más frecuente es tras el uso del inodoro.

9. Los MCP poseen menos conocimientos en higiene corporal y unos hábitos considerablemente más alejados de las recomendaciones actuales que los escolares.

10. Tanto los MCP como los escolares de 7 a 12 años poseen conocimientos muy escasos sobre: la forma correcta de cortar las uñas de los pies, prevención de contagio por piojos, contraindicación del uso del bastoncillo de algodón en la higiene ótica, la importancia para la salud del lavado de manos o el momento de desechar el cepillo de dientes.

11. La familia es el agente principal en la educación en higiene corporal de todos los menores.

12. La sensación de bienestar personal es el aspecto de mayor importancia asignado por todos los menores a la higiene corporal.

Relación entre el sexo de los escolares y la higiene corporal

13. Los niños se lavan el cabello y comparten la esponja con otros miembros de la familia con más frecuencia.

14. Las niñas requieren más ayuda para el lavado del cabello y realizan con más frecuencia la higiene íntima de forma independiente al baño. Además, conocen mejor el uso del champú y del gel de baño y se sienten más influidas en sus hábitos de higiene por los profesionales sanitarios.

Relación entre la edad de los escolares y la higiene corporal

15. La edad se asocia positivamente con la frecuencia de lavado del cabello, de manos, dientes y pies. También, a mayor edad, se usa más el colutorio y aumenta el hábito de morderse las uñas de las manos.

16. Existe una asociación inversa entre la edad y la tendencia de compartir la esponja para el lavado de piel corporal y usar bastoncillo de algodón para la higiene ótica.

17. La adquisición de autonomía para las prácticas higiénicas está asociada positivamente a la edad de los escolares, alcanzándose la mayor independencia en la limpieza anal tras la defecación, seguido del lavado de piel corporal y el lavado del cabello, mientras que se consigue la menor autonomía en el corte de uñas de las manos y pies y la higiene de oídos. La higiene de manos y el lavado dental son las prácticas de higiene corporal estudiadas donde se alcanza mayor autonomía a menor edad.

18. A mayor edad los escolares van adquiriendo conocimientos más adecuados sobre higiene corporal, estando cada vez más influidos por su familia.

19. Los escolares de menor edad son los que más importancia dan a la higiene corporal para evitar el rechazo de sus iguales o el castigo en casa por sus familiares.

Relación entre la ubicación del centro escolar y la higiene corporal

20. Los escolares de la zona rural tienen unos hábitos considerablemente más alejados de las recomendaciones actuales en higiene corporal que los de la zona urbana o suburbana. Estos escolares son los que menos lavan su piel corporal, cepillan sus dientes, y cambian su ropa interior; y los que más: comparten la esponja, lavan sus dientes sólo cuando se acuerdan, limpian sus oídos a diario y mediante bastoncillo de algodón.

21. El vecindario, los medios de comunicación y el autoaprendizaje influyen de forma significativa en la educación higiénica de los escolares del medio rural frente a los de la zona urbana o suburbana. Además los escolares del medio rural son más autónomos en aquellos hábitos donde los escolares son más dependientes, el corte de uñas de las manos y pies.

22. Los escolares de la zona urbana se caracterizan por ser los menos autónomos, los que más cambian su ropa interior a diario, y los que menos usan esponja o lavan sus oídos.

Conclusiones

23. Los escolares de la zona suburbana se distinguen por ser los que más lavan sus dientes, especialmente después de las comidas principales, y lavan su piel corporal.

Aspectos específicos de la comparación entre escolares y menores en acogimiento residencial

24. Los MCP tienen mayores carencias en higiene corporal que los escolares, siendo significativamente los que menos cambian su ropa interior o lavan su cabello, manos y dientes, usan menos el cepillo de dientes eléctrico, dura menos el cepillado dental y visitan menos al dentista. También usan menos el colutorio, la seda dental y el jabón de manos. Además los MCP lavan más su piel de forma significativa respecto a los escolares mediante el único empleo de una toalla o esponja mojada, comparten más la esponja y el cepillo de dientes con otros miembros del hogar, se muerden más las uñas de las manos, y suelen usar el mismo calzado durante la semana.

25. El nivel de ingresos en el hogar de los escolares también determina significativamente algunos hábitos de higiene corporal. Los escolares pertenecientes al subgrupo de mayor nivel de ingresos lavan más su piel corporal, usan menos la esponja, y limpian menos sus oídos. Sin embargo los escolares de menores ingresos familiares son los que ejercen en mayor medida la higiene íntima de forma independiente al baño o ducha.

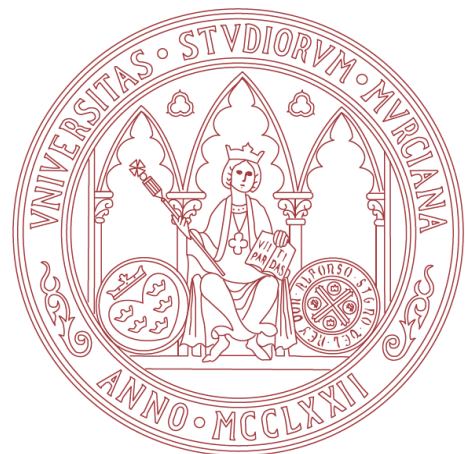
26. La familia influye más en los escolares que en los MCP en su educación en higiene corporal, mientras que los medios de comunicación repercuten en mayor medida en los MCP.

27. Los MCP sufren un importante rechazo social por otros menores mientras que esto apenas sucede en el colectivo de escolares. Además los MCP conceden a la higiene corporal una especial trascendencia para evitar ser rechazados.

28. Los MCP reciben menos ayuda de sus padres y madres que los escolares para cortarse las uñas de las manos y de los pies, lavarse los dientes o limpiarse los oídos, aunque reciben más ayuda para lavar su piel corporal y cabello. Por otra parte los MCP reciben más ayuda en la realización de prácticas higiénicas por parte de sus hermanos/as mayores que los escolares.

29. Los MCP presentan mayor desconocimiento que los escolares en cuanto al uso principal del gel de baño, el momento de desechar el cepillo de dientes y la importancia del lavado de manos en la prevención de enfermedades diarreicas.

8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA



8. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

8.1 Relacionadas con el instrumento para valorar integralmente los conocimientos y hábitos en higiene corporal en menores de edades comprendidas entre 7 y 12 años (HICORIN[®])

Con el diseño de un cuestionario como HICORIN[®] se ha pretendido no sólo diseñar una herramienta válida y fiable para determinar los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil, sino que además pudiera ser utilizada multidisciplinariamente por aquellos profesionales de atención a la infancia. Entre sus cualidades se encuentran:

- Agilidad en su cumplimentación.
- Posibilidad de ser autoadministrado en menores a partir de 11 años, y heteroadministrado desde los 7 años.
- Permite su uso en poblaciones de cualquier nivel socioeconómico.
- Única herramienta que agrupa 7 dimensiones de higiene corporal (piel, cabello, manos, bucodental, pies, oídos e higiene íntima).
- Centrada en el ámbito cotidiano, permitiendo identificar aquella/s dimensión/es deficitarias y desarrollar actividades de prevención y promoción.
- Contempla además el estudio de la autonomía de los menores, los agentes que han influido en su educación, su relación con el rechazo social y la importancia autopercibida de la higiene corporal por los menores.

HICORIN[®] ha sido diseñado para que su ámbito de uso abarque tanto al entorno sanitario como el entorno socioeducativo. La información obtenida con este cuestionario puede ser útil para los profesionales sanitarios de atención a la infancia, para realizar una adecuada planificación sanitaria apoyando la anamnesis y ayudando en el diagnóstico de salud de la comunidad infantil, en la identificación de necesidades y problemas de salud, así como la asignación de medios y recursos y en la evaluación de resultados.

En el medio escolar, es interesante la implantación de HICORIN[®] en los departamentos de orientación escolar y su utilización por los profesores técnicos de servicios sociales, principalmente como ayuda en las intervenciones con alumnos y familias más desfavorecidas y con pocos recursos económicos. También el profesorado puede hacer uso de este instrumento como apoyo en la enseñanza, y para evaluar el grado de conocimientos adquiridos, en los temas referidos a la higiene corporal por los escolares, estando incluidos en los planes de estudios. La utilización de HICORIN[®] en la escuela es también importante en la detección de situaciones de rechazo escolar que pudieran

Implicaciones para la práctica

presentar sus alumnos, relacionados con el déficit higiénico y que podrían relacionarse con déficit de habilidades sociales, problemas de aprendizaje y fracaso escolar.

Asimismo, HICORIN® permite al evaluador detectar, sugerir o servir de apoyo en las sospechas de situaciones de desprotección infantil por negligencia física relacionada con unas inadecuadas prácticas en higiene corporal, que podrían requerir la intervención de los servicios sociales para valorar el nivel de gravedad.

Los servicios de protección de menores es otro de los ámbitos donde la implementación del cuestionario podría servir de apoyo en dos áreas diferenciadas. Por un lado podría resultar útil en los protocolos de valoración infantil, para casos que incluyan déficit higiénico corporal, así como de referencia en los informes técnicos del menor. También resulta de interés en los procesos de supervisión sanitaria de los menores durante su estancia en centros de protección.

A nivel académico HICORIN® se presenta como una herramienta novedosa para profundizar y generar conocimiento científico en higiene corporal infantil fundamentalmente para las ciencias de la salud y las ciencias sociales.

8.2 Relacionadas con los resultados de la aplicación de HICORIN® en escolares y menores en acogimiento residencial

Los resultados obtenidos en nuestra investigación han permitido conocer las carencias que presentan los escolares respecto a los conocimientos y hábitos en higiene corporal, así como las diferencias existentes en escolares según su edad, sexo y ubicación del centro escolar, o entre los MCP y los escolares según su nivel de ingresos.

En todas las dimensiones de la higiene corporal estudiadas y en todas las asociaciones se han evidenciado limitaciones en los menores sobre las que se deben realizar intervenciones de mejora para alcanzar unos hábitos de higiene corporal afines a las recomendaciones científicas actuales y conseguir reducir en lo posible las diferencias halladas.

Los **MCP** han demostrado un importante déficit de conocimientos y hábitos adecuados en higiene corporal respecto a los escolares. Debido a que estas diferencias no han sido tan acusadas entre los distintos subgrupos relacionados con el nivel de ingresos de las familias de los escolares, podemos decir que estas diferencias podrían estar más influenciadas por su situación de exclusión social, marginalidad y pobreza. Este problema se suma al importante rechazo social que los MCP manifiestan que sufren por parte de otros menores por estar sucios y por su mal olor.

Por todo ello se debe establecer como prioritario el trabajo de los Servicios Sociales de la Administración Pública con las familias de los MCP, tratando de disminuir las situaciones de desigualdad y garantizando los derechos de los menores, de esta forma podrán beneficiarse de aquellos elementos básicos para la higiene corporal como es el suministro de agua corriente.

En este sentido, el haber identificado en nuestro estudio estas carencias en higiene corporal en MCP debe ayudar a los Servicios de Protección de menores a procurar un programa de educación en higiene corporal en las residencias de menores, impartido y/o supervisado por sus responsables sanitarios, y que implique necesariamente al personal de atención directa de los menores en las residencias de menores, como son los educadores y auxiliares técnicos educativos. De este modo el objetivo en las residencias de menores no es únicamente conseguir mejorar sus conocimientos sobre higiene corporal, sino llegar a modificar sus conductas o hábitos higiénicos inadecuados.

También los **escolares**, aunque en menor magnitud que los MCP, han presentado inadecuadas prácticas en higiene corporal sobre las que se debe trabajar para prevenir y promocionar su salud. Por un lado debe tratarse el aspecto de la sobrehigienización en la que está sumida la sociedad moderna y que hemos podido comprobar en varios hábitos de higiene corporal de este grupo de menores.

Como hemos señalado en el marco teórico, el exceso de higiene corporal está motivando diversos estudios que la relacionan con aspectos perjudiciales para la salud (Fox et al., 2013; Hugues et al., 2013; Kramer et al., 2013; Pehlivan et al., 2011) y el medio ambiente (Hand et al., 2005; Klaschka et al., 2007). De forma concreta observamos un exceso de celo en el lavado de piel corporal y cabello, y en la limpieza de oídos. Se debe concienciar de los beneficios para la salud del lavado de piel corporal y cabello no superando innecesariamente las 3 ó 4 veces por semana para la piel corporal, o las 2 ó 3 veces para el cabello, y siendo prudentes con el uso de geles de ducha y champús. La frecuencia de la limpieza de oídos debería disminuir en los escolares no superando las 2 ó 3 veces por semana y desconceptualizar su idea y su hábito arraigado de usar el bastoncillo de algodón.

Por otro lado se debe procurar disminuir igualmente las diferencias encontradas entre escolares fundamentalmente por la ubicación del centro escolar, habiéndose evidenciado sobre todo en la zona rural unos hábitos y conocimientos higiénicos corporales menos adecuados. Además los escolares estudiados apenas señalan a sus maestros/as como agentes que les hayan influido en su educación en higiene corporal. En este aspecto debe involucrarse a la Administración Pública, no solo desde las competencias de las

Implicaciones para la práctica

Comunidades Autónomas para el fomento de las enseñanzas relacionadas con la higiene corporal en las escuelas, y haciendo especial hincapié en aquellas pertenecientes a zonas rurales, sino del propio Ministerio de Educación. A nivel estatal, la higiene corporal debería ocupar en la Ley Orgánica de Educación un lugar privilegiado para su promoción, similar al que actualmente ocupa la dieta o la actividad física en la disposición cuarta de la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

En relación a las profesiones sanitarias, la **enfermería**, fundamentalmente desde la especialidad pediátrica, y todos aquellos profesionales de la salud que atiendan a la población infantil deben involucrarse en mayor medida con la educación de la higiene corporal, pues sólo una pequeña proporción de los menores de nuestro estudio refieren haber sido enseñados en esta materia por los sanitarios.

Durante la construcción del marco teórico hemos podido constatar que el Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA) de la Región de Murcia ofrece escasa información en higiene corporal estando centrados los consejos preventivos desde los controles de los 15 meses de edad en exclusiva a la higiene bucodental, siendo este aspecto otro punto importante a fortalecer.

Finalmente señalar que los resultados de esta tesis doctoral podrán servir tanto de incentivo como de apoyo a otros estudios científicos en materia de higiene corporal, donde aún queda mucho por investigar para aportar recomendaciones basadas en la más alta evidencia científica.

9. BIBLIOGRAFÍA



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo Maldonado, J., Maroto Navarro, G., Pallás Alonso, C.R. & Gómez Papí, A. (2007). Nacer en España en el siglo XXI. En Días Huertas, J.A., Soriano Faura, J., Ruiz Díaz, M. & Aguayo Maldonado, J. (Eds.), *Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia* (pp. 69-80). Madrid: Sociedad de Pediatría Social.
2. Albizu-Campos Espiñerira, J.A. (2003). *Las estrategias de vida, los hijos y la ley del valor*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos.
3. Alemparte, J. (1961). *Andanzas por la vieja España*. Madrid: Andrés Bello.
4. AlGhamdi, K.M., Alhonoudi, F.A., & Khurram, H. (2014). Skin care: historical and contemporary views. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 22(3), pp.171-178.
5. Al-Maktari M.T. (2008). Head louse infestations in Yemen: prevalence and risk factors determination among primary schoolchildren, Al-Mahweet Governorate, Yemen. *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*, 38(3), pp.741-748.
6. Altman, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. New York: Editorial Chapman and Hall.
7. Altozano Soler, P. (coord.) (2007). *Estudio podosalud. Estudio sobre hábitos de higiene y de cuidado podal*. Madrid: Faes Farma. División Farmacias.
8. Alvira, B., & Fustero, I. (2004). Higiene bucodental: productos y consejos generales para niños y personas de edad avanzada. *Offarm*, 23(4), pp.80-88.
9. Amaro Cano, M.C. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista cubana de enfermería*, 20(3). Recuperado el 28 de octubre 2014, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
10. American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health. (2009). El ambiente construido: diseño de las comunidades para fomentar la actividad física en los niños. *Pediatrics (Ed. Esp.)*, 67(6), pp.355-362.
11. American Academy of Pediatrics. (2014). Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. *Pediatrics*, 134, pp.626-633.
12. Araque Hontangas, N. & Colmenar Orzaes, C. (2001). Salud y educación. Reflexiones en torno a la higiene en los textos para la enseñanza secundaria. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 187(749), pp.513-24.

Bibliografía

13. Arroyo Jiménez, B., Ballesteros Martín, F.J., Díaz Pardo, F., Hernández Sánchez, F. & Muñoz Muñoz, M.A. (2007). Los problemas de convivencia: desmotivación, conflictividad y violencia escolar. *Avances en supervisión educativa*, 5, pp.1-11.
14. Arteagoitia Calvo, I., & Díez García, M.A. (2002). Cepillos y accesorios. Limpieza bucal. *Farmacia profesional*, 16(5), pp.65-71.
15. Asociación Ábaco Murcia. (2008). *Programa marco de acogimiento residencial de los centros Ábaco*. Murcia. (Inédito).
16. Astrom, A.N., & Mbawalla, H. (2011). Factor structure of health and oral Elath-related behaviorshmong adolescents in Arusha, Northern Tanzania. *Acta Odontologica Scandinavica*, 69, pp.299-309.
17. Azcona Barbed, L. (2004). Cuidados del pie. La salud en la base. *Farmacia profesional*, 18(7), pp.58-62.
18. Azcona, L. (2005). Higiene íntima. Productos e indicaciones. *Farmacia Profesional*, 19(8), pp.62-64.
19. Azcona, L. (2006). Higiene corporal. *Farmacia Profesional*, 20(4), pp.66-69.
20. Azofeifa Villalobos, A.G. (1994). *Pautas para la construcción de un cuestionario estadístico*. Costa Rica: Banco Central de Costa Rica. Departamento de Investigaciones Económicas.
21. Barrio Cantalejo, I.M., & Simón Lorda, P. (2003). ¿Pueden leer los pacientes lo que pretendamos que lean?. Un análisis de la legibilidad de materiales escritos de educación para la salud. *Atención Primaria*, 31(7), pp.409-414.
22. Barriuso Lapresa, L., Sanz Barbero, B., & Hernando Arizaleta, L. (2012). Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. *Anales de Pediatría*, 76(3), pp.140-147.
23. Bartoli, P. (1989). Antropología en la Educación Sanitaria". *Arxiu d'Étnografia de Catalunya*, 7, pp.17-24.
24. Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
25. Bayindir, T., Miman, Ö, Miman, M.C., Atambay, M., & Saki, C.E. (2010). Bilateral aural myasis (Wohlfahrtia magnifica): A case with chronic suppurative otitis media. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 34(1), pp.65-67.

26. Benito, J.F., Fleta, J.M., Ruiz, M., & Menaña, L. (2008). Hábitos de conducta y alimentación en población escolar. *Medicina General*, 22, pp.580-585.
27. Bennett, P.C. (2006). Foot care. Prevention of problems for optimal health. *Home Healthcare Nurse*, 24(5), pp.325-329.
28. Blázquez Martínez, J.M. (2000) *Los pueblos de España y el Mediterráneo en la antigüedad. Estudios de arqueología, historia y arte*. Madrid: Cátedra
29. Blessmann Weber, M., Sponchiado de Avila, L.G., Albaneze, R., Magalhães de Oliveira, O.L., Sudhaus, B.D., & Cestari T.F. (2002). Pityriasis alba: a study of pathogenic factors. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16(5), pp.463-468.
30. Bonet, R., & Garrote, A. (2002). El consejo farmacéutico en la salud bucodental. *Offarm*, 21(11), pp.82-88.
31. Bonet, R., & Garrote, A. (2010a). Abordaje integral de la salud bucodental. Casos prácticos. *Farmacia profesional*, 24(6), pp.64-69.
32. Bonet, R., & Garrote, A. (2010b). Higiene íntima masculina y femenina. Visión integral. *Offarm*, 29(1), pp.59-63.
33. Borja Jordán de Urríes Vega, F., & Verdugo Alonso M.A. (1999). *Hacia una nueva concepción de la discapacidad: Actas de las III jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.
34. Bosh, A. (2007). Higiene bucodental. Productos utilizados y recomendaciones básicas. *Offarm*, 26(10), pp.64-67.
35. Bouslimani, A., Porto, C., Rath, C.M., Wang, M., Guo, Y., González, A., ...Dorrestein, P.C. (2015). Molecular cartography of the human skin surface in 3D. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(17), pp.2120-2129.
36. Bravo Arteaga, A., & Fernández del Valle, J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), pp.197-204.
37. Bravo Arteaga, A., & Fernández del Valle, J. (2004). *Evaluación de los resultados del SERAR en los centros de protección de menores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Oviedo. (Inédito).
38. Bravo Arteaga, A., & Fernández del Valle, J. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del psicólogo*, 30(1), pp.42-52.

Bibliografía

39. Brodeur, J.M., & Payette, M. (1998). Association des variables socio-économiques avec la prévalence de la carie dentaire chez les écoliers québécois de deuxième et sixième année en 1989-1990. *Canadian Journal of Public Health*,; 89, pp.274-279.
40. Bronfman, Z.J. (2006). *Guía para padres*. Buenos Aires: Galerna.
41. Caballero, M. (2008). *Decálogo para la higiene del oído*. Recuperado 11 de enero de 2012, de http://www.sciencehealth.eu/Notas_de_Prensa-V996.html
42. Calderón-Arguedas, O., Solano, M.E., & Sánchez, C. (2003). El problema de la pediculosis capitis en escolares del área metropolitana de San José, Costa Rica. *Parasitol Latinoam*, 58, pp.177-180.
43. Caldés Ruisánchez, S., Cea Sánchez, N., Crespo Aliseda, P., Díez Nicolás, V., Espino García, A., Galán Arevalo, S., Albaladejo Vicente, R., & Domínguez Rojas, V. (2005). ¿Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental?. *Avances en odontoestomatología*, 21(3), pp.149-157.
44. Calvo Bruzos, S. (1992). *Educación para la salud en la escuela*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
45. Campos Marín, R. (1998). La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo. *Llull*, 21, pp.333-356.
46. Cánovas Tomás, M.A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Murcia: Universidad de Murcia (Tesis Doctoral).
47. Cardona Arias, J.A. (2015). Determinación socio-antropológica como elemento consubstancial al estudio del VIH/SIDA. *Médicas UIS*, 28(1), pp.109-115.
48. Cardús i Ros, S. (2000). *El desconcierto de la educación*. Barcelona: Paidós Ibérica.
49. Caritg Monfort, F. (2007). Extracción de un tapón de cerumen. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(5), pp.248-249.
50. Carter, S., Green, J., & Thorogoog, N. (2013). The domestication of an everyday health technology: A case study of electric toothbrushes. *Social Theory & Health*, 11(4), pp.344-367.
51. Casals-Peidró, E. (2005). Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. *RCOE*, 10(4), pp.389-401.

52. Centro Regional de Estadística de Murcia (2014a). *Alumnado matriculado en Educación Primaria según sexo, ciclo, curso y titularidad del centro/concierto*. Recuperado de: http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_EDUCNOUNIV/m12_13/sec12.html
53. Centro Regional de Estadística de Murcia (2014b). Evolución de la Renta Disponible Bruta y la Renta Disponible Bruta per cápita de los hogares. Recuperado de: <http://www.carm.es/econet/sicrem/PU39/sec26.html#>
54. Centro Regional de Estadística de Murcia (2015a). *Tasa de actividad, empleo y paro*. Recuperado de: <http://www.carm.es/econet/sicrem/PU39/sec15.html>
55. Centro Regional de Estadística de Murcia (2015b). *Evolución del número de trabajadores afiliados en alta-laboral al sistema de la Seguridad Social según regímenes*. http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_datosBasicos/sec36.html
56. Centro Regional de Estadística de Murcia (2015c). *Evolución de la tasa de riesgo de pobreza*. Recuperado de: <http://www.carm.es/econet/sicrem/PU39/sec71.html>
57. Cerezo, F. (2006). Violencia y victimización entre escolares. El bullying: estrategias de identificación y elementos para la intervención a través del Test Bull-S. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 4(2), pp.333-352.
58. Chadha, S.K., Agarwal, A.K., Gulati, A., & Garg, A (2006). A comparative evaluation of ear diseases in children of higher versus lower socioeconomic status. *The Journal of Laryngology and Otology*, 120(1), pp.16-19.
59. Chen, C.C., Huang, H.K., Huang, M.J., & Wu, C.H. (2011). Educational intervencion can improve dental care knowledge in aboriginal tribal children. *Tzu Chi Medical Journal*, 23, pp.86-89.
60. Chukwuemeka Anyanwu, L.J., Kashibu, E., Precious Edwin, C. & Mohammad Mohammad, A. (2012). Microbiology os smegma in boys in Kano, Nigeria. *Journal of Surgical Research*, 173, pp.21-25.
61. Ciftci, I., Karaca, S., Dogru, O., Cetinkaya, Z., & Kulac, M. (2006). Prevalence of pediculosis and scabies in preschool nursery children of Afyon, Turkey. *Korean J. Parasitol.*, 44(1), pp.95-98.
62. Código Civil, Capítulo V, de la adopción y otras formas de protección de menores.
63. Colmenares, Z., & Montero, L. (2009). Cuidado de la enfermera(o) en la higiene personal de los escolares de tercer grado de educación básica. *Biblioteca*

Bibliografía

- Lascasas, 5(4). Recuperado el 19 febrero de 2013, de:
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0455.php>
64. Consejería de Agricultura, Ganadería y Pesca. Directrices Estratégicas Territoriales de Ordenación Rural de la Región de Murcia. 2010. (sitio en Internet). Recuperado el 20 de enero 2015, de:
[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=24302&IDTIPO=100&RASTRO=c217\\$m2594](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=24302&IDTIPO=100&RASTRO=c217$m2594).
65. Consejería de Empleo y Bienestar Social. Dirección General de Políticas Sociales. (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Cantabria: Autor.
66. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor. (2008). *Plan de salud en centros de protección de menores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Murcia. (Inédito).
67. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor. (2009a). *Atención al maltrato infantil desde el ámbito de servicios sociales de atención primaria*. Murcia: Autor.
68. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor. (2009b). *Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario (manual para el profesional)*. Murcia: Autor.
69. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud. Sección de Educación para la Salud. (1992a). *Educación para la salud en educación infantil y primaria: guía de higiene*. Murcia: Autor.
70. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud. (1992b). *Educación para la salud en educación infantil y primaria: guía de salud bucodental para maestros*. Murcia: Autor.
71. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud. (1992c). *Un día en la vida de Pepe y Lola*. Murcia: Autor.
72. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. (1996). *Folleto de higiene en el niño mayorcito*. Murcia: Autor.
73. Consejería de Sanidad y Consumo. (2003). *Plan de salud de la Región de Murcia 2003-2007*. Murcia: Autor.

74. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. (2004). *Guía de salud para jóvenes* (3ª ed.). Murcia: Autor.
75. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. (2006). *Intervenciones de Educación para la Salud en las etapas de Educación Infantil y Primaria*. Murcia: Autor.
76. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. (2007). *Programa de atención al niño sano y al adolescente (PANA)*. Murcia: Autor.
77. Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención al Paciente. (2008). *Hábitos saludables en los niños*. Madrid: Autor.
78. Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración. (2010). *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil. Servicios sociales de atención primaria y especializados de la Región de Murcia*. Murcia: Autor.
79. Consejería de Sanidad y Política Social. (2014). Prestaciones del programa de salud bucodental infantil. Recuperado el 8 de diciembre de 2014 de: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=77622&idsec=282>.
80. Consejería de Sanidad y Política (2015). Recuperado el el 19 de abril de 2015, de: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5462&IDTIPO=11&RASTRO=c886\\$m6112,6114](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=5462&IDTIPO=11&RASTRO=c886$m6112,6114). Acceso
81. Consejería de Sanidad. Consejería de Educación, Ciencia e Investigación. Región de Murcia. (s.f.). Plan de educación para la salud en la escuela. Recuperado el 7 mayo de 2015 de <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/133616-estrategias133616.pdf>
82. Consejería de Sanidad. (2015). Programa de salud bucodental infantil. Recuperado el 18 de septiembre de 2015 de: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28618&idsec=282>
83. Constitución Española. En BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

Bibliografía

84. Córdoba de la Llave, R. (1998). *La vida cotidiana en la España Medieval*. García Guinea, M.A. (Dir.), Higiene urbana y doméstica en las poblaciones castellanas del XV. (pp. 281–302). Madrid: Polifemo.
85. Criado-Rodríguez, E. (2004a). Reflexiones Coloquiales Sobre La Vieja Higiene y La Moderna Salud Pública I (Aplicadas al Origen de la Educación Para La Salud). *A Tu Salud*, 45, 1.
86. Criado Rodríguez, E. (2004b). Reflexiones Coloquiales Sobre La Vieja Higiene y La Moderna Salud Pública II (Aplicadas al Origen de la Educación Para La Salud). *A Tu Salud*, 46, 1.
87. Cuevas Jaramillo, M.C., Hoyos Hernández, P.A., & Ortiz Gómez, Y. (2009). Prevalencia de intimidación en dos instituciones educativas del departamento del Valle del Cauca. *Pensamiento psicológico*, 6(13), pp.153-172.
88. Curtis, V.A., Danquah, L.O., & Aunger, R.V. (2009). Planner, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven country review. *Health Education Research*, 24(4), pp.655-673.
89. Cuñat V.A., Maestro Castelblanque, M.E., Martínez Pérez, J.A., & Monge Jodrá, V. (2000). Hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad. *Revista Española de Salud Pública*, 74, pp.287-298.
90. Decreto 63/2004, de 2 de julio, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Trabajo y Política Social. (BORM núm. 153, 5 de julio de 2004).
91. Decreto 95/2004, de 24 de septiembre, por el que se crean y regulan los consejos asesores regionales de carácter sectorial de servicios sociales. (BORM núm. 229, 1 de octubre de 2004).
92. Decreto 19/2005, de 9 de septiembre, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Trabajo y Política Social. (BORM núm. 215, 17 de septiembre de 2005).
93. Decreto 350/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen los órganos directivos de la Consejería de Trabajo y Política Social. (BORM núm. 300, 30 de diciembre de 2006).
94. Decreto 158/2007, de 6 de julio por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. (BORM núm. 156, 9 de julio de 2007).

95. Decreto 242/2010, de 10 de septiembre, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. (BORM núm. 212, 13 de septiembre de 2010).
96. Decreto 5/2011, de 4 de febrero, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. (BORM núm. 30, 7 de febrero de 2011).
97. Decreto 145/2012, de 16 de noviembre, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y Política Social. (BORM núm. 268, 19 de noviembre de 2012).
98. Decreto 198/2014, de 5 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (BORM núm. 206, 6 de septiembre de 2014).
99. Decreto 46/2014, de 14 de abril, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y Política Social. (BORM núm. 87, 15 de abril de 2014).
100. Decreto de la Presidencia 33/2015, que modifica al Decreto 18/2015, de 4 de julio, de reorganización de la Administración Regional. (BORM núm. 177, 3 de agosto de 2015).
101. Decreto 215/2015 de 6 de agosto, que modifica al Decreto 110/2015, de 10 de julio, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. . (BORM núm. 183, 10 de agosto de 2015).
102. Defensor del Pueblo (2007). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria 1999-2006*. Madrid: Publicaciones de la Oficina del Defensor del Pueblo.
103. De Freminville, B. (2007). La higiene en la vida cotidiana. *Revista Síndrome de Down*, 24, pp.90-99.
104. De las Heras P. La orden de Calatrava: religión, guerra y negocio. Madrid:Edaf, SL; 2008.
105. Delgado, M., & Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física*. Barcelona: INDE publicaciones.
106. DeMause, L. (1982). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Editorial.

Bibliografía

107. De Paul Ochotorena, J., & Arruabarrena Madariaga, M.I. (1996). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson, S.A.
108. De Paula Mellado, F. (1846). *Diccionario Universal de Historia y de Geografía*. Madrid: Autor.
109. De Paz Abril, D. (2004). *Estudio etnográfico sobre la naturaleza diversa de las prácticas escolares en una escuela y su desigual influencia en la socialización escolar*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, España.
110. Díaz, B., & Castillo, F. (2004). Vacunas y otras medidas preventivas. Salud bucodental. *Anales de pediatría continuada*, 2(2), pp.119-122.
111. Díaz-Aguado Jalón, M.J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17(4), pp.549-558.
112. Díez-Martínez, E., Miramontes, S. & Sánchez, M. (2000). Las ocupaciones como elementos de la “alfabetización económica” y su reconocimiento a través de la televisión: estudio evolutivo con niños y adolescentes. *Comunicación y Sociedad*, 37, pp.129-158.
113. Díaz Ruiz, J.F. (2003). Mesa redonda 2. Los medios de comunicación y la educación para la salud. *Semergen*, 29(supl.1), pp.29-30.
114. Dieter Sabbe, De Bourdeaudhuij, I., Legiest, E., & Maes, L. (2008). A cluster-analytical approach towards physical activity and Eating habits among 10-year-old children. *Health education research*, 23(5), pp.753-762.
115. Divins Triviño, M.J. (2003). Higiene íntima. Bienestar y protección. *Farmacia profesional*, 17(9), pp.46-50.
116. Divins Triviño, M.J. (2009). Información de mercado. Colutorios bucodentales. *Farmacia profesional*, 23(1), pp.38-42.
117. Dongre, A.R., Deshmukh, P.R., & Garg, B.S. (2011). Health-promoting school initiative in Ashram schools of Wardha district. *National Medical Journal of India*, 24, pp.140-143.
118. Donna, H., & Donna, S. (2009). Role of pediatric nurse practitioners in oral health care. *Academic Pediatrics*, 9(6), pp.462-466.
119. Duch, L. (2002). *La substància de l'efímer. Assaigs d'antropologia*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.

120. Ejemot-Nwadiaro, R.I., Ehiri, J.E., Meremikwu, M.M., & Critchley, J.A. (2008). Hand washing for preventing diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004265. DOI: 10.1002/14651858.CD004265. pub2.
121. Ena, P., Mozzarello, V., Chiarolini, F. (2005). Hair casts due to a deodorant spray. *Australasian Journal of Dermatology*, 46, pp.274-277.
122. Esmaeili, M., & Kianifar, H.R. (2006). Childhood vulvovaginitis. *Iran Journal Pediatrics*, 16(2), pp.131-136.
123. Espino Nuño J. (1996). *Los orígenes de la reconquista en el reino asturiano*. Madrid: Akal.
124. Espinosa Ruíz, U., & López Domech, R. (1997). Agua y cultura antigua en el Alto-Medio Ebro. En Pérex Agorreta, M.J. (ed.), *Termalismo antiguo. Actas del I Congreso Peninsular; Arnedillo (La Rioja), 3-5 octubre 1996* (pp.259-265). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
125. Esteva Espinosa, E. (2008). Higiene bucodental. Prevención de la caries y la enfermedad priodontal. *Offarm*, 27(7), pp.46-51.
126. Estévez López, E. (2005). *Violencia, victimización y rechazo escolar en la adolescencia*. (Tesis Doctoral). Universitat de Valencia, Facultad de Psicología, España.
127. Estévez López, E., Martínez Ferrer, B., & Jiménez Gutiérrez, T.I. (2009). Las relaciones sociales en la escuela: el problema del rechazo escolar. *Psicología educativa*, 15(1), pp.5-12.
128. FDI World Dental Federation. (2008). *Fomento de la salud bucodental por medio de dentífricos fluorados*. Recuperado el 12 de mayo 2015, de <http://www.fdiworldental.org/media/24890/Promoting-dental-health-through-fluoride-toothpaste-2008-Sp.pdf>
129. FDI Policy Statement. (2014). *Perinatal and infant oral health*. Recuperado el 8 de mayo 2015 de http://www.fdiworldental.org/media/55238/1-fdi_ps-perinatal_and_infant_oral_health_approved_gab_2014.pdf
130. Feldmeier, H., & Heukelbach, J. (2009). Epidemal parasitic skin diseases: a neglected category of poverty-associated plagues. *Bull World Health Organ*, 87, pp.152-159.
131. Fernández, C., Lorenzo, H., Vrolsou, K., Aresti, U., Rica, I. & Sánchez, E. (2011). Estudio de crecimiento de Bilbao. Curvas y tablas de crecimiento (estudio

Bibliografía

- transversal). Bilbao: Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación Faustino Orbeago Eizaguirre. Recuperado de: <http://www.fundacionorbeago.com/product-showcase/graficas/>
132. Fernández Álvarez M. España y los españoles en los tiempos modernos. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 1979.
 133. Fernández Candela, F., Rebolledo Malpica, D.M., & Velandia Mora, A.L. (2006). Salud escolar, ¿por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas?. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 11, pp.21-28.
 134. Fernández Enguita, M. (2006). *La escuela y la comunidad*. En Ministerio de Educación y Ciencia. Secretaría General Técnica (Ed.), Participación de las familias en la vida escolar: acciones y estrategias. Madrid: Subdirección General de Información y Publicaciones.
 135. Fernández Gutierrez, A.M. (2003). *La intervención socioeducativa como proceso de investigación*. Valencia: Nau Llibres.
 136. Fernández del Valle, J. (1992). Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques ecopsicológicos. *Psicotema*, 4(2), pp.531-542.
 137. Fernández del Valle, J. & Bravo Arteaga, A. (2007). *Sistema de evaluación y registro en acogimiento residencial*. Cantabria: Dirección General de Políticas Sociales.
 138. Fernández del Valle, J., Bravo Arteaga, A., Martínez Hernández, M., & Santos González, I. (2012). *Estándares de calidad en acogimiento residencial*. EQUAR. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 139. Fernández del Valle, J., & Fuertes Zurita, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
 140. Fernández Jonusas, S. (2010). Higiene de manos: una mirada diferente. *Arch Argent Pediatr*, 108(5), pp.389-390.
 141. Fernández-Manzano, L., Talavera Carles Furió, M., & Gavidia, V. (2014). La higiene en el currículo escolar de la Educación Obligatoria española. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 28, pp.243-62.
 142. Fonseca Capdevilla, E. (1996). Higiene de la piel del niño. *Salud Rural*, 7, pp.49-52.
 143. Fossier, R. (1996). *La Sociedad Medieval*. Barcelona: Crítica

144. Fox, M., Knapp, L.A., Andrews, P.W. & Fincher, C.L. (2013), Hygiene and world distribution of alzheimer's disease. Epidemiological evidence for a relationship between microbial environment and age-adjusted disease burden. *Evolution, Medicine, and Public Health*, (1), pp.173-186.
145. Fredricks, D.N. (2001). Microbial ecology af human skin in health and disease. *JID Symposium Proceedings*, 6(3), pp.167-169.
146. García Ballester, L., & Mc Vaugh M.R. (eds.) (1996). *Arnaldi de Villanova. Opera medica Omnia, vol. X.1. Régimen sanitatis ad regem Aragonum*. Barcelona: Autor.
147. García Gómez, N. (1920). *Nociones de Fisiología e Higiene, libro de lectura para las escuelas*. Madrid, Biblioteca de la "medicina social". Prólogo del Dr. B. Malo de Poveda, p. 2.
148. García Ruiz F., & Armario Sánchez F. (2007). Estudio de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia 2006. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2007.
149. Garcíandía Imaz, J.A., Marcela Roza, C. (2006). Terapia y felicidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), pp.184-209.
150. Garrote, A., & Bonet, R. (2011). Higiene y cuidado de manos y uñas. *Offarm*, 30(6), pp.48-52.
151. Gaudens, D.A., Moh-Ello, N., Fiogbe, M., Bandre, E., Osoh, B.M., Yaokreh, J.B., ...Kobenan, R.D. (2008). Le coalescence des nymphes au service de chirurgie pédiatrique su CHU de Yopougon: à propos de 108 cas. *Cahiers Santé*, 18(1), pp.35-38.
152. Gerez Alum, P. (2008). *Higiene e imagen de higiene en la baja Edad Media; el caso de la ciudad de Gerona*. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Geografía e Historia, España
153. Gervilla Castillo, E. (2003). Axiología Familiar. La educación moral y religiosa, en Gervilla, E. (Coord.), *Educación Familiar, Nuevas relaciones humanas y humanizadoras*, pp. 49-63. Madrid: Narcea
154. Giménez Serrano, S. (2005a). Afecciones comunes del oído. *Farmacia profesional*, 19(7), pp.40-45.
155. Giménez Serrano, S. (2005b). Higiene bucodental: guía básica. *Farmacia profesional*, 19(5), pp.52-57.

Bibliografía

156. Golerick, M.H., Wagner, D., & McLellan, S.L. (2008). Development and validation of a self-administered questionnaire to measure water exposures in children. *Ambulatory Pediatrics*, 8, pp.388-391.
157. Gómez Ayala, A.E. (2006). Higiene bucodental. Novedades. *Farmacia profesional*, 20(11), pp.38-43.
158. Gómez Ayala, A.E. (2007). Otitis externa y limpieza auricular. *Farmacia profesional*, 21(2), pp.52-57.
159. Gómez Carrizo, P. (Ed.) (2001). *Guía práctica de la salud infantil*. Madrid: Círculo de Lectores.
160. González Gil, T., & Cano Arana, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y varacterística (I). *Nure Investigación*, 44, pp.1-5.
161. Gould, D.J., Chudleigh, J.H., Moralejo, D., & Drey, N. (2008). Intervenciones para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos en la atención al paciente. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
162. Greene VW. (2001). Personal hygiene and life expectancy improvements since 1850: historic and epidemiologic associations. *American Journal of Infection Control*, 29, pp.203–206.
163. Grice, E.A., & Segre, J.A. (2011). The skin microbiome. *Nature Reviews Microbiology*, 9(4), pp.244-253.
164. Gujarathi, A.J., Sholapurmath, S.M., Mandroli, P.S., & Benni, D.B (2015). Evaluation of remineralizing potential of commercially available child formula dentifrices: An *in vitro* study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 33(1), pp.28-34.
165. Güven, G., Cehreli, S.B., Tascilar, M.E., Akgün, Ö.M., & Özgen, I.T. (2012). The oral health status of healthy and obese children in a Turkish population: A cross-sectional study. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 42, pp.970-976.
166. Hand, M., Shove, E., & Southerton, D. (2005). Explaining Showering: a discussion of the material, conventional, and temporal dimensions of practice. *Sociological Research Online*, 10(2). doi:10.5153/sro.1100

167. Harbour, R. & Millar, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*, 323, pp.334-336.
168. Hasfa, S., & Schwartz, R.H. (2007). Two 6-year-old twin girls with primary axillary bromhidrosis: discussion, diferencial diagnosis, and management options. *Clinical Pediatrics*, 46(8), pp.743-745.
169. Hernández Conesa, J., & Esteban Albert, M. (1999). *Fundamentos de la enfermería. Teoría y método*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
170. Hernández Martínez, M. C. (2002). *El cuidado de la boca y de los pies*. Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) *Vivir con vitalidad (II)*. Cuide su cuerpo, pp.119-168. Madrid: Pirámide.
- Henderson, V. (1961). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Honkala, S., Honkala, E., & Al-Sahli, N. (2007). Do life- or school-satisfaction and self-esteem indicators explain the oral hygiene habits of schoolchildren?. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35, pp.337-347.
173. Hughes, A.M., Lucas, R.M., McMichael, A.J., Dwyer, T., Pender, M.P., van der Mei, I., ...Kilpatrick, T.J. (2013). Early-life hygiene-related factors affect risk of central nervous system demyelination and asthma differentially. *Clinical and Experimental Immunology*, 172, pp.466-474.
174. Ibáñez Martínez PM. (1992). *Memoria del nuevo mundo: Castilla-la Mancha y America en el quinto centenario*. Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
175. Instituto Nacional de Estadística. (2000). *Clasificación Nacional de Educación 2000*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t40/cned/&file=inebase>
176. Instituto Nacional de Estadística. (2014a). *Encuesta de población activa: nivel de formación de la población*. Recuperado en: <https://www.educacion.gob.es/educabase/tabla.do?path=/FormacionymI/EPA2014/NivFor/I0/&file=NivFor01.px&type=pcaxis&L=0>
177. Instituto Nacional de Estadística. (2014b). *Las formas de convivencia. 20º Aniversario del año internacional de la familia*. Recuperado en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/cfr_072014.pdf

Bibliografía

178. Instituto Nacional de Estadística. (2014c). Renta anual neta media por hogar por Comunidades Autónomas. Recuperado en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9949>
179. Isla Pera, P., López Matheu, C., Pedreny, R., Girbau M.R., & Domenech E. (1995). Publicidad, salud y educación sanitaria. *Rol de enfermería*, 201, pp.59-63.
180. Jacobi, A., Bender, A., Hertl, M., König, A. (2011). Bullous cryothermic dermatitis artefacta by deodorant spray abude. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 25(8), 978-982. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03861.x
181. Jadotte, Y.T. & Janninger, C.K. (2011). Pityriasis alba revisited: perspectives on an enigmatic disorder of childhood. *Pediatric Dermatology*, 87, pp.66-72.
182. Jaramillo, J.M., Ortiz, K.D., Niño, L.A., Tavera, A.L., & Ortiz, A.V. (2006). Factores individuales, familiares y escolares asociados a la aceptación y el rechazo social en grupos de niños escolarizados entre los 9 y 11 años de edad. *Revista diversitas-perspectivas en psicología*, 2(2), pp.205-215.
183. Jefferson, I.G. (1978). Accidental death of child playing with deodorant aerosol. *The Lancet*, 8, p.779.
184. Jiménez, M., Castellanos, M., & Chaux, E. (2009). Manejo de casos de intimidación escolar: método de preocupación compartida. *Pensamiento psicológico*, 6(13), pp.69-86.
185. Jumaa, P.A. (2005). Hand hygiene: simple and complex. *International Journal of Infectious Diseases*, 9, pp.3-14.
186. Junquera Velasco, M.C. (2003). *Manual del auxiliar de ayuda a domicilio*. Sevilla: MAD, S.L.
187. Kaddur Hossein, H. (2005). *La atención educativa en centros de acogida de menores: el caso del centro de Avicena de Melilla*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Facultad de Ciencias de la Educación, España.
188. Kampf, G., & Kramer, A. (2004). Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clinical Microbiology Reviews*, 17(4), pp.863-893.

189. Klaschka, U., Liebig, M. & Knacker, T. (2007). Eco-labelling of shampoos, shower gels and foam baths. *Environmental Science and Pollution Research*, 14(1), pp. 24-29.
190. Kontorovsky Artola, I.Y. (2009). *Hogares de acogida residencial de menores. ¿Una familia sustitutoria?*. (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, España.
191. Kottak, C.P. (1994). *Una exploración de la diversidad humana con temas de la cultura hispana* (6ed.). Madrid: Mc Graw-Hill.
192. Kramer, A., Bekeschus, S., Bröker, B.M., Schleibinger, H., Razavi, B., & Assadian, O. (2013). Maintaining health by balancing microbial exposure and prevention of infection: the hygiene hypothesis versus the hypothesis of early immune challenge. *Journal of Hospital Infection*, 83, pp.S29-S34.
193. Kumar, S., Panwar, J., Uyas, A., Sharma, J., Goutham, B., Duraiswamy, P., & Kulkarni, S. (2011). Tooth cleaning frequency in relation to socio-demographic variables and personal hygiene measures among school children of Udaipur district, India. *International Journal of Dental Hygiene*, 9, pp.3-8.
194. Lafuente, P.J., Gómez Pérez de Mendiola, F.J., Aguirre, B., Zabala Galán, J., Irurzun Zuazabal, E., & Gorritxo Gil, B. (2002). Estilos de vida determinantes de la salud oral en adolescentes de Vitoria-Gasteiz: evaluación. *Atención primaria*, 29(4), pp.213-217.
195. Larrea, C., & Plana, M. (1993). Antropología y educación para la salud. *Rol de enfermería*, 180, pp.65-69.
196. Larruskain Garmendia J., Idígoras Viedma. P., & Mendiola Arza, J. (2008). Onicomycosis: diagnóstico y tratamiento. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(3), pp.83-92.
197. Lederberg, J. (2001). "Ome sweet" omics—A genealogical treasury of words. *The Scientist*, 15(7).
198. Lee, L.M., Govindaraju, R., & Hon, S.K. (2005). Cotton bud and ear Cleaning, a loose tip cotton bud?. *The Medical Journal of Malaysia*, 60(1), pp.85-88.
199. Lemmel, J. (2001). Cuidados del cabello. *Offarm*, 20(2), pp.65-74.
200. Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia. (BORM núm. 86, 12 de abril de 1995).

Bibliografía

201. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. (BOE, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003).
202. Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. (BOE, núm. 307, de 24 de diciembre de 2002).
203. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (BOE, núm. 106, de 4 de mayo de 2006).
204. Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. (BOE, núm. 146, de 19 de junio de 1982).
205. Ley regional 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. (BORM, núm. 290, de 19 de diciembre de 1985).
206. Ley 11/1986, de 19 de diciembre, de creación del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia. (BORM, núm. 298, 30 de diciembre de 1986).
207. Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Adopción. (BOE, núm. 275, 17 de noviembre de 1987).
208. Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE, núm. 15, 17 de enero de 1996).
209. Ley 3/2003, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. (BORM, núm. 99, 2 de mayo de 2003).
210. Ley 1/2006, de 10 de abril, de creación del Instituto Murciano de Acción Social. (BORM, núm. 94, 25 de abril de 2006).
211. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. (BOE, núm. 295, 10 de diciembre de 2013).
212. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo. (BOE, núm. 238, 4 de octubre de 1990).
213. Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de Educación. (BOE, núm. 307, 24 de diciembre de 2002).
214. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. (BORM, núm. 178, 4 de agosto de 1994).
215. Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia. (BORM, núm. 86, 12 de abril de 1995).

216. Ley 45/2007 de 13 diciembre de Desarrollo Sostenible del Medio Rural. (BOE, núm. 299, 14 de diciembre de 2007).
217. Llopis Orrego, M. (2010). *Bajo la mirada de Heracles: los usos sociales del agua como fuente de salud y placer*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
218. Logan, A.C., Katzman, M.A., & Balanzá-Martínez, V. (2015). Natural environments, ancestral diets, and microbial ecology: is there a modern “paleo-deficit disorder”? part II. *Journal of Physiological Anthropology*, 34(9), pp.1-21.
219. López Lorca, H. (2005). *Pautas de transmisión de valores en el ámbito familiar*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Facultad de Letras, España.
220. Londoño, A.L., & Murillas, M.L. (2011). Eficacia de la higiene de manos con un preparado de base alcohólica vs lavado de manos con agua y jabón. *Acta Médica Colombiana*, 36(4), pp.181-186.
221. López Luengo, M.T. (2009). Higiene corporal y fitoterapia. *Farmacia Profesional*, 23(6), pp.56-58.
222. Lorente, Sabater, Rodríguez, Pou, López, & García (2006). Diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de las otitis externas. *Medicina Clínica*, 126(13), pp.507-513.
223. Luby, S.P., Agboatwalla, M., Feikin, D.R., Painter, J., Billhimer, W., Altaf, A., & Hoekstra, R.M. (2005). Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. *Lancet*, 366, pp.225-233.
224. Marina Calvo, L., Suárez, M.M., Apolinario, R.M., & Martín, A.M. (2004). Presencia de larvas en conducto auditivo externo y fosas nasales en paciente alcohólico. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 23(5), pp.323-324.
225. Marqués Molías, F. (2009). Promoción y educación para la salud, ¿serán la solución?. *Atención primaria*. 41(7), pp.355-357.
226. Márquez, J., Casas, A., & Estrada, V. (Eds.) (2004). *Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia*. Medellín: Lealon.
227. Martín, E., & Del Socorro González, M. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y aprendizaje*, 30(1), pp.25-38.
228. Martín, E., Muñoz de Bustillo, M.C., Rodríguez, T., & Pérez, Y. (2008). De la residencia a la escuela: la integración social de los menores en acogimiento

Bibliografía

- residencial con el grupo de iguales en el contexto escolar. *Psicothema*, 20(3), pp.376-382.
229. Martín Moreno, V., Molina Cabrerizo, M.R., Fernández Rodríguez, J., Moreno Fernández, A.M., & Lucas Valbuena, J.C. (1996). Hábitos dietéticos y de higiene personal en adolescentes de una población rural. *Revista Española de Salud Pública*, 70, pp.331-343.
230. Martínez, A., Marzá, A., Llorca, J., Martínez, C., Escrivá, A., & Blasco, M. (2013). Hábitos de salud en escolares en ámbito urbano y rural. *Enfermería Global*, 29, pp.158-169.
231. Martínez Ferrer, B. (2009). *Ajuste escolar, rechazo y violencia en adolescentes*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, España.
232. Martorell, M.A., Comelles J.M., & Bernal, M. (2010). *Antropología y enfermería*. Tarragona: Publicacions URV.
233. Más Sarabia, M.C., Rodríguez Gutiérrez, G., & Rabesa Olazábal, Y. (2006). Factores de riesgo en las periodoncias de escolares. *Archivo Médico de Camagüey*, 10(5). Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211117629002>
234. Masson, L.F., Blackburn, A., Sheehy, C., Craig, L.C.A., Macdiarmid, J.I., Holmes, B.A., & McNeill, G. (2010). Sugar intake and dental decay: results from a national survey of children in Scotland. *British Journal of Nutrition*, 104, pp.1555-1564.
235. Mathai, E., Allegranzi, B., Kilpatrick, C., & Pittet, D. (2010). Prevention and control of health care-associated infections through improved hand hygiene. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 28(2), pp.100-106.
236. Matión Soler, E., Esteller Moré, E., Sanz Gonzalo, J.J., & Ademá Alcover, J.M. (2003). Infección en ORL. *JANO, Medicina y Humanidades*, 65(1482), pp.20-27.
237. McCarter, D.F., Courtney, U., & Pollart, S.M. (2007). Cerumen impaction. *American Family Physician*, 75(10), pp.1523-1528.
238. McGregor, T.B., Pike, J.G., & Leonard, M.P. (2007). Pathologic and physiologic phimosis. Approach to the phimotic foreskin. *Canadian Family Physician*, 53, pp.445-448.
239. Mehraj, V., Hatcher, J., Akhtar, S., Rafique, G., & Mohammad, A.B. (2008). Prevalence and factors associated with intestinal parasitic infection among children in an urban slum of Karachi. *Plosone*, 3(11), pp.1-6.

240. Mejía, L.D., & López, L. (2010). La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Index Enferm*, 19(2-3):138-142. Recuperado el 13 de enero 2011, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015&lng=es.
241. Melo MCB, Klem VGQ, Mota JAC, & Penna FJ. (2004). Parasitoses intestinais. *Revista Médica de Minas Gerais*, 14(1 supl.1), pp.S3-S12.
242. Menon, P., & Rao, K.L.N. (2004). What should Mather's be counselled about the care of a child's foreskin?. *Indian Pediatrics*, 41, pp.200-201.
243. Ministerio de Educación y Cultura. Centro de Investigación y Documentación Educativa (1999). *La respuesta educativa a los alumnos gravemente afectados en su desarrollo*. Madrid: Autor.
244. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2014). *Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE 2014. Informe español*. Madrid: Autor.
245. Ministerio de Educación , Política Social y Deporte (2008). *Sociedad desigual, ¿educación desigual?. Sobre desigualdades en el sistema educativo español*. Madrid: Autor
246. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. (2011). *Estudio diagnóstico preliminar sobre la situación y tendencias de las relaciones urbano rurales de cohesión territorial en el Estado español*. Madrid: Federación española de municipios y provincias. Recuperado de: <http://www.femp.es/files/566-1129-archivo/MEDIO%20URBANO%20libro%20final.pdf>
247. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología. (2003). *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa*. Madrid: Autor.
248. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013a). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (datos 2013)*. Madrid: autor. Recuperado de: <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/BoletinN16.pdf>
249. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. (2013b). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12*. Madrid: Autor. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/ENSE11_Descripcion_variables_compuestas.1.pdf

Bibliografía

250. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2002): *El acogimiento residencial en la protección a la infancia: calidad y buenas prácticas*. Madrid: Autor.
251. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. (2013). *II plan estratégico nacional de infancia y adolescencia 2013-2016 (II PENIA)*. Madrid: Autor.
252. Mochizuki, H. (2009). Effects os skin care with shower therapy on children with atópica dermatitis in elementary schools. *Pediatric Dermatology*, 26(2), pp.223-225.
253. Molina Villar, J.J. (2004). *Termalismo y turismo en Catalunya: un estudio neohistórico contemporáneo*. Barcelona: Universidad de Barcelona. (Tesis Doctoral).
254. Monjas, M.I., Sureda, I., & García-Bacete, F.J. (2008). ¿Por qué los niños y las niñas se aceptan y se rechazan?. *Cultura y educación*, 20(4), pp.479-492.
255. Morales Medina, M.J., Olivencia Sánchez, J.M., & Heierle Valero, C. (1996). Habilidades sociales. Educación para la salud en la escuela. *Rol de Enfermería*, 213, pp.17-19.
256. Moreno, C. (2011). Ectoparasitosis de importancia en Chile. Epidemiología y terapia. *Revista Chilena de Infectología*, 28(5), pp.435-439.
257. Moreno-Martínez, F.J., Ruzafa-Martínez, M., Ramos-Morcillo, A.J., Gómez, C.I., & Hernández-Susarte, A.M. (2015). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil (HICORIN®). *Atención Primaria*, 47(7), pp. 419-427.
258. Moreno, P. L., & Viñao, A. (2000). Introducción. *Areas. Revista de Ciencias sociales*, 20, 7.
259. Mouradian, W.E., Slayton, R.L, Maas, W.R., Kleinman, D.V., Slavkin, H., De Paola, D., ...Wilentz, J. (2009). Progress in children's oral Elath since the surgeon general's report on oral Elath. *Academic Pediatrics*, 9(6), pp.374-379.
260. Moyano Mangas, S. (2007). *Retos de la educación social. Aportaciones de la pedagogía social a la educación de las infancias y las adolescencias acogidas en centros residenciales de acción educativa*. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona. Facultad de Pedagogía. España.

261. Musitu Ochoa, G., Estévez López E., & Jiménez Gutiérrez T.I. (2010). *Funcionamiento familiar, convivencia y ajustes en hijos adolescentes*. Madrid: Cinca, S.A.
262. Musitu Ochoa, G., Moreno, D., & Martínez, M. (2005). *La escuela como contexto socializador*. En congreso: ser adolescente hoy (pp. 319-338). Madrid: Fundación de ayuda contra la drogadicción, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
263. Musso, C.G., & Enz, P.A. (2006). Cuando lavarse las manos es comprometerse. Ignaz Semmelweis y el origen de la antisepsia. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*, 26(1), pp.29-30.
264. Narejo Alcázar, N., & Salazar Rodríguez, M. (2002). Vías para abordar los conflictos en el aula. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 5(4), pp.1-4.
265. Navarro Gómez, V., & Novel Martí, G. (2005). *Enfermería médico-quirúrgica. Necesidad de comunicación y seguridad* (2ª ed.). Barcelona: Masson, S.A.
266. Navit, S., Malhotra, G., Singh, J., Naresh, V., Anshul, & Navit, P. (2014). Interrelationship of intelligence quotient with caries and gingivitis. *Journal of International Oral Health*, 6(4), pp.56-62.
267. Navratil, F. (2002). Genital infections in prepubertal girls. *Therapeutische Umschau*, 59(9), pp.475-479.
268. Nightingale, F. (1990). *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson, S.A.
269. Nussinovitch, M., Rimon, A., Volovitz, B., Raveh, E., Prais, D., & Amir, J. (2004). Cotton-tip applicators as a leading cause of otitis externa. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 68, pp.433-435.
270. Nutanson, I, Steen, C., & Schwartz, R.A. (2007). Pediculosis corporis: an ancient itch. *Acta Dermatoveneorologica Croatica*, 15(1), pp.33-38.
271. Organización Mundial de la Salud. (2000). *The World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization.
272. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Hand hygiene technical referente manual*. Geneva: Autor.
273. Organización Mundial de la Salud (2012). No solo la ausencia de enfermedad... Duodécimo programa general de trabajo-Proyecto para los comités regionales.

Bibliografía

- Recuperado en
http://www.who.int/about/resources_planning/gpw_for_reg_comitees_2012_es.pdf
274. Organización Mundial de la Salud (2014). *Helminthiasis transmitidas por el suelo*. Recuperado el 9 de mayo 2015 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/es/>
275. Ortiz-Hernández, L., Pérez-Salgado, D. & Tamez-González, S. (2015). Desigualdad socioeconómica y salud en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(3), pp.336-347.
276. Osborn, L.M., Metcalf, T.J., & Mariani, E.M. (1981). Hygienic care in uncircumcised infants. *Pediatrics*, 67(3), pp.365-367.
277. Panfichi, A. (1996). Del vecindario a las redes sociales: cambio de perspectivas en la sociología urbana. *Debates en Sociología*, 20-21, pp.35-48.
278. Pedreira-Massa, J.L. (2006). Medios de Comunicación y parentalidad en el desarrollo de la infancia y la adolescencia. *Anales de pediatría continuada*, 4(2), pp.145-150.
279. Pehlivan M, Kürtüncü M, Tüzün E, Shugaiv E, Mutlu M, Eraksoy M., & Akman-Demir, G. (2011). The comparison of socio-economic conditions and personal hygiene habits of neuro-Behçet's disease and multiple sclerosis patients. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 214, pp.335-337.
280. Pellegrini F.J., Gimeno, A., & Del Molino, A.M. (2007). Educación para la salud. *Anales de Pediatría Continuada*, 5(4), pp.205-211.
281. Pérez-gil, J.A., Chacón, S., & Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12, pp.442-446.
282. Pérez Ruiz, I.M., Muñoz París, M.J., & Pérez Galdeano, A. (2002). Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. *Enfermería Clínica*, 12(3), pp.127-132.
283. Pérez, M., Lefler, J., Sánchez, R., Rubio, J., & Rubio, M. (2001). Higiene bucodental. Asesoramiento práctico. *Farmacia Profesional*, 15(11), pp.50-56.
284. Pérez, Y., Moyano, M., & Arias, A. (2004). Evaluación de conocimientos y prácticas de escolares que han recibido promoción en salud bucodental, Cali. *Revista Estomatología*, 12(1), pp.30-44.

285. Peterson, J., Garges, S., Giovanni, M., McInnes, P., Wang, L., Schloss, J.A., ...Guyer, M. (2009). The NIH human microbiome Project. *Genome Research*, 19(12), pp.2317-2323.
286. Proyecto de Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. (BOE, núm. 131-1, 27 de febrero de 2015).
287. Rajamanoharan, S., Low, N., Jones, S.B., & Pozniak, A.L. (1999). Bacterial vaginosis, ethnicity, and genital Cleaning. *Sexually Transmitted Diseases*, 26(7), pp.404-409.
288. Ramírez, P. (2003). La extracción de un tapón de cerumen con una cureta. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 10(8), pp.558-559.
289. Raoult, D., & Roux, V. (1999). The body louse as a vector of reemerging human diseases. *Clinical Infectious Diseases*, 29, pp.888-911.
290. Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23ª ed.). Madrid: autor.
291. Real Decreto 1113/1984, de 29 de febrero, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de protección de menores. (BOE núm. 141, 13 de junio de 1984).
292. Real Decreto 938/1999, de 4 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de enseñanza no universitaria. (BORM núm. 148, 30 de junio de 1999).
293. Rebollo, N., López-Barcenas, A.P., & Arenas, R. (2008). Tiña de la cabeza. *Actas Dermosifiliográficas*, 99, pp.91-100.
294. Reeves, L.M., Priest, P.C., & Poore, M.R. (2012). School toilets: facilitating hand hygiene?. A review of primary school hygiene facilities in a developed country. *Journal of Public Health*, 4, pp.1-6.
295. Restrepo Mesa, S.L. (2005). La promoción de la salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición. *Investigación y educación en enfermería*. 23(1), pp.110-117.
296. Restrepo Moreno, C.M. (2009). Flujo vaginal en la niña. *Memorias XVII curso de actualización en ginecología y obstetricia: una visión integral de la mujer*. Antioquía: Universidad de Antioquía.

Bibliografía

297. Reverter-Masía, J., Legaz-Arrese, A., Jové-Deltell, M.C., Mayolas, M.C., & Vinacua, C. (2012). Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 12, pp.611-623.
298. Ribes Antuña, M.D., Recio Martínez, B., Pérez García, T., & Nogales Sánchez F.V. (2006). *Educadores de menores* (2 tomos). Sevilla: MAD
299. Richardson, S.F. (1988). Child health promotion practices. *Health Care*, 2, 73-78.
300. Ríos Milena, S., Fernández, J.A., Rivas, F., Sáenz, M.L., & Moncada L.I. (2008). Prevalencia y factores asociados a la pediculosis en niños de un jardín infantil de Bogotá. *Biomédica*, 28, pp.245-251.
301. Rodríguez Bausá, L., Ribes Antuña, M.D., Clavijo Gamero, R., Fernández González, C., González Halcones, M.A., & Patiño Alite, M.J. (2005). *Educador/a de minusválías y monitor/a de centro ocupacional y residencia del instituto foral de bienestar social de la Diputación Foral de Álava*. Madrid: Mad, S.L.
302. Rodríguez, M.A., Salve, M.J., Arenas, M., & Angora, F. (2002). Encuesta sobre hábitos a niños de 10-11 años en quinto de primaria. Contraste rural/urbano. *Centro de Salud*, 10, pp.348-356.
303. Romero Vargas, C. (2008). La influencia de la imagen en el niño. *Alfedel*. 8, 13.
304. Ruano Casado, L., Aparicio Ramón, D.V., Fernández Garrido, J.J., Merelles Tormo, A., Sánchez García, A.M., & Pont Martínez, J. (1991). Educación para la salud en la escuela. *Rol de enfermería*, 158, pp.71-75.
305. Salahi-Moghaddam, A., Davoodian, P., Jafari, A., & Nikoo, M.A. (2009). Evaluation of pityriasis versicolor in prisoners: A cross-sectional study. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 75, pp.379-382.
306. Sánchez González, M.A. (2002). *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson.
307. Sánchez Lacasa, C. (2009). *Nivel de implicación en bullying entre escolares de educación primaria. Relación con el estatus sociométrico y la percepción del clima social, familiar y escolar*. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, España.
308. Sánchez Moreno, A., Barco Fernández, V., Castillo Vicente, P., Sánchez Estévez, V., Cánovas Valverde, J., & Maset Campos, P. (1992). Conocer los

- hábitos higiénicos de los escolares: cauce de colaboración ciudadana en salud. *Atención Primaria*, 9(1), pp.24-28.
309. Sánchez Moro, C. (1996). Infancia y medios de comunicación. *Bienestar y protección infantil. Revista Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil*. 4, pp.90-102.
310. Sánchez, N. (2008). *Opinión del escolar de 6º grado de la asistencia del personal de salud promoviendo la higiene personal*. (Tesis Doctoral). Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Venezuela.
311. Sánchez Oliva, E.Y., & Ruiz Palmero, J. (2010). *Hábitos de higiene personal en los estudiantes de una escuela de educación*. En J.C. Tójar Hurtado (Comp.), *Trabajos de investigación como catalizadores de la innovación educativa* (pp.255-273). Sevilla: Infornet.
312. Satcher, D. (2009). Children's oral health: the time for change is now. *Academic Pediatrics*. 9, pp.380-382.
313. Shresta, A., Narayan, K.C., & Sharma, R. (2012). Prevalence of intestinal parasitosis among school children in Baglung District of Western Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, 10(1), pp.3-6.
314. Sidoti, E., Bonura, F., Paolini, G. y Tringali, G. (2009). A survey on knowledge and perceptions regarding head lice on a sample of teachers and students in primary schools of north and south of Italy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 50, pp.141-151.
315. Sigerist, H. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública* (4 ed.). Madrid: Siglo veintiuno de España.
316. Silva, J.C., Viana Furtado, L.F., Ferro, T.C., Bezerra, K.C., Borges, E.,P. Melo, A.C. (2011). Parasitism due to *Ascaris lumbricoides* and its epidemiological characteristics among children in the State of Maranhão. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 44(1), pp.100-102.
317. Sim, S., Lee, W.J., Yu, J.R., Lee, I.Y., Lee, S.H., Oh, S....Chai, J.Y. (2011). Risk factors associated with head louse infestation in Korea. *Korean Journal of Parasitology*, 49(1), pp.95-98.
318. Sinclair, R.D. (2007). Healthy hair: what is it?. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 12, pp.2-5.

Bibliografía

319. Snelling, A.M., Saville, T., Stevens, D., & Beggs, C.B. (2010). Comparative evaluation of the hygienic efficacy of an ultra-rapid hand dryer vs conventional warm air hand dryers. *Journal of Applied Microbiology*, 110, pp.19-26.
320. Soria-Hernández, A., Molina, N. & Rodríguez, R. (2008). Hábitos de higiene bucal y su influencia sobre la frecuencia de caries dental. *Acta Pediátrica de México*, 29(1), pp.21-24.
321. Suárez Sanz, S. (2001). Salud infantil. Conceptos erróneos. *Farmacia Profesional*, 15, pp.69-74.
322. Szilagyi, P. (2009). Oral Health in children: a pediatric Elath priority. *Academic pediatrics*, 9, pp.372-373.
323. Thompson, M., Cohen, L.J., & O'Neill Grace, C. (2003). *¡Mamá, me están molestando!. Cómo enseñarles a los niños a resolver conflictos interpersonales*. Bogotá: Norma.
324. Tinanoff, N., & Reisine, S. (2009). Update on early childhood caries since the surgeon general's report. *Academic Pediatrics*, 9(6), pp.396-403.
325. Torres Mahy, L., Pérez Campos, Y.E., Pascual Casamayor, D. & Noa Deyá, Y. (2015). Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica. *Medisan*, 19(3), pp.366-374.
326. Trüeb, R.M. (2007). Shampoos: Ingredients, efficacy and adverse effects. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 5, pp.356-365.
327. Túnuez Bastida, F., Fernández Camiñas, J.A., & Machín Fernández, A.J. (2005). Conocimientos, hábitos y percepción de salud bucodental en escolares de un área rural de Lugo. *Atención primaria*, 36(6), pp.126-127.
328. UNICEF Comité Español. (2006). *Convención sobre los derechos del niño. 20 de noviembre de 1989*. Madrid: Autor.
329. UNICEF Comité Español. (2014). *La infancia en España 2014. El valor social de los niños: hacia un Pacto de Estado por la Infancia*. Madrid: Autor.
330. Vallés, M.S. (2002). *Cuadernos metodológicos. Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
331. Van Eyk, N., Allen, L., Giesbrecht, E., Jamieson, M.A., Kives, S., Morris, M., ...Fleming, N. (2009). Pediatric vulvovaginal disorders: a diagnostic approach and review of the literature. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(9), pp.850-862.

332. Van Howe, R.S., Hodges, F.M. (2006). The carcinogenicity of smegma: debunking a myth. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 20, pp.1046-1054.
333. Varela Centelles, P.I., Graña Iglesias, M.A., & Varela Centelles A. (2008). El cepillado de dientes: cómo potenciar habilidades en los niños. *Rol de enfermería*, 31(2), pp.103-106.
334. Varona Sánchez, J.A., Almiñaque González, M.C., Borrego López, J.A., & Formoso Martín, L.E. (2010). Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(1), pp.73-85.
335. Vega Angarita, O.M., & González Escobar, D.S. (2007) Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*, 4(4), pp.28-35.
336. Vicente Giménez, T., & Hernández Pedreño, M. (2007). *Los derechos de los niños, responsabilidad de todos*. Murcia: Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia.
337. Vigarello, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza.
338. Vigarello, G. (2006). *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada Editores.
339. Villegas Jaén, F., & Ortín Gil, V. (2010). La higiene corporal y su aplicación didáctica a través de juegos. *EFdeportes.com. Revista Digital*, 143. Recuperado 10 de septiembre 2010, de <http://www.efdeportes.com/efd143/la-higiene-corporal-y-su-aplicacion-didactica.htm>
340. Vivas, A., Gelaye, B., Aboset, N., Kumie, A., Berhane, Y., & Williams, M.A. (2010). Knowledge, attitudes, and practices (KAP) of hygiene among school children in Angolela, Ethiopia. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 51, pp.73-79.
341. Volcy, C. (2004). *Lo malo y lo feo de los microbios*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
342. Ward, D. (2000). Handwashing facilities in the clinical area: a literature review. *British Journal of Nursing*, 9(2), pp.82-86.
343. Warner E., & Strashin, E. (1981). Benefits and risks of circumcision. *CMA Journal*, 125, pp.967-992.

Bibliografía

344. Weng, L., Rubien, E.M., & Bristow, J. (2005). Sequence-based methods in human microbial ecology: a the 2nd human genome comes of age. *Lawrence Berkeley National Laboratory*, recuperado el 1 de mayo 2015, de: <https://escholarship.org/uc/item/2cd33314>
345. Westaway, M.S., & Viljoen, E. (2000). Health and hygiene knowledge, attitudes and behaviour. *Health & Place*, 6, pp.25-32.
346. William Martínez, J. (2014). Desarrollo infantil: una revisión. *Investigaciones Andina*, 16(29), pp.1118-1137.
347. Wilson, N.J., Cumella, S., Parmenter, T.R., Stancliffe, R.J., & Shuttleworth, R.P. (2009). Penile hygiene: puberty, paraphimosis and personal care for men and boys with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(2), pp.106-114.
348. Winge, M.C., Chryssanthou, E., & Wahlgren, C.F. (2009). Combs and hair-trimming tools as reservoirs for dermatophytes in juvenile tinea capitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 89(5), pp.536-537.
349. Yaacob, M., Worthington, H.V., Deacon, S.A., Deery, C., Walmsley, A.D., Robinson, P.G. & Glenny, A.M. (2014). Powered versus manual toothbrushing for oral health (Review). *The Cochrane Library*, 6, 1-103. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002281.pub3/epdf/standards>
350. Yamamoto Y., Ugai, K., & Takahashi, Y. (2005). Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26(3), pp.316-320.
351. Yehieli, M., & Koch, S. (1999). Bright smiles, shining futures. *The Journal of School Psychology*, 69(4), pp.162-164.

10. ANEXOS



10. ANEXOS

ANEXO 1. Solicitud dirigida a expertos para la evaluación de la validez de contenido del cuestionario HICORIN



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Facultad de
Enfermería

Murcia, 30 de abril de 2013

Estimado/a _____

Me dirijo a usted como doctorando en enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. En el desarrollo de la tesis titulada: **“Conocimientos y hábitos en higiene corporal de los menores en acogimiento residencial de la Región de Murcia”**, codirigida por la Dra. María Ruzafa Martínez y la Dra. Carmen Isabel Gómez García, nos encontramos en proceso de construcción de un cuestionario que nos aporte la información necesaria para estudiar los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil, denominado **“HICORIN”**. El cuestionario va dirigido a niños/as de entre 7 y 12 años de edad.

Hemos tenido conocimiento de su trayectoria investigadora y/o profesional en esta materia, la cual nos puede ser de una inestimable ayuda en el proceso de validación de nuestro cuestionario. Le estaríamos muy agradecidos si pudiésemos contar con su valiosa opinión.

Para ello le adjuntamos dos documentos, el cuestionario en el formato que se utilizará para encuestar a los niños y niñas en acogimiento residencial o que vivan con sus familias y el cuestionario para expertos en formato Word con las instrucciones y espacios donde podrá realizar su valoración crítica y experta al respecto. Le rogamos siga las indicaciones propuestas para una respuesta más ágil y uniforme con el resto de expertos.

Una vez haya respondido el cuestionario para expertos le solicitamos lo reenvíe por e-mail a la atención de Francisco José Moreno Martínez: franxxxxxxxx@hotmail.com. Si prefiere imprimir el cuestionario para expertos y responderlo de forma manuscrita puede enviarlo a la siguiente dirección postal a la atención de María Ruzafa Martínez: Facultad de Enfermería, Edificio D. Campus de Espinardo. 30100. Murcia. Si le fuera posible, deseáramos recibir los cuestionarios cumplimentados en un plazo máximo de 20 días desde la entrega.

Asimismo, si necesita cualquier aclaración sobre el cuestionario puede contactar con nosotros en el siguiente número de teléfono: 678xxxxxx o al correo electrónico franxxxxxxxx@hotmail.com

Agradeciéndole su atención, le saluda atentamente,

Francisco José Moreno Martínez
Dra. María Ruzafa Martínez
Dra. Carmen Isabel Gómez García
Dr. Antonio J. Ramos Morcillo

ANEXO 2. Cuestionario inicial HICORIN-82 ítems para la validación por expertos

Nombre y apellidos del

Experto: _____

Cargo profesional

actual: _____

Centro de trabajo: _____

E-mail: _____

INSTRUCCIONES PREVIAS:

El documento que le presentamos pretende obtener su valoración sobre un cuestionario dirigido al estudio de los conocimientos y hábitos en higiene corporal en niños/as de entre 7 y 12 años de edad.

El cuestionario consta de 82 ítems y se divide en 3 partes:

- 1- Datos personales y sociofamiliares, del ítem 1 al 17.
- 2- Conocimientos y hábitos en higiene corporal, se compone de 6 dimensiones:
 - Cabello y cuerpo, del ítem 18 al 40.
 - Manos, del ítem 41 al 48.
 - Bucodental, del ítem 49 al 59.
 - Pies, del ítem 60 al 67.
 - Oídos, del ítem 68 al 71.
 - Higiene íntima, del ítem 72 al 78.
- 3- Preguntas generales sobre higiene corporal, del ítem 79 al 82.

Pretendemos de su valoración experta los siguientes análisis en cada una de las tres partes referidas anteriormente:

A) En primer lugar se le solicita la **valoración específica de cada ítem**, al que se le solicita responda a los siguientes aspectos:

A1) **Relevancia** del ítem. La finalidad de esta evaluación es seleccionar sólo aquellos ítems que deben figurar por su importancia y relevancia en el cuestionario definitivo. Conteste en una escala de 1 a 3 (1, valor más bajo y 3 el valor más alto)

A2) **Nivel de comprensión** del ítem y de las opciones de respuesta, teniendo en cuenta que se trata de un cuestionario personal, autoadministrado a niños/as de edades comprendidas entre 7 y 12 años. Conteste en una escala de 1 a 3 (1, valor más bajo y 3 el valor más alto)

A3) Si considera necesaria una **redacción alternativa** al mismo, por favor, redáctela.

A4) Observaciones: en este apartado se pretende recoger su opinión sobre la pregunta y/o respuestas ofrecidas.

B) En segundo lugar se le solicita la **valoración general de cada parte y/o dimensión** del cuestionario: mostrando su opinión sobre la adecuación de las preguntas; e introduciendo sus propuestas de nuevos aspectos o ítems relacionados con dicha parte y/o dimensión.

C) En tercer y último lugar, se le solicita la **valoración global del cuestionario**: mostrando su opinión sobre la suficiencia del cuestionario para estudiar los conocimientos y hábitos en higiene corporal en la infancia de forma holística; o si cree que falta alguna parte o área por incluir.

Muchas gracias de antemano por su inestimable colaboración.

PARTE 1: DATOS PERSONALES Y SOCIOFAMILIARES**1) ¿Eres un chico o una chica?:**

- Chico
 Chica

ITEM 1			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

2) ¿Cuánto años tienes?: _____

ITEM 2			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

3) ¿Cuánto pesas?: _____ Kg

ITEM 3			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

4) ¿Cuánto mides?: _____ cm

ITEM 4			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

5) ¿Cómo tienes el pelo:

corto (sin melena)



largo por encima de los hombros



largo por debajo de los hombros



ITEM 5			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

6) ¿Cuántos días de la semana vas a clase habitualmente?

- 5 días
- 4 días
- 3 días
- 2 días
- 1 día

ITEM 6			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

7) ¿Naciste en España?

- sí
 no

ITEM 7			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

8) Si no naciste en España, ¿con qué edad llegaste a España?: _____

ITEM 8			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

9) ¿En qué país nació tu madre?: _____ No sé

ITEM 9			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

10) ¿En qué país nació tu padre?: _____ No sé

ITEM 10			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

11) ¿Eres adoptado/a?

- sí → ¿Con cuántos años fuiste adoptado/a?: _____
 no

ITEM 11			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

12) ¿Vives ahora mismo en un centro o residencia de menores?

- si → ¿Cuánto tiempo llevas en el centro?: _____
 no (sigue por la pregunta 14)

ITEM 12			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

13) ¿En cuántos centros o residencias de menores distintos has estado?

- 1
- 2
- 3
- más de 3

(sigue por la pregunta 16)

ITEM 13			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

14) En la casa que vives todo o la parte del tiempo ¿señala cuántas personas vivís allí? (si vives en un centro de menores NO respondas esta pregunta):

- Padre
- Madre
- Pareja de mi padre:
 - Novio o marido de mi padre
 - Novia o mujer de mi padre
- Pareja de mi madre:
 - Novio o marido de mi madre
 - Novia o mujer de mi madre
- Abuela
- Abuelo
- hermanos (incluidos hermanastros y hermanos adoptivos) →¿Cuántos?: ____
- hermanas (incluidas hermanastras y hermanas adoptivas →¿Cuántas?: ____
- Si hay otras personas, di cuales: _____

ITEM 1			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

15) Entonces, ¿cuántas personas viven en tu casa sin contarte a ti?: _____

ITEM 15			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

16) ¿Tiene trabajo tu padre?
 si → ¿de qué trabaja?: _____ No sé

 no

ITEM 16			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

17) ¿Tiene trabajo tu madre?
 si → ¿de qué trabaja?: _____ No sé


 no

ITEM 17			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

B) Valoración de la parte: datos personales y sociofamiliares:

A continuación solicitamos su valoración de la parte referida a “**Datos personales y sociofamiliares**”. En este caso nos gustaría conocer su opinión sobre:

- La adecuación y suficiencia de las preguntas para valorar los datos personales y sociofamiliares.
- La pertinencia de incluir nuevos aspectos o ítems relacionados con los datos personales y sociofamiliares.



PARTE 2: CONOCIMIENTOS Y HÁBITOS EN HIGIENE CORPORAL:

ÁREA DE HIGIENE DEL CABELLO Y CUERPO

18) Señala con una X la forma en que te lavas el cuerpo (puedes marcar más de una)

me baño



me ducho



sólo me paso una toalla o esponja mojada



no me lavo

Otra forma. Di cual: _____

ITEM 18			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

Para cada una de las formas de lavarte que has seleccionado anteriormente responde a continuación sobre lo que se te pregunta en cada una de ellas:



Si has señalado en la pregunta 18 que **sí te BAÑAS**, responde las preguntas 19, 20, 21 y 22.

19) ¿Cuántas veces a la semana te bañas?

- todos los días
- tres veces a la semana o más pero no todos los días
- dos veces a la semana
- una vez a la semana
- menos de una vez a la semana
- nunca



ITEM 19			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

20) ¿En qué momento del día lo sueles hacer?



	SI	NO
al levantarme por la mañana		
antes de acostarme de noche		
Después de hacer deporte o ejercicio		
En diferentes momentos, no siempre el mismo		

ITEM 20			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

21) ¿Cuando te bañas, señala qué te lavas?



	SI	NO
cabeza		
orejas y oídos		
cara y el cuello		
pecho y la barriga		
espalda		
culete		
genitales		
piernas		
pies		

ITEM 21			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

22) ¿Alguien te ayuda mientras te bañas?

- no, nadie
 mi madre o padre
 un educador
 mi abuelo/a
 mi hermano/a mayor
 otros. Di quién _____



ITEM 22			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			



Si has señalado en la pregunta 18 que **sí te DUCHAS**, responde las preguntas 23,24, 25 y 26.

23) ¿Cuántas veces a la semana te duchas?



- todos los días
- tres veces a la semana o más pero no todos los días
- dos veces a la semana
- una vez a la semana
- menos de una vez a la semana
- nunca

ITEM 23			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

24) ¿En qué momento del día lo sueles hacer?



	SI	NO
al levantarme por la mañana		
antes de acostarme de noche		
Después de hacer deporte o ejercicio		
En diferentes momentos, no siempre el mismo		

ITEM 24			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

25) ¿Cuándo te duchas, señala qué te lavas?



	SI	NO
cabeza		
orejas y oídos		
cara y cuello		
pecho y barriga		
espalda		
culete		
genitales		
piernas		
pies		

ITEM 25			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

26) ¿Alguien te ayuda mientras te duchas?

- no, nadie
 mi madre o padre
 un educador
 mi abuelo/a
 mi hermano/a mayor
 otros. Di quién _____

ITEM 26			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

Si has señalado en la pregunta 18 que **sí te LAVAS CON UNA TOALLA O ESPONJA mojada**, responde las preguntas 27, 28, 29 y 30.

**27) ¿Cuántas veces a la semana?**

- todos los días
 tres veces a la semana o más pero no todos los días
 dos veces a la semana
 una vez a la semana
 menos de una vez a la semana
 nunca

ITEM 27			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

28) ¿En qué momento del día lo sueles hacer?



	SI	NO
al levantarme por la mañana		
antes de acostarme de noche		
Después de hacer deporte o ejercicio		
En diferentes momentos, no siempre el mismo		

ITEM 28			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

29) ¿Cuándo te lavas con la toalla o esponja mojada, señala qué te lavas?



	SI	NO
cabeza		
oreja y oídos		
cara y el cuello		
pecho y la barriga		
espalda		
culete		
genitales		
piernas		
pies		

ITEM 29			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

30) ¿Alguien te ayuda mientras te lavas?

- no, nadie
 mi madre o padre
 un educador
 mi abuelo/a
 mi hermano/a mayor
 otros. Di quién _____



ITEM 30			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

SEGUIMOS TODOS CONTESTANDO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

31) ¿te lavas la cabeza cuando te bañas o duchas?

- Si (pasa a la pregunta 35)
- No

ITEM 31			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

32) Si has señalado antes que NO, dínos ¿cuándo te lavas la cabeza a la semana?

- todos los días
- tres veces a la semana o más pero no todos los días
- dos veces a la semana
- una vez a la semana
- menos de una vez a la semana
- nunca

ITEM 32			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

33) ¿En qué momento del día sueles lavarte la cabeza?

	SI	NO
al levantarme por la mañana		
antes de acostarme de noche		
Después de hacer deporte o ejercicio		
En diferentes momentos, no siempre el mismo		

ITEM 33			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

34) ¿Alguien te ayuda mientras te lavas la cabeza?

- no, nadie
 mi madre o padre
 un educador
 mi abuelo/a
 mi hermano/a mayor
 otros. Di quién _____

ITEM 34			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

35) Indica todas las cosas que tú uses al ducharte o bañarte:

	SI	NO
Gel		
Champú		
Acondicionador para el pelo		
Agua		
Toalla		
Esponja		
Palangana		
Barreño		

ITEM 35			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

36) ¿La esponja la usas solo tú?

- si, solo yo
- no
- no uso esponja
- no lo sé

ITEM 36			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

37) ¿Si te lavas la cabeza todos los días puedes tener piojos?

- si
 no
 no lo sé

ITEM 37			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

38) ¿ El champú sirve para lavarte el cuerpo?

- si
 no
 no lo sé

ITEM 38			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

39) ¿El gel sirve para lavarte el cuerpo?

- si
- no
- no lo sé

ITEM 39			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

40) ¿Qué cosas de las siguientes sabes que sirven para bañarse o ducharse?

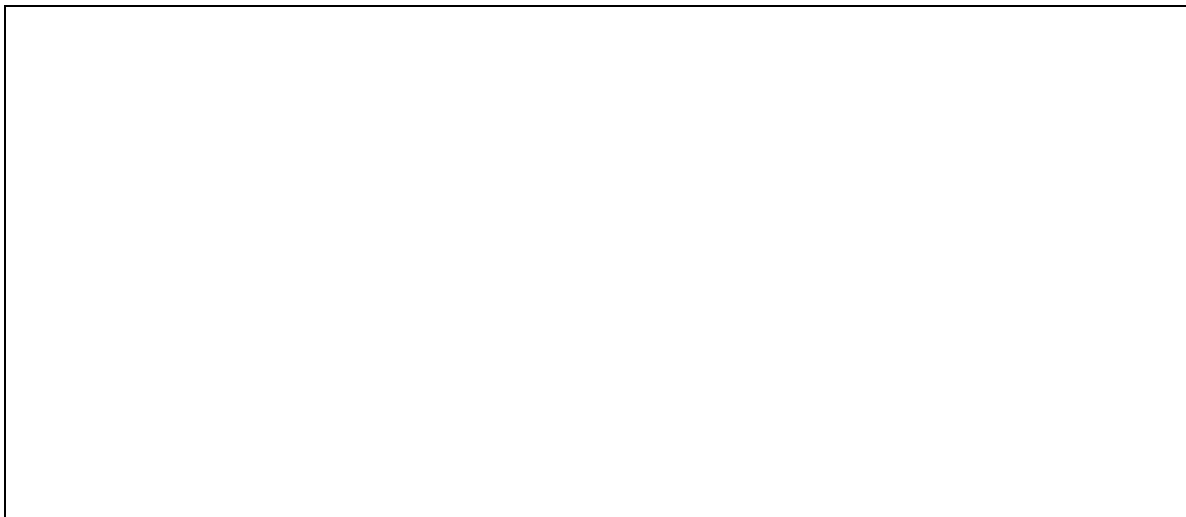
	SI	NO
Gel		
Champú		
Agua		
Toalla		
Esponja		
Cubo o Palangana		

ITEM 40			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

B) Valoración del área de higiene del cabello y cuerpo:

A continuación solicitamos su valoración del área referida a “**higiene del cabello y cuerpo**”. En este caso nos gustaría conocer su opinión sobre:

- La adecuación y suficiencia de las preguntas para valorar la higiene del cabello y cuerpo.
- La pertinencia de incluir nuevos aspectos o ítems relacionados la higiene del cabello y cuerpo.





Higiene de manos



41) ¿Cuántas veces al día te lavas las manos?

- ninguna
- una
- dos
- tres
- más de tres

ITEM 41			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

42) ¿Te lavas las manos antes de cada comida?

- siempre
- casi siempre
- casi nunca
- nunca

ITEM 42			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

43) ¿Te lavas las manos después de usar el váter?

- siempre
 casi siempre
 casi nunca
 nunca

ITEM 43			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

44) ¿Alguien te ayuda a lavarte las manos?

- No, nadie
 mi madre o padre
 un educador
 mi abuelo/a
 mi hermano/a mayor
 otros. Di quién _____

ITEM 44			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

45) ¿Usas jabón cuando te lavas las manos?

- sí
- no

ITEM 45			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

46) ¿Con qué te secas las manos después de lavártelas en casa?

- toalla
- papel
- en mi ropa
- secador de aire
- no me las seco

ITEM 46			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

47) ¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?

- No, me las corto yo solo/a
 mi madre o padre
 un educador
 mi abuelo/a
 mi hermano/a mayor
 otros. Di quién _____
 nunca me corto las uñas de las manos

ITEM 47			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

48) ¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?

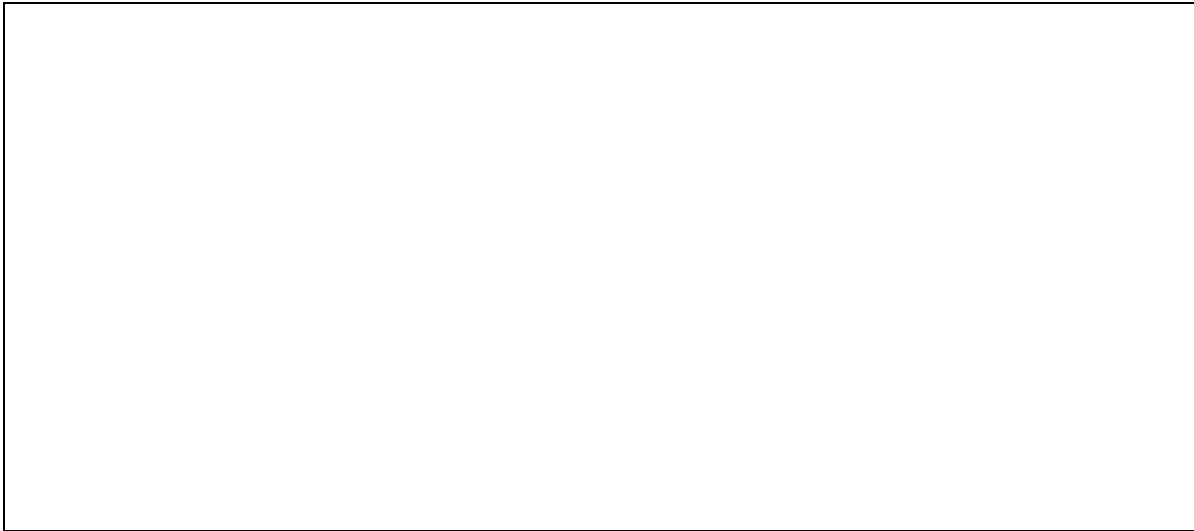
- sí
 no
 no lo sé

ITEM 48			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

B) Valoración del área de higiene de manos:

A continuación solicitamos su valoración del área referida a “**la higiene de manos**”. En este caso nos gustaría conocer su opinión sobre:

- La adecuación y suficiencia de las preguntas para valorar la higiene de manos.
- La pertinencia de incluir nuevos aspectos o ítems relacionados la higiene de manos.





Higiene Bucodental



49) ¿Cada cuanto tiempo te lavas los dientes?

- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces o más al día
- 1 vez o más a la semana, pero no todos los días
- pasa más de una semana
- nunca me los lavo (sigue por la pregunta 57)

ITEM 49			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

50) Cuándo te lavas los dientes ¿en qué momentos lo sueles hacer? (si nunca te los lavas no contestes esta pregunta)

	SI	NO
al levantarme por la mañana		
después de cada comida		
cuando me acuerdo		
antes de acostarme de noche		

ITEM 50			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

51) ¿Alguien te ayuda a lavarte los dientes? (si nunca te los lavas no contestes esta pregunta)

- No, nadie
- mi madre o padre
- un educador
- mi abuelo/a
- mi hermano/a mayor
- otros. Di quién_____

ITEM 51			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

52) ¿Cuánto tardas en cepillarte los dientes? (si nunca te los lavas no contestes esta pregunta)

- menos de 1 minuto
- menos de 2 minutos
- de 2 a 3 minutos
- más de 3 minutos

ITEM 52			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

53) ¿Señala todas las cosas que SUELES USAR para lavarte los dientes? (si nunca te los lavas no contestes esta pregunta)

cepillo de dientes	
pasta de dientes	
colutorio o enjuague bucal	
hilo o seda dental	
limpiador lingual	
Miswak o Siwak	
Palillo o mondadientes	
Cepillo interdental	

ITEM 53			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

54) ¿Tu cepillo de dientes sólo lo usas tu?

- si
 no

ITEM 54			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

55) ¿Qué tipo de cepillo de dientes usas?:

- manual eléctrico miswak / siwak ninguno



ITEM 55			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

56) ¿Cuándo tiras el cepillo de dientes?

- sólo si está viejo
 3 meses o antes
 4 meses o más
 un año o más
 no lo sé

ITEM 56			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

57) ¿Cuántas veces has ido al dentista en el último año?

- 1
 2
 3 o más
 ninguna este año
 nunca he ido al dentista

ITEM 57			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

58) Señala todas las cosas que CONOCES que sirven para limpiar la boca y los dientes:

cepillo de dientes	
pasta de dientes	
colutorio o enjuague bucal	
hilo o seda dental	
limpiador lingual	
Miswak o Siwak	
Cepillo interdental	

ITEM 58			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

59) ¿Lavarse los dientes sirve para que no se te piquen los dientes?


- sí
- no
- no lo sé

ITEM 59			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

B) Valoración del área de higiene bucodental:

A continuación solicitamos su valoración del área referida a “**la higiene bucodental**”. En este caso nos gustaría conocer su opinión sobre:

- La adecuación y suficiencia de las preguntas para valorar la higiene bucodental.
- La pertinencia de incluir nuevos aspectos o ítems relacionados la higiene bucodental.





Higiene de los pies

Piensa en los momentos, en los que SOLAMENTE te lavas los pies y responde a las preguntas siguientes:

60) ¿Cuándo te lavas los pies solamente?

- todos los días
- tres veces a la semana
- dos veces a la semana
- una vez a la semana
- menos de una vez a la semana
- nunca

ITEM 60			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

61) ¿Alguien te ayuda a lavarte los pies?

- No, nadie
- mi madre o padre
- un educador
- mi abuelo/a
- mi hermano/a mayor
- otros. Di quién _____

ITEM 61			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

62) ¿Después de lavarte los pies, te secas entre los dedos?

- sí
 no

ITEM 62			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

63) ¿Habitualmente qué calzado utilizas y cuántos días a la semana?

CALZADO	¿Cuántos días a la semana?
Zapatillas de deporte	
Zapatos	
Chanclas	
Otro:	

ITEM 63			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

64) ¿Usas los mismos zapatos toda la semana?

- sí
 no






ITEM 64			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

65) ¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de los pies?

- No, me las corto yo solo/a
 mi madre o padre
 un educador
 mi abuelo/a
 mi hermano/a mayor
 otros. Di quién _____
 nunca me corto las uñas de los pies

ITEM 65			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

66) ¿Señala todas las cosas que SUELES USAR para cortarte las uñas?

	tijeras	
	cortaúñas	
	lima de cartón	
	lima metálica	
	alicates	
Si usas otras di cuales:		

ITEM 66			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

67) ¿las uñas de los pies se deben cortar de forma recta?

- si
- no
- no lo sé

ITEM 67			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

B) Valoración del área de higiene de pies:

A continuación solicitamos su valoración del área referida a “**la higiene de pies**”. En este caso nos gustaría conocer su opinión sobre:

- La adecuación y suficiencia de las preguntas para valorar la higiene de pies.
- La pertinencia de incluir nuevos aspectos o ítems relacionados la higiene de pies.





Higiene de oídos



Piensa cuándo te limpias **SOLAMENTE** los oídos y responde las preguntas siguientes:

68) ¿Cuándo te limpias los oídos SOLAMENTE?

- todos los días
- tres veces a la semana
- dos veces a la semana
- una vez a la semana
- menos de una vez a la semana
- nunca

ITEM 68			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

69) ¿Alguien te ayuda a limpiarte los oídos?

- No, nadie
- mi madre o padre
- un educador
- mi abuelo/a
- mi hermano/a mayor
- otros. Di quién _____

ITEM 69			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

70) ¿Con qué te limpias los oídos?

- bastoncillo de algodón
- un objeto puntiagudo (lápiz, bolígrafo, llaves...)
- con el dedo
- con agua
- un spray o difusor de agua marina
- con nada

ITEM 70			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

71) ¿El cerumen o cera del oído, sirve para?

- Proteger al oído
- Es suciedad del oído
- no lo sé

ITEM 71			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

B) Valoración del área higiene de los oídos:

A continuación solicitamos su valoración del área referida a “**la higiene de los oídos**”. En este caso nos gustaría conocer su opinión sobre:

- La adecuación y suficiencia de las preguntas para valorar la higiene de los oídos.
- La pertinencia de incluir nuevos aspectos o ítems relacionados la higiene de los oídos.





Higiene intima



Piensa cuándo te lavas el culete y los genitales SOLAMENTE y responde las preguntas siguientes:

72) ¿Cuándo te lavas el culete y los genitales?

- todos los días
- tres veces a la semana
- dos veces a la semana
- una vez a la semana
- menos de una vez a la semana
- nunca

ITEM 72			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

73) ¿Alguien te ayuda a lavarte el culete y los genitales?

- No, nadie
- mi madre o padre
- un educador
- mi abuelo/a
- mi hermano/a mayor
- otros. Di quién _____

ITEM 73			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

74) ¿Cuándo te lavas tus genitales y el culete?

- después de usar el váter
 al levantarme
 al acostarme
 otros momentos. Di cuando: _____
 nunca

ITEM 74			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

75) ¿Qué utilizas para lavarte el culete y los genitales?

- agua
 jabón
 esponja
 toallitas húmedas
 nada. No me los lavo
 Otra cosa: _____

ITEM 75			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

76) ¿Con qué te secas tus genitales y el culote después de lavarlos?

- toalla o albornoz
- papel higiénico
- secador de aire
- no me seco
- Otra cosa: _____

ITEM 76			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

77) ¿Te cambias todos los días de ropa interior?

- sí
- no

ITEM 77			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

**78) La siguiente pregunta es sólo para las niñas. Si eres niño pasa a la siguiente.
¿Cómo se deben limpiar las NIÑAS el culete con el papel higiénico después de usar el váter?:**

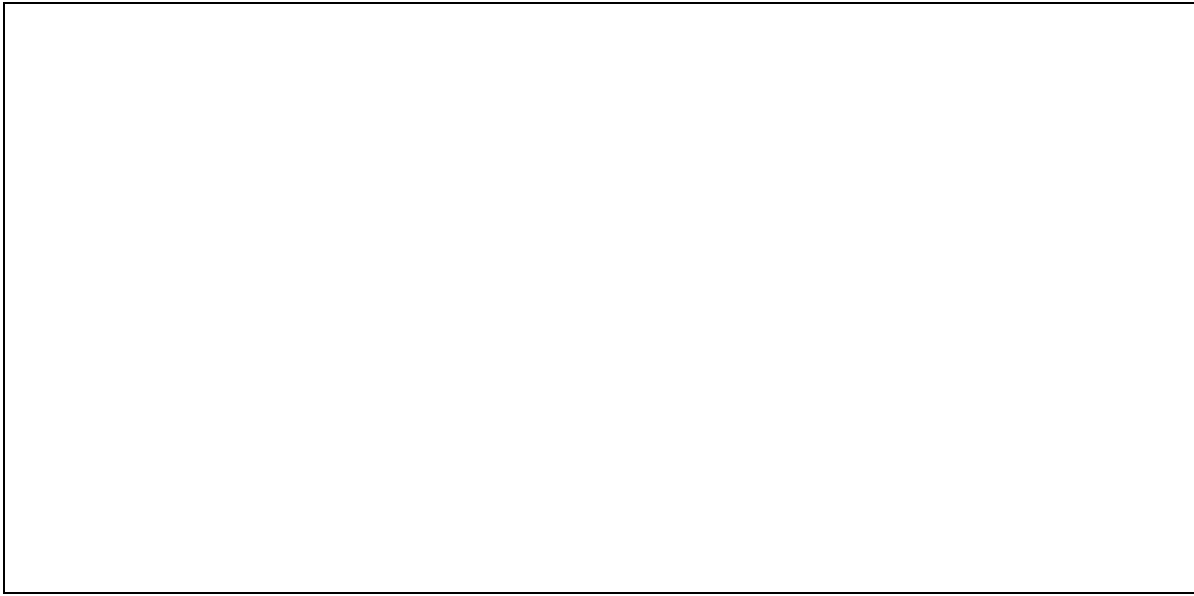
- de atrás hacia delante
- de delante hacia atrás
- da igual hacia donde se limpie
- no lo sé

ITEM 78			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

B) Valoración del área de higiene íntima:

A continuación solicitamos su valoración del área referida a “**la higiene íntima**”. En este caso nos gustaría conocer su opinión sobre:

- La adecuación y suficiencia de las preguntas para valorar la higiene de íntima.
- La pertinencia de incluir nuevos aspectos o ítems relacionados la higiene de íntima.



PARTE 3: PREGUNTAS GENERALES SOBRE HIGIENE CORPORAL**79) ¿Quién te ha enseñado cómo debes lavarte?**

- mis padres o familiares
- mis amigos
- mis vecinos
- la radio, televisión o internet
- mi profesor/a
- mi médico o enfermera
- nadie, yo sólo
- no lo sé

ITEM 79			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

80) ¿Alguna vez tus amigos se han metido contigo por oler mal?

- sí
- no

ITEM 80			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

81) ¿Alguna vez tus amigos se han metido contigo por estar sucio?

- sí
 no

ITEM 81			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

82) Estar limpio es importante para...

- estar sano
 no oler mal
 no me rechacen mis amigos
 no me castiguen en casa
 no es importante
 otra razón. Di por qué: _____

ITEM 82			
A1- Relevancia	1	2	3
A2- Comprensión	1	2	3
A3- Redacción alternativa del ítem o de las respuestas			
A4- Observaciones			

B) Valoración de la parte: preguntas generales sobre higiene corporal

A continuación solicitamos su valoración de la parte referida a “**preguntas generales sobre higiene corporal**”. En este caso nos gustaría conocer su opinión sobre:

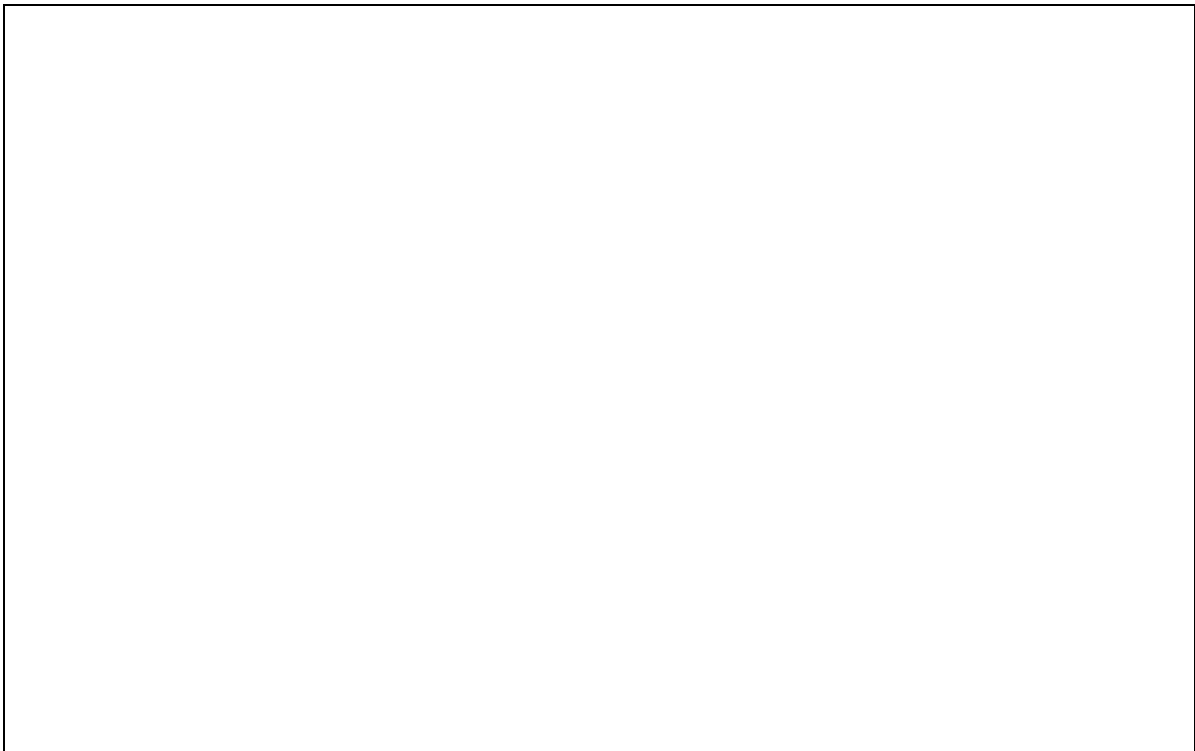
- La adecuación y suficiencia de las preguntas para valorar otros aspectos generales de la higiene corporal.
- La pertinencia de incluir nuevos aspectos o ítems sobre higiene corporal infantil que no se muestren en el resto de áreas y permitan el estudio holístico del tema.



C) VALORACIÓN GLOBAL DEL CUESTIONARIO

Por último solicitamos que valore el cuestionario de manera global. Prestando atención a los siguientes aspectos:

- La suficiencia del cuestionario para estudiar los conocimientos y hábitos en higiene corporal en la infancia de forma holística.
- Si cree que falta alguna parte o área por incluir.
- Otras consideraciones que crea oportunas.



MUCHAS GRACIAS POR DEDICARNOS SU TIEMPO

ANEXO 3. Solicitud de autorización para la recogida de datos en los CEIPS.

A/A señor/a director/a del CEIP _____

Desde la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, estamos realizando un estudio sobre los conocimientos y hábitos en higiene corporal en la población infantil de entre 7 y 12 años. Los objetivos de esta investigación incluyen: a) valorar los conocimientos y hábitos sobre higiene corporal de los menores en acogimiento residencial de la Región de Murcia; b) conocer la relación entre la higiene corporal infantil y factores personales, sociofamiliares y económicos; c) comparar los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil de los menores en acogimiento con aquellos que viven dentro de un contexto social y familiar normalizado.

Para ello se procedería a pasar una encuesta al menor sobre higiene corporal, y otra a sus padres, madres o tutores legales, sobre datos socioeconómicos. Previamente al estudio solicitaríamos la autorización pertinente a los padres o tutores legales de los menores.

La encuesta es **anónima**, nadie sabrá quién es el niño y familiares que la responden. Para identificar la correspondencia entre las encuestas de los padres y la de sus hijos nos servimos de un código que será igual en ambos casos.

Dicha investigación cuenta con el estricto seguimiento de los protocolos habituales de este tipo de investigaciones y descritos en la Declaración de Helsinki de Investigaciones médicas. La protección de los datos se garantizará a través de la custodia de los mismos bajo contraseña electrónica y limitando el acceso a estos datos al equipo investigador.

Tras la realización de la encuesta, aportaremos y explicaremos a los menores que hayan participado un folleto sobre las recomendaciones actuales, basadas en la evidencia científica, sobre la correcta higiene corporal infantil (bucodental, manos, piel corporal, cabello, íntima, de oídos y pies).

Solicitamos su colaboración para poder llevar a cabo el estudio en este colegio. Para el desarrollo de la investigación le solicitamos que nos facilite el listado de alumnos, si es posible por aula, incluyendo la fecha de nacimiento del alumno para seleccionarlos por criterio de edad según el día que realicemos la encuesta. Una vez seleccionado el alumnado, haremos llegar por el medio habitual de comunicación entre el colegio y los padres las autorizaciones para llevar a cabo el estudio.

Si necesita cualquier aclaración sobre el estudio puede contactar con nosotros en el siguiente número de teléfono 678xxxxxx o al correo electrónico: franxxxxxxxx@hotmail.com

Agradeciéndole su atención, le saludan atentamente,

D. Francisco José Moreno Martínez
Dra. D^a. María Ruzafa Martínez
Dra. D^a. Carmen Isabel Gómez García
Dr. D. Antonio Jesús Ramos Morcillo

ANEXO 4. Solicitud de autorización dirigida a los padres y madres o tutores legales de los escolares

Estimados padres, madres o tutores legales:

Desde la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, estamos llevando a cabo un estudio cuyos objetivos son: a) valorar los conocimientos y hábitos sobre higiene corporal de los menores con edades comprendidas entre los 7 y 12 años que viven dentro de un contexto socio-familiar normalizado; b) conocer la relación entre la higiene corporal infantil y factores personales, sociofamiliares y económicos; c) correlacionar los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil de estos menores con aquellos que se encuentran en acogimiento residencial.

Para ello se procede a pasar una encuesta al menor sobre higiene corporal, y otra a ustedes (padres, madres o tutores legales) sobre datos socioeconómicos.

La encuesta es anónima, nadie sabrá quién es el niño y familiares que la responden. Dicha investigación cuenta con el estricto seguimiento de los protocolos habituales de este tipo de investigaciones descritas en la Declaración de Helsinki de Investigaciones médicas, y cumple con la protección y uso de los datos según la legislación vigente (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal). Asimismo la investigación cuenta con el certificado de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Para identificar que la encuesta que usted responde se corresponde con los datos de su hijo/a o menor tutelado nos servimos de un código que será igual en ambos casos.

Tras la realización de la encuesta, aportaremos y explicaremos a los menores que hayan participado un folleto sobre las recomendaciones actuales, basadas en la evidencia científica, sobre la correcta higiene corporal infantil (bucodental, manos, piel corporal, cabello, íntima, de oídos y pies).

Para incluir a su hijo/a en el estudio les enviaremos un sobre conteniendo: 1) la **autorización** para participar en el estudio; 2) **la encuesta para cumplimentar por el padre, madre o tutor legal**. Una vez reciba este sobre, deberá entregarlo cumplimentado al maestro de su hijo/a en el plazo máximo de una semana desde su recepción.

La participación en el estudio es voluntaria. Si desea abandonar el mismo durante el transcurso de la investigación sólo tiene que comunicarlo al e-mail: franxxxxxxxx@hotmail.com o llamando al teléfono: 678xxxxxx. Si en el momento de decidir abandonar el estudio, ya se ha realizado la encuesta a su hijo/a, debe facilitarnos el código de encuesta que aparece tanto en el sobre como en la encuesta socioeconómica que le enviamos, ya que al tratarse de una encuesta anónima no nos sería posible identificar por el nombre y apellidos a su hijo/a.

Gracias por colaborar con nosotros, son ustedes muy amables.

Francisco J. Moreno Martínez
Dra. María Ruzafa Martínez
Dra. Carmen I. Gómez García
Dr. Antonio J. Ramos Morcillo



ANEXO 5. Cuestionario HICORIN-Socioeconómico

Fecha:
Centro:
Nº de Cuestionario:

**A CUMPLIMENTAR SÓLAMENTE POR EL PADRE, MADRE O PERSONA QUE POSEA
LA TUTELA DEL MENOR**

1) ¿Cuál es la relación que guarda usted con el menor?:

- Madre o Padre
- Hermano/a
- Abuelo/a materna
- Abuelo/a paterna
- Tío/a materna
- Tío/a paterno
- Servicios sociales
- Otro _____

2) Indique su nivel de estudios terminados:

- Sin estudios
- Estudios primarios (8ºEGB; 2º ESO)
- Primera etapa de educación secundaria (bachiller elemental; 2º BUP; 4º ESO)
- Enseñanzas de grado medio de F.P.
- Segunda etapa de educación secundaria: (COU; actual 2º bachillerato)
- Enseñanzas de grado superior de F.P. específicas y equivalentes
- Enseñanzas universitarias de primer y segundo ciclo y equivalentes
- Doctorado universitario

3) ¿Cuál es su ocupación actual?:

- Estudiante (dedicación exclusiva)
- Trabajador por cuenta propia
- Trabajador por cuenta ajena
- Jubilado/a
- Desempleado
- Otra ocupación/situación. Indique cuál: _____

4) Si está trabajando actualmente, indique el tipo de trabajo que tiene:

- Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
- Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.
- Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad.
- Trabajadores por cuenta propia
- Supervisores de trabajadores manuales
- Trabajadores manuales cualificados o semicualificados
- Trabajadores no cualificados

5) ¿Cuál es actualmente la suma mensual de los ingresos de los miembros de su hogar? (incluidas prestaciones de devengo periódico: pensiones, subsidios, o por desempleo):

- Ninguno
- Menor o igual a 1.000€
- Entre 1.001€ y 2.000€
- Mayor de 2.000€

Anexo 6. Díptico informativo sobre recomendaciones de higiene corporal infantil



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Normas Básicas Para una Correcta Higiene Corporal Infantil

1- El Cabello y Cuerpo

- *Dúchate a diario, o al menos 3 veces a la semana*
- *Lávate la cabeza con champú, y usa el gel para lavar el cuerpo*
- *Enjabónate el cuerpo con una esponja que sea sólo para ti, o hazlo sólo con las manos*
- *Sécate bien con tu toalla*



2- Los Oídos

- *Aprovecha durante la ducha para lavarlos con agua*
- *También puedes limpiarlos con difusores de agua marina*
- *No tienes que lavarlos a diario. Cada dos o tres días está bien*
- **No uses bastoncillos para limpiar tus oídos ni otros objetos. ¡Puedes hacerte daño!**



2- ¿Para qué sirve la higiene corporal?

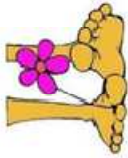
- El Cabello y el Cuerpo:
 - *no oler mal*
 - *prevenir muchas infecciones*
 - *tener el pelo bonito*
- Los Oídos:
 - *evitar tapones de cera*
- Los pies:
 - *no huelan mal*
 - *no tener hongos, que hacen que piquen y duelan*
- Las manos:
 - *muy importante para evitar tener diarrea y resfriados*
- La Boca y los dientes:
 - *no se piquen los dientes*
 - *no te huela mal la boca*
 - *no sangren ni duelan las encías*
- La Higiene Intima:
 - *Prevenir infecciones y que no te pique*
- Además la higiene corporal ayuda a que...
 - *te sientas bien*
 - *relacionarte mejor con los demás*
 - *enfermes menos y estés más sano*

Autores:

- Francisco José Moreno Martínez. Doctorando en Enfermería. Fisioterapeuta. E-mail: franxxxxxxxxx@fioimail.com
- María Ruzafa-Martínez. Doctora en Antropología Social. Profesora titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. E-mail: mxxxxxxxx@um.es
- Carmen I. Gómez García. Doctora en Pedagogía. Profesora titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. E-mail: caxxxx@um.es
- Antonio J. Ramos Morcillo. Doctor en Enfermería. Profesor asociado de la Facultad de enfermería. E-mail: antonioxxxxxxxxx@gmail.com

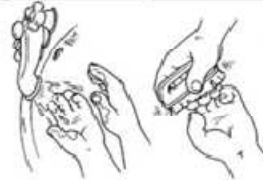
3- Los pies

- ¡No te olvides de lavar tus pies durante la ducha!
- Usa chanclas de goma cuando te duches en aseos públicos
- Sécate los pies muy bien, también entre los dedos
- Cuando te cortes las uñas de los pies, debes hacerlo en forma recta. No redondees los bordes
- Usa calcetines de algodón, hilo o lana fina.
- Evita los calcetines de fibras sintéticas
- Cámbiate a diario de calcetines
- Si es posible, no uses todos los días el mismo calzado. Cámbialo cada uno o dos días por otro



4- Las manos

- **Lávate las manos siempre antes de comer, y antes y después de usar el váter,** y cuando estén sucias
- Lávate las manos durante casi un minuto cada vez
- Usa jabón de manos o gel al lavártelas, y frótatelas bien por todos los lados
- Si las uñas están sucias puedes limpiarlas usando un cepillo de uñas
- Sécatelas con una toalla de papel o de tela limpia



5- La boca y los dientes

- **Cepíllate bien los dientes de spués de cada comida y antes de ir a la cama**
- Usa un cepillo dental y pasta de dientes.
- Echía sólo un poco de pasta, como el tamaño de un guisante
- El cepillado debe durar unos 2 minutos., así que cepíllalos sin prisa
- No olvides cepillar también tu lengua
- Usa seda dental para limpiarte entre los dientes
- Puedes finalizar la higiene de la boca enjuagándola con un colutorio. El colutorio no debes tragarlo
- Cambia de cepillo de dientes cada 3 meses o antes si está viejo
- Acude al dentista al menos 1 vez al año



6- Higiene Intima

- Lava tu culéte y partes íntimas durante la ducha
- Las niñas después de usar el váter deben limpiarse de adelante hacia atrás
- Después de usar el váter es bueno lavar el culéte y tus partes íntimas. No uses esponja
- Usa jabones íntimos, especiales para esas zonas.
- Las partes íntimas de las niñas se lavan sólo con palmaditas de agua tibia, y se seca a toques. Si está sucio puedes echar jabón íntimo al agua
- Usa ropa interior de algodón, y cámbiala a diario



ANEXO 7. Solicitud de autorización para la recogida de datos en centros de menores de la CARM

Murcia, a 22 de octubre de 2013

Sr. D. Leopoldo Navarro Quílez
Director General de Política Social

Estimado Sr. D. Leopoldo Navarro Quílez, desde la Universidad de Murcia se está llevando a cabo una investigación acerca de los conocimientos y hábitos en higiene corporal de los menores en acogimiento residencial de la Región de Murcia.

Los objetivos de esta investigación incluyen la elaboración de una herramienta de medida acerca de los conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil. Además pretendemos valorar los conocimientos y hábitos sobre higiene corporal de los menores en acogimiento residencial de la Región de Murcia con edades comprendidas entre los 7 y 12 años y conocer la relación entre la higiene corporal infantil y factores personales, sociofamiliares y económicos.

Para continuar con el desarrollo de la investigación le solicitamos que nos facilite:

- Acceso a los centros dependientes de su Dirección General y en los que se encuentran menores entre 7 y 12 años en acogimiento residencial para medir los conocimientos y hábitos en higiene corporal.
- Acceso a los datos sociofamiliares y económicos de los menores entre 7 y 12 años en acogimiento residencial.

Le adjuntamos copia del cuestionario y de los datos que se solicitarán de los menores encuestados.

Dicha investigación cuenta con el estricto seguimiento de los protocolos habituales de este tipo de investigaciones y descritos en la Declaración de Helsinki de Investigaciones médicas. La protección de los datos se garantizará a través de la custodia de los mismos bajo contraseña electrónica y limitando el acceso a estos datos al equipo investigador.

Una vez conocidos los resultados de la investigación se pretende diseñar intervenciones que mejoren los conocimientos y hábitos de higiene corporal en niños entre 7 y 12 años.

Si necesita cualquier aclaración sobre el estudio puede contactar con nosotros en el siguiente número de teléfono 678xxxxxx o al correo electrónico: franxxxxxxx@hotmail.com

Agradeciéndole su atención, le saludan atentamente,

D. Francisco José Moreno Martínez
Dra. D^a. María Ruzafa Martínez
Dra. D^a. Carmen Isabel Gómez García
Dr. D. Antonio Jesús Ramos Morcillo

ANEXO 8. Autorización de la Dirección General de Política Social de la CARM para la recogida de datos en centros de menores



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social
Dirección General de Política Social

D. JOSE ANTONIO PARRA ORTEGA, JEFE DE SERVICIO DE PROTECCIÓN DE MENORES DE LA DIRECCION GENERAL DE POLITICA SOCIAL DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGION DE MURCIA

CERTIFICO:

D. Francisco José Moreno Martínez, con DNI nº 48490029-A, prestó en el año 2013, un Proyecto de Investigación denominado “**Diseño y Validación de un Cuestionario para Determinar los Hábitos y Conocimientos en Higiene Corporal Infantil, y su Aplicación en Escolares y Menores en Desamparo en la Región de Murcia**” a quién le fue autorizado disponer de la información contenida en los expedientes de menores tutelados por la Administración Regional, así como su acceso a los Centros de Protección.

Lo que firmo en Murcia a veintisiete de mayo de dos mil quince



ANEXO 9. Informe de la comisión de ética de investigación de la Universidad de Murcia



INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

D. Francisco Alonso de Vega, Profesor Titular de Universidad, miembro de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia, en funciones de Secretario.

CERTIFICA:

Que D. Francisco José Moreno Martínez ha presentado el proyecto de investigación titulado *"Conocimientos y hábitos en higiene corporal de los menores en acogimiento residencial en la Región de Murcia"*, a la Comisión de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 13 de diciembre de 2013¹, por unanimidad se emite informe FAVORABLE desde el punto de vista ético de la investigación.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia 22 de enero de 2014.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Fdo.: Gaspar Ros Berruezo

¹ A los efectos de lo establecido en el art. 27.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (B.O.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación.

ANEXO 10. Cuestionario para evaluar los hábitos y conocimientos en higiene corporal infantil (HICORIN®)

INSTRUCCIONES AL ENCUESTADOR:

HICORIN consta de 2 partes:

- **Cuestionario dirigido a los padres/tutores legales de los menores:** En el mismo se explica el objetivo del cuestionario, se solicita autorización para encuestar al menor y se pregunta acerca de las

Fecha:
Centro:
Nº de Cuestionario:

características socioeconómicas familiares. Asegurarse de tener la autorización de los padres o tutor legal antes de iniciar la segunda parte.

- **Cuestionario dirigido a los menores:** Se estructura en 3 secciones:

- 4- Datos personales y sociofamiliares, del ítem 1 al 14.
- 5- Conocimientos y hábitos en higiene corporal, se compone de 6 dimensiones:
 - Cuerpo y cabello, del ítem 15 al 28.
 - Manos, del ítem 29 al 37.
 - Bucodental, del ítem 38 al 47.
 - Pies, del ítem 48 al 51.
 - Oídos, del ítem 52 al 55.
 - Higiene íntima, del ítem 56 al 59.

3- Otros aspectos sobre higiene corporal, del ítem 60 al 63

Se incluyen **dos formatos de preguntas:**

- d) Politómica con posibilidad de seleccionar **una única respuesta por pregunta**. Si duda entre 2 respuestas aclarar al menor que debe seleccionar la opción más frecuente o habitual. Ejemplo:

¿Alguien te ayuda mientras te lavas el cuerpo?

BIEN

madre educador hermano

~~MAL~~

~~madre educador hermano~~

- e) Dicotomías/Politómicas múltiples, debiendo responder “sí o no” en cada respuesta en el caso de las dicotómicas, o “sí o no o no lo conozco” en cada respuesta en el caso de las politómicas. Ejemplo de dicotomía múltiple:

Señala si usas o no las siguientes cosas al ducharte o bañarte:

BIEN	SI	NO
Gel de baño	X	
Champú		X
Pastilla de jabón		X
Agua	X	
Toalla	X	

MAL	SI	NO
Gel de baño	X	X
Champú		
Pastilla de jabón	X	
Agua	X	
Toalla	X	X

- Sugerimos realizar la encuesta de forma aislada en un ambiente relajado y de uso habitual, explicando al niño/a antes de iniciarla que el cuestionario es **anónimo**, no lleva su nombre, para fomentar la sinceridad en sus respuestas.
- Asegurarse de la comprensión de la pregunta antes de proceder a la lectura de las respuestas, resolviendo las posibles dudas que surjan.
- Para cumplimentar las preguntas 1 y 2 se precisa de báscula y tallímetro.
- Las preguntas señaladas con asterisco previo al número de pregunta presentan observaciones al encuestador, preste especial atención a ellas.
- Al finalizar la encuesta se debe informar a los menores sobre las recomendaciones actuales en higiene corporal infantil.

SECCIÓN 1: Datos personales y sociofamiliares

MEDIR POR EL ENCUESTADOR (sugerimos el cálculo opcional del IMC)
<p>1) Peso: _____ Kg.</p> <p>2) Talla: _____ cm.</p>

3) ¿Eres un niño o una niña?:

- Niño
 Niña

4) ¿Cuántos años tienes?: _____

***5) ¿Naciste en España?**

- Sí (**pasa a la pregunta 7**)
 No
 No sé

*** 6) Si NO naciste en España, ¿cuántos años tenías cuando llegaste a España? (No responder si nació en España):** _____ No lo sé

7) ¿En qué país nació tu madre?: _____ No lo sé

8) ¿En qué país nació tu padre?: _____ No lo sé

9) ¿Vives ahora o has vivido en un centro o residencia de menores?:

- Sí, vivo ahora (pasa a la pregunta 12)
 Sí, he vivido en los últimos 2 años en un centro o residencia de menores
 No, nunca he vivido en un centro o residencia de menores

Anexos

***10) En la casa que vives todo o la mayor parte del tiempo ¿señala cuántas personas vivís allí? (si vive en un centro de menores no realice esta pregunta):**

- Padre
- Madre
- Pareja de mi padre
- Pareja de mi madre
- Abuela
- Abuelo
- Hermanos → ¿Cuántos?: _____
- Hermanas → ¿Cuántas?: _____
- Si hay otras personas, di cuales: _____

***11) ¿Cuántas personas viven en tu casa sin contarte a ti? (si vive en un centro de menores no realice esta pregunta): _____**

12) ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes en total?: _____

13) ¿Cuántos hermanos y hermanas son mayores que tú?: _____

***14) ¿Cuánto vas a clase? (no tener en cuenta las ausencias por enfermedad):**

- De lunes a viernes
- Voy 3 ó 4 días a la semana
- Voy 1 ó 2 días a la semana
- No voy nunca

SECCIÓN 2: Conocimientos y hábitos en higiene corporal:

Dimensión: Higiene del Cuerpo y cabello

15) ¿Cuál es la forma más frecuente de lavarte el cuerpo?:

Me baño



Me ducho



Sólo me paso una toalla o esponja mojada



Otra forma. Di cual: _____

16) De los últimos siete días, ¿cuantos días te lavaste el cuerpo?:

0 1 2 3 4 5 6 7

17) ¿En qué momento del día te sueles lavar el cuerpo?:

- Al levantarme por la mañana
- Por la noche, antes de acostarme
- Por la tarde, cuando llego a casa del colegio
- Algunos días por la mañana y otros por la tarde o por la noche
- En ningún momento

18) ¿Alguien te ayuda mientras te lavas el cuerpo?:

- Lo hago yo solo/a
- Mi madre o padre
- Mi hermano o hermana mayor
- Personal de la residencia de menores
- Otros. Di quién _____

*19) ¿Te lavas siempre el pelo cuando te bañas o duchas? (tener en cuenta que se pregunta por "siempre"):

- Si (continuar por la pregunta 22)
- No

20) En los últimos siete días, ¿cuantos días te lavaste el pelo?:

- 0 1 2 3 4 5 6 7

21) ¿En qué momento del día te sueles lavar el pelo?:

- Al levantarme por la mañana
 Por la noche, antes de acostarme
 Por la tarde, cuando llego a casa del colegio
 Algunos días por la mañana y otros por la tarde o por la noche
 En ningún momento

22) ¿Alguien te ayuda mientras te lavas el pelo?:

- Lo hago yo solo yo solo/a
 Mi madre o padre
 Mi hermano o hermana mayor
 Personal de la residencia de menores
 Otros. Di quién _____

23) Señala si usas o no las siguientes cosas al ducharte o bañarte:

	SÍ lo uso	NO lo uso	NO lo conozco
Gel de baño			
Champú			
Pastilla de jabón			
Espanja			
Cubo o barreño			

24) ¿La esponja la usas solo tú?:

- Si, mi esponja es para mí solo/a
 No, varias personas usamos la misma esponja
 No uso esponja
 No lo sé

25) ¿La toalla con la que te secas la usas solo tú?:

- Si, mi toalla es para mí solo/a
 No, varias personas usamos la misma toalla
 No uso toalla
 No lo sé

26) ¿Si te lavas el pelo todos los días puedes tener piojos?:

- Si
 No
 No lo sé

27) ¿Cuál es el uso principal del champú?:

- Lavarse la piel
- Lavarse el pelo
- Lavarse las manos
- No lo sé
- Otras opciones: _____

28) ¿Cuál es el uso principal del gel?:

- Lavarse la piel
- Lavarse el pelo
- Lavar la ropa
- No lo sé
- Otras opciones: _____



Dimensión: Higiene de manos

29) ¿Cuántas veces te lavaste las manos ayer?:

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres
- Más de tres

30) ¿Te lavas las manos antes de cada comida?:

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

31) ¿Te lavas las manos después hacer caca?:

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

32) ¿Te lavas las manos después hacer pis?:

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

Anexos

33) ¿Usas jabón cuando te lavas las manos?:

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

34) ¿Con qué te secas las manos después de lavártelas en tu casa o residencia en la que vives?:

- Toalla
- Papel
- En mi ropa
- Secador de aire
- No me las seco

35) ¿Alguien te ayuda a lavarte las manos?:

- Lo hago yo solo/a
- Mi madre o padre
- Mi hermano o hermana mayor
- Personal de la residencia de menores
- Nadie porque nunca me las lavo
- Otros. Di quién _____

36) ¿Lavarse bien las manos ayuda a no tener diarrea?:

- Sí
- No
- No lo sé

37) ¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de las manos?:

- Mi madre o padre
- Mi hermano o hermana mayor
- Personal de la residencia de menores
- Me las corto yo solo/a
- Nadie porque me las muerdo
- Nadie porque nunca me las corto
- Otros. Di quién _____



Dimensión: Higiene Bucodental

38) ¿Cuántas veces te lavaste los dientes ayer?:

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces o más
- Ninguna

***39) Señala en qué momentos te lavas los dientes. (Consideramos comidas principales al menos el desayuno, comida y cena):**

	SI	NO
Al levantarme por la mañana		
Siempre después de cada comida principal		
Después de algunas comidas principales, pero no de todas		
Antes de acostarme de noche		
Sólo cuando me acuerdo		

40) ¿Alguien te ayuda a lavarte los dientes?:

- Lo hago yo solo/a
- Mi madre o padre
- Mi hermano o hermana mayor
- Personal de la residencia de menores
- Nadie porque nunca me los lavo
- Otros. Di quién _____

***41) ¿Cuánto tardas en cepillarte los dientes? (sólo se tiene en cuenta el tiempo de cepillado, no el de otras prácticas de higiene bucodental):**

- No me cepillo los dientes
- Muy rápido, tardo menos de 1 minuto
- Tardo de 1 a 3 minutos
- Mucho tiempo, más de 3 minutos
- No lo sé

42) ¿Señala si usas o no las siguientes cosas para lavarte los dientes?:

	SÍ lo uso	NO lo uso	No lo conozco
Cepillo de dientes			
Pasta de dientes			
Colutorio o enjuague bucal			
Hilo o seda dental			
Miswak o Siwak			
Palillo o mondadientes			

Anexos

43) ¿Tu cepillo de dientes sólo lo usas tú?:

- Sí
- No
- No porque no tengo cepillo

44) ¿Qué tipo de cepillo de dientes usas?:

- Manual
- Eléctrico
- Miswak/Siwak
- Ninguno



45) ¿Cuándo se debe tirar el cepillo de dientes?:

- A los 3 meses o si se pone viejo antes
- A los 4 meses o más
- Cada año, cuándo comienza el nuevo curso en el colegio
- Sólo si está viejo
- No se tira nunca
- No lo sé

46) ¿Cuántas veces has ido al dentista en el último año?:

- 1
- 2 o más
- Ninguna este año
- Nunca he ido al dentista

47) ¿Lavarse los dientes ayuda a que no se te piquen los dientes?:

- Sí
- No
- No lo sé



Dimensión: Higiene de los pies

48) ¿Alguna vez te has lavado sólo los pies sin lavarte el resto del cuerpo?:

- Sí
- No, solo me los lavo cuando me ducho o baño

49) ¿Has usado el mismo calzado los últimos siete días?

- Sí
- No

50) ¿Alguien te ayuda a cortarte las uñas de los pies?:

- Lo hago yo solo/a
- Mi madre o padre
- Mi hermano o hermana mayor
- Personal de la residencia de menores
- Nadie porque nunca me las corto
- Otros. Di quién _____

51) ¿las uñas de los pies se deben cortar de forma recta? :

- Si
- No
- No lo sé

**Dimensión: Higiene de oídos****52) En los últimos siete días, ¿cuántas veces te has limpiado los oídos?:**

- Todos los días
- Dos o tres veces
- Una vez
- Nunca

53) ¿Alguien te ayuda a limpiarte los oídos?:

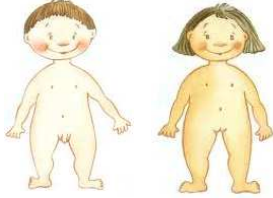
- Lo hago yo solo/a
- Mi madre o padre
- Mi hermano o hermana mayor
- Personal de la residencia de menores
- Nadie porque nunca me los limpio
- Otros. Di quién _____

54) ¿Con qué te limpias los oídos?:

- Un bastoncillo de algodón
- Un objeto puntiagudo (lápiz, bolígrafo, llaves...)
- El dedo
- Con agua
- Un spray o difusor de agua marina
- Con nada

55) ¿Crees que es bueno limpiar el oído con bastoncillos de algodón?:

- Sí
- No
- No lo sé



Dimensión: Higiene íntima

56) ¿Alguien te ayuda a limpiarte el culete después de hacer caca?:

- Lo hago yo solo/a
- Mi madre o padre
- Mi hermano o hermana mayor
- Personal de la residencia de menores
- Nadie porque nunca me lo limpio
- Otros. Di quién _____

***57) ¿Alguna vez te has lavado sólo el culete y partes íntimas sin lavarte el resto del cuerpo? (aclarar el significado de partes íntimas):**

- Sí
- No, solo me los lavo cuando me ducho o baño → (pasa a la pregunta 59)

58) ¿Cuándo te lavas tus partes íntimas y el culete?:

- Después de usar el váter
- Al levantarme
- Al acostarme
- Otros momentos. Di cuando: _____
- Nunca

59) ¿Te cambias todos los días de calzoncillos/braguitas?:

- Sí
- No, la cambio cada 2 días
- No, la cambio cada 3 días o más

SECCIÓN 3: Preguntas generales

***60) ¿Quién te ha enseñado como debes lavarte y asearte? (aclarar que nos referimos a todos sus conocimientos en higiene y no sólo a piel corporal):**

SI	NO
mis padres o familiares	
Mis amigos	
La radio, televisión o internet	
Mi profesor/a	
Mi médico o enfermera	
Personal de la residencia de menores	
Nadie, yo sólo	

61) ¿Alguna vez otros niños se han metido contigo por oler mal?:

- Nunca
 Alguna vez
 Varias veces

62) ¿Alguna vez otros niños se han metido contigo por estar sucio/a?:

- Nunca
 Alguna vez
 Varias veces

63) Estar limpio/a es importante para...

SI	NO
Estar sano/a	
No oler mal	
No me rechacen mis amigos	
No me castiguen en casa	
Sentirme bien	

ANEXO 11. Registro de la Propiedad Intelectual de HICORIN®

REGISTRO GENERAL DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL

Según lo dispuesto en la Ley de Propiedad Intelectual (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril), quedan inscritos en este Registro los derechos de propiedad intelectual en la forma que se determina seguidamente:

NÚMERO DE ASIENTO REGISTRAL 08 / 2014 / 484

Título: Cuestionario de higiene corporal infantil (Hicorin)

Objeto de propiedad intelectual: Texto con ilustraciones

Clase de obra: Científica

PRIMERA INSCRIPCIÓN

Autor/es y titular/es originarios de derechos

- **Apellidos y nombre:** MORENO MARTÍNEZ, Francisco José
Nacionalidad: ESP **D.N.I./N.I.F./Pasaporte:** 48490029-A
- **Apellidos y nombre:** RUZAFÁ MARTINEZ, María
Nacionalidad: ESP **D.N.I./N.I.F./Pasaporte:** 34817610-A
- **Apellidos y nombre:** RAMOS MORCILLO, Antonio Jesús
Nacionalidad: ESP **D.N.I./N.I.F./Pasaporte:** 26491778-X
- **Apellidos y nombre:** HERNÁNDEZ SUSARTE, Ana María
Nacionalidad: ESP **D.N.I./N.I.F./Pasaporte:** 48503061-V
- **Apellidos y nombre:** GÓMEZ GARCÍA, Carmen Isabel
Nacionalidad: ESP **D.N.I./N.I.F./Pasaporte:** 22428715-N

Datos de la solicitud

Núm. solicitud: MU-0484-2014

Fecha de presentación y efectos: 27/06/2014 **Hora:** 11:31

Observaciones

Los autores, hacen constar que se trata de un cuestionario para valorar los conocimientos y hábitos en higiene corporal de niños entre 7 y 12 años, constando de 63 ítems.

En Murcia, a dieciséis de enero de dos mil quince



ANEXO 12. Evidencias de la participación de los encuestados en los beneficios

De: **Atención Primaria** (atenprimaria@elsevier.com)
 Enviado: miércoles, 29 de octubre de 2014 7:45:21
 Para: frandocfisio@hotmail.com; frandocenfermeria@gmail.com
 CC: e.lopez@elsevier.com

Estimado/a Dr. Moreno-Martínez:

Nos complace comunicarle que su manuscrito "Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil (HICORIN®)" (Ref. APRIM-OA-13-405R1) ha sido aceptado para su publicación en Atención Primaria.

Posteriormente a esta notificación, recibirá por correo electrónico la factura proforma correspondiente para poder proceder al pago de su artículo a través de transferencia bancaria.

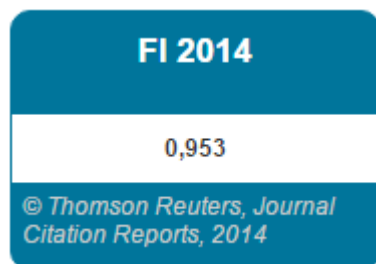
Una vez hayamos recibido el justificante bancario de su transferencia (o una copia escaneada de esta) por correo electrónico (pedidos@elsevier.com) iniciaremos el proceso de publicación de su artículo.

Con la finalidad de darle visibilidad en las plataformas de Elsevier (ScienceDirect, Scopus, etc.) y asignarlo a un sumario a la mayor brevedad posible, le agradeceríamos que el justificante de pago nos lo remitiera en un plazo máximo de 15 días naturales.

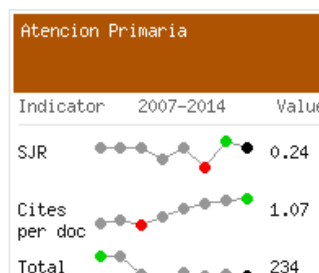
Recuerde que en su momento le remitiremos las pruebas de autor en formato pdf a esta misma dirección electrónica para su revisión.

Muchas gracias por remitir su artículo a Atención Primaria.

Reciba un cordial saludo,
 Comité de Atención Primaria



Atencion Primaria



Country: Spain

Subject Area: Medicine

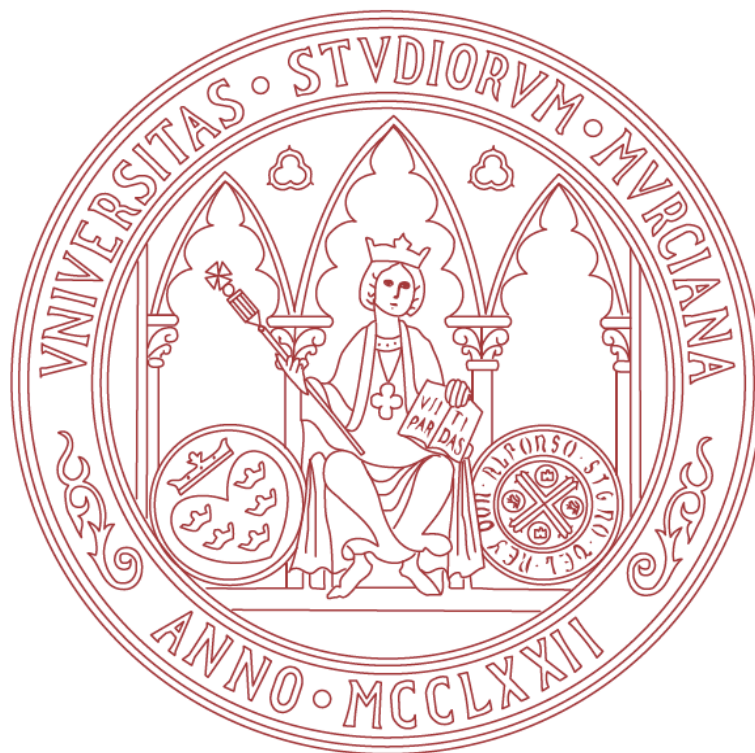
Subject Category:

Category	Quartile (Q1 means highest values and Q4 lowest values)															
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Family Practice	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q3	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q3
Medicine (miscellaneous)	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q2	Q3	Q2	Q2

Publisher: Ediciones Doyma, S.L.. Publication type: Journals. ISSN: 15781275, 02126567

Coverage: 1989-2015

H Index: 28



2015

