

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA A HIGIENE DE MANOS Y CARACTERISTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y DE LOCUS DE CONTROL EN LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA IPS UNIVERSITARIA, SEDE LEÓN XIII,
2014**

**SALOMÉ HENAO GONZÁLEZ
INVESTIGADORA PRINCIPAL**

**PATRICIA SIERRA
COINVESTIGADORA**

**PIEDAD ROLDÁN JARAMILLO
ASESORA**

**FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA CALIDAD**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD
MEDELLÍN
2014**

**ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA A HIGIENE DE MANOS Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y DE LOCUS DE CONTROL EN LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA IPS UNIVERSITARIA, SEDE LEÓN XIII,
2014**

**SALOMÉ HENAO GONZÁLEZ
INVESTIGADORA PRINCIPAL**

**PATRICIA SIERRA
COINVESTIGADORA**

**PIEDAD ROLDÁN JARAMILLO
ASESORA**

**MAGISTER EN CALIDAD
TÍTULO**

**MEDELLÍN
2014**

CONTENIDO

	Pag.
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. JUSTIFICACIÓN	12
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
2. MARCOS DE REFERENCIA	14
2.1. MARCO CONCEPTUAL	14
2.1.1. Calidad en la prestación de servicios de salud.	14
2.1.2. Adherencia a la higiene de manos	17
2.1.3. Desarrollo organizacional como facilitador del cambio	19
2.1.4. Locus de control	20
2.2. MARCO NORMATIVO	23
2.3. MARCO INSTITUCIONAL	25
3. OBJETIVOS	28
3.1. OBJETIVO GENERAL	28
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. METODOLOGÍA	29
4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	29
4.3. DISEÑO MUESTRAL	30
4.4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	31
4.4.1. Diagrama de variables	31
4.4.2. Tabla de variables	33
4.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	34
4.5.1. Fuentes de información	34

4.5.2.	Instrumento de recolección de información	34
4.5.3.	Proceso de obtención de la información.....	35
4.6.	PRUEBA PILOTO.....	36
4.7.	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	36
4.8.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	37
5.	ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	38
6.	RESULTADOS.....	40
6.1.	ANÁLISIS UNIVARIADO	41
6.2.	ANÁLISIS BIVARIADO: ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL LOCUS DE CONTROL.....	46
6.3.	ANÁLISIS BIVARIADO: ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS LABORALES Y EL LOCUS DE CONTROL.....	48
6.4.	ANÁLISIS BIVARIADO: ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES, DE LOCUS DE CONTROL Y LA ADHERENCIA A HIGIENE DE MANOS	50
7.	DISCUSIÓN.....	54
8.	CONCLUSIONES	58
9.	RECOMENDACIONES	59
10.	REFERENCIAS	60
	ANEXOS.....	69
	ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	69
	ANEXO 2: FORMULARIO DE OBSERVACIÓN DE ADHERENCIA A HIGIENE DE MANOS.....	70
	ANEXO 3. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL.....	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión.....	29
Tabla 2 Descripción de las variables del estudio.....	33
Tabla 3 Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014	42
Tabla 4 Distribución porcentual de las características laborales de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014.....	43
Tabla 5 Distribución porcentual del locus de control de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014.....	44
Tabla 6 Distribución porcentual de la adherencia a higiene de manos de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014	45
Tabla 7. Asociación entre las características sociodemográficas y el locus de control de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014 ...	47
Tabla 8. Asociación entre las variables laborales y el locus de control interno de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014	49
Tabla 11. Asociación entre las características sociodemográficas según la adherencia a la higiene de manos de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014.....	51
Tabla 12. Asociación entre variables laborales y adherencia a la higiene de manos de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014	52
Tabla 13. Asociación entre locus de control y la adherencia a la higiene de manos de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014	53

GLORSARIO

Adherencia: grado de seguimiento de la pauta tal y como ha sido establecidas por la institución.

Higiene de manos: Término general que se aplica a cualquier lavado de manos, lavado antiséptico de manos, antisepsia de manos por frotación, o antisepsia quirúrgica de manos

Infecciones asociadas a la atención: son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución

Locus de control: Concepto que describe la percepción que tiene una persona acerca de la responsabilidad por los sucesos de su vida. Se refiere a si los individuos localizan esa responsabilidad dentro de sí (locus interno) o externa (la suerte, el destino).

Locus de control externo- Externalidad: Expectativa generalizada de que los sucesos están fuera del control de uno mismo

Locus de control interno - Internalidad: Expectativa generalizada de que los sucesos reforzadores están bajo el control de uno mismo y de que uno es responsable de los sucesos importantes de su vida

Locus de control social afectivo - Afectividad: Expectativa generalizada de que los sucesos están influenciados por las relaciones sociales y afectivas.

Profesionales de la salud: aquellas personas que por su profesión desarrollan actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud

Seguridad del paciente: Conjunto de acciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos, que implican un daño al paciente como resultado de la atención médica que recibe.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende dar una perspectiva diferente de los factores que influyen en la prestación de servicios de salud; el objetivo de esta investigación es determinar la asociación entre adherencia a higiene de manos y características sociodemográficas, laborales y de locus de control en los profesionales de la salud de la IPS UNIVERSITARIA, sede León XIII, 2014; para lo cual, fue necesario identificar dichas características en la población estudiada y determinar su asociación mediante la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson.

La higiene de manos es el principal mecanismo de control de infecciones asociadas a la atención, es una estrategia fácil y eficaz propuesta por la OMS, con el fin de generar impacto positivo en la seguridad del paciente, la seguridad del trabajador y la seguridad ambiental. A pesar de esto, se identifica que los profesionales de la salud presentan adherencia sub óptima a la higiene de manos.

Por otra parte, el locus de control es un rasgo de la personalidad orientado a la percepción que tienen los individuos sobre el control de sus vidas; es decir, es el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento. Para este estudio se evaluó el nivel locus de control interno, externo y social afectivo.

Al analizar los datos se establecen asociaciones estadísticas entre el sexo, el estrato socioeconómico, la antigüedad y el tiempo de grado con relación al locus de control; adicionalmente se estableció que aunque la adherencia a higiene de manos no tiene significancia estadística con ninguna de las características, se observa un comportamiento asociado con relación al locus de control.

Las variables sociodemográficas y laborales anteriormente mencionadas, además de otras (edad y estado civil), tiene comportamiento de locus de control que pueden indicar una asociación con la adherencia a higiene de manos, puesto dentro de las categorías

de cada variable, quienes presentaban mayor locus de control interno, reflejaban también mayor nivel de adherencia.

Lo anterior resulta relevante, dado que el locus de control es un constructo de la personalidad que puede ser modificado mediante procesos de aprendizaje y formación, como estrategias innovadoras que impacten tanto en la adherencia a higiene de manos, como la tasa de infección asociada a la atención.

RESUMEN

Objetivo: Establecer asociación entre adherencia a higiene de manos y características sociodemográficas, laborales y de locus de control en los profesionales de la salud de la %PS UNIVERSITARIA+, sede León XIII, 2014. **Método:** investigación empírico-analítico, tipo transversal con un alcance de asociación entre variables, sin precisar sentido de causalidad. Se realizaron análisis descriptivos y pruebas de independencia Chi-cuadrado de Pearson con el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** participaron 58 profesionales de la salud, con una proporción de mujeres del 63,8%. De la población estudiada el 88% presenta locus interno predominantemente alto, el 78% locus de externo predominantemente bajo y el 60% del locus social en nivel medio. El promedio global de adherencia a higiene de manos fue de 75,9%. **Conclusiones:** El locus de control presento asociación significativamente estadística con sexo, nivel socioeconómico, tiempo de grado y antigüedad. Se presentaron los resultados esperados con relación a la adherencia en cuanto a el sexo, la edad, estado civil, el tiempo de grado y la antigüedad: a mayor nivel de locus de control interno, mayor adherencia a higiene de manos.

Palabras claves: adherencia, higiene de manos, locus de control

ABSTRACT

Key words: adherence, hand hygiene, locus of control.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prestación de servicios de salud es definida como un conjunto de actividades encaminadas a garantizar la calidad en los componentes técnicos, interpersonales y del entorno, determinantes en la seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la práctica médica (1); sin embargo, las instituciones de salud están expuestas a diversos eventos que pueden afectar la productividad de la institución y la calidad en la prestación de los servicios (2).

Diversas investigaciones han establecido la magnitud y consecuencias de los errores en la atención sanitaria, tanto en términos de morbi-mortalidad, como en relación con los costos económicos ocasionadas por la concurrencia de diversos factores (3,4). Específicamente, las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) constituyen un importante problema de salud pública mundial, por lo que su incidencia es un indicador de la calidad asistencial prestada (5,6). En Colombia se calcula que la tasa de infecciones asociadas a la atención es de 11,7 infecciones por cada 1.000 pacientes-día, el índice de infecciones asociadas a la atención es de 9,9% y el índice de letalidad del 5,3%. En Medellín el riesgo global de infecciones es de 2,2 por cada 100 egresos hospitalarios (7), para la ~~%~~PS UNIVERSITARIA+ la tasa de infecciones en marzo del presente año fue de 3,15 por cada 100 egresos (8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de las más importantes intervenciones para reducir las IAAS es la higiene de manos; no obstante, el debate actual se centra en que a pesar de muchas estrategias, la práctica de higiene de manos mantiene una adherencia sub-óptima (9) que afecta la seguridad del paciente, genera complicaciones mayores en los procesos de atención, aumenta la estancia hospitalaria y

sus costos, lo que finalmente se traduce en impactos negativos económicos y sociales (10,11).

A pesar del reconocimiento a nivel mundial de la utilidad de la higiene de manos, se ha convertido en un problema la adherencia a este protocolo, puesto que implica un gran esfuerzo institucional para divulgar, entrenar y evaluar a los profesionales de la salud; y el solo conocimiento de las guías por parte de los profesionales no coincide con una implementación adecuada.

Actualmente, la mayoría de los profesionales de la salud de la institución parecen disponer de conocimientos suficientes sobre la higiene de manos, esta información no se traduce al plano comportamental (adherencia a la higiene de manos), por lo que se reconoce que el paso de la teoría a la práctica entraña grandes dificultades(12). Se han descrito múltiples impedimentos para que los profesionales cumplan con la higiene de manos, estas barreras se relacionan con el conocimiento, el comportamiento del médico, por último, con las actitudes, entre las que destacan situaciones como la ausencia de expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y las rutinas o la propia experiencia acumulada pueden ser factores que determinen el incumplimiento(13).

Con relación a lo anterior y acorde a lo expresado por Casique Gerrero (2007), se considera que existen dos necesidades: por un lado, analizar los motivos por los cuales los trabajadores manifiestan comportamientos como: irresponsabilidad, insatisfacción, bajo desempeño y actitudes negativas; y por otro lado, diseñar estrategias que permitan abordar la problemática con base en las capacidades de los profesionales de la salud y la necesidades institucionales (14).

1.2. JUSTIFICACIÓN

La adherencia a higiene de manos implica un proceso de aprendizaje ligado a las capacidades humanas que permiten la toma de decisiones en aspectos claves de la vida personal o laboral (15). Dentro de estas capacidades se destaca el constructo de locus de control, rasgo de la personalidad relacionado con cierto tipo de comportamientos que reflejan el nivel de compromiso y responsabilidad de los profesionales con relación a su misión en la institución (14).

Se puede esperar que el locus de control varíe según aspectos sociodemográficos y psicosociales, tales como la edad, el sexo, las creencias, la forma de percibir el entorno y demás aspectos que influyen en su comportamiento en contextos sociales e institucionales (16); el locus de control se ha utilizado para analizar la capacidad que tiene los individuos para adherirse a distintos procesos tales como tratamientos terapéuticos, modelo de educación y entrenamiento.

Por su parte, la adherencia a la higiene de manos requiere de un proceso de aprendizaje, que involucra un cambio en la conducta y estructura mental (17); dicho aprendizaje esta mediado por determinadas características personales, rasgos de la personalidad y de locus de control (18))(16) que influyen en la forma de afrontar las situaciones cotidianas tanto a nivel cognitivo como conductual, requeridas para el desarrollo idóneo de las tareas asignadas y las instrucciones dadas a los profesionales de la salud (19).

Aunque se han desarrollado estrategias para transformar la conducta de los profesionales de la salud con relación a la adherencia a higiene de manos, los resultados no han sido los esperados(9); por ello, y con el propósito de definir lineamientos y acciones que permitan disminuir las infecciones asociadas a la atención, surge la necesidad de analizar sí las variables relacionadas con la persona y su locus de control, están asociadas con la adherencia a la higiene de manos, aspecto escasamente estudiado.

Analizando características sociodemográficas, laborales y de locus de control se pretende determinar si están asociadas al nivel de adherencia a la higiene de manos en la institución; lo que permitiría constituir un primer paso para el desarrollo de nuevas estrategias para mejorar la adherencia a higiene de manos orientadas hacia el individuo y sus capacidades, que permitan lograr un cambio sostenido de en comportamiento (20).

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre locus de control y características sociodemográficas y laborales en los profesionales de la salud de la ~~IPS~~ **IPS UNIVERSITARIA+**, sede León XIII, 2014?

¿Cuál es la asociación entre adherencia a higiene de manos y características sociodemográficas, laborales y de locus de control en los profesionales de la salud de la ~~IPS~~ **IPS UNIVERSITARIA+**, sede León XIII, 2014?

2. MARCOS DE REFERENCIA

2.1. MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual del estudio considera aspectos relacionados con la calidad en la prestación de servicios de salud, la seguridad del paciente, enfocada al control de infecciones asociadas a la atención a través de la higiene de manos, adicionalmente se presenta la adherencia a la higiene de manos como conducta influenciada por el locus de control.

2.1.1. Calidad en la prestación de servicios de salud.

La salud es un derecho universal de las personas, enmarcado en condiciones que incluyan la disponibilidad garantizada de servicios de salud, trabajo saludable y seguro, vivienda y alimentación adecuada(21); en cuanto a los servicios de salud implica cumplir con cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (22).

La calidad en la prestación de servicios de salud debe garantizarse como un principio ético ineludible de la práctica clínica, entendida como hacer las cosas correctas, de la manera correcta y en el momento correcto(23), adicionalmente la calidad en los servicios de salud está enmarcada en tres dimensiones: técnica científica, administrativa y humana(24).

Conforme a la responsabilidad asignada en el Decreto 205 de 2003, por el cual se determinan los objetivos, estructura orgánica y funciones del Ministerio de la Protección Social, derogado por el Decreto 4107 de 2011, a la problemática detectada en seguridad del paciente, gestión y análisis de la información, considero de vital importancia formular

la política nacional de prestación de servicios de salud (2005), que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia, los cuales tienen como propósito garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población (25).

Esta política se basa en tres áreas temáticas sectoriales: aseguramiento, salud pública y prestación de servicios; en esta última encuentra inmersa la estrategia de seguridad del paciente en la que se pretende instituir una cultura de seguridad del paciente, reducir la incidencia de errores y de eventos adversos fomentando un entorno seguro de la atención para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (25).

La seguridad del paciente se considera como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que pretende minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud (26); es un factor esencial de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales de la salud que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente(27).

La seguridad es un principio fundamental del cuidado del paciente y un componente clave en la calidad de gestión, por tanto, para cumplir con lo anterior, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben desplegar herramientas como la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, desarrollada por el Ministerio de la Protección Social a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud desde el año 2010. Su propósito es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la implementación práctica de los lineamientos de la política de seguridad del paciente en sus procesos asistenciales. Contempla cuatro prácticas seguras: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, incentivar para que mejoren las actuaciones de los profesionales e involucra a los pacientes y familiares en su seguridad(28).

Esta guía, dentro del componente procesos asistenciales seguros, propone detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud, puesto que la prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (AMSP)(28).

Cada año las infecciones complican el tratamiento y cuidado de millones de pacientes en todo el mundo, estas son causadas por múltiples factores relacionados con los sistemas y procedimientos sanitarios, además de otras causas del comportamiento humano, que además del coste humano, implican una enorme carga financiera adicional para los sistemas sanitarios; por lo que, se propone desarrollar soluciones para la mejora de la seguridad y la reducción del riesgo centrándose en estas cinco áreas de acción: manos limpias, hábitos limpios, productos limpios, entorno limpio y equipos limpios(29).

Las infecciones asociadas a la atención constituyen actualmente un importante problema de salud a nivel mundial, afectan a todas las instituciones hospitalarias y resulta una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, así como un pesado gravamen a los costos de salud, aproximadamente el 5 % de los pacientes ingresados en los hospitales contraen una infección que cualquiera que sea su naturaleza, multiplica por 2 la carga de cuidados de enfermería, por 3 el costo de los medicamentos y por 7 los exámenes a realizar(30).

En Colombia se calcula que la tasa de infecciones asociadas a la atención es de 11,7 infecciones por cada 1.000 pacientes-día, el índice de infecciones asociadas a la atención es de 9,9% y el índice de letalidad del 5,3%. En Medellín el riesgo global de infecciones es de 2,2 por cada 100 egresos hospitalarios (7), para la **%PS UNIVERSITARIA**+la tasa de infecciones en marzo del presente año fue de 3,15 por cada 100 egresos (8).

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las asociadas a algún dispositivo invasivo; con respecto al género, los pacientes varones adquieren con mayor frecuencia infecciones asociadas a la atención. También existen diferencias entre países desarrollados y en vía de desarrollo en cuanto a las prácticas de prevención y manejo de las infecciones nosocomiales (31).

2.1.2. Adherencia a la higiene de manos

Las manos de los profesionales de la salud son el principal mecanismo de transmisión de infecciones entre pacientes (32) y los trabajadores de la salud contaminan sus manos con microorganismos nosocomiales al entrar en contacto con el paciente o su medioambiente (33).

La higiene de las manos es la medida más importante, sencilla y eficaz de prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, es un componente esencial en cualquier estrategia de control de infecciones y todos los profesionales de la salud deben incorporar este procedimiento a su rutina de trabajo diario y debe conocer cómo realizar la higiene de sus manos en el momento adecuado (34).

Considerando lo anterior, en mayo de 2009, la OMS lanzó la iniciativa "Salve vidas: límpiese las manos", como parte del Primer Reto del programa "Una atención limpia es una atención más segura", enfocado a la protección del paciente, el trabajador de la salud y el medio ambiente contra la propagación de agentes patógenos (35), con el objetivo de incrementar la toma de consciencia alrededor del mundo, acerca de la importancia de la higiene de manos para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) (36).

Estudios realizados en una amplia variedad de intervenciones, han identificado reducciones significativa en los índices de IAAS, demostrando el impacto de la higiene de manos en el control y reducción de las infecciones hospitalarias en servicios de salud (37). Conly, identificó que después de la promoción de higiene de manos las infecciones asociadas a la atención disminuyeron entre un 33% a 12% (38), por su parte Pittet D, mostró que un permanente incremento en el frotado de manos, incide positivamente en la disminución de infecciones asociadas a la atención en un 42% (39).

Por su parte la OMS en mayo de 2004, durante la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, diseñó y aprobó una iniciativa de alianza internacional, en la cual se estandarizó el

instrumento para la medición de la adherencia a la higiene de manos(40) y publicó la guía de higiene de manos y sus cinco momentos críticos: antes del contacto con el paciente, antes de la tarea aséptica, después de la exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente y después de contacto con los objetos que rodean al paciente (41).

Lamentablemente también se ha identificado que el cumplimiento promedio global de adherencia a higiene de manos es bajo, el personal sanitario omite esta práctica en un 60% de las situaciones en las que es necesaria, por estar en contacto con los pacientes (36), el índice de adherencia por parte de los profesionales de la Salud a los procedimientos de higiene de manos oscilan entre 5% y 89% y un promedio total de 38,7% (37).

En el año 2013 la ~~IPS~~ **IPS UNIVERSITARIA** reportó un porcentaje global de adherencia a la higiene de manos de 55,6%, en un total de 25.647 observaciones entre reconocidas y ocultas (72% en observaciones reconocidas), considerado un resultado de adherencia sub-óptima a la higiene de manos(42).

El desempeño relacionado con la adherencia a la higiene de manos varía según factores de riesgo, tales como: los servicios (trabajar en sala de cuidados intensivos), categorías profesionales (ser médico), las condiciones de trabajo (trabajar días de semana) y las actitudes del personal de salud (falta de tiempo para el lavado)(43) (44), por lo que se considera que la adherencia es un proceso de cambio de conductas modificadas mediante un proceso de aprendizaje basado en tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación y c) Etapa de incorporación (12).

Para lograr tal cambio se requiere sensibilizar sobre la importancia del tema entre el personal mediante el involucramiento y participación del mismo, así como un adecuado seguimiento en cuanto a la calidad de la técnica, el cumplimiento a través del tiempo de las condiciones de la higiene de manos y retroalimentación de las acciones, situación que ayudara a la disminución de las infecciones asociadas a la atención de salud (41).

2.1.3. Desarrollo organizacional como facilitador del cambio

La conducta humana está determinada por diversos factores sumergidos en una interacción constante entre la influencia de las estructuras sociales tal como el individuo las conoce, y las estructuras psíquicas que absorben estas influencias; es decir: la formación recibida y el desarrollo académico, las vivencias tanto personales como laborales, las experiencias de entrenamientos y desarrollo social; sumado a la imagen que se hace del mundo, el tipo de modelos mentales, los recursos personales, los valores, la forma como aprende, la capacidad analítica y la inteligencia general (45).

La mayor parte de las conductas son susceptibles al cambio a través de procesos de aprendizaje, mediante el cual el individuo obtiene una formación del medio y construye una representación de él que utilizara para dar la respuesta adecuada a las interacciones recurrentes en el medio; por lo tanto, el individuo genera cambios estructurales en su conducta en la medida que sea enseñado los cambios en el medio en que se desenvuelve(46, 47).

Sin embargo, estas modificaciones conductuales a partir del aprendizaje requieren voluntad, esfuerzo (48) y de en un ambiente que permita procesos y estructuras organizacionales más flexibles y que brinden mayor capacidad de respuesta (49), creando confianza y colaboración, desarrollando un sistema de recompensas e incentivos que reconozca la misión institucional y el crecimiento de la gente, ayudando a crear una cultura organizacional y acrecentando el autocontrol y autogestión dentro de la institución (50)

Para esto se requieren definir las capacidades individuales y organizacionales que puedan impulsar las iniciativas de cambio (51), teniendo en cuenta aspectos como la motivación, las necesidades, la percepción, el sistema de valores personales, el locus de control y muchas otras teorías que soportan el comportamiento organizacional que puede ayudar en la modificación de las actitudes(52)

2.1.4. Locus de control

Dentro de los atributos de la personalidad que ejercen mayor influencia en el comportamiento organizacional está el denominado locus de control (52); este rasgo de personalidad propuesto a partir de la teoría del aprendizaje social por Julian B. Rotter (1981), hace referencia a la expectativa generalizada de control sobre los refuerzos; se asocia con la forma en la cual los individuos enfrentan los eventos estresantes, la capacidad para administrar su comportamiento y lograr el control de sus decisiones (53). El locus de control resulta ser una variable fundamental, pues en él se plantean ejes para explicar los fracasos y los éxitos en la vida cotidiana (54), a través de tres tipos diferentes de perfiles de locus de control, cada uno de ellos caracterizado por cierto tipo de comportamientos, los cuales apoyan o no, el logro de las metas de la institución y, por lo tanto, son considerados como deseables(14).

- *Locus de control interno*

Las personas con locus de control predominantemente interno muestran más persistencia y se involucran en la obtención de buenos resultados ante las crisis eventuales, buscando información y presentando más conductas preventivas en relación a la problemática (55), puesto que perciben que el acontecimiento es contingente con su conducta, es decir que consideran que pueden influir en su propio destino, transformar una situación adversa o aumentar la probabilidad de éxito (54). Se consideran aptos para desempeñar bien en tareas complejas, y están más acordes con trabajos que requieren de iniciativa e independencia de acción (56).

Diversos estudios citados por Rodríguez (1998) indica que el desempeño en el trabajo puede estar influenciado por el locus de control, en la medida en que el trabajador se da cuenta, que son sus propios esfuerzos y desempeño los que determinan sus resultados en el mejoramiento de su sueldo, incentivos y ascensos que recibe, y no la suerte o las preferencias que el supervisor o su jefe inmediato tienen por él; podrá adoptar con

mayor facilidad comportamientos y actitudes hacia sus actividades laborales que le permitan cumplir mejor con sus responsabilidades(57).

Estudio de locus de control en deportistas demostraron que quienes tiene mayor internalidad tiene por meta el aprendizaje y el dominio técnico y no solo la competitividad, estos atletas piensan en lo positivo, orientándose hacia el futuro y tratando de solucionar los problemas que se les presenten(55).

Otros estudios sobre locus de control interno establecen que a mayor ingreso aumenta el locus de control interno y la orientación al éxito (58); igualmente sucede con la edad y con las personas que tenían pareja o vivían con un compañero (60), históricamente los hombres han presentado niveles superiores de internalidad, pero investigaciones recientes muestran que la situación está cambiando, identificando que las mujeres están modificando sus niveles de internalidad (57)

Quienes poseen control interno con frecuencia enfrentan o resuelven sus problemas empleando conductas adaptativas y tienen una fuerte capacidad para busque alternativas de solución a los problemas (61)

- *Locus de control externo*

Las investigaciones que comparan a los internos con los externos han demostrado, que quien obtiene una calificación alta en externalidad está menos satisfecho con su trabajo que el de alta internalidad, presentan tasas de ausentismo más altas y menos involucramiento con sus labores (56).

Lo anterior parece deberse al hecho que los externos se perciben como personas que tienen poco control sobre los resultados organizacionales que son importantes para ellos, perciben que encontrar la solución a los problemas depende de la suerte (62), es decir que las consecuencias de sus conductas dependes de factores ajenos a su control, como el destino o la participación de otras personas, no reconocen en si la capacidad de alterar el curso del evento y de influir con sus acciones en el control de las contingencias de refuerzo que seguirán a su comportamiento (56).

Las personas con locus de control externo deberían desempeñarse bien en trabajos estructurados, que sean rutinarios y en los cuales el éxito dependa en gran medida de hacer las cosas siguiendo la dirección de otros (52), su mejor rendimiento lo obtienen en puestos cuyas actividades son rutinarias y de bajo nivel jerárquico; esto es debido a que creen que los resultados que obtendrán, no están vinculados con sus acciones y a que realmente pueden ser modificados, e influenciados por los juicios y decisiones de otras personas más importantes, la suerte o el destino (14)

- *Locus de control social afectivo*

Finalmente las personas con locus de control social afectivo podrían considerar que puede lograr el éxito a través de sus relaciones afectivas, atribuyen el éxito a aspectos personales como el ser simpático y agradable para lograr los objetivos personales mediante sus relaciones sociales, dando gran importancia a la apariencia(58), creen que el mundo es ordenado, pero otras personas, a las que consideran más poderosas, son las que tienen control sobre sus acciones(61).

Según Casique Gerrero (2007), el perfil de locus de control se puede modificar como resultado de la capacitación; lo cual instrumenta a los directivos con técnicas y estrategias que facilitan la solución de diversos problemas de gestión del capital humano, que se presentan en la institución como consecuencia de los comportamientos que manifiestan los trabajadores(14).

2.2. MARCO NORMATIVO

El derecho a la salud en Colombia se consolida en la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993, donde se establece la seguridad social en salud como un servicio basado en una serie de principios (protección integral, complementariedad, integración funcional, calidad) que orientan el accionar del sistema de salud nacional(63).

Mediante el Decreto 1011 de 2006 el Ministerio de Salud y Protección Social establece el Sistema Obligatorio en Garantía de Calidad (SOGC), con el fin de constituir mecanismos de control de los servicios de salud que permitan mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del país bajo los preceptos de atención oportuna, personalizada, humanizada, integral continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional(64).

Los componentes del SOGC, resultan importantes para esta investigación porque en torno a ellos se estructura la estrategia de seguridad del paciente y el programa de control de infecciones e higiene de manos, además establecer la importancia del cumplimiento de los procedimientos institucionales que orienten la prestación de servicios con calidad y basados en evidencia científica.

Desde el Sistema Único de Habilitación (SUH), Resolución 2003 de 2014, en el estándar número cinco: procesos prioritarios, se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los prestadores de servicios de salud; en específico para este estudio la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, mediante diseño de protocolos de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que propuestos por la OMS, que adicionalmente requieren la definición de procedimientos para medición de adherencia a las guías y protocolos de manejo (66).

Para alcanzar altos niveles de calidad, la resolución 2082 de 2014 por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA) y mediante sus Manuales de Estándares de Acreditación Ambulatorios y Hospitalarios, se

establece la necesidad de contar con procesos estandarizados que garantizan la prevenir y controlar las infecciones durante el proceso de atención del usuario (67).

Como complemento a lo anterior en la Resolución 1446 de 2006 define el Sistema de Información para la Calidad (SIC), en el cual se adoptan indicadores de monitoreo y control, que permitan un análisis cuidadoso de los reportes de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas, que incluyen como mínimo, los indicadores de acreditación de referencia, ejemplo: infección asociada a catéter central, infección de sitio operatorio, endometritis postparto, neumonía asociada a ventilador, infección asociada a sonda vesical (68).

Estos requisitos normativos relacionados con el control de infecciones, higiene de manos y la adherencia a guías, implican la interacciones institucional para generar el cambio deseado en procesos tales como: infraestructura (lavamanos, dispensadores), compras y dotación (alcohol glicerina, jabón y papel apropiados), procesos prioritarios (definición y medición de cumplimiento de guías y protocolos) y talento humano (proceso de formación, aprendizaje, motivación y castigo).

2.3. MARCO INSTITUCIONAL

La %PS UNIVERSITARIA+ está comprometida con los procesos de investigación, extensión y docencia, integrados a la prestación de servicios de salud, la cual está fundamentada en la evidencia científica, la ética, el respeto al medio ambiente y la calidad (69) .

Por dos años consecutivos ha recibido el Premio de Calidad en Salud con enfoque de seguridad del paciente y actualmente se encuentra iniciando el proceso de acreditación, con el fin de garantizar la calidad de sus servicios y con el objetivo de certificarse como Hospital Universitario(70)

Cuenta con un amplio portafolio de servicios, presta servicios de salud hospitalarios y ambulatorios, en todos los niveles de atención, cuenta con aproximadamente 2.996 profesionales de la salud de los cuales el 64,55% desarrollan actividades asistenciales (71) y en promedio 1.996 pacientes egresan cada mes de hospitalización en la sede León XIII (72).

La %PS UNIVERSITARIA+es referente nacional en higiene de manos, durante 5 años ha diseñado, implementado y medido el programa de la higiene de manos como mecanismo de control de infecciones en la institución (70).

El desarrollo de la higiene de manos en la institución consta de cinco componentes: insumo, instrucciones-indicaciones-recordatorio, educación, clima de seguridad y observación de la adherencia. Cada uno de estos componentes pasando por diferentes etapas, lo que ha generado un cambio constante en el proceso.

- *Insumo:* se realiza cambio de producto -lavado con jabón a higiene con alcohol- y disponibilidad del producto -un lavamanos por cada 60 camas a un bote de alcohol por cada habitación-, pasando a la higiene de manos en el punto de atención

- *Instrucciones:* diseño, publicación y socialización en el punto de atención los instructivos, indicaciones y recordatorios aplicadas al contexto específicos, que permite a los profesionales de la salud identificarse con la higiene de manos en el desarrollo de su labor
- *Educación:* introyectar en todos los profesionales de la salud los cinco momentos de higiene de manos -el saber técnico, duración, indicación o momento y manos seguras- mediante procesos de formación continua, aplicando diferentes metodologías de aprendizaje.
- *Clima de seguridad:* no se cuenta con un desarrollo integral de todas las estrategias de entorno seguro que permita posesionar a la institución como líder nacional.
- *Observación de la adherencia y retroalimentación de resultados:* evolucionada en cuatro etapas, mediante la identificación de diferentes características que facilitaban o no la adherencia a la higiene de manos. El desarrollo de las tres primeras etapas se ha dado un periodo aproximado de dos años, mientras que la cuarta se encuentra en planeación, diseño y aprobación.

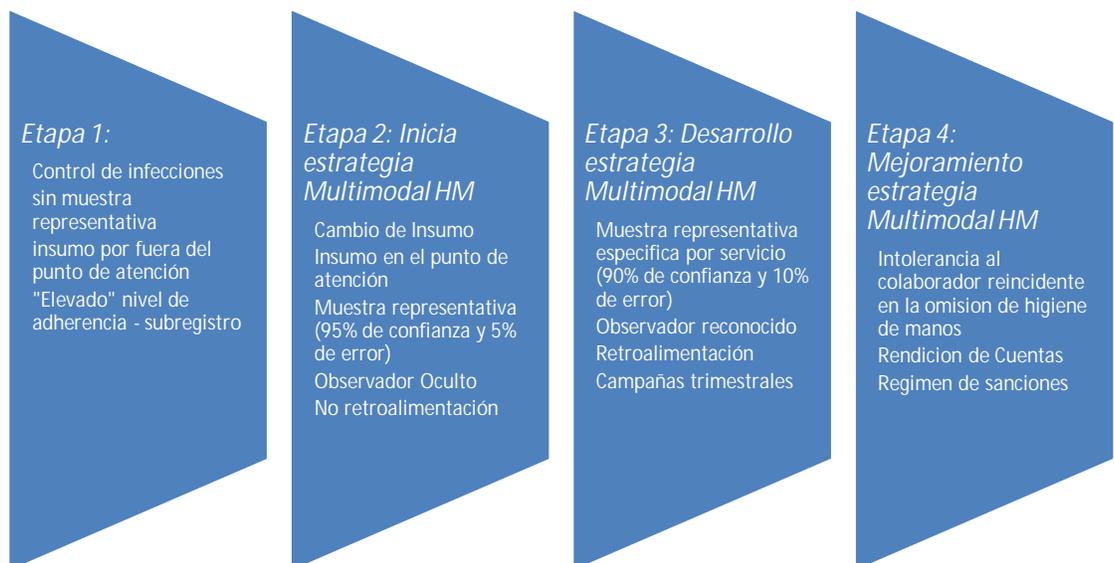


Figura 1. Evolución de la adherencia a HM en la "IPS UNIVERSITARIA". Elaborado por Patricia Pérez, Coordinadora área de control de infecciones IPS UNIVERSITARIA.

La %PS UNIVERSITARIA+en el desarrollo de las tres primeras etapas mencionadas, ha brindado al colaborador todas las herramientas que permitan mejorar la adherencia a la higiene de manos, la cuarta etapa está orientada a construir cultura, a establecer conductas organizacionales en los individuos que velen por la seguridad del paciente (70).

Entonces se deberán definir los límites de tolerancia dentro de la institución relacionados con la higiene de manos y la omisión a su adherencia, lo cual implicaría un proceso de rendición de cuentas que conste de un régimen de sanciones según los cinco eslabones adaptados de la literatura (37)

1. Gentil recordatorio de las técnicas de higiene de manos (Retroalimentar)
2. Invitación a un módulo de higiene de manos (Rentrenar)
3. Llamado de atención verbal (Advertir)
4. Llamado de atención escrito (Amonestar)
5. Terminación de contrato (Sancionar)

En la %PS UNIVERSITARIA+el cumplimiento de la higiene de manos es un proceso en continuo desarrollo, que implica el compromiso de todos los profesionales de la salud con el entorno seguro, lo cual impacta directamente al paciente, su familia, los profesionales de la salud y el ambiente donde se realizar la atención en salud (70).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer asociación entre adherencia a higiene de manos y características sociodemográficas, laborales y de locus de control en los profesionales de la salud de la **PS UNIVERSITARIA+**, sede León XIII, 2014.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y laborales de la población de estudio.
- Identificar el locus de control y de la adherencia a la higiene de manos de la población en estudio.
- Analizar la asociación entre las características sociodemográficas y laborales según el locus de control de la población de estudio.
- Analizar la asociación entre las características sociodemográficas, laborales y locus de control con la adherencia a la higiene de manos de la población en estudio.

4. METODOLOGÍA

4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación fue empírico-analítico, para lo cual se utilizó un estudio cuantitativo, de tipo transversal con un alcance de asociación. Con la investigación se pretendió describir la asociación entre variables en un periodo determinado, sin precisar sentido de causalidad, fundamentada en la hipótesis de asociación: la adherencia a la de higiene de manos del talento humano en salud de la %PS UNIVERSITARIA+ está relacionada con algunas variables sociodemográficas, laborales y de locus de control.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de la muestra estuvo conformada por 271 profesionales de la salud con medición de adherencia a higiene de manos y que realizan la prestación de los servicios de salud en la sede León XIII de la %PS UNIVERSITARIA+ de la ciudad de Medellín . Colombia.

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Profesionales de la salud de la %PS UNIVERSITARIA+ que tenga contacto directo con el paciente <ul style="list-style-type: none">• Médicos especialistas• Médicos generales• Jefes de enfermería• Terapeutas respiratorias• Fisioterapeutas• Auxiliares de enfermería	Profesionales de la salud de la %PS UNIVERSITARIA+ que no tenga contacto directo con el paciente: <ul style="list-style-type: none">• Bacteriólogos• Regente de farmacia• Patólogos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Profesionales de la salud que se desempeñe en los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> • Urgencias • Hospitalización • Cirugía • Ayudas diagnosticas • Banco de sangre • Hemodinamia • Hemodiálisis • UCE-UCI 	Profesionales de la salud que se desempeñe en los servicios de: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa • Servicio farmacéutico • Laboratorio clínico
Profesionales de la salud que cuente con: <ul style="list-style-type: none"> • Medición previa de adherencia a higiene de manos • Expresen disponibilidad para diligenciar el test de locus de control 	Profesionales de la salud contratados para desempeñarse como personal administrativo <ul style="list-style-type: none"> • coordinadores de servicios, • Interventores de contratos sindicales • Líderes de procesos administrativos

4.3. DISEÑO MUESTRAL

La muestra del estudio estuvo conformada por 58 profesionales de la salud de la %PS UNIVERSITARIA+con medición de adherencia a higiene de manos, la fórmula empleada para determinar la muestra fue:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left(\frac{Z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Dónde:

- n 271 profesionales de la salud con medición de adherencia
- p 0.7 probabilidad de ocurrencia evento adherencia a higiene de manos 2013
- 95% de confianza
- d 10% de error máximo

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional por conveniencia y cuota:

- Por conveniencia: los sujetos de estudio fueron seleccionados en función de su accesibilidad, por lo que los resultados de la investigación no pueden ser utilizados en generalizaciones respecto de toda la población
- Por cuotas según el cargo desempeñado así: 26 auxiliares de enfermería, 10 enfermeras profesionales, 13 médicos especialistas, 5 médicos general y 4 otros profesionales de la salud, para garantizar que todos los trabajadores, según estamento, tuvieran la misma probabilidad de ser elegidos para participar.

4.4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

4.4.1. Diagrama de variables

- **Variables Dependientes**

Adherencia a higiene de manos: Consistencia entre los conceptos definidos en la estrategia de higiene de manos y la práctica observada en los profesionales de la salud de la institución.

Locus de control

- ✓ *Locus de control Interno:* se refiere a aquellas situaciones que son atribuibles provienen de acciones directas o atribuciones propias de las personas
- ✓ *Locus de control Externo:* se refiere a aquellas situaciones que son atribuibles provienen de factores externos.
- ✓ *Social Afectivo:* obtención de metas gracias a las relaciones afectivas de la persona.

- **Variables independientes**

Variables sociodemográficas:

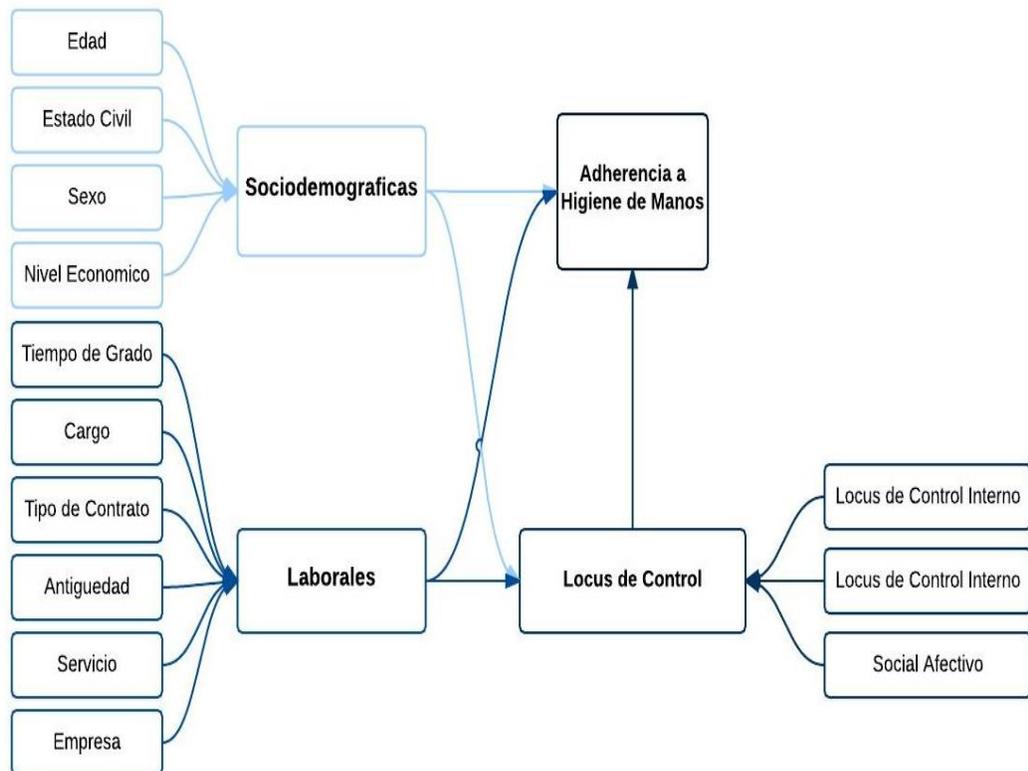
- ✓ *Edad:* Tiempo transcurrido a partir del nacimiento
- ✓ *Estado civil:* situación personal en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.
- ✓ *Sexo:* Característica biológica hombre o mujer.

- ✓ *Nivel socioeconómico*: Posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee.

Variables laborales:

- ✓ *Tiempo de Grado*: Tiempo transcurrido a partir de la fecha de graduación
- ✓ *Cargo contratado*: Actividad principal por la cual fue contratado
- ✓ *Tipo de contrato laboral*: límites en temporalidad establecidos para desempeñar la labor contratada.
- ✓ *Antigüedad en el cargo*: Tiempo transcurrido a partir del nombramiento en el cargo.
- ✓ *Servicio*: ubicación donde desempeña las labores encomendadas.
- ✓ *Empresa*: empresa a la que está vinculado el colaborador

Ilustración 1 Diagrama de variables estudiadas, construcción propia.



4.4.2. Tabla de variables

Tabla 2 Descripción de las variables del estudio

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	NATURALEZA	MEDIDA	FUENTE	VALORES
GRUPO EDAD	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Entre 23 y 36 años =1 Entre 37 y 50 años =2 Entre 51 y 64 años =3
ESTADO CIVIL	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Soltero =1 Casado =2 Separado = 3
SEXO	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Masculino = 1 Femenino= 2
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Bajo (I y II) =1 Medio (III y IV) = 2 Alto (V y VI) = 3
TIEMPO DE GRADO	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Entre 0 y 11 años = 1 Entre 12 y 23 años = 2 Entre 24 y 35 años= 3
CARGO	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Especialista = 1 Medico general = 2 Enfermera = 3 Auxiliar = 4 Otros = 5
TIPO DE CONTRATO	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Fijo = 1 Indefinido = 2 Prestador servicios = 3
ANTIGÜEDAD	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Entre 0 y 4 años = 1 Entre 5 y 9 años = 2 Entre 10 y 14 años= 3
SERVICIO	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Hospitalización = 1 Urgencias = 2 Cirugía = 3 Otros = 4
EMPRESA	Categórica	Cualitativa	Nominal	Encuesta Sociodemográfica	Empresas Aliadas = 1 Ips universitaria=2 Otros = 3
LOCUS DE CONTROL INTERNO	Categórica	Cualitativa	Ordinal	Test de locus de control	Bajo (0-1.6) = 1 Medio (1.7-3.4) =2 Alto (3.5-5) = 3
LOCUS DE CONTROL EXTERNO	Categórica	Cualitativa	Ordinal	Test de locus de control	Bajo (0-1.6) = 1 Medio (1.7-3.4) =2 Alto (3.5-5) =
SOCIAL AFECTIVO	Categórica	Cualitativa	Ordinal	Test de locus de control	Bajo (0-1.6) = 1 Medio (1.7-3.4) =2 Alto (3.5-5) =
ADHERENCIA	Numérico	Cuantitativa	Escala	Observación de adherencia	Si (100) = 1 No (0 . 99) = 2

4.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.5.1. Fuentes de información.

La investigación se realizó a partir de fuentes primarias, así:

- La observación de adherencia a higiene de manos mediante, proceso institucional realizado por personal entrenado según las directrices de la OMS, evaluando en un periodo determinado según las oportunidades la técnica y el momento adecuado para higienizarse las manos.
- Este mismo equipo de trabajo (observadores de adherencia) fue entrenado para realizar la explicación del estudio, aclaración de dudas sobre el mismo y solicitud de firma del consentimiento informado de quienes aceptaban participar.
- Finalmente entregan el test de locus de control al profesional de la salud que aceptó participar en la investigación y firmar el consentimiento informado. Este test es auto aplicado y tuvo una duración aproximada de 20 minutos.

4.5.2. Instrumento de recolección de información

Para observar la adherencia de los profesionales a las recomendaciones dadas en el procedimiento de higiene de manos en la asistencia sanitaria se utilizó el formulario de observación de adherencia a higiene de manos de la OMS, donde se definen los 5 momentos para realizar la higiene de manos (casilla indicación), el ítem correspondiente a esa indicación (ant-pac, ant-asép, tras-fluidos, tras-pac, tras-entorno) y el tipo de acción (casilla acción) se realizó (alcohol, jabón, guantes); en este formato pueden registrarse las observaciones de varios profesionales de la salud (Anexo 2).

Por otra parte se utilizó la versión reducida de García y Reyes-Launes de la escala multidimensional de locus de control, conformada por 23 ítems con escalamiento tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 no se aplica en nada a mí y 5 se aplica totalmente en mí. Está estructurado en tres factores: locus de control interno (se mide mediante 10 reactivos), locus de control externo (se mide mediante 7 reactivos) y el factor denominado social afectivo (se mide mediante 6 reactivos). La estructura de los factores

de locus de control, tiene altos valores de consistencia interna y una sólida coherencia conceptual (Anexo 3).

4.5.3. Proceso de obtención de la información.

La recolección de los datos se realizó del 1º al 31 de junio de año 2014, en un periodo de observación de aproximadamente 27 horas en la %PS UNIVERSITARIA+sede León XIII en los servicios de Ayuda Diagnósticas, Cirugía, Hemodiálisis, Hemodinámica, Hospitalización, Pediatría, UCE, UCI, Urgencias.

Se inició con el proceso de medición de la adherencia a higiene de manos, el cual es un proceso institucional liderado desde el área de control de infecciones de la institución, quien cuenta con un equipo de seis personas capacitadas para la medición de la adherencia mediante observación, quienes conocen que:

- Cada oportunidad corresponde a uno de esos 5 momentos en los que el profesional debe realizar la higiene de manos, independientemente de que la realice o no. (Una oportunidad = Un momento)
- Durante la observación puede ocurrir que un mismo profesional durante el cuidado de un paciente, precise realizar la higiene de sus manos en varias ocasiones, teniendo que registrarlas en varias oportunidades.
- Para cada oportunidad (casilla Op) en la que se presente una indicación dentro de los 5 momentos para realizar la higiene de manos (casilla %indicación), se marcó el ítem correspondiente a esa indicación (ant-pac, ant-asép, tras-fluidos, tras-pac, tras-entorno) y qué tipo de acción (casilla acción) se realizó (alcohol, jabón, guantes) en los casos en que el profesional no realizó ninguna acción se marcó NADA.
- Adicionalmente el uso de guantes solo se registró si el profesional de la salud está usando guantes y no realiza ninguna acción de higiene/lavado de manos.

Los observadores de la higiene de manos se les llamaron facilitadores y fueron quienes apoyaron la explicación del consentimiento informado y la entrega del test de locus de control.

Por ende, previo a la recolección de los datos de locus de control se realizó entrenamiento a los facilitadores sobre el diligenciamiento del consentimiento informado y la aplicación de la escala de locus de control, indicando que antes de recolectar los datos de locus de control el profesional de la salud que aceptara participar en el estudio debía leer, entender y firmar el consentimiento informado. La escala de locus de control fue auto-diligenciada por el profesional de la salud que aceptó participar en la investigación. Finalmente los datos fueron tabulados por el investigador principal, quien realizó la categorización de las variables que lo requerían.

4.6. PRUEBA PILOTO.

Se llevó a cabo la aplicación piloto a un total de 15 profesionales de la salud, seleccionados a conveniencia en los servicios de hospitalización, con la finalidad de evaluar la comprensión formal y semántica tanto de los ítems como de las instrucciones, para hacer los ajustes necesarios en los instrumentos y además determinar el tiempo de aplicación de los instrumentos.

4.7. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.

Sesgo de clasificación: se estableció una codificación que permitió relacionar el formulario de observación y el test de locus de control sin que se identificara al profesional de la salud, esto con el fin de facilitar su posterior procesamiento, esta codificación fue asignada por el facilitador. Por otra parte el facilitador aclaró las dudas e inquietudes a los participantes frente al desarrollo de la prueba y términos utilizados dentro de la misma.

Sesgo de confusión: se establecieron variables sociodemográficas, laborales y de locus de control, desde el inicio de la investigación. Estos grupos o categorías se definieron a partir de la relación temática entre las variables. Para la muestra se realizó una estratificación según el cargo. Adicionalmente se limitó la participación en el estudio a sujetos que no tenían contacto directo con el paciente.

4.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

La investigación consistió en la observación de un fenómeno (adherencia a higiene de manos relacionada a características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico), laborales (tiempo de grado, antigüedad, servicio, empresa, tiempo de contrato y cargo) y de locus de control (interno, externo y social afectivo) y su análisis estadístico (análisis univariado y bivariado) generando datos importantes para suministrar información objetiva que permitiera establecer la asociación entre las variables.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico para las Ciencias Sociales Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Versión 21 licencia Universidad CES). Para evaluar la distribución de las variables estudiadas en la población, se definieron rangos con el fin de disminuir el número de categorías, y facilitar el análisis de los datos. Se realizaron análisis descriptivos y pruebas de independencia Chi-cuadrado de Pearson, con el fin de determinar si existía una asociación entre dos variables categóricas, con significancia estadísticamente, es decir debido a algo más que la probabilidad aleatoria.

5. ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Según la Resolución 8430 de 1993 declaro que:

- El presente estudio se encuentra registrado en el Comité de Bioética en Investigación de la IPS UNIVERSITARIA con el número IN43-2013, aprobado en el Acta N° 24 con Fecha 10 de diciembre de 2013
- El investigador responsable brindo a todos los participantes información oportuna, respondió las preguntas y aclaró cualquier duda que de los participantes acerca de la investigación o los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
- La investigación consideró un riesgo mínimo, puesto que fue un estudio prospectivo que empleó el registro de datos a través de una prueba psicológica individual auto administrada de diagnóstico llamado locus de control, que permitió identificar rasgos de la personalidad de los participantes de la investigación.
- Con el fin de eliminar el riesgo del manejo de la información y garantizar la privacidad y confidencialidad de los profesionales de la salud, se estableció una codificación que relacionó la evaluación de adherencia con el test de locus de control, así: número de formulario, guion, número del profesional evaluado, conservando el anonimato de los participantes en la investigación.
- Ningún profesional de la salud se identificó como participante de la investigación en las presentaciones o publicaciones que derivaron de este estudio, los datos relacionados en la investigación fueron manejados en forma confidencial y exclusivamente para el análisis realizado este estudio, no se compartió, ni cedió, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación.

- A todos los sujetos del estudio se les explicó el objetivo principal de la investigación, los instrumentos, así como información actualizada que se obtuvo durante el desarrollo de la investigación, aunque esta pudiera hacerlo cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo, por lo tanto se respetó el derecho del participante a no continuar en la investigación
- Se solicitó consentimiento informado a todos los participantes del estudio, autorizando la participación en la investigación mediante la aplicación de la prueba psicológica auto aplicado locus de control ([Anexo 1](#)).
- Se garantizó el cumplimiento de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, garantizando que los resultados de la investigación no fueron utilizadas en perjuicio de los individuos participantes.

6. RESULTADOS

El principal objetivo de esta investigación fue establecer la asociación entre adherencia a higiene de manos y características sociodemográficas, laborales y de locus de control en los profesionales de la salud de la %PS UNIVERSITARIA+, sede León XIII, 2014, intentando identificar si estas variables podían predecir en alguna medida la adherencia a higiene de manos.

Las variables estudiadas fueron:

- Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico)
- Variables laborales (cargo, antigüedad en el cargo, tiempo transcurrido desde la obtención del título (tiempo de grado) servicio, empresa y tipo de contrato),
- Variables de locus de control (locus interno, locus externo y social afectivo)
- Variable de adherencia a la higiene de manos en la %PS UNIVERSITARIA+

La recolección de los datos en la %PS UNIVERSITARIA+sede León XIII, durante el mes de junio de 2014 en un tiempo aproximado de 27 horas.

Para evaluar la distribución de las variables estudiadas en la población, se realizaron análisis descriptivos, los resultados se muestran a continuación:

6.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

En total participaron 58 profesionales de la salud, lo cual representó el 21,4% de la población universo en estudio, estuvo conformada en mayor proporción por mujeres (63,8%), posiblemente se debió a que profesiones como enfermería y auxiliar de enfermería son usualmente ejercidas por mujeres y estos cargos son los que más proporción representan en este estudio (17% y 45% respectivamente) (Tabla 3).

Debido al número de variables se definieron rangos para las características edad, tiempo de grado y antigüedad, con el fin de disminuir el número de categorías y facilitar el análisis.

En cuanto a la edad cerca de la mitad de la población eran adultos jóvenes entre 23 y 36 años (48,3%) y mientras que la proporción de adultos entre 37 y 50 años representó solo un tercio de la población estudiada (27,6%), los adultos mayores de 51 años representaban el menor porcentaje (24,1%) (Tabla 3).

En cuanto al estado civil se identificó que las personas que se encontraban casadas (48,3%) y las divorciadas (46,6%) tenían proporciones similares de distribución en la población estudiada. El nivel socioeconómico medio (71%) representó casi el tercio de la población estudiada; seguido de las personas en nivel socioeconómico bajo (24%), el estrato socioeconómico alto fue el que presento menor proporción (15%) (Tabla 3).

Con relación al tiempo desde la graduación se identificó que la mitad de la población estudiada obtuvo su título hace 11 años o menos (50%), y que a más tiempo transcurrido desde la fecha de grado, menor porcentaje representan de la población estudiada.

De la variable antigüedad sólo el 6% tiene más de diez años laborando en la institución, los demás están en el rango de 0 a 4 años y de 5 a 9 años de labores (47%) (Tabla 4).

Debido al modelo de tercerización de servicios de la institución, casi todos los profesionales de la salud que participaron en el estudio estaban contratados mediante

empresas aliadas (86%) (Tabla 4), quienes son lo que desarrollan los procesos de prestación de servicios de salud.

La mayor parte de la población estudiada tenía contrato a término indefinido (95%) (Tabla 4), las empresas aliadas contratadas para prestar servicios de salud fueron constituidas como sindicatos de gremio, al cual se afilia el profesional de la salud y automáticamente definen la prestación del servicio por tiempo indefinido.

En su mayoría la población estudiada eran auxiliares de enfermería (45%) seguido por los médicos especialistas (22%) y las enfermeras profesionales (17%), quienes desempeñan en los servicios de hospitalización (57%), seguido de cirugía (22%), urgencias (14%) y en menor proporción otros servicios (7%) (Tabla 4), los cuales incluyen los servicios de ayuda diagnósticas, hemodiálisis y hemodinamia.

Tabla 3 Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014

Características sociodemográficas	N	Distribución porcentual
Sexo		
Femenino	35	64%
Masculino	16	36%
Grupo de edad		
Entre 23 y 36 años	25	48%
Entre 37 y 50 años	15	28%
Entre 51 y 64 años	11	24%
Estado Civil		
Casado	25	48%
Soltero	2	5%
Divorciado	24	47%
Estrato Socioeconómico		
Bajo	11	24%
Medio	24	61%
Alto	4	15%

Tabla 4 Distribución porcentual de las características laborales de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014

Características laborales	N	Distribución porcentual
Tiempo de grado		
Entre 0 y 11 años	26	50%
Entre 12 y 23 años	20	36%
Entre 24 y 35 años	5	14%
Antigüedad		
Entre 0 y 4 años	23	47%
Entre 5 y 9 años	25	47%
Entre 10 y 14 años	3	6%
Tipo de contrato		
Indefinido	49	95%
Fijo	1	3%
Prestado	1	2%
Empresa		
Empresa aliadas	42	81%
Ips Universitaria	6	14%
Otros	3	5%
Servicio		
Urgencias	6	14%
Cirugía	11	22%
Hospitalización	30	57%
Otros	4	7%
Cargo		
Médico Especialista	11	22%
Médico General	4	9%
Enfermera	9	17%
Auxiliar de Enfermería	24	45%
Otros	3	7%

El locus de control está conformado por tres constructos, locus de control interno, externo y social afectivo; con la aplicación de la escala de locus de control se determinaron tres niveles en cada uno de los constructos (alto, medio, bajo).

Cada constructo de locus de control (interno, externo y social afectivo) presentan resultados homogéneos, comparado con los comportamientos identificados en las variables sociodemográficas y laborales. Se identificó que la población estudiada presenta locus interno predominantemente alto (88%), un locus de externo predominantemente bajo (78%) y un locus social en nivel medio (60%) (Tabla 5). A partir de esto se puede indicar que la población estudiada percibe que pueden influir en su propio destino, transformar una situación adversa o aumentar la probabilidad de éxito.

Tabla 5 Distribución porcentual del locus de control de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014

Locus de control	N	Distribución porcentual
Interno		
Bajo	0	0%
Medio	7	12%
Alto	51	88%
Externo		
Bajo	45	78%
Medio	13	22%
Alto	0	0%
Social afectivo		
Bajo	21	36%
Medio	35	60%
Alto	2	3%

Se observaron 144 oportunidades adherencia a higiene de manos, de las cuales se identificó un promedio global de 75,9%, (Tabla 6) es decir que tan solo un cuarto de la población estudiada no realizó la técnica correcta para higienizarse en el momento adecuado. Esto concuerda con los resultados obtenidos durante el año 2013 en la institución donde identificaron una adherencia a la higiene de manos del 70%.

Tabla 6 Distribución porcentual de la adherencia a higiene de manos de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014

Adherencia a higiene de manos	N	Distribución porcentual
Si	44	76%
No	14	24%

6.2. ANÁLISIS BIVARIADO: ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL LOCUS DE CONTROL

Frente a los hallazgos encontrados con relación a locus de control en la población estudiantil, se observó locus de control interno predominantemente alto, por lo que es probable que los individuos estudiados se atribuyen las causas de los eventos que les suceden cotidianamente y los llevan a definir si tienen algún control sobre ellas.

En cuanto al sexo se identificó que las mujeres presentaron rasgos de internalidad altos (95%) y de externalidad bajos (81%); mostrando resultados estadísticamente significativos (valor $p < 0,05$). Con relación al sexo y al locus social afectivo se puede observar que las mujeres (62%) (Tabla 7), presentando mayor internalidad y niveles más altos de locus social afectivo que los hombres, lo cual indica que posiblemente requieren de relaciones afectivas y de aspectos personales como el ser simpático y agradable para lograr el éxito en sus vidas.

En lo que refiere a la edad se identifica que las personas entre 37 y 50 años presentaron los niveles más altos de internalidad (94%), los más bajos de externalidad (81%) y los más altos en social afectivo (68%) (Tabla 7). En cuanto a este grupo se puede indicar que perciben que los acontecimientos de su vida son derivados a partir de las decisiones que toman, adicionalmente consideran importante las relaciones afectivas para lograr el éxito en sus vidas.

En cuanto al estado civil, los profesionales de la salud casados y divorciados presentan niveles similares tanto en niveles altos de internalidad (89%), como en los niveles bajos de externalidad (76%) (Tabla 8); pero se identificó que las personas casadas (67%) reportaron mayor nivel de locus social afectivo (Tabla 7). Según esto, tanto casados como divorciados percibieron que podrían controlar los sucesos de sus vidas, por otra parte que las personas casadas consideraron que requieren de relaciones afectivas para alcanzar sus objetivos.

Se identificó también que a menor nivel socioeconómico se presentó con mayor frecuencia rasgos de personalidad vinculados a la internalidad (Bajo 100%, Medio 86%,

Alto 57%). Esta asociación dio resultados estadísticamente significativos para este estudio. En cuanto a la externalidad y la afectividad el comportamiento de los datos fue inverso a la información anterior, quienes presentaron los niveles más bajos de externalidad (73%) y afectividad (27%) fueron los estratos socioeconómicos, seguido de los estratos socioeconómicos medio y alto (Tabla 7).

Tabla 7. Asociación entre las características sociodemográficas y el locus de control de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Locus interno		Valor p	Locus externo		Valor p	Social afectivo			Valor p
		Alto %	Medio %		Bajo %	Medio %		Bajo %	Medio %	Alto %	
Sexo	Femenino	0,95	0,05	0,039	0,81	0,19	0,397	0,35	0,62	0,02	0,881
	Masculino	0,76	0,24		0,71	0,29		0,38	0,57	0,04	
Grupo de edad	De 23 y 36	0,89	0,11	0,424	0,79	0,21	0,801	0,35	0,60	0,03	0,768
	De 37 y 50	0,94	0,06		0,81	0,19		0,31	0,68	0,00	
	De 51 y 64	0,79	0,21		0,71	0,29		0,42	0,50	0,07	
Estado Civil	Casado	0,89	0,11	0,509	0,75	0,25	0,614	0,28	0,67	0,03	0,795
	Soltero	0,67	0,33		1,00	0,00		0,33	0,66	0,00	
Estrato Socioeconómico	Divorciado	0,89	0,11	0,046	0,78	0,22	0,801	0,44	0,51	0,03	0,087
	Bajo	1,00	0,00		0,73	0,27		0,27	0,72	0,00	
	Medio	0,86	0,14		0,75	0,25		0,35	0,64	0,00	
	Alto	0,57	0,43		0,86	0,14		0,57	0,28	0,14	

*Chi-Cuadrado de Pearson

6.3. ANÁLISIS BIVARIADO: ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS LABORALES Y EL LOCUS DE CONTROL

En los resultados encontrados en relación a locus de control y las características laborales, con relación al tiempo desde la graduación se identificó que quienes tienen entre 12 y 23 años presentan mayor internalidad (95%), menor externalidad (81%), y mayor afectividad (67%) en comparación con el resto de los participantes, esta asociación dio estadísticamente significativa (Valor $p=0,05$) (Tabla 8).

Con relación a la antigüedad se encuentra asociación estadísticamente significativa (Valor $p=0,05$), indicando que a mayor antigüedad mayor nivel de internalidad y menores niveles de externalidad, identificando que el grupo de edad con mayores niveles de locus de control interno (100%), locus de control externo (100%) y afectividad (67%) fueron las personas con mayor antigüedad en la institución (Tabla 8).

El tipo de contrato quienes presentaron los mayores niveles de internalidad (89%) y menores de externalidad (80%) fueron las personas que tiene contrato indefinido. En cuanto a la afectividad fueron los de contrato fijo y los prestadores de servicios los que reportaron los mayores niveles (100%). Según la empresa, quien están contratados mediante empresas aliadas presentan mayores niveles de internalidad (89%), mientras que los vinculados directamente con la institución presentan los niveles más bajos de externalidad (88%) (Tabla 8).

En la variable servicio, hospitalización se destaca por tener e mayor nivel de locus de control interno (91%), seguido de cirugía (85%) y urgencias (75%). El menor de locus de control externo se presentó en cirugía (85%), seguido de hospitalización (76%) y urgencias (63%). Se observó que en el servicio de cirugía se presentaron los niveles más altos de locus social (69%), lo cual indica que perciben que las relaciones sociales ayudan a alcanzar el éxito (Tabla 8).

Con relación al cargo, presentaron mayores niveles de internalidad las auxiliares de enfermería (92%) y enfermeras profesionales (90%), seguido de médicos especialistas (85%). En cuanto a la externalidad baja fueron los especialistas (85%), seguido de

médicos generales y enfermeras profesionales (80%). En general los profesionales de la salud percibieron que requerían de relaciones afectivas para lograr el éxito, esto puede relacionarse con su dinámica laboral, la cual implica interacción permanente entre el paciente, su familia y otros profesionales de la salud (Tabla 8).

Tabla 8. Asociación entre las variables laborales y el locus de control interno de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014

CARACTERÍSTICAS LABORALES	Locus interno			Locus externo			Social afectivo			Valor p
	Alto %	Medio %	Valor p	Bajo %	Medio %	Valor p	Bajo %	Medio %	Alto %	
Tiempo de grado (en años)	De 0 y 11	0,90	0,10	0,79	0,21		0,38	0,59	0,03	
	De 12 y 23	0,95	0,05	0,049	0,81	0,19	0,54	0,29	0,67	0,05
	De 24 y 35	0,63	0,38		0,63	0,38		0,50	0,50	0,00
Antigüedad (en años)	De 0 y 4	0,85	0,15		0,89	0,11		0,41	0,56	0,04
	De 5 y 9	0,93	0,07	5,6	0,63	0,37	0,048	0,33	0,63	0,04
	De 10 y 14	1,00	0,00		1,00	0,00		0,33	0,67	0,00
Tipo de contrato	Indefinido	0,89	0,11		0,80	0,20		0,38	0,58	0,04
	Fijo	0,50	0,50	0,23	0,50	0,50	0,10	0,00	1,00	0,00
	Prestado	1,00	0,00		0,00	1,00		0,00	1,00	0,00
Empresa	Empresa aliadas	0,89	0,11		0,77	0,23		0,34	0,64	0,02
	Ips U.	0,75	0,25	0,41	0,88	0,13	0,71	0,50	0,38	0,13
	Otros	1,00	0,00		0,67	0,33		0,33	0,67	0,00
Servicio	Urgencias	0,75	0,25		0,63	0,38		0,50	0,38	0,13
	Cirugía	0,85	0,15		0,85	0,15		0,31	0,69	0,00
	Hospitalización	0,91	0,09	0,52	0,76	0,24	0,45	0,36	0,61	0,03
Cargo	Otros	1,00	0,00		1,00	0,00		0,25	0,75	0,00
	Especialista	0,85	0,15		0,85	0,15		0,38	0,62	0,00
	Médico General	0,80	0,20		0,80	0,20		0,40	0,60	0,00
	Enfermera	0,90	0,10	0,814	0,80	0,20	0,70	0,30	0,60	0,10
	Auxi. Enfer.	0,92	0,08		0,77	0,23		0,42	0,58	0,00
	Otros	0,75	0,25		0,50	0,50		0,00	0,75	0,25

*Chi-Cuadrado de Pearson

6.4. ANÁLISIS BIVARIADO: ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES, DE LOCUS DE CONTROL Y LA ADHERENCIA A HIGIENE DE MANOS

Se realizó evaluación entre las categorías de adherencia a la higiene de manos y las variables sociodemográficas, laborales y de locus de control, en total se observaron. En cuanto a la adherencia se identificó que en promedio global el 75.9%, lo cual indica que cumplieron con los pasos y momentos requeridos para la higiene de manos, adicionalmente por cada dos mujeres que se adhirieron a la higiene de manos, hubo un hombre que se adhirió. Por otra parte, los participantes casados (50,0%), los profesionales entre 37 y 50 años de edad (31,8%), y el estrato socioeconómico alto (20%) presentaron mayor grado de cumplimiento a las indicaciones (Tabla 13).

En las variables laborales, de quienes se adhirieron a la higiene de manos con relación al tiempo de grado la mitad tenían 11 años o menos en la institución (50%), se identificó que a mayor tiempo de grado disminuye la proporción de adherencia. En cuando a la antigüedad, se presentan niveles similares de adherencia entre las categorías (Tabla 14)

Según el servicio, hospitalización representó el 50% del total de los adheridos. Finalmente para el cargo son las auxiliares de enfermería con 43,2% las que presentan mayor frecuencia de adherencia (Tabla 14).

Con relación a tipo de contrato el 95,5% de las personas que se adhirieron tenían contrato indefinido. Adicionalmente las empresas aliadas con 76,5% son quienes tienen mayor porcentaje de adherencia a la higiene de manos en esta variable (Tabla 14).

Se identifica que del total de la población que se adhirió a la higiene de manos con relación al locus de control el 84,1% de ellos reportaban internalidad alta, el 77,3% reportan externalidad baja y el 59,1% indican tener locus social afectivo nivel medio (Tabla 15).

Aunque no fue posible determinar asociación estadísticamente significativa se identificó que las personas con locus de control interno alto tienen mayor adherencia a la higiene de manos.

Tabla 9. Asociación entre las características sociodemográficas según la adherencia a la higiene de manos de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014

Características sociodemográficas	Adherencia				Valor p
	Si		No		
	N	%	N	%	
Sexo					0,552
Femenino	29	65,9	8	57,1	
Masculino	15	34,1	6	42,9	
Grupo de edad					0,442
Entre 23 y 36 años	20	45,5	8	57,1	
Entre 37 y 50 años	14	31,8	2	14,3	
Entre 51 y 64 años	10	22,7	4	28,6	
Estado Civil					0,209
Casado	22	50,0	6	42,9	
Soltero	1	2,3	2	14,3	
Divorciado	21	47,7	6	42,9	
Estrato Socioeconómico					0,179
Bajo	9	25,7	2	18,2	
Medio	19	54,3	9	81,8	
Alto	7	20,0	0	,0	

*Chi-Cuadrado de Pearson

Tabla 10. Asociación entre variables laborales y adherencia a la higiene de manos de los profesionales de la salud participantes del estudio. #PS UNIVERSITARIA+, 2014

Características laborales	Adherencia				Valor p
	Si		No		
	N	%	N	%	
Tiempo de grado					0,584
Entre 0 y 11 años	22	50,0	7	50,0	
Entre 12 y 23 años	17	38,6	4	28,6	
Entre 24 y 35 años	5	11,4	3	21,4	
Antigüedad					0,597
Entre 0 y 4 años	20	46,5	7	50,0	
Entre 5 y 9 años	20	46,5	7	50,0	
Entre 10 y 14 años	3	7,0	0	,0	
Tipo de contrato					0,151
Indefinido	42	95,5	13	92,9	
Fijo	2	4,5	0	,0	
Prestado	0	,0	1	7,1	
Empresa					0,667
Empresa aliadas	35	79,5	12	85,7	
Ips Universitaria	7	15,9	1	7,1	
Otros	2	4,5	1	7,1	
Servicio					0,867
Urgencias	6	13,6	2	14,3	
Cirugía	11	25,0	2	14,3	
Hospitalización	24	54,5	9	64,3	
Otros	3	6,8	1	7,1	
Cargo					0,926
Médico Especialista	11	25,0	2	14,3	
Médico General	4	9,1	1	7,1	
Enfermera	7	15,9	3	21,4	
Auxiliar de Enfermería	19	43,2	7	50,0	
Otros	3	6,8	1	7,1	

*Chi-Cuadrado de Pearson

Tabla 11. Asociación entre locus de control y la adherencia a la higiene de manos de los profesionales de la salud participantes del estudio. #IPS UNIVERSITARIA+, 2014

Locus de control	Adherencia				Valor p
	Si		No		
	N	%	N	%	
Interno					0,111
Medio	7	15,9	0	,0	
Alto	37	84,1	14	100,0	
Externo					0,919
Bajo	34	77,3	11	78,6	
Medio	10	22,7	3	21,4	
Social afectivo					0,584
Bajo	17	38,6	4	28,6	
Medio	26	59,1	9	64,3	
Alto	1	2,3	1	7,1	

*Chi-Cuadrado de Pearson

7. DISCUSIÓN

En la actualidad, es difícil entender que un hecho tan rutinario en la práctica de la medicina, como higienizarse las manos previo a examinar a un paciente, haya causado tanta controversia (73). Aunque los profesionales saben la importancia de lavarse las manos, la adherencia es muy baja, indicando la necesidad de mayor participación en la formación sobre el tema y de nuevas estrategias que fortalezcan el aprendizaje(74)

Por su parte, muchos centros de salud de todo el mundo ya tienen políticas bien establecidas y llevan a cabo programas regulares de formación en este ámbito, en el que destacan regularmente el papel central en el cumplimiento de higiene de las manos que los profesionales de la salud desempeñan, como mecanismo para la reducción de las infecciones asociadas a la atención (75).

Si se desea modificar las conductas de un individuo, se deben tener en cuenta factores influyentes en las representaciones, actitudes y conductas de los profesionales relacionadas con la adherencia a la higiene de manos; el locus de control, que es uno de los atributos de la personalidad que ejercen mayor influencia en el comportamiento organizacional (52,54). Este a su vez, ha estado relacionado con factores físicos, socioeconómicos, personales y culturales (59).

Con relación a la edad, el tiempo de grado y la antigüedad se identificó incremento de internalidad a medida que pasan los años, es decir que aumenta la percepción de que pueden controlar los acontecimientos y conductas de su vida; acorde a lo sugerido por Chubb y Fertman (1997), se puede indicar que las personas de mayor edad, presentaban una tendencia a ser más positivos, estaban más orientados a la internalidad, se percibían menos ansiosos, estaban más orientados a metas y al logro de ellas, puesto que se ve influenciado por las experiencias de proceso de educación y el haber trabajado, lo que lleva a una mayor sensación de control(59).

Archer y Waterman (1988), basados en las revisiones teóricas concluyeron que no hay evidencia suficiente para hablar de diferencias de género en cuanto al locus de control, a pesar de esto hasta ahora la internalidad ha estado relacionada con rasgo masculino, al igual que los encontrados en esta investigación donde los hombres resaltaron por tener mayor internalidad que las mujeres(76).

Por otra parte Laborín (2010) informa en su investigación sobre locus de control y autorregulación conductual, que los constructos de locus de control de la población han venido cambiando, debido a que se hay una mayor participación de las mujeres en los ámbitos educativo, social y político, lo que ha repercutido en un desarrollo por parte de éstas en lo que respecta a rasgos instrumentales, como el logro y la competitividad, atribuidos generalmente a los hombres (Assmar, Ferreira y Novaes, 2000; Samara, 2002). En este estudio se identificó que las mujeres presentan menor grado de externalidad que los hombres, lo cual podría deberse que la sociedad y los roles dentro de ella han cambiado en las últimas décadas, dándole a las mujeres la capacidad de tomar decisiones (57).

Gurin y Brim (1984) observaron que aquellos sujetos de niveles socioeconómicos bajos están más cercanos a creer en circunstancias externas fuera de su alcance. Este hallazgo podría estar reflejando que las personas con nivel socioeconómico alto, en algunos aspectos podrían ser más realistas, en cuanto a las expectativas sobre su futuro, ya que consideran que algunas situaciones de la vida no dependen del control personal; en esta investigación se identificó que a menor nivel económico aumenta el nivel de externalidad, lo anterior indica que aunque las personas en nivel socioeconómico bajo consideran que la solución a los problemas depende de la suerte u otros factores fuera de su alcance (58).

En el estado civil no se presentaron variaciones en las categorías (soltero, casado, divorciado) en cuanto internalidad y externalidad, mientras que con locus social afectivo se identificó que las personas casada reportaron mayor nivel de locus social afectivo en comparación con los divorciados. Según esto, las personas casadas consideraron que requieren de relaciones afectivas para alcanzar el éxito en sus vidas (77).

Las características relacionadas con tipo de contrato y empresa dan un reflejo de la realidad institución (modelo tercerizado para la prestación de servicios de salud), por tanto los resultados están orientados principalmente a empresas aliadas y tipo de contrato indefinido, en ambas categorías se reportaron tendencias de locus de control interno, lo cual implica capacidad de adaptación, necesaria en los profesionales de salud pertenecientes a asociaciones del gremio, puesto que estas organizaciones prestan servicios bajo las directrices y parámetros de la IPS contratante.

Al igual que Vera y Cervantes, 2000, se encontró en esta investigación en la variable cargo que las personas con estudios de técnicos tienen una percepción subjetiva relacionada con locus de control social afectivo que aquellos que estudiaron carreras profesionales o especializaciones, lo cual marca una tendencia sobre el hecho de que a medida que aumenta el nivel de preparación escolar la percepción sobre la atribución de los éxitos y fracasos tiende a internalizarse(57).

Para la asociación entre variables sociodemográficas, laborales y de locus de control con relaciona a la adherencia a higiene de manos no se encontraron significancias estadísticas, aun así se considerando lo expuesto por Casique Guerrero (2007), la estructura cognitiva relacionada con la percepción y atribución (locus de control), funciona como uno de los determinantes de pautas de comportamientos (14).

Estudios sobre adherencia a tratamientos terapéuticos mostraron que el locus de control interno, es un aspecto que puede ayudar a los pacientes en el autocuidado de su salud, pues han demostrado relacionarse con la adherencia terapéutica entre pacientes con diabetes mellitus; según explica Azzollini (2010), los pacientes que presenten locus de control interno diseñan estrategias de afrontamiento activas, resultando que sus prácticas de autocuidado sean más adecuadas y efectivas que las de quienes tienen un locus de control externo (78).

En este estudio se identificó que las personas que se adhieren a la higiene de manos presentaron niveles de locus de control interno alto, lo que puede indicar que la población estudiada tiene una estructura de aprendizaje permanente, están capacitados para adaptarse a los cambios y responder a las necesidades, dando resultados generalmente positivos en el alcance de los objetivos.

Según esto, la conducta no deseada de los profesionales de la salud puede ser modificada, mediante programas de actualización de conocimientos y concientización de los profesionales de la salud sobre la importancia de la higiene de manos, que permitan generar en ellos un pensamiento crítico y reflexivo ante una situación (79).

8. CONCLUSIONES

El locus de control es considerado un rasgo de la personalidad, por estudiar únicamente este componente, no es suficiente determinar las características que puedan influir en el cambio de conductas de los profesionales de la salud.

Frente al proceso de adherencia a higiene de manos, la revisión de antecedentes y el presente estudio, evidencian, que es preciso valorar las variables y factores que proponen el cumplimiento de esta, dentro de las cuales se contempla tanto las habilidades, el conocimiento técnico, así como factores del contexto psicológico y social. Adicionalmente este estudio, indico dinámica entre el locus de control y ciertas características como: sexo, estrato socioeconómico, tiempo de grado y antigüedad en el cargo.

Se observaron 58 colaboradores, 35 mujeres y 16 hombres, con un cumplimiento global de adherencia de 76% en 141 observaciones de higiene de manos. En cuanto al locus de control el 88% reportaron tener internalidad alta, el 78% externalidad baja y el 60% afectiva media.

El locus de control presento asociación significativamente estadística con cuatro variables, sexo, nivel socioeconómico, tiempo de grado y antigüedad. Indicando que posiblemente son características que influyen en los niveles de internalidad alta y externalidad baja.

En cuanto a el sexo, la edad, estado civil, el tiempo de grado y la antigüedad se presentaron los resultados esperados: a mayor locus de control interno mayor adherencia a higiene de manos.

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar indagando la relación que pueden tener las diferencias individuales con diferentes criterios institucionales, para así encontrar hallazgos y evidenciar perspectivas, que permitan resignificar el lugar del individuo dentro de la institución y fortalecer una cultura organización que promueve y potencialice los procesos psicológicos (razonamiento, comprensión y pensamiento crítico), a partir de la internalización de prácticas y conductas acordes a los objetivos organizacionales.

Adicionalmente se invita a fortalecer y modificar el locus de control interno mediante la capacitación, como mecanismo para mejorar los procesos de higiene de manos y disminuir las infecciones asociadas a la atención.

10. REFERENCIAS

1. Observatorio de Buenas Prácticas en Salud. Evaluación de prácticas [Internet]. Superintendencia de Salud. [citado 16 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-propertyvalue-4062.html>
2. Centro de Gestión Hospitalaria. Calidad y cultura: dos conceptos inseparables. 13 de noviembre de 2008;43:6-7.
3. Concejería de Salud. Estrategias para la seguridad del paciente. Sevilla. 2006;6:67.
4. Fine MJ, Smith MA, Carson CA, Mutha SS, Sankey SS, Weissfeld LA, et al. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis. JAMA. 10 de enero de 1996;275(2):134-41.
5. Lupión C, López-Cortés LE, Rodríguez-Baño J. Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. [citado 22 de abril de 2014]; Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X14000482>
6. Comisión Europea. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria [Internet]. Dirección de Salud Pública y Evaluación de Riesgos de la Comisión Europea. [citado 30 de abril de 2014]. Recuperado a partir de: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/healthcare_associated_infections/index_es.htm
7. Jiménez Jiménez Juan G, Kepa Balparda Arias J, Marcela Castrillón Velilla D, Yolima Díaz Montes S, Echeverri Gómez A, Estrada Restrepo J, et al. Caracterización epidemiológica de las infecciones nosocomiales en un hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Medellín, Colombia: enero 2005 -junio 2009. Medicina UPB. junio de 2010;29(1):46-55.
8. IPS UNIVERSITARIA. Tasa de infecciones Hospitalarias 2014. Sede León XIII: IPS UNIVERSITARIA -Sede Leon XII; 2014 mar.
9. Delpiano L. Desviación positiva para mejorar la adherencia a la higiene de manos. Revista chilena de infectología. febrero de 2014;31(1):101-101.
10. Calderón Hernández G, Serna Gómez HM. Relaciones entre recursos humanos y cultura organizacional. Un estudio empírico. Acta Colombiana de Psicología. 2009;12(2):97-114.

11. Riveros Pérez E, Zambrano P, Amado P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. *Medicina UPB*. 2012;31(2):127-34.
12. Reyes Luna J, Jara Concha P, Escobar M, M J. ADHERENCIA DE LAS ENFERMERAS/OS A UTILIZAR UN MODELO TEÓRICO COMO BASE DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA. *Ciencia y enfermería*. junio de 2007;13(1):45-57.
13. José Gómez-Doblas J. Implementación de guías clínicas. *Revista Española de Cardiología*. enero de 2006;59:29-35.
14. Casique Guerrero A, López Chanez FJ. El locus de control. *Panorama Administrativo*. junio de 2007;1(2):193-202.
15. Luengo González R, Pedraza Gómez MJ, Blasco Amaro JA. Factores Claves en Guías Clínicas Electrónicas: Cáncer de Mama - Satellite. *Informes, estudios e investigación UETS 09/09* [Internet]. 2010 [citado 6 de diciembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DFactores+CI%C3%A1ves+en+Gu%C3%ADas+CI%C3%ADnicas+Electr%C3%B3nicas.+C%C3%A1ncer+de+Mama+UETS+09-09.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352813957142&ssbinary=true>
16. Calderón Hernández G, Murillo Galvis SM, Torres Narváez KY. Cultura organizacional y bienestar laboral. *Cuad Adm*. junio de 2003;16(25):109-37.
17. Olave Montaña VD, Otero Valencia JC, Potosí Burbano YI. Identificación de los procesos asistenciales seguros de la guía técnica del Ministerio De La Protección Social aplicables en el Servicio de hospitalización del Hospital Toribio Maya de la ESE Popayán [Internet] [Investigación]. [Popayan Colombia]: EAN; 2012 [citado 22 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/1985/1/OlaveVictor2012.pdf>
18. Zino Torraza J. El entramado estructura social-instituciones-cultura [Internet]. Universidad Católica San Antonio; 2000 [citado 9 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.ub.edu/penal/docs/entramado.html>
19. Beatriz Oros L. Locus de control: evolución del concepto y operacionalización. *Revista Psicología*. 2005;14(1):89-98.

20. Derisi ON. La doctrina de la inteligencia de Aristoteles a Santo Tomas [Internet]. Buenos Aires: Cursos de cultura catolica; 1945 [citado 22 de octubre de 2013]. 304 p. Recuperado a partir de: http://www.documentacatholicaomnia.eu/03d/sine-data,_Derisi._Octavio_Nicolas,_La_Doctrina_de_La_Inteligencia_de_Aristoteles_A_S_Tomas,_ES.pdf
21. Organizacion Mundial de la Salud. Derecho a la salud [Internet]. WHO. [citado 17 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
22. Organizacion Panamericana de la Salud. Calidad de vida en los servicios de salud en america latina y el caribe: desafios para la enfermeria [Internet]. 2001 [citado 17 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www1.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserverp.pdf>
23. Álvarez HP. Mitos y realidades de la mercadotecnia de servicios de salud [Internet]. Salud en Tabasco. 2001 [citado 17 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=48707208>
24. Ministerio de proteccion social. Calidad de atención en salud [Internet]. Observatorio de Calidad en la Atención en Salud (OCAS). 2011 [citado 17 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/OBSERVATORIO-DE-CALIDAD-EN-LA-ATENCION-EN-SALUD-OCAS.aspx/public/seg_paciente/Default.aspx
25. Ministerio de Proteccion Social. Politica Nacional de Prestación de Servicios de Salud.pdf. Arte Laser Publicidad Ltda [Internet]. 2005 [citado 17 de octubre de 2014]; Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestacion%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
26. López Valencia DM, Ríos Villegas SM, Vélez Escobar L. Seguridad del paciente en la prestacion de servicios de salud de primer nivel de atención [Internet] [Monografía]. [Medellin]: Universidad de Antioquia; 2008 [citado 28 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePrestacionServicios.pdf>
27. Rios Rodas LJ, Hernandez Paternina G. Bases conceptuales para la elaboración de un modelo de seguridad del paciente. [Medellin]; 2010.
28. Ministerio de Proteccion Social. Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente [Internet]. Direccion general de calidad de servicios; 2010 [citado 17 de octubre de 2014].

Recuperado a partir de:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF>

29. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. WHO Library Cataloguing. 2004;84(7):26.
30. Nodarse Hernández R. Visión actualizada de las infecciones asociadas a la atención. Revista Cubana de Medicina Militar. septiembre de 2002;31(3):201-8.
31. Julio Durán Pérez, Luis Carlos Rodríguez García, Gabriel Alcalá. Mortalidad e infecciones nosocomiales en dos unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte. 2008;24(1):74-86.
32. Lisboa T, Rello J. Prevención de infecciones nosocomiales: estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. julio de 2008;32(5):248-52.
33. Ovejero SC. Adherencia a la higiene de manos en el Hospital Arne Hoygaard de Cachi. IntraMed Journal [Internet]. 30 de abril de 2014 [citado 21 de octubre de 2014];3(1). Recuperado a partir de:
http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/291
34. Organización Mundial de la Salud. Higiene de las Manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [Internet]. Alianza Mundial para la Atención mas Segura; 2012 [citado 7 de mayo de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1
35. Campaña Nacional de Higiene de Manos en la Republica de Argentina. [Internet]. ADECI-Asociación Argentina de enfermeros en control de infecciones; [citado 15 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://higiene-de-manos.adecei.org.ar/images/campana-higiene-manos-programa.pdf>
36. OMS | Información acerca de la campaña Salve vidas: límpiense las manos [Internet]. WHO. [citado 21 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de:
<http://www.who.int/gpsc/5may/background/es/>
37. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 21 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de:
http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf

38. Conly JM, Hill S, Lertzman J, Ross J. Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. *American Journal of Infection Control*. 1989;17(6):330-9.
39. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme*. *Lancet*. 2000;356(9238):1307-1012.
40. Allegranzi B, Sax H, Pittet D. Hand hygiene and healthcare system change within multi-modal promotion: a narrative review. *Journal of Hospital Infection*. febrero de 2013;83, Supplement 1:S3-10.
41. Chou DT, Achan P, Ramachandran M. The World Health Organization 5 Moments of Hand Hygiene. *J Bone Joint Surg Br*. abril de 2012;94(4):1-5.
42. Flores Maldonado V, Zuñiga Oseguera V, Gutierrez Samperio C, Frati Munari A, Ledezma Ramirez M, Perez Tamayo L. Estudio de la personalidad en tres grupos de médicos residentes (anestesiología, cirugía general y medicina interna), a través del inventario de Douglas N. Jackson. *Rev Mex Anest*. 1985;8:99-103.
43. Maria A S, Liliana S. Higiene de manos. *Rev Hosp Mat Inf*. 2005;24(4):158-63.
44. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. *Avenue Appia*. 2005;(27):31.
45. Berber JJE. Reseña de «Historia de vida. Psicoanálisis y sociología clínica» de Vincent de Gaulejac, Susana Rodríguez, Elvia Taracena [Internet]. *Tiempo de Educar*. 2006 [citado 18 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=31171407>
46. Schunk DH. *Teorías del aprendizaje*. Pearson Educación; 1997. 526 p.
47. Romesín HM, García JL. *Desde la biología a la psicología*. Editorial Universitaria; 2006. 218 p.
48. Laura Díaz Fernández, María Isabel Quintana, Jorge Torres Sánchez, Adalberto Díaz Corbea. *El trabajo político-ideológico en los docentes del sector salud*. 2011 [citado 18 de octubre de 2014];2(1). Recuperado a partir de: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/viewFile/17/34>
49. Molina HM. El desarrollo organizacional como facilitador del cambio. *Estudios Gerenciales*. 31 de diciembre de 2000;0(77):13-26.

50. Aguilar Villacís IM, Maldonado Vásquez RA. Modelo de gestión administrativa basado en procesos y talento humano para organizaciones representativas del sector riego en la provincia de Tungurahua [Internet] [Thesis]. Quito : EPN, 2006.; 2006 [citado 21 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://bibdigital.epn.edu.ec/handle/15000/8196>
51. Maria Patricia Mejia. El cambio del rol del gerente en las organizaciones a causa de la era de la tecnología. [Colombia]: Universidad de la Sabana; 2009.
52. Guillermo Ernesto García. Clima organizacional: hacia un nuevo modelo [Internet]. Porikan; 2007 [citado 21 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.unicauca.edu.co/porik_an/imagenes_3noanteriores/No.12porikan/articulo6.pdf
53. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción [Internet]. Washington D.C.: OMS-OPS; 2004 p. 1-204. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
54. Visdómine Lozano JC, Luciano C. Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2006;6(3):729-51.
55. Medina Mojena G, García Ucha FE. Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento. Cuadernos de Psicología del Deporte [Internet]. 2002 [citado 12 de diciembre de 2012];2(2). Recuperado a partir de: <http://revistas.um.es/cpd/article/view/111791>
56. Locus de control internos frente a locus de control externos [Internet]. El Centinela. [citado 12 de diciembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://centinela66.wordpress.com/2007/11/19/locus-de-control-internos-frente-a-locus-de-control-externos/>
57. Laborín Álvarez JF, Vera Noriega JÁ, Durazo Salas FF, Parra Armenta EM. Composition the locus of control in two latinoamerican cities. Psicología desde el Caribe [Internet]. 8 de septiembre de 2010 [citado 10 de octubre de 2014];0(0). Recuperado a partir de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/881>
58. Lever JP, Trejo LMV. Pobreza y Locus de Control [Internet]. Interamerican Journal of Psychology. 2004 [citado 18 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=28438209>
59. Lugo MEM. La involucracion con el trabajo y su relacion. Con la edad,el locus de control y los años de servicio. [Internet]. Revista Latinoamericana de Psicología. 1988 [citado 22 de

octubre de 2014]. Recuperado a partir de:
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80520200>

60. Jose Angel Vera, Jesus Francisco Laborin, Miriam Teresa Dominguez. Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores del norte de México. *Enseñanza e investigación en Psicología*. junio de 2009;14(1):119-35.
61. Vera Noriega JA, Dominguez Guedea MT, Laborín Álvarez JF, Albuquerque FJB, Seabra M. Autoconcepto, locus de control y orientación al éxito: sus relaciones predictivas en adultos mayores del noreste brasileño. *Psicologia USP*. 2007;18:137-51.
62. Brenlla ME, Vásquez N. Analisis psicométrico de la adaptacion argentina de la escala de Locus de Control de Rotter [Internet]. Universidad Catolica Argentina; 2010. Recuperado a partir de:
http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Documento_de_trabajo_Locus_de_control12.pdf
63. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Ley 100 dic 23, 1993. Recuperado a partir de:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
64. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. abr 3, 2006. Recuperado a partir de:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
65. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolucion 1441 de 2013, por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones [Internet]. Resolucion 1441 de 2013 may 6, 2013 p. 209. Recuperado a partir de:
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.PDF>
66. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014 [Internet]. 2003 p. 225. Recuperado a partir de:
http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
67. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0123 de 2012, la cual adopta los Manuales de Estándares de Acreditación [Internet]. ene 26, 2012 p. 2. Recuperado a partir de: http://www.aced.org.co/resolucion123_2012.pdf

68. Ministerio de Protección Social. Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. may 8, 2006. Recuperado a partir de:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>
69. IPS UNIVERSITARIA. Quienes somos: misión y visión. [Internet]. IPS Universitaria. [citado 16 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de:
<http://www.ipsuniversitaria.com.co/index.php/quienes-somos/mision-y-vision.pdf>
70. Sierra P. Evolución de la estrategia Multimodal Higiene de Manos en la «IPS UNIVERSITARIA». Sede León XIII: IPS UNIVERSITARIA -Sede Leon XII; 2014 mar.
71. Gonzalez J. Informe de Gestión: Talento Humano. Informe de Gestión presentado en: Comité Talento Humano; 2013 oct 28; Medellín.
72. Estadística y Epidemiología. 12 procedimientos de enfermería más frecuentes año 2012 [Internet]. Medellín: IPS UNIVERSITARIA -Sede Leon XII; 2012. Recuperado a partir de: CALIPSU/Registros y soportes/PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA O EGRESO/SEDES ANTIOQUIA/
73. Miranda C M, Navarrete T L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Revista chilena de infectología. febrero de 2008;25(1):54-7.
74. Coelho MS, Silva Arruda C, Faria Simões SM. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enfermería Global. enero de 2011;10(21):0-0.
75. Universidad nacional autónoma de honduras. Prácticas de lavado de manos en centros escolares y hospitalarios en áreas de influencia de médicos en servicio social 2010-2011. marzo de 2010;22.
76. Magdalena Varela Macedo, Laurdes Mata Villada. Diferencia de Locus de Control en niños y niñas de siete, nueve y once años. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2004;7(2):92-101.
77. Matud M.P., Bethencourt J.M., López M., Ibáñez I. Relevancia del género y de las variables sociodemográficas en locus de control y en factores motivacionales relativos al área laboral. Análisis y modificación de conducta. 2007;33(147):52-63.

78. Azzollini S, Bail Pupko V. La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. Anuario de investigaciones. diciembre de 2010;17:287-97.
79. Pilar Elola, Juan Aroca, Maria Victoria Huertas, Jesus Díez, Luis Rivas, Gloria Martinez. Programa de formación sobre la higiene de las manos. Estudio comparativo aleatorizado del lavado higiénico y el uso de soluciones alcoholicas. Enfem Clin. 2008;18(1):5-10.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

 Consentimiento informado	
Para la participación en la investigación relación entre el locus de control y adherencia a la higiene de manos en la "IPS UNIVERSITARIA" Sede León XIII, 2014.	
<p>El Presente estudio se encuentra registrado en el Comité de Bioética en Investigación de la IPS UNIVERSITARIA con el número IN43-2013, aprobado en el Acta N° 24 con Fecha 10 de diciembre de 2013.</p>	<p>Ningún colaborador será identificado como participante de la investigación en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, los datos relacionados en la investigación serán manejados en forma confidencial y será exclusivamente para ser analizados en este estudio, no se compartirán, ni sedaran, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación.</p>
<p>La investigación consiste en establecer la relación entre el locus de control (capacidad de un individuo para administrar su comportamiento) y la adherencia a la higiene de manos del talento humano en salud (especialistas, médicos, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería y otros profesionales) de la "IPS UNIVERSITARIA", puesto que se necesita contar con información que permita en cierto grado determinar los motivos por los cuales los colaboradores manifiestan comportamientos y actitudes negativas; dicha información permitirá abordar la problemática que para la gestión del talento humano represente la no adherencia a guías, protocolos y procedimientos, mediante la formulación de políticas y estrategias institucionales centradas en las necesidades del talento humano.</p>	<p>El investigador responsable se compromete con los participantes a brindar información oportuna, a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteen acerca de la investigación o los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Adicionalmente los participantes tienen el derecho a rechazar o negar su participación en el estudio o a retirar su consentimiento durante el estudio sin que esto afecte su situación laboral o genere una sanción institucional. Se les proporcionará a todos los participantes información actualizada que se obtenga durante el desarrollo de la investigación, aunque esta pudiera hacerlo cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo. Por último se garantizará el cumplimiento de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, los resultados de la investigación no serán utilizadas en perjuicio de los individuos participantes.</p>
<p>Para tal fin se requiere medir la adherencia a la higiene de manos (proceso institucional realizado al talento humano en salud durante la prestación de los servicios de salud) y la aplicación del test de locus de control (formado por 23 afirmaciones que deberán ser valoradas en una escala de uno a cinco según el grado de aplicación que tiene cada ítem en su vida).</p>	<p>De tener preguntas sobre este estudio, los participantes pueden contactar a la Investigadora Principal Salomé Henao González al teléfono 3154251191 o al correo electrónico salohg74@gmail.com o al Director del Comité de Bioética en Investigación de la IPS UNIVERSITARIA, encargado de vigilar el cumplimiento de los derechos del participante en el estudio, al Doctor Luis Eybar López al teléfono 4447085 ext 32246 en horarios de oficina de lunes a viernes.</p>
<p>La Investigación considera un riesgo mínimo, puesto que es un estudio prospectivo que emplea el registro de datos a través de una prueba psicológica individual auto administrada de diagnóstico llamado locus de control, que permite identificar riesgos de la personalidad de los participantes de la investigación.</p>	<p>Por medio del presente consentimiento el colaborador indica que conoce el objetivo, justificación, riesgos, derechos y demás información relevante para el desarrollo de esta investigación y acepta participar voluntariamente en el protocolo de investigación anteriormente descrito.</p>
<p>Con el fin de eliminar el riesgo del manejo de la información y garantizar la privacidad y confidencialidad de los colaboradores, se ha establecido una codificación que relacionará la evaluación de adherencia en el test de locus de control, así: número de formulario, guion, número del profesional evaluado, conservando el anonimato de los participantes en la investigación.</p>	
Nombre completo del participante _____	
Número de identificación _____	
Firma del participante _____	
Fecha y lugar _____	
Nombre completo Testigo (1) _____	Nombre completo Testigo (2) _____
Dirección del Testigo (1) _____	Dirección del Testigo (2) _____
Firma del Testigo (1) _____	Firma del Testigo (2) _____
Parentesco del testigo (1) _____	Parentesco del testigo (2) _____
	

