

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARÍA**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL
LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A
CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA,
JULIO 2013**

AUTORA:

ZULEIKA KALINE CUEVA COAGUILA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERÚ

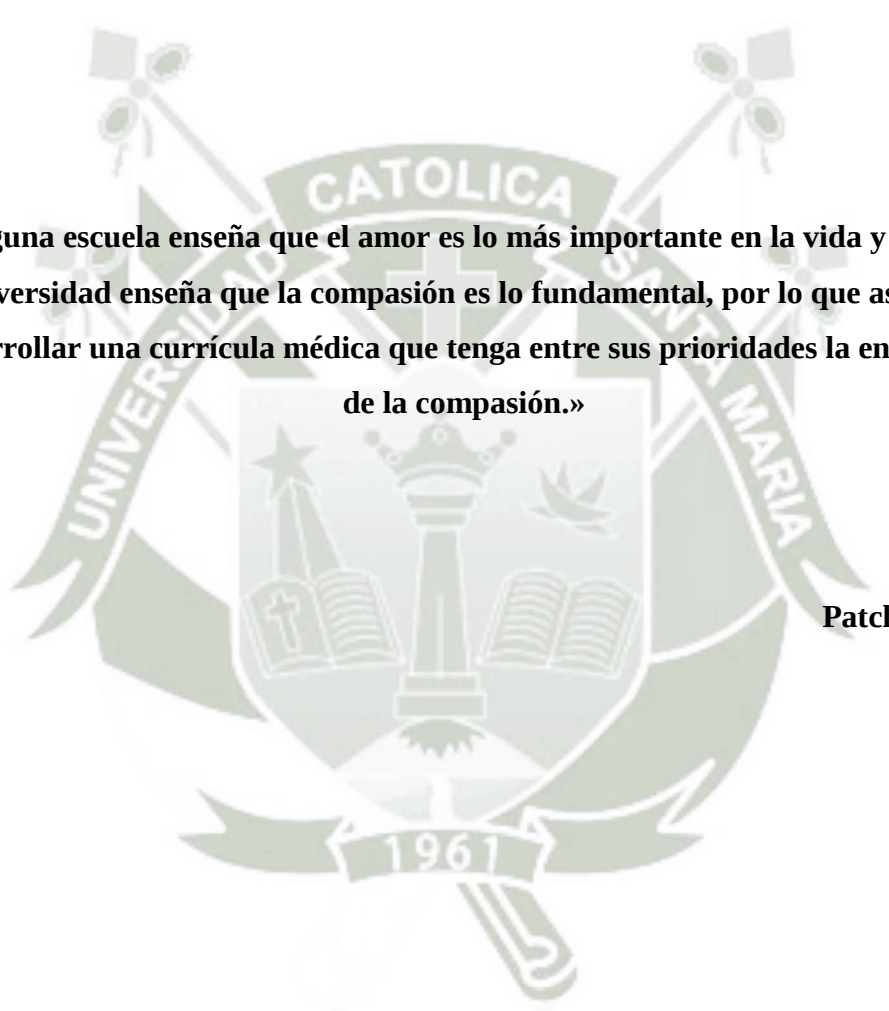
2013

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la bendición de Estudiar Medicina y la
sabiduría para cumplir con su Plan Divino.

A mi familia por regalarme todos los días mil motivos para
vivir, soñar, sonreír y servir.





«Ninguna escuela enseña que el amor es lo más importante en la vida y ninguna universidad enseña que la compasión es lo fundamental, por lo que aspiro a desarrollar una currícula médica que tenga entre sus prioridades la enseñanza de la compasión.»

Patch Adams.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS	8
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	34
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	44
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	52
Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos	53
Anexo 2: Cuestionario de Conocimientos	54
Anexo 3: Cuestionario de Actitudes	56
Anexo 4: Consentimiento informado.....	57
Anexo 5: Proyecto de Investigación	58

RESUMEN

Antecedente: El Lavado de Manos es una estrategia importante para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas que debe ser aprendida desde la niñez.

Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el Lavado de Manos en madres de niños menores de 5 años que acuden al Consultorio Externo de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa.

Métodos: Encuesta a una muestra de 250 madres, aplicando cuestionarios de conocimientos y actitudes. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva y correlacionan puntajes mediante Coeficiente de Pearson.

Resultados: El 44% de madres tuvieron entre 20 y 29 años, con edad promedio de 29,08 años. En las cuales predominó la educación secundaria (61,60%), educación primaria (25,20%); educación superior (11,20%) e iletradas (2,00%); la mayoría indicaron tener de 1 a 2 hijos (76,80), las madres procedieron mayormente de los distritos de Cayma (12,40%), Cerro Colorado (10,80%) y Paucarpata (10,00%), entre otros; se abastecen con agua intradomiciliaria (74,80%), agua de pileta (23,30%) y agua de pozo (2,00%); cuentan con desagüe intradomiciliario (68,40%) y letrina (31,60%); entre los antecedentes de enfermedades infecciosas presentaron enfermedades respiratorias (65,20%), diarreicas (31,60%), dermatológicas (1,20%) y ninguna (5,60%)

Los aspectos mejor conocidos sobre Lavado de Manos fueron la técnica (Frotar la palma y dorso de las manos) (93,20%), importancia del uso de jabón (91,60%), lavado de manos luego de usar el baño (87,20%), dónde es útil el LM (Contexto social) (81,20%), enjuague en el LM (80,00%), duración del LM (73,60%), cierre del grifo (72,80%), finalidad del LM (64,40%), enfermedades prevenibles (51,60%), alcohol versus LM (27,60%), uso de jabones antisépticos (27,20%), secado de manos (26,80%); sin embargo el nivel de conocimientos resultó deficiente en 22,80% y regular en 45,60%, con nivel bueno en 28,40% y muy bueno en 3,20%. Las actitudes más positivas se mostraron hacia la importancia de la enseñanza del Lavado de Manos a los niños (92,80%), Técnica de LM (Frotarse entre los dedos haciendo abundante espuma) (72,80%), LM después de bajar de la combi (68,80%), LM durante enfermedades (66,80%), LM antes de preparar alimentos (66,80%), limpieza

de uñas en LM (59,20%), uso de toallas (35,20%), uso de antibacterianos (28,80%). Las actitudes fueron positivas en 38,40%, aunque indiferente en 60,80%, y negativa en sólo 0,80% de las madres. Se encontró una correlación directa y de buena magnitud ($r > 0,30$) entre conocimientos y actitudes.

Conclusión: Las madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo de Pediatría muestran conocimientos y actitudes regulares hacia el Lavado de Manos que son potencialmente mejorables mediante técnicas educativas.

PALABRAS CLAVE: Conocimientos – actitudes – lavado de manos – prevención – madres – niños.



ABSTRACT

Background: Hand Washing is an important strategy to prevent transmission of infectious diseases to be learned from childhood.

Objective: To identify the level of knowledge and attitudes towards Hand Washing among mothers of children under 5 years attending the outpatient clinic of the Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa.

Methods: Survey of a sample of 250 mothers, applying knowledge and attitude questionnaires. Results are shown using descriptive statistics and scores correlated by Pearson coefficient.

Results: 44% of mothers were between 20 and 29 years, with mean age of 29.08 years. Which prevailed in secondary education (61.60%), primary education (25.20%), higher education (11.20%) and illiterate (2.00%), the majority reported having 1-2 children (76.80%), mothers came mostly Cayma districts (12.40%), Cerro Colorado (10.80%) and Paucarpata (10.00%), among others, are supplied with domestic water supply (74.80%), pool water (23.30%) and well water (2.00%) have intradomiciliary drainage (68.40%) and latrine (31.60%) among infectious disease history presented respiratory (65.20%), diarrhea (31.60%), skin (1.20%) and no (5.60%). Its most known were hand washing technique (Rub the palm and back of hand), (93.20%), importance of using soap (91.60%), Hand Washing after using the bathroom (87.20%), where it is useful for LM (Social context) (81.20%), rinse in the LM (80.00%), duration of LM (73.60%), close the tap (72.80%), purpose LM (64.40%), preventable diseases (51.60%), alcohol versus LM (27.60%), use of antiseptic soaps (27.20%), hand drying (26.80%), without But the level of knowledge was deficient in regular 22.80% and 45.60%, with 28.40% good level and very good at 3.20%. More positive attitudes toward were teaching the importance of hand washing to children (92.80%), LM technique (Rub between fingers making lather) (72.80%), LM after lowering the com (68.80%), BF diseases (66.80%), LM before preparing food (66.80%), cleaning of nails in LM (59.20%), use of towels (35.20%) antibacterial use (28.80%). Attitudes were positive in 38.40%, while 60.80% indifferent, and negative in only 0.80% of the mothers. We found a direct correlation and good size ($r > 0.30$) between knowledge and attitudes.

Conclusión: Mothers of children under 5 years show regular knowledge and attitudes towards hand washing, potentially improved by means of educational techniques.

KEYWORDS: Knowledge - attitudes - hand washing - prevention - mothers - children.



INTRODUCCIÓN

La práctica del Lavado de Manos con jabón encabeza la agenda internacional de higiene el 15 de octubre, con la celebración del Día Mundial del Lavado de Manos. Desde sus inicios en el 2008, año que fue designado el Año Internacional del Saneamiento por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Día Mundial del Lavado de Manos ha estado reforzando el llamado de extender mejores prácticas de higiene en todo el mundo.

El Lavado de Manos con jabón es una de las maneras más efectivas y económicas de prevenir enfermedades diarreicas y la neumonía, que juntas son responsables de la mayoría de muertes infantiles. Cada año, mueren más de 3,5 millones de niños y niñas debido a la diarrea y a la neumonía.

El Lavado de Manos se refiere a la aplicación de una sustancia detergente, ya sea en forma de barra, gel o espuma de jabón, sobre la piel húmeda de las manos y que añadida a la fricción mecánica de las mismas por el tiempo adecuado provoca, luego de su enjuague, la remoción mecánica de los detritus, componentes orgánicos y microorganismos de la superficie de la piel. Esta reducción se ha visto que no aumenta si prolongamos el tiempo del lavado; mas, sí se incrementa notoriamente cuando añadimos un antiséptico al jabón líquido o en barra.

Es necesario destacar la importancia de las normas sociales y de la cultura organizacional en el cumplimiento de la higiene de las manos, destacando el rol de los grupos docentes, de influencia y liderazgo en las conductas de sus pares o subordinados. En este contexto, las estrategias desarrolladas para incrementar el cumplimiento de la higiene de manos, debiera considerar en grado importante las

intervenciones dirigidas a esos grupos, con el fin integrar al esfuerzo de campañas de la higiene de manos locales, el poderoso rol de modelamiento y control social que ellos poseen.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos:

Consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) conformada por un cuestionario de conocimientos acerca del lavado de manos (Anexo 2) y un cuestionario de actitudes (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el área de Consultorio Externo del Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de Julio del año 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Madres de niños menores de 5 años que acudieron al Consultorio Externo del Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza y que accedieron al llenado de la encuesta.

Población: Madres de niños menores de 5 años que acudieron a Consultorio Externo del Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = Coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = Frecuencia de lavado adecuado de manos = 0.80 según Rivera y cols.

(4)

q = 1 – p

E = Error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 245,86 $\approx$ 250 casos

Además los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**

- Madres de niños menores de 5 años
- Madres que llenaron la encuesta
- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

– Cuestionarios incompletos o mal llenados.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal según Douglas Altman.

4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

Para el proceso de recolección de datos se realizaron coordinaciones con la Dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio para lograr la autorización para aplicar la encuesta a las madres que esperaban en Consultorio Externo del Servicio de Pediatría.

Se contactó con las madres de niños menores de 5 años para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, especificando el carácter anónimo de las respuestas. Se explicó la forma de llenado y se dio un tiempo prudencial para el llenado de los cuestionarios. Posteriormente se extrajeron los datos para realizar la tabulación respectiva. Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

4.2. Validación de los instrumentos

Las preguntas elaboradas en las encuestas se realizaron tomando en cuenta la bibliografía revisada y fueron validadas según la opinión de expertos.

Se realizó una prueba piloto en un grupo de 20 madres que fueron excluidas del estudio definitivo para establecer la validez de contenido, con ayuda del asesor de la

tesis, y para establecer los puntos de corte para los dos cuestionarios, así como la validez y consistencia interna de los cuestionarios.

Para la parte de conocimientos, se calificó cada respuesta acertada con un punto, las respuestas incorrectas como cero puntos, y la sumatoria se llevó a la siguiente escala:

Puntaje	Nivel
2-6 puntos	Deficiente (Contesta la mitad o menos de las preguntas)
7-8 puntos	Regular
9-10 puntos	Bueno
11-12 puntos	Muy bueno

Las actitudes se evaluaron mediante Escala de Likert de 5 ítems, que van desde TA = totalmente de acuerdo, A = de acuerdo, I = indiferente, D = en desacuerdo, y TD = totalmente en desacuerdo". con calificación de 1 a 5 puntos. La puntuación se realizó de 5 a 1 puntos si la dirección de la pregunta fue positiva (por ejemplo, "Me lavo las manos después de bajar de la combi") y de 1 a 5 puntos si la pregunta tenía sentido negativo (Por ejemplo, "No necesito lavarme las manos si voy a comer con cubiertos"), donde 5 expresó la opinión más adecuada y 1 la menos adecuada. Se sumaron los puntajes, que van de 10 a 50 puntos, se llevaron a una distribución percentil, y se transformaron los percentiles con regla de tres simple.

La calificación para las 10 preguntas de actitudes fue como sigue:

Puntaje	Nivel
10-22 puntos	Actitud negativa (Puntaje más bajo en distribución)
23-36 puntos	Actitud indiferente
37-50 puntos	Actitud positiva

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Se realizaron comparaciones entre grupos de variables categóricas mediante la prueba chi cuadrado, y se asociaron variables numéricas con el coeficiente de correlación de Pearson. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.

CAPÍTULO II

RESULTADOS



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 1

Distribución según edadde madres de niños menores de 5 años.

Edad materna	N°	%
< 20 a	31	12,40%
20-29 a	110	44,00%
30-39 a	76	30,40%
40-49 a	29	11,60%
≥ 50 a	4	1,60%
Total	250	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del H.R.H.D. Julio 2013

Tabla N°1. Se observa que las madres encuestadas fueron 250, en cuanto a la distribución por edades la muestra estaba comprendida por madres con edades entre menos de 20 a mayor o igual a 50 años.

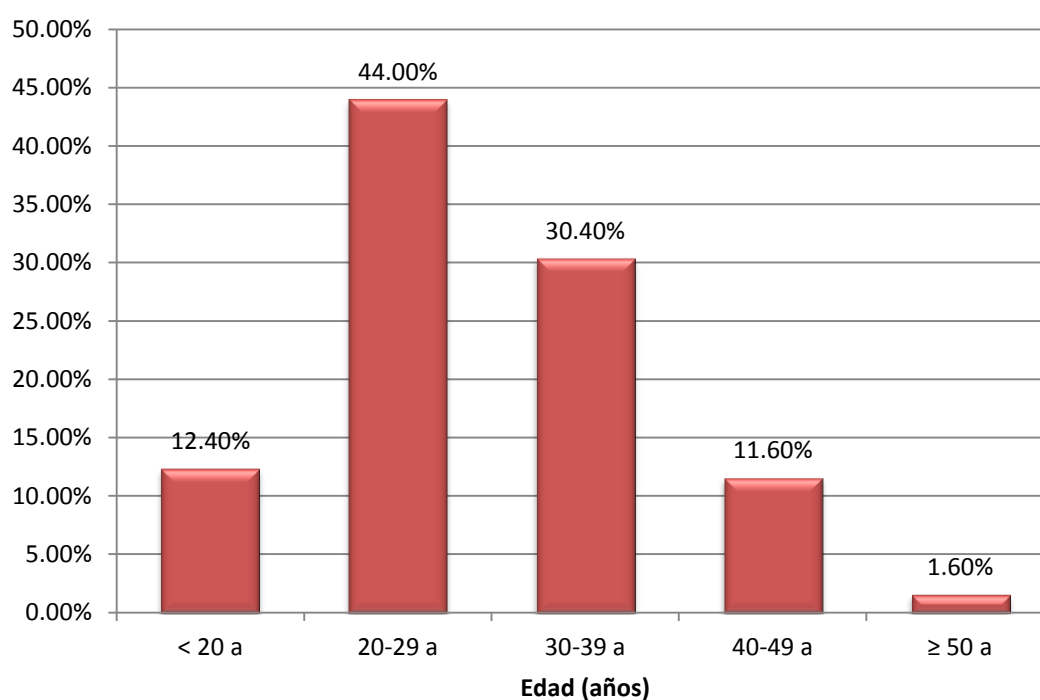
En el grupo etario de 20 a 29 años hubo un mayor porcentaje con 44%, el menor número de encuestados estuvo en el grupo de ≥50 años con un 1,60%.

Edad promedio ± D. Est (mín – máx): 29,08 ± 8,67 años (16-52 años)

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 1

Distribución según edad de madres de niños menores de 5 años



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del H.R.H.D. Julio 2013

Edad promedio $\pm$ D. Est (mín – máx): 29,08 $\pm$ 8,67 años (16-52 años)

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 2

Distribución de madres según número de hijos

N° de Hijos	N°	%
1 a 2	192	76,80%
3 a 4	54	21,60%
> 4	4	1,60%
Total	250	100,00%

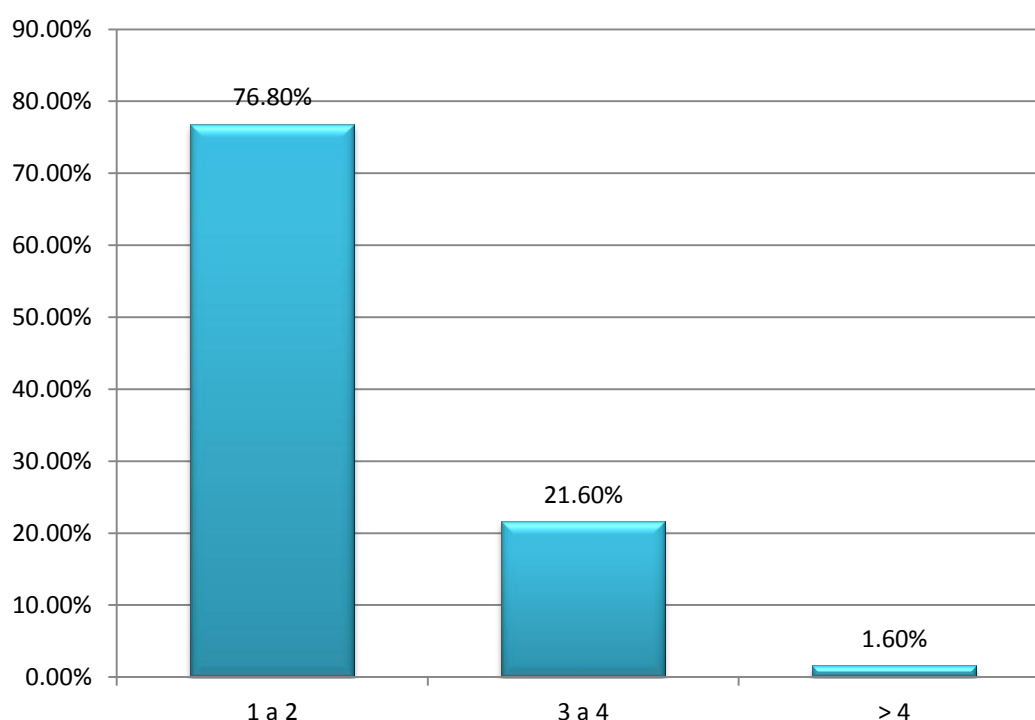
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del H.R.H.D. Julio 2013

Tabla N°2. Muestra el número de hijos de un total de 250 madres encuestadas; se encontró un mayor porcentaje(76,80%) de mujeres que tenían uno o dos hijos, y 21,60% de mujeres tenían de 3 a 4 hijos, y el menor porcentaje (1,60%) tuvo más de 4 hijos, con una media de 2 hijos por mujer.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 2

Distribución de madres según número de hijos



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del H.R.H.D. Julio 2013

Mediana: 2 hijos (1 a 6 hijos)

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 3

Distribución de madres según procedencia

Departamento	Provincia	Distrito	N°	%
Arequipa (n = 231; 92,40%)	Arequipa (n = 227; 90,80%)	Cayma	31	12,40%
		C Colorado	27	10,80%
		Paucarpata	25	10,00%
		M Melgar	19	7,60%
		Miraflores	16	6,40%
		S. Alegre	16	6,40%
		Siguas	15	6,00%
		Hunter	13	5,20%
		JLByR	12	4,80%
		La Joya	10	4,00%
		Vítor	10	4,00%
		Chiguata	8	3,20%
		Socabaya	7	2,80%
		Arequipa	5	2,00%
		Tiabaya	5	2,00%
		Sachaca	3	1,20%
		Characato	2	0,80%
		Yura	2	0,80%
		Uchumayo	1	0,40%
		Aplao	2	0,80%
		Cotahuasi	2	0,80%
Puno			12	4,80%
Cuzco			4	1,60%
Moquegua			2	0,80%
Tacna			1	0,40%
Total			250	100,00%

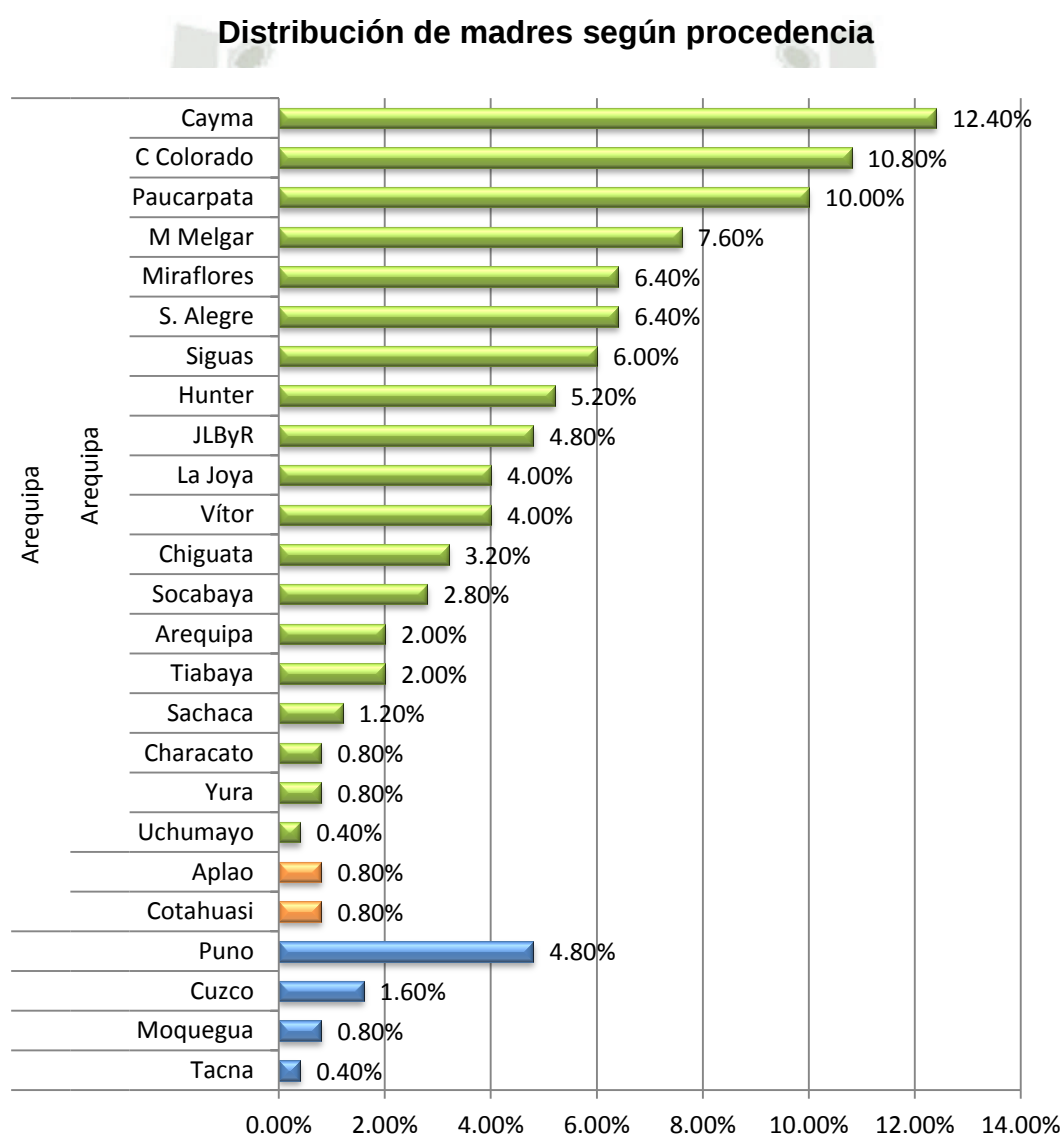
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de Pediatría
del H.R.H.D. Julio2013

TABLA N°3. Se observa que de un total de 250 madres el 92,40% de mujeres procedían del Departamento de Arequipa, en especial de la Provincia de Arequipa (90,80%), y en ella la mayoría procedentes del distrito de Cayma (12,40%), Cerro Colorado (10.8%) y Paucarpata (10.0%), entre otros diversos distritos y provincias de Arequipa y departamentos del sur.



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 3



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del H.R.H.D. Julio 2013

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 4

**Distribución de madres de niños menores de 5 años según instrucción
materna**

Instrucción	N°	%
Iletrada	5	2,00%
Primaria	63	25,20%
Secundaria	154	61,60%
Superior	28	11,20%
Total	250	100,00%

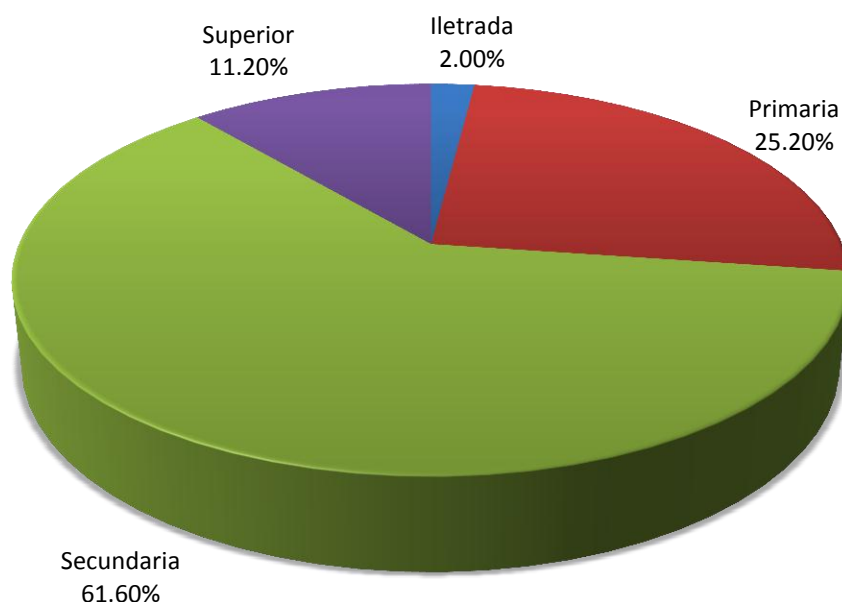
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del HRHD. Julio 2013

Tabla N°4. Se observa que de un total de 250 madres en cuanto a la distribución por instrucción predominó la educación secundaria con un 61,60%, seguida de 25,20% con educación primaria, 11,20% de madres de educación superior y el menor porcentaje con 2% de madres iletradas.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 4

**Distribución de madres de niños menores de 5 años según instrucción
materna**



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del H.R.H.D. Julio 2013

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 5

Distribución de servicios básicos en las familias de niños menores de 5 años

Servicios		N°	%
Agua	Intradomiciliaria	187	74,80%
	Pileta	58	23,20%
	Pozo	5	2,00%
Excretas	Desagüe	171	68,40%
	Letrina	79	31,60%
Total		250	100,00%

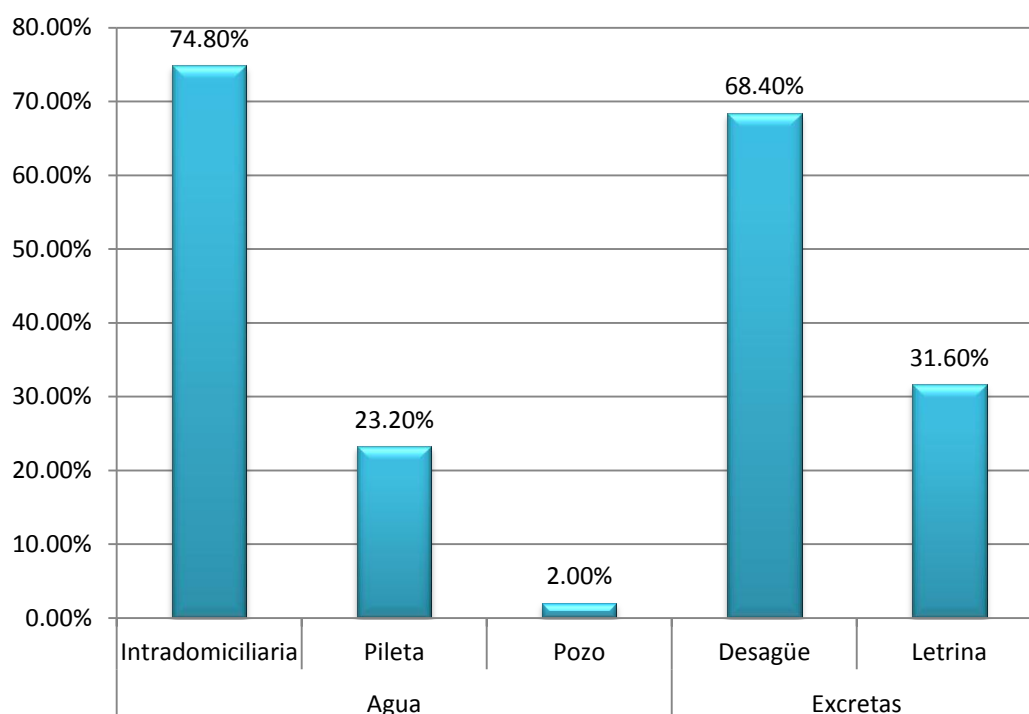
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del HRHD. Julio 2013

Tabla N°5. Se observa que de un total de 250 madres, en cuando a distribución por servicios básicos, se encuentra que el 74,80% de madres tienen agua intradomiciliaria, 23,20% se abastece con agua de pileta, y en menor porcentaje 2% por agua de pozo. En relación a la eliminación de excretas, el mayor porcentaje con 68,40% cuenta con desagüe intradomiciliario y 31,60% con letrina.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 5

Distribución de servicios básicos en las familias de niños menores de 5 años



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del H.R.H.D. Julio 2013

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 6

Antecedentes de enfermedades infecciosas en los niños

Enfermedades	N°	%
Respiratoria	163	65,20%
Diarrea	79	31,60%
Piel	3	1,20%
Ninguna	14	5,60%

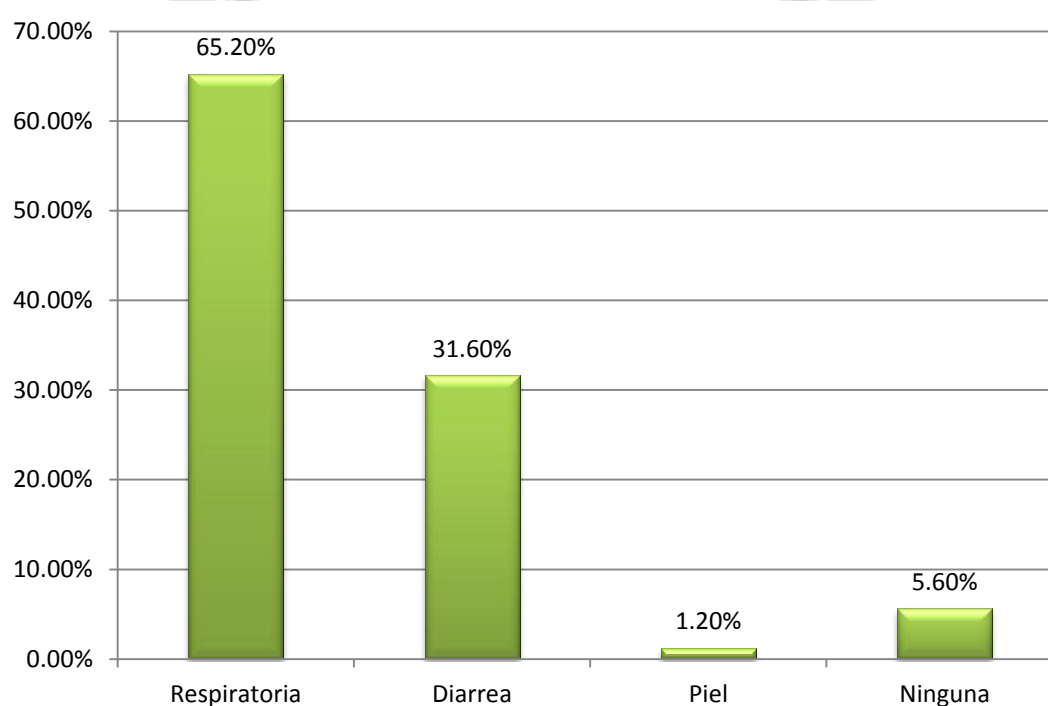
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del HRHD. Julio 2013

Tabla N°6.Según el antecedente de enfermedades respiratorias, el mayor porcentaje fue 65,20% de niños tuvieron antecedentes de enfermedades respiratorias, 31,60% enfermedad diarreica, y el menor porcentaje 1,20% enfermedades dermatológicasy 5,60% no presentaron enfermedades infecciosas.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Grafico 6

Antecedentes de enfermedades infecciosas en los niños



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del H.R.H.D. Julio 2013

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 7

Aspectos conocidos acerca del Lavado de Manos en las madres

Aspectos Conocidos	N°	%
Técnica de LM (Frotar palma y dorso)	233	93,20%
Uso de jabón en LM	229	91,60%
LM luego de usar el baño	218	87,20%
Dónde es útil el LM (Contexto social)	203	81,20%
Enjuague en el LM	200	80,00%
Duración del LM	184	73,60%
Cierre del grifo	182	72,80%
Finalidad del LM	161	64,40%
Enf. prevenidas con LM	129	51,60%
Alcohol versus LM	69	27,60%
Uso de jabones antisépticos	68	27,20%
Secado de manos	67	26,80%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del HRHD Julio 2013.

Tabla N°7. En cuanto a los aspectos conocidos acerca del lavado de manos en las madres de niños. Entre los aspectos mejor conocidos estuvo la técnica del lavado de manos (Frotar la palma y dorso) (93,20%), seguido del uso de jabón en el lavado (91,60%), la necesidad de lavado de manos luego de usar el baño (87,20%), las circunstancias en las que es útil el lavado de manos (81,20%), la importancia del enjuague en el lavado de manos (80,00%), la duración del LM (73,60%), la forma del cierre del grifo luego del lavado (72,80%), la finalidad del lavado de manos (64,40%), y las

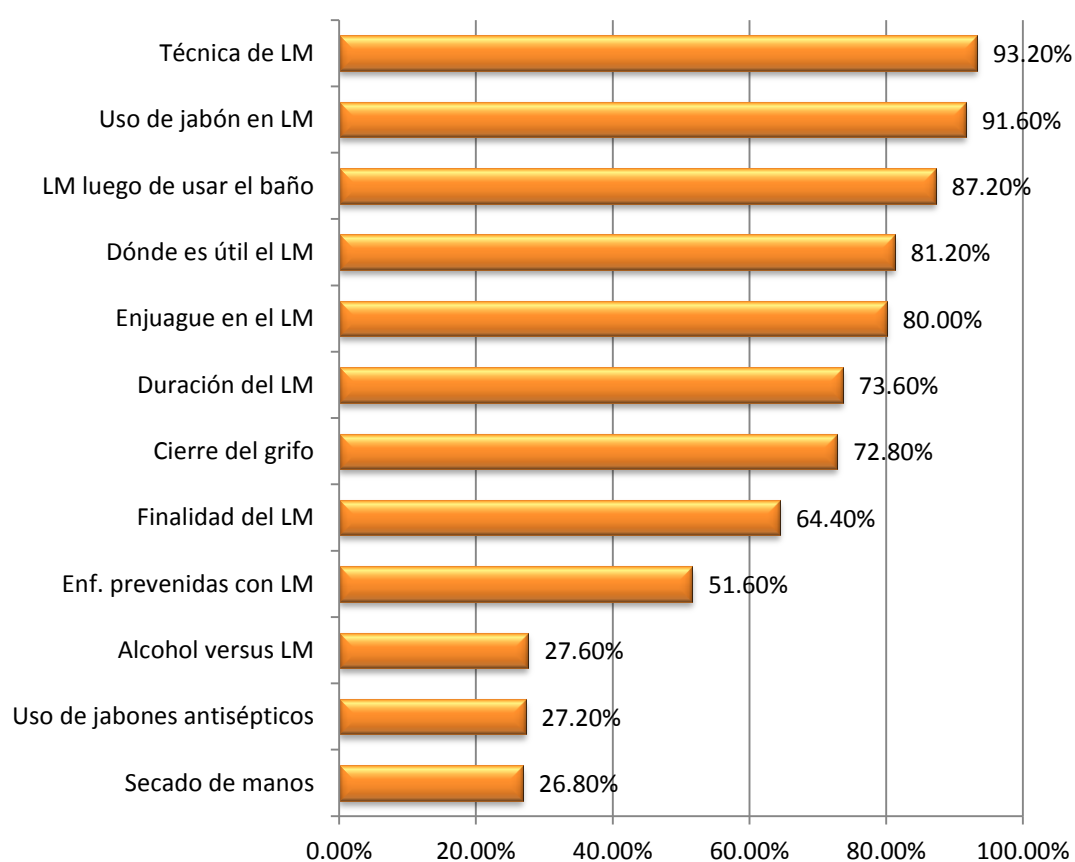
enfermedades. prevenidas con el lavado de manos (51,60%), siendo otros aspectos conocidos por menos de la mitad de madres, como la utilidad del alcohol en lugar del agua y jabón, la utilidad del uso de jabones antisépticos, y la forma del secado de manos.



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 7

Aspectos conocidos acerca del Lavado de Manos en las madres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del H.R.H.D. Julio 2013

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 8

Nivel de conocimientos sobre Lavado de Manos en las madres

Nivel de conocimiento	N°	%
Deficiente	57	22,80%
Regular	114	45,60%
Bueno	71	28,40%
Muy bueno	8	3,20%
Total	250	100,00%

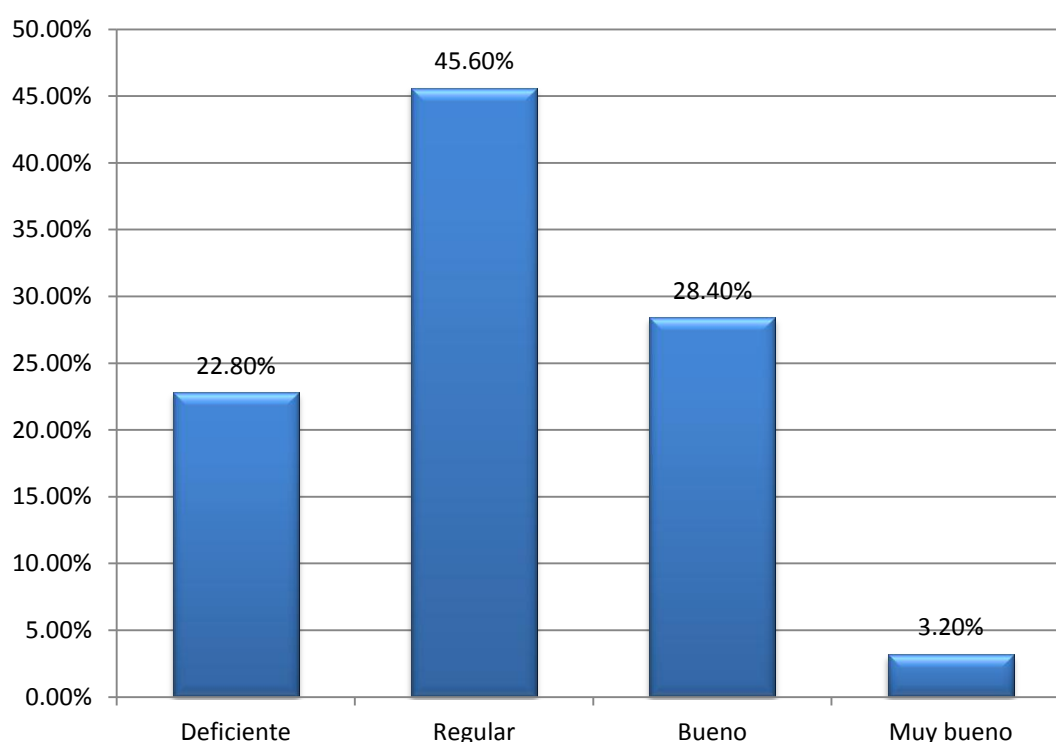
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de Pediatría del HRHD. Julio 2013.

Tabla N°8. En un total de 250 madres se observa que el mayor porcentaje tuvieron un nivel de conocimiento deficiente con 22,80%, regular en 45,60%, bueno en 28,40% y el menor porcentaje un nivel de conocimiento muy bueno en 3,20%

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 8

Nivel de conocimientos sobre Lavado de Manos en las madres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del H.R.H.D. Julio 2013

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 9

Actitudes positivas hacia el Lavado de Manos en las madres

Actitudes	N°	%
Enseñanza de LM en niños	232	92,80%
LM antes de comer	225	90,00%
Uso de jabón	207	82,80%
Técnica de LM (Frotarse entre los dedos)	182	72,80%
LM después de combi	172	68,80%
LM durante enfermedades	167	66,80%
LM antes de preparar alimentos	167	66,80%
Limpieza de uñas en LM	148	59,20%
Uso de toallas	88	35,20%
Uso de antibacterianos	72	28,80%

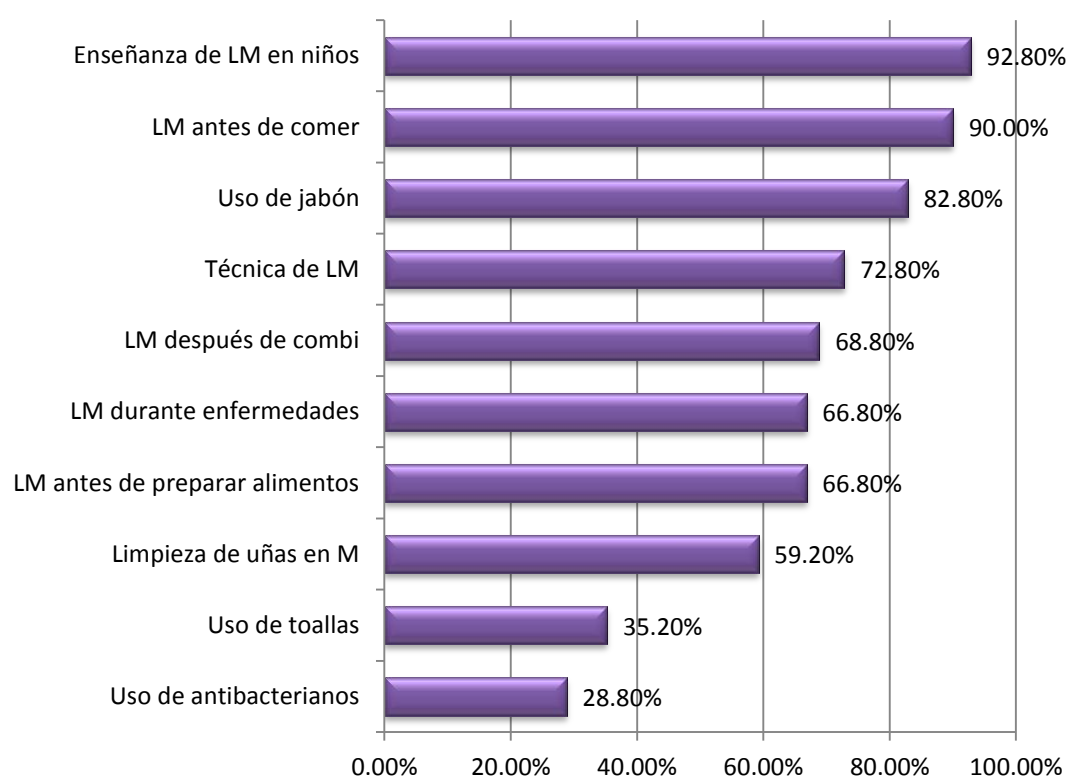
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del HRHD 2013.

Tabla N°9. Se observa que las actitudes más positivas se mostraron hacia la importancia de la enseñanza del lavado de manos a los niños (92,80%), del lavado de manos antes de comer (90,00%), acerca de la necesidad de uso de jabón en el lavado de manos (82,80%), sobre la técnica del lavado (Frotarse entre los dedos) (72,80%), y la necesidad del lavado de manos después del uso de medios de transporte (68,80%) o durante las enfermedades (66,80%) y antes de preparar alimentos (66,80%), las actitudes menos positivas Limpieza de uñas en LM (59,20%), uso de toallas (35,20%) y uso de antibacterianos (28,80%).

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 10

Actitudes positivas hacia el Lavado de Manos en las madres



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del H.R.H.D. Julio 2013

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, 2013**

Tabla 10

**Nivel de actitud de las madres de niños menores de 5 años hacia el
Lavado de Manos**

Nivel de actitudes	Nivel N°	%
Positiva	96	38,40%
Indiferente	152	60,80%
Negativa	2	0,80%
Total	250	100,00%

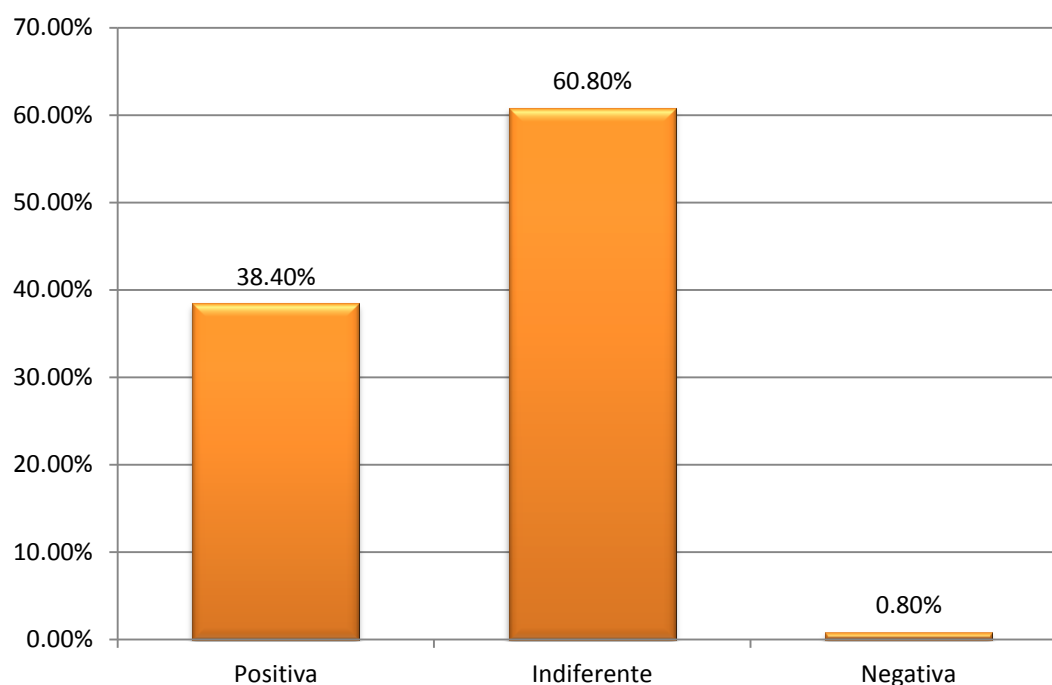
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del HRHD. Julio 2013

Tabla N°10. Se observa que de un total de 250 madres, las actitudes hacia el lavado de manos por las madres fue positiva en 38,40%, indiferente en 60,80% (Representada por el mayor porcentaje) y negativa en sólo 0,80% de madres.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Gráfico 10

**Nivel de actitud de las madres de niños menores de 5 años hacia el
Lavado de Manos**



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatría del H.R.H.D. Julio 2013

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013**

Tabla 11

**Relación entre conocimientos y actitudes de las madres de niños
menores de 5 años hacia el Lavado de Manos**

Actitud Conocim.	Negativa		Indiferente		Positiva		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiente	2	0,80%	32	12,80%	23	9,20%	57	22,80%
Regular	0	0,00%	87	34,80%	27	10,80%	114	45,60%
Bueno	0	0,00%	33	13,20%	38	15,20%	71	28,40%
Muy bueno	0	0,00%	0	0,00%	8	3,20%	8	3,20%
Total	2	0,80%	152	60,80%	96	38,40%	250	100,00%

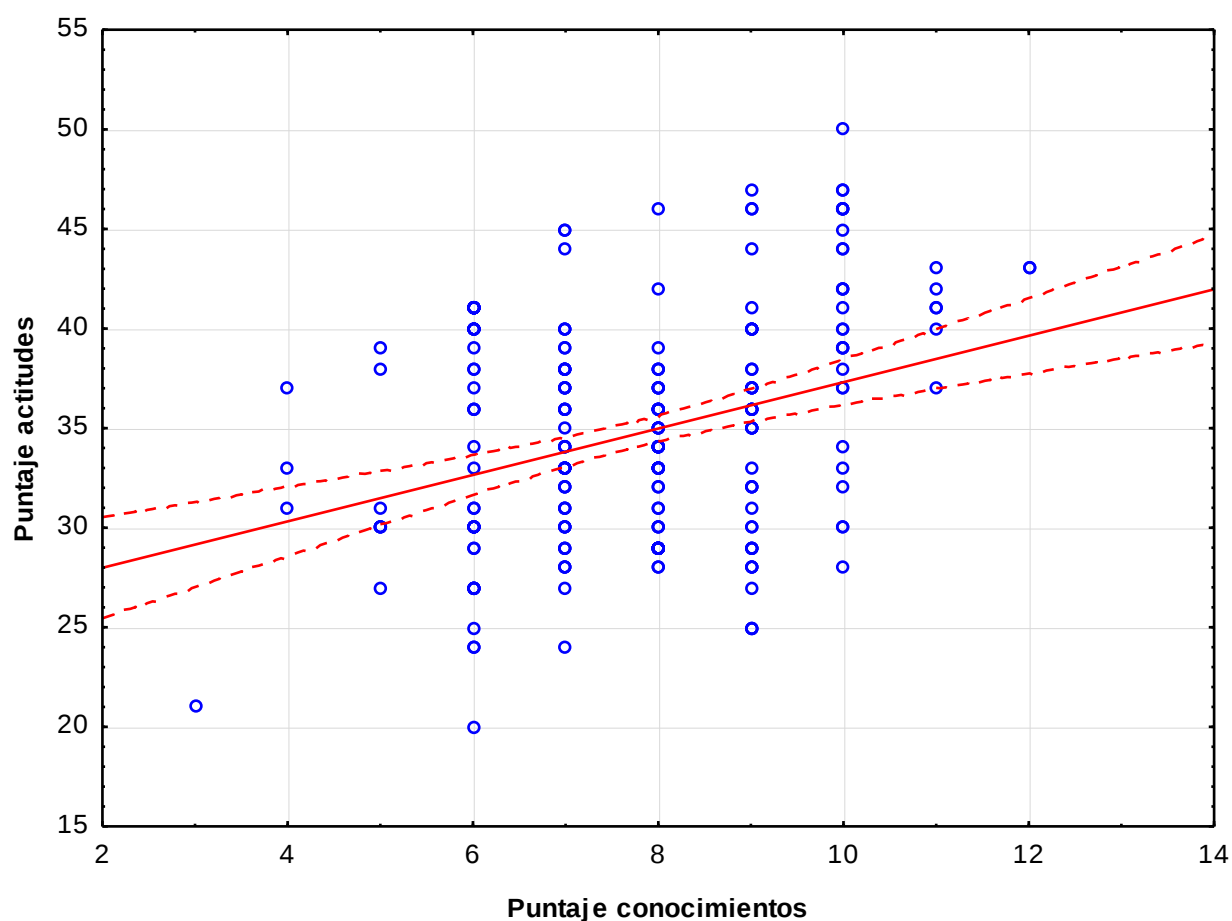
Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de
Pediatria del HRHD 2013.

Tabla N°11. Se muestra la asociación entre las actitudes hacia el Lavado de Manos y el nivel de conocimientos acerca de la misma; se puede ver que sólo las actitudes negativas se vieron en madres con conocimiento deficiente, y que las madres con actitudes más positivas tuvieron también los mejores niveles de conocimiento como bueno o muy bueno. Al relacionar los puntajes de las dos variables, corroboramos que la asociación es positiva y de buena magnitud ($r > 0,30$) y que ambas variables se relacionan de manera significativa ($p < 0,05$). Además se demuestra que mejorando los conocimientos de las madres de los niños menores de 5 años sobre el lavado de manos, mejorarán también sus actitudes hasta en un 10,52% (coeficiente de determinación).

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL LAVADO DE MANOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, JULIO 2013

Gráfico 11

Relación entre conocimientos y actitudes de las madres de niños
menores de 5 años hacia el Lavado de Manos



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta en Consultorio Externo de Pediatría
del H.R.H.D. Julio 2013

Ecuación de regresión $y = +1,1649x + 25,6587$

Coef. correlación: $r = 0,3244$

Coef. de determinación: $r^2 = 0,1052$ $p < 0,01$

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó identificar el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa, Julio 2013. Se realizó la presente investigación debido a que durante la realización de mis prácticas preprofesionales y durante el internado he tenido la experiencia de ver que a pesar de que las madres y los niños conocen de la importancia del Lavado de Manos, en la práctica la mayoría no aplica correctamente las técnicas de Lavado de Manos, igualmente muchos aspectos son desconocidos.

Es por ello que surge el interés en evaluar el conocimiento y las actitudes de las madres de niños menores de 5 años sobre el Lavado de Manos y el impacto que tendría un programa educativo en mejorar esta.

Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra representativa de madres de niños menores de 5 años, aplicando dos cuestionarios, uno de conocimientos y otro de actitudes, previamente validados. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos con prueba chi cuadrado y se correlacionan puntajes de conocimientos y actitudes mediante Correlación de Pearson.

Tablay Gráfico N°1. Distribución según edad de madres de niños menores de 5 años. Observamos que el grupo mayoritario estuvo conformado por madres con edades que oscilan entre 20 y 29 años, datos que coinciden con los hallazgos encontrados por el “Estudio de Comportamiento de Lavado de Manos con jabón en

zonas periféricas y rurales del Perú”(33) donde las madres observadas fueron también adultas jóvenes, cuyo rango de edad fue similar al encontrado y con una edad promedio igual a la hallada en este estudio.

Según las estadísticas del INEI (28) manifiestan que las tasas de fecundidad por edad, en promedio son relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanzan su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. La fecundidad descende rápidamente a partir de los 35 años de edad, datos que tienen relación a lo encontrado.

Al respecto podríamos decir que este grupo de madres no se consideran de riesgo ya que según el MINSA, los grupos de riesgo están conformados por madres cuya edad comprende menos de 18 ó más de 34 años al momento del nacimiento del niño (34); lo que si ocurriría con los demás grupos que sumados representan más de la mitad de la población estudiada, así también, es importante notar que el tercer grupo con mayor incidencia está conformado por madres menores de 20 años, dentro de las cuales se consideraría las madres adolescentes, según datos del MINSA (27) en los últimos años la tasa de fecundidad adolescente ha aumentado. Según Mendoza Aco L. (12) las madres adolescentes tienen un nivel regular de conocimientos de prevención de enfermedad diarreica, entre ellas conocimientos acerca del lavado de manos.

La Tabla y Gráfico N°2. Distribución de madres según número de hijos. Observamos que la mayoría de madres que participaron en el presente estudio indicaron tener de 1 a 2 hijos, datos muy cercanos a los proporcionados por el INEI (28), en donde se indica que en el país, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 2,6 hijos por mujer para el período 2009-2012, así mismo se indica que la TGF estimada para el área rural fue 52,2 por ciento más alta que la del área urbana.

Es importante conocer la Tasa de fecundidad ya que las estadísticas indican que entre mayor número de hijos en el hogar, se presenta mayor índice de pobreza; por lo tanto presentan menor accesibilidad a la calidad de educación, a la salud de los niños y a los servicios básicos(35), datos que influirían notablemente en la información y la práctica de medidas higiénicas en las familias.

Tabla y Gráfico N°3. Distribución de madres según procedencia. Observamos que la procedencia de la mayoría de la población fue del Distrito de Cayma, seguido de Cerro Colorado y Paucarpata; en menor porcentaje la procedencia fue de los Distritos de Alto Selva Alegre y José Luis Bustamante y Rivero, entre otros, datos que difieren con los aportados por el resumen estadístico del H.R.H.D donde indican que la mayor población que acudió a Consultorio Externo a este hospital durante el año 2012 fue proveniente del Distrito de Paucarpata, seguido de Cerro Colorado, José Luis Bustamante y Rivero, Arequipa (Cercado), Alto Selva Alegre y encontrándose en quinto lugar el distrito de Cayma(25).

Dichos variabilidad de datos podrían deberse a que no perteneciendo el distrito de Cayma a la jurisdicción del H.R.H.D; éste es considerado el hospital al cual acuden la mayoría de la población del Departamento de Arequipa, por contar con una mejor infraestructura, y el mayor número de especialistas, así mismo, se debe notar que según las estadísticas de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa (26) la zona rural de Arequipa estaría en crecimiento, considerándose la mayor parte de la zona de Cayma como rural, y siendo este Distrito el de mayor acceso al HRHD en el presente estudio.

Tabla y Gráfico N°4. Distribución de madres de niños menores de 5 años según instrucción materna. Observamos que la mayoría de madres cuentan con educación de nivel secundario, y el menor número de madres son iletradas; el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Investigación) (23) reportó que en el año 2011 el nivel de educación alcanzado por la población de 15 a más años de edad en el Departamento de Arequipa fue a predominio de la educación secundaria e igualmente el menor número estaría representado por personas iletradas, con lo que se corroborarían los presentes hallazgos.

Según El Estudio de Comportamientos de Lavado de Manos con Jabón en Zonas Urbano Periféricas y Rurales del Perú (33) asegura que con relación al nivel de instrucción de las madres y los padres o jefes del hogar, el lavado de manos tiene una relación significativa con el grado de instrucción; un alto porcentaje de las personas que lo practican tienen un nivel de instrucción secundario y superior.

Tabla y Gráfico N° 5. Distribución de servicios básicos en las familias de niños menores de 5 años. Los datos observados nos indican que la mayoría de la población del estudio cuenta con servicio básico de agua intradomiciliaria, lo que coincide con los datos proporcionados por la Gerencia Regional de Salud de Arequipa (26), en donde informan que a pesar del crecimiento de la zona rural, zona que no cuenta con servicios básicos, la mayoría de la población de Arequipa actualmente cuenta con servicio de agua intradomiciliaria, y un menor porcentaje se abastece mediante pileta, dato que también coincide los resultados obtenidos.

Según el estudio de “Comportamientos de Lavado de Manos con Jabón en Zonas Urbano Periféricas y Rurales del Perú” (33) el abastecimiento de agua por red pública dentro de la vivienda facilita enormemente la práctica de lavado de manos

con jabón después de cada contacto de riesgo con heces. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas, en comparación con las demás opciones de abastecimiento de agua.

En cuanto a la eliminación de excretas se encontró que el mayor porcentaje de familias cuenta con desagüe intradomiciliario y un menor porcentaje eliminan sus excretas por medio de la utilización de letrinas; los datos encontrados en el censo realizado por el INEI el año 2011 consistieron en mostrar la diferencia en eliminación de excretas, según la zona demográfica, siendo así que en zonas urbanas predominan las personas que cuentan con desagüe intradomiciliario, y un menor porcentaje lo constituyen las personas que eliminan sus excretas mediante el uso de letrinas; por el contrario, en zonas rurales se aprecia que la mayoría de personas utilizan letrina y un menor porcentaje cuentan con desagüe intradomiciliario.(23)

Si bien la mayor parte de la población de Arequipa proviene de la zona urbana (24), datos que coincidirían con nuestro estudio, se tendría que tener en cuenta que gran parte de la población que acude al H.R.H.D, son pobladores que en su mayoría provienen de zonas rurales.

Tablay Gráfico N°6. Antecedentes de enfermedades infecciosas en los niños. Notamos que en primer lugar se encuentra el antecedente de enfermedad respiratoria, que duplica al antecedente de enfermedad diarreica, ocupando éste el segundo lugar. Según el MINSA (13) las enfermedades diarreicas y la neumonía, juntas son responsables de la mayoría de muertes infantiles.

Según los datos del Resumen Anual Estadístico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (25) durante el año 2012 se encontró que entre las diez primeras causas de mortalidad en niños menores de 9 años las enfermedades del aparato

respiratoriose encontraron en tercer lugar, así mismo, entre las diez primeras causas de atención en emergencia en niños menores de 9 años las enfermedades de vías respiratorias superiores ocuparon el primer lugar. Así mismo, el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Investigación) (23) reportó que en el 2011 Arequipa fue uno de los departamentos con altos índices de niños menores de 5 años de infecciones respiratorias agudas.

Al respecto se podría decir que según los datos encontrados las infecciones respiratorias aún siguen representando un problema prioritario en la salud y es importante mencionar que con el Lavado de Manos según estudios (7) se reduce la tasa de infecciones hasta en aproximadamente 25 por ciento.

En nuestros resultados la segunda enfermedad infecciosa que se presentó fue la enfermedad diarreica, según el estudio de “Comportamientos de Lavado de Manos con Jabón en Zonas Urbano Periféricas y Rurales del Perú” (33) el problema de la diarrea infantil afecta al 15% de los niños menores de cinco años en el Perú, así mismo afirman que las repercusiones de esta infección se expresan claramente en el retraso del crecimiento y desarrollo de estos niños e influye en los cuadros de desnutrición.

Una revisión de más de 30 estudios (7) reveló que el lavado de manos con jabón reduce casi a la mitad la incidencia de la diarrea y que éstas se encuentran relacionadas con las excretas, ya que los patógenos provienen de la materia fecal, el Lavado de Manos también contribuiría a disminuir la incidencia de esta patología, siendo una de las más comunes en los primeros años de vida.

Tabla y Gráfico N°7. Aspectos conocidos acerca del Lavado de Manos en las madres. En nuestro estudio se puede evidenciar que el segundo aspecto mejor

conocido es la importancia del uso de jabón en el Lavado de Manos, dato que contrastaría con la guía para planificadores. “Global Hand Washing” en donde indican que en la mayoría de países existe la creencia de que lavarse las manos sólo con agua es suficiente para quitar la suciedad visible y tener las manos limpias (7).

Dentro de los aspectos menos conocidos se encuentra el desconocimiento de las enfermedades prevenibles con el Lavado de Manos, este hallazgo es alarmante ya que influiría en prevenir enfermedades potencialmente mortales como la diarrea y neumonía en nuestro medio(13).

De igual manera observamos que dentro de los aspectos menos conocidos se encuentra el uso de alcohol versus Lavado de Manos con agua y jabón. Tanner J, Swarbrook S, Stuart J. (31) indican que el alcohol es activo y eficaz por tener un efecto bactericida rápido, así mismo otro aspecto que es poco conocido es el uso de jabones antisépticos versus jabón común según Troconis J. (30) está en discusión la ventaja del uso de un jabón con antiséptico con otro jabón sin este componente sin embargo, según el MINSA (13) para el Lavado de Manos social, es suficiente el uso de agua y jabón, ya que evita resequedad de piel y los jabones antibacterianos causarían posibles alergias, por otro lado eliminarían la flora residente importante para la autoprotección.

En cuanto al desconocimiento de secado de manos se evidenció que existe la creencia que el uso de toalla de tela es mejor que las toallas de papel ya que las madres indicaron, no estar familiarizadas con las toallas de papel, y también indicaron que el precio de éstas es más elevado.

Tabla y Gráfico N°8. Nivel de conocimientos sobre Lavado de Manos en las madres. Según nuestros hallazgos observamos que del total de madres

encuestadas la mayoría cuenta con un nivel de conocimiento regular, en lo que se coincide con los resultados encontrado por Mendoza Aco L, Chávez Zúñiga M. (12) donde la mayoría de madres cuentan con un conocimiento de nivel regular en cuanto a medidas higiénicas (Dentro de ellas Lavado de Manos) para prevenir enfermedad diarreica.

Tabla y Gráfico N°9. Actitudes positivas hacia el Lavado de Manos en las madres. Dentro de nuestros hallazgos en cuanto a actitudes positivas hacia Lavado de Manos, observamos que la actitud más positiva se mostró hacia la importancia de la enseñanza del lavado de manos a los niños, dato importante ya que según El Ministerio de salud, Perú. Mediante el Boletín informativo “Con manos limpias niños sanos”.Indica que para la UNICEF los niños pueden actuar como agentes de cambio y transmitir las “Lecciones de Lavado de Manos” que aprenden en la escuela a sus hogares y comunidades, siendo piezas clave para cultivar tan importante hábito de higiene (13), por lo tanto es importante que el niño se encuentre adecuada y permanentemente motivado. (29)

En nuestro estudio observamos que la segunda actitud más importante es el lavado de las manos antes de comer, en el estudio de “Comportamientos de Lavado de Manos con Jabón en Zonas Urbano Periféricas y Rurales del Perú” (33) indican que según sus hallazgos las personas tienden a lavarse las manos en relación con las actividades de riesgo con heces más que en eventos de riesgo con comida.

Observamos que la tercera actitud más positiva se mostró hacia el Lavado de Manos con jabón dato que difiere con la guía para planificadores. “Global Hand Washing” en donde indican que el lavado de manos con jabón es muy poco practicado en todo el mundo (7).

Tabla y Gráfico N°10. Nivel de actitud de las madres de niños menores de 5 años hacia el lavado de manos. Observamos que la mayoría de madres presentan actitudes indiferentes hacia el Lavado de Manos, seguido por el grupo con actitudes positivas; según lo indicado por María Cruz Menárguez (36) el cumplimiento del lavado de manos es muy escaso en todo el mundo, en Perú, según un programa de evaluación de impacto (37) se encontró que las tasas de lavado de manos observadas se encuentran por debajo del 35% de la población estudiada, lo cual indica que existe todavía un margen importante para la mejora de esta práctica en el Perú. Así mismo, es importante resaltar que según nuestros resultados sólo un pequeño porcentaje presentan actitudes negativas.

Según el estudio de “Comportamiento de Lavado de Manos con jabón en zonas urbano periféricas y rurales del Perú”(33) los factores que contribuirían a explicar la falta de práctica del lavado de manos con jabón serían que las múltiples tareas del ama de casa compiten con su dedicación y control de la limpieza del niño. Además, que las madres perciben que existe cierta carencia o poca disponibilidad de recursos tanto de agua como de jabón.

Tabla y Gráfico N°11. Relación entre conocimientos y actitudes de las madres de niños menores de 5 años hacia el Lavado de Manos. Podemos observar que la relación entre conocimiento y actitud es directa, y recordamos que dentro de las características de las actitudes encontramos que son acciones frente a determinadas situaciones que resultan de un conocimiento o experiencia anterior, por lo tanto son adquiridas y también modificables (8) , como lo indica el trabajo realizado por Mendigure J, Huamán S, Ramos N, Valencia E.(11) corroboran los presentes hallazgos en cuyo estudio aplicando un programa de intervención educativa mejoraron los conocimientos y posteriormente las prácticas con relación al

lavado de manos, higiene personal, manipulación de los alimentos, manejo domiciliario del agua segura y los residuos sólidos, así mismo, Oropesa O, Quevedo G, Leyva L. (15) que la intervención educativa aplicada en su trabajo de investigación fue efectiva, pues las prácticas higiénicas como el lavado de las manos antes de ingerir alimentos o después de defecar, el andar descalzo, jugar con tierra, comerse las uñas y no hervir el agua de consumo, se modificaron de forma significativa.





CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- Primera.** Las familias de niños menores de 5 años atendidos en Consultorio Externo de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza están formadas por madres jóvenes entre 20 y 29 años de edad, procedentes de Arequipa, con dos hijos en promedio por familia y con agua y desagüe intradomiciliarios, aunque entre una tercera a quinta partecarecen de estos servicios.
- Segunda.** El nivel de conocimientos sobre el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa fue predominantemente regular, con un 31,60% con conocimientos buenos o muy buenos.
- Tercera.-** Las actitudes hacia el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa son predominantemente indiferentes, con un 38,40% de actitudes positivas.
- Cuarta.-** Existe una relación directa entre los conocimientos y las actitudes hacia el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años, esto quiere decir que a mayor conocimiento adquirido, mejoran las actitudes.

SUGERENCIAS

- 1) Al Director de la Dirección Regional de Salud para que continúe incluyendo dentro de las actividades de educación sanitaria, charlas informativas y demostraciones del correcto Lavado de Manos con jabón, esto se realizaría en el área de Consultorio Externo, mientras las madres esperan a que sus menores hijos sean atendidos.
- 2) Al Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María para que apoye e incentive a los alumnos a continuar realizando estudios de investigación sobre el Lavado de Manos como prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias en madres de niños menores de cinco años para afianzar conocimientos y actitudes en el tema.
- 3) A los docentes de Salud Pública para que brinden la motivación necesaria para que los alumnos sean los encargados, durante sus años de estudio de realizar campañas informativas y prácticas para fomentar el Lavado de Manos con jabón.
- 4) A los alumnos de medicina para realizar estudios de investigación más profundos acerca de los factores que influyen a las personas, dentro de su contexto social, a lavarse las manos, así también, factores que causarían que las personas no lo practiquen correctamente.

BIBLIOGRAFÍA

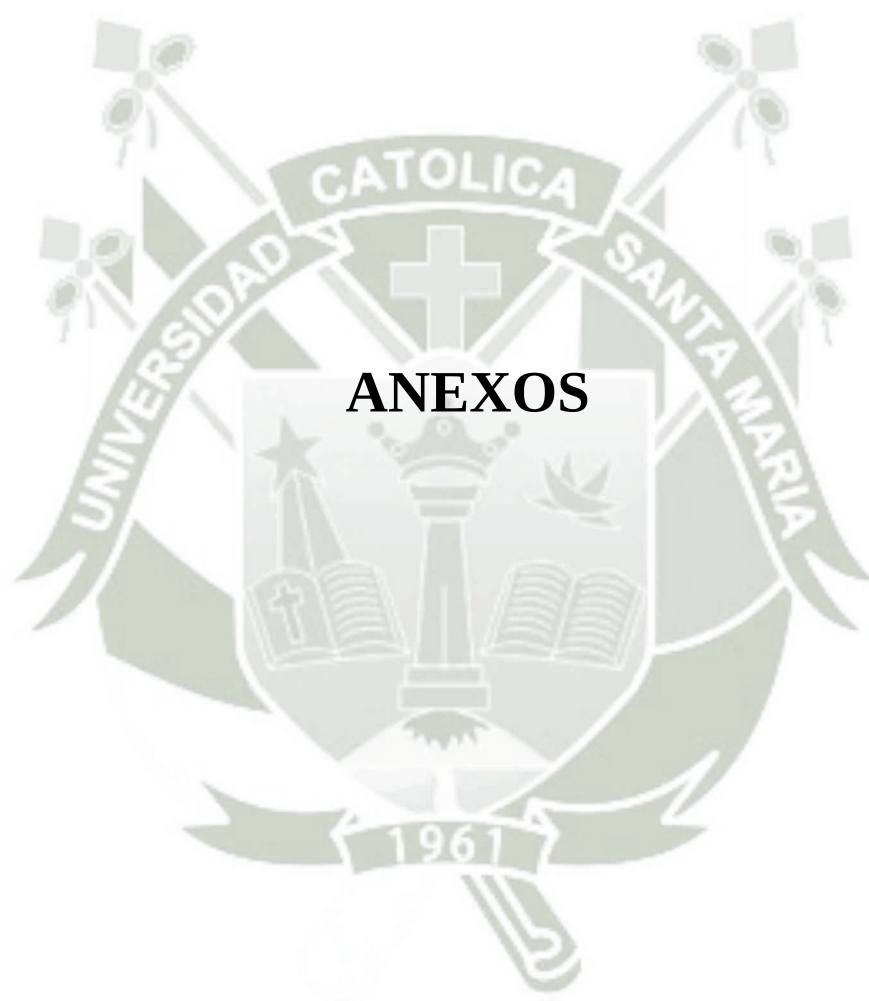
1. MINSA - Ministerio de salud, Perú. Con manos limpias niños sanos. Folleto informativo. [www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/verano/archivos/Manos Limpias.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/verano/archivos/Manos_Limpias.pdf)
2. Perez Cueto M et al. Intervención educativa y parasitismo intestinal en niños de la enseñanza primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2007, vol.23, n.2 pp. 0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000200010&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038.
3. Oropesa O, Quevedo G, Leyva L, Ferra B, Ferrer I, Rodríguez N. Intervención educativa sobre parasitismo intestinal en niños de la Escuela Primaria Salvano Velazco, Bocono. Correo Científico Médico de Holguín 2010;14(1). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no141/no141ori04.htm>
4. Rivera M, Rodriguez-Ulloa C, Zarpan-Arias L. Efecto de una intervención educativa sobre higiene alimentaria en escolares de Cajamarca. Rev. perú. med. exp. salud publica, ene./mar. 2008, vol.25, no.1, p.163-164.
5. Global Hand Washing. Día mundial del lavado de manos. 15 de octubre. Guía para planificadores. www.globalhandwashing.org/sites/default/files/Global_Handwashing_Day_2nd_Edition_espa.pdf
6. Curtis V y Cairncross S. "Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: A systematic review." The Lancet Infectious Diseases, Vol. 3, mayo 2003, pp 275-281.
7. MINSA. Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Guía para el lavado de manos. 2006. Disponible en: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/guia-de-lavado-de-manos.pdf>

8. Cabezas C, Alvares B, Salazar E et al. Efectividad del uso de alcohol glicerinado para la descontaminación de manos en una población sin acceso al agua potable posterremoto en Pisco, Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública, oct./dic. 2008, vol.25, no.4, p.391-393.
9. Osorio L, Hernández EA, Fajardo R, Torres E, Mejía G, Anaya V, et al. Eficacia del lavado de manos y alcohol glicerinado en personal de salud. Rev Med IMSS. 2004; 42(3): 205-210.
10. Mendigure J, Huamán S, Ramos N, Valencia E. Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú. Rev. de Ciencias de la Salud 2007; 2 (1): 87-100
11. Ejemot R, Ehiri J, Meremikwu M, Critchley J. Lavado de manos para prevenir la diarrea. <http://summaries.cochrane.org/es/CD004265/lavado-de-manos-para-prevenir-la-diarrea>
12. World Health Organization. The world health report 2002: Reducing risks promoting healthy life [WHO/WHR/02.1]. World Health Organization: Geneva, 2002.
13. World Health Organization. Treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers [WHO/FCH/CAH/03.7]. Geneva: World Health Organization, 2003.
14. Lanata CF, Huttly SR, Yeager BA. Diarrhea: whose feces matter? Reflections from studies in a Peruvian shanty town. Pediatric Infectious Disease Journal 1998;17(1):7-9.

15. Schmitt R, Bryan FL, Jermini M, Chilufya EN, Hakalima AT, Zyuulu M, et al. Hazards and critical control points of food preparation in homes in which persons had diarrhoea in Zambia. *Journal of Food Protection* 1997;60(2):161-71.
16. Clasen T, Roberts I, Rabie T, Schmidt W, Cairncross S. Interventions to improve water quality for preventing diarrhoea. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2006. 10.1002/14651858.CD004794.pub2.
17. Water and Environmental Health at London and Loughborough (WELL). DFID guidance manual on water supply and sanitation programmes. Loughborough: Water, Engineering and Development Centre (WEDC). 1999.
18. Ehiri JE, Azubuike MC, Ubbaonu CN, Anyanwu EC, Ibe KM, Ogbonna MO. Critical control points of complementary food preparation and handling in eastern Nigeria. *Bulletin of World Health Organization* 2001;79(5):423-33.
19. Fewtrell L, Kaufmann RB, Kay D, Enanoria W, Haller L, Colford JM Jr. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases* 2005;5(1):42-52.
20. Mendoza Aco L, Chávez Zúñiga M. Nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de la enfermedad diarreica en niños menores de 5 años de madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz –Zamácola, Arequipa 2012. Tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería. Universidad Católica de Santa María. 2012.
21. http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm
22. <http://es.wikipedia.org/wiki/actitud>.

23. Información sociodemográfica INEI (Instituto nacional de estadística e investigación). Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/inei/sisd/publico/>
24. Compendio estadístico regional 2008-2009 INEI. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0829/libro.pdf>
25. Resumen anual estadístico 2012 del Hospital Honorio Delgado Espinoza. http://www.hrhdaqp.gob.pe/publi_esta_infor/info/pdf/boletin_2011.pdf
26. Análisis de la situación de Salud-Gerencia Regional de Salud Arequipa <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Arequipa/Arequipa2011.pdf>
27. Ministerio de Salud Del Perú. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/>
28. Datos de fecundidad INEI. <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap03.pdf>
29. Estudio cualitativo sobre el lavado de manos. Disponible en: http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/Resumen_Ejecutivo.pdf
30. Importancia del lavado de manos en las escuelas-Honduras <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/HMCCE.pdf>
31. Troconis J. El lavado y cuidado de las manos. Acta odontológica venezuela. mayo 2003, vol.41, no.2, p.166-171. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000200012&lng=es&nrm=iso. ISSN 0001-6365. Citado el día 3 de noviembre del 2010.
32. Tanner J, Swarbrook S, Stuart J. Antisepsia manual quirúrgica para reducir la infección del sitio quirúrgico en: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Issue 3, pag 3. http://www.sempsph.com/sempsph/index.php?option=com_content&view

33. Estudio de comportamiento de lavado de manos con jabón en zonas urbano periféricas y rurales del Perú. Disponible en: <http://bvs.per.paho.org/texcom/colera/JointPub11S.pdf>
34. Encuesta demográfica o de salud familiar. Disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/endes/endes2007/8.%20Mortalidad%20Infantil%20y%20En%20La%20Ni%C3%B1ez/8.5%20Grupos%20de%20Alto%20Riesgo%20Reproductivo.html>
35. Perfil de la pobreza “Instituto Nacional de Estadística e investigación” <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0906/cap06.pdf>
36. Impacto de un programa docente sobre la higiene de manos en un hospital general <http://eprints.ucm.es/10558/1/T31899.pdf>
37. Perú: Iniciativa Lavado de Manos Lecciones de la evaluación de impacto <http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-Peru-HWWS-Impact-Evaluation-Research-Brief-Spanish.pdf>



ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Datos de la madre

Edad: _____ años

Procedencia: _____

N° de hijos: _____

Instrucción: Sin instrucción ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐

Servicios básicos: Agua intradomiciliaria ☐ Agua de pileta ☐ De pozo ☐

Cisterna ☐

Desagüe ☐

Letrina ☐

Datos del niño

Enfermedades en los niños: Diarrea ☐ infecc. Respiratoria ☐ Infecc. Piel ☐

Otras ☐ _____

Observaciones:

.....

Anexo 2. Cuestionario de conocimientos

Este cuestionario ha sido elaborado para evaluar los conocimientos acerca del lavado de manos y su importancia. Por favor responda con seriedad y veracidad.

1. El lavado de manos tiene como finalidad:
 - a) Eliminar la suciedad y la tierra
 - b) Eliminar gérmenes potencialmente patógenos**
 - c) Eliminar la grasa de las manos
2. El lavado de manos puede ayudar a prevenir
 - a) Diarreas y parásitos
 - b) La neumonía y la gripe
 - c) Ambas**
3. El lavado de manos sólo puede ayudar a prevenir enfermedades en lugares contaminados y pobres
 - a) Verdadero
 - b) Falso**
4. Para el lavado de manos sólo es necesario frotar la palma de las manos y no necesariamente el dorso de la mano
 - a) Verdadero
 - b) Falso**
5. La duración adecuada del lavado de manos es de al menos 30 segundos
 - a) **Verdadero**
 - b) Falso
6. Si dejo jabón en las manos al enjuagarlas se tiene más protección contra los gérmenes
 - a) Verdadero
 - b) Falso**
7. El secado de manos con toalla de tela es mejor que con papel
 - a) Verdadero
 - b) Falso**
8. Sólo debo lavarme las manos luego de hacer deposición y no necesariamente todas las veces que toco objetos
 - a) Verdadero
 - b) Falso**

9. Al cerrar el caño con las manos mojadas puedo volver a contaminarme con gérmenes
- a) **Verdadero** b) Falso
10. El lavado de las manos sólo con agua es igual de efectivo que el usar jabón
- a) Verdadero b) **Falso**
11. Si me froto las manos con alcohol es mejor que lavarse con agua y con jabón
- a) Verdadero b) **Falso**
12. El uso de jabones con antisépticos o desinfectantes no es mejor que el jabón común
- a) **Verdadero** b) Falso



Anexo 3. Cuestionario de actitudes

En las siguientes afirmaciones, marque la respuesta que más se identifica con lo que Ud.

haría o como opina en relación al lavado de manos

TA: total acuerdo, A: acuerdo, I: indiferente, D: desacuerdo, TD: total desacuerdo.

	TA	A	I	D	TD
1. Me lavo las manos después de bajar de la combi	5	4	3	2	1
2. Me lavo las manos con agua porque el jabón es caro y no mejora la eliminación de gérmenes	1	2	3	4	5
3. En los resfriados no es necesario lavarse las manos porque los virus se contagian por el aire	1	2	3	4	5
4. Me lavo las manos antes de preparar los alimentos sólo si los voy a tocar directamente.	1	2	3	4	5
5. No necesito lavarme las manos si voy a comer con cubiertos	1	2	3	4	5
6. El uso de las toallas de tela es mejor que las toallas de papel	1	2	3	4	5
7. Los niños no necesitan aprender a lavarse las manos hasta que van al colegio porque ahí es donde se contagian de infecciones	1	2	3	4	5
8. Al lavarme las manos me froto entre los dedos haciendo abundante espuma	5	4	3	2	1
9. Me limpio debajo de las uñas al lavarme las manos	5	4	3	2	1
10. Si tuviera recursos, emplearía jabones antibacterianos para el lavado de manos porque es mejor que el jabón común	1	2	3	4	5

Anexo 4. Consentimiento informado

Consentimiento informado para los Participantes de la Investigación “Conocimientos y actitudes hacia el lavado de manos en madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa, Julio 2013”

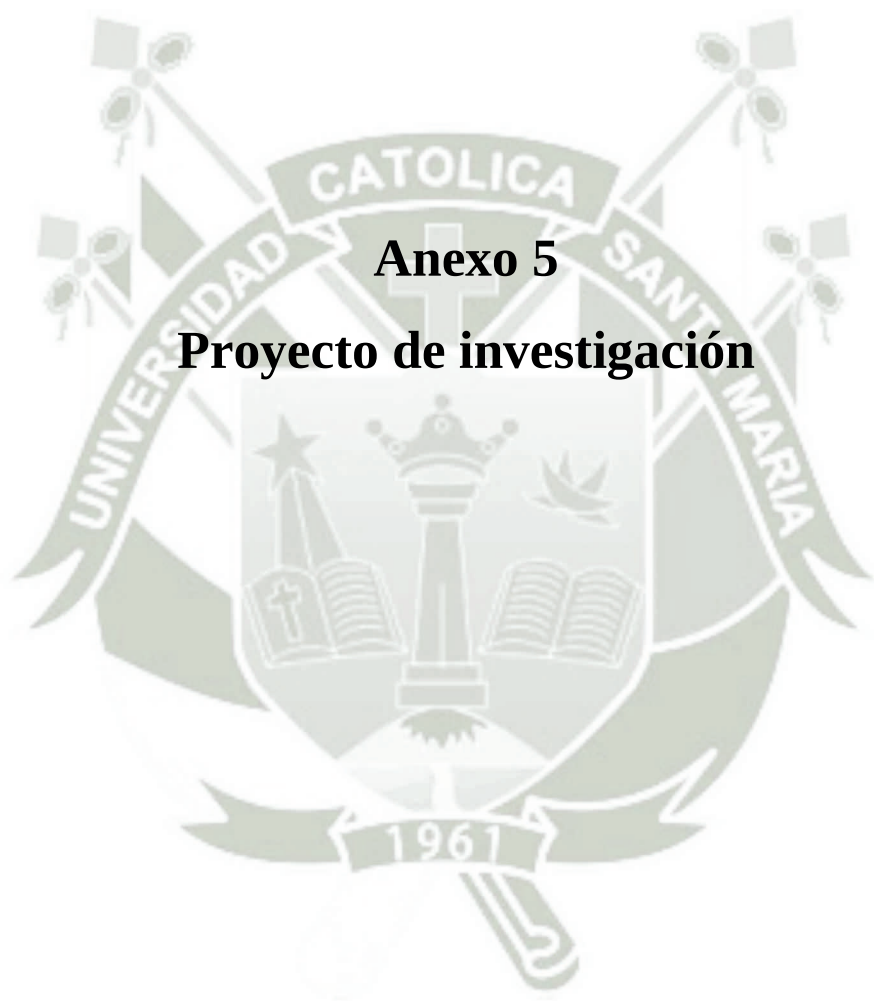
El propósito de este cuestionario es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante:

FIRMA



Anexo 5

Proyecto de investigación

I. PREÁMBULO

El Lavado de Manos se refiere a la aplicación de una sustancia detergente, ya sea en forma de barra, gel o espuma de jabón, sobre la piel húmeda de las manos y que añadida a la fricción mecánica de las mismas por el tiempo adecuado provoca, luego de su enjuague, la remoción mecánica de los detritus, componentes orgánicos y microorganismos de la superficie de la piel. Esta reducción se ha visto que no aumenta si prolongamos el tiempo del lavado; mas, sí se incrementa notoriamente cuando añadimos un antiséptico al jabón.

Con un adecuado Lavado de Manos podemos entonces eliminar de la piel de las manos una gran cantidad de gérmenes potencialmente patógenos. El Lavado de Manos con jabón es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y la neumonía, que juntas son responsables de la mayoría de muertes infantiles. El inculcar una técnica correcta de Lavado de Manos en las madres es esencial para la formación de un hábito saludable en sus hijos que ayude en la prevención de adquisición y transmisión de una serie de enfermedades. Estos hábitos se adquieren en el hogar y son responsabilidad sobre todo de la madre.

Durante mis prácticas preprofesionales y el internado he tenido la experiencia de ver que a pesar de que las madres saben de la importancia del Lavado de Manos, en la práctica la mayoría no aplica correctamente las técnicas. Es por ello que surge el interés en evaluar el conocimiento y las actitudes de las madres de niños menores de 5 años sobre el lavado de manos y el impacto que tiene un programa educativo en mejorar ésta.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los conocimientos y las actitudes hacia el Lavado de Manos en madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Pública
- Línea: Antisepsia de manos

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Edad materna	Fecha de nacimiento	< 20 a 20-29 a 30-39 a 40-49 a 50 a más	De intervalo
Procedencia	Domicilio habitual	Diversos distritos	Nominal
Número de hijos	Referido por la madre	Uno, dos, Tres a más	De razón

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Nivel de instrucción	Último año de estudios	Iletrada, primaria, secundaria, superior	Ordinal
Servicios de saneamiento	Referido por la madre	Agua intradomiciliaria, agua de pileta, agua de pozo, agua de tanque, desagüe, letrina.	Nominal
Antecedente de enfermedades en el niño	Referido por la madre	Diarreas, infecciones respiratorias, infecciones a la piel (dermatitis), otras	Nominal
Nivel de conocimiento sobre lavado de manos	Puntaje alcanzado en cuestionario de conocimientos	Deficiente (2-6 puntos), Regular (7-8 puntos), Bueno (9-10 puntos), Muy bueno (11-12 puntos)	Ordinal
Actitudes hacia el lavado de manos	Puntaje alcanzado en cuestionario de actitudes	Actitud negativa (tercil inferior), indiferente (tercil medio), positiva (tercil superior)	Ordinal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características demográficas de las familias de niños menores de 5 años atendidos en Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa?
3. ¿Cuáles son las actitudes hacia el Lavado de Manos en las madres de

niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa?

4. ¿Qué relación existe entre los conocimientos y las actitudes hacia el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** Es un estudio observacional, prospectivo, transversal.

1.3. Justificación del problema

Con la presente investigación se espera establecer el nivel de conocimientos y actitudes hacia el lavado de manos en madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa. El Lavado de Manos es una medida simple pero de gran impacto en la Salud Pública por su capacidad de reducir la transmisión de gérmenes con una medida económica y simple, pero que a pesar de su sencillez no siempre es aplicada, y es importante establecer la opinión y el conocimiento de las madres hacia esta medida, ya que son las encargadas de la educación del niño durante los primeros años de vida, durante la formación de hábitos, que pueden ser un motor de cambio para las sociedades futuras. No hemos encontrado estudios de la misma metodología en nuestro medio en los últimos años, por lo que la presente investigación es original.

Tiene relevancia científica, ya que aplica los principios del Lavado de

Manos como mecanismo para la prevención de transmisión de infecciones. Por su aplicación directa en la comunidad, tiene relevancia práctica ya que permitirá identificar el nivel de conocimientos y los aspectos menos conocidos por las madres acerca del Lavado de Manos. Y ya que tiene impacto en la comunidad, por el potencial de modificar patrones de conducta en la población, tiene relevancia social.

El estudio es contemporáneo ya que la prevención en salud es siempre un tema vigente, sobre todo si es capaz de reducir las enfermedades por infecciones respiratorias y digestivas, principal causa de morbi-mortalidad en niños menores de 5 años.

El estudio es factible de realizar por tratarse de un estudio prospectivo en el que se cuenta con gran población consultante al hospital.

Satisface la motivación personal de realizar una investigación en el área de la Pediatría y la Salud Pública, y servirá para aportar nuevos conocimientos al campo de la medicina, logrando una importante contribución académica, y se cumple con ello con las políticas de investigación de la Universidad para la obtención del título profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Introducción

La práctica del Lavado de Manos con jabón encabeza la agenda internacional de higiene el 15 de octubre, con la celebración del Día Mundial del Lavado de Manos. Desde sus inicios en el 2008, año que fué designado el Año Internacional del Saneamiento por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Día Mundial del Lavado de Manos ha estado reforzando el llamado de extender mejores prácticas de higiene en todo el mundo.

El Lavado de Manos con jabón es una de las maneras más efectivas y económicas de prevenir enfermedades diarreicas y la neumonía, que juntas son responsables de la mayoría de muertes infantiles. Cada año, mueren más de 3,5 millones de niños y niñas debido a la diarrea y a la neumonía. Dentro del ámbito hospitalario es causa de sepsis y ocasiona en el mundo 1.400 muertes cada día, esta constituye la complicación intra-hospitalaria más frecuente. En la actualidad, la higiene de las manos es el factor individual más importante para el control de las infecciones. A pesar del potencial para salvar vidas que tiene el Lavado de Manos con jabón, rara vez se practica y no siempre resulta fácil promoverlo.

Es necesario destacar la importancia de las normas sociales y de la cultura organizacional en el cumplimiento de la higiene de las manos, destacando el rol de los grupos docentes, de influencia y liderazgo en las conductas de sus pares o subordinados. En este contexto, las estrategias desarrolladas para incrementar el cumplimiento de la higiene de manos, debiera considerar en grado importante las intervenciones dirigidas a esos grupos, con el fin integrar al esfuerzo de campañas de la higiene de manos locales, el poderoso rol de modelamiento y control social que ellos poseen (24).

El hecho de que más personas se laven las manos con jabón podría contribuir de manera significativa a alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de reducir en dos terceras partes de las muertes de niños menores de cinco años para el año 2015.

2.2. Microbiología de la piel

Flora bacteriana cutánea. Es la presencia habitual de gérmenes bacterianos que habitan la piel de los seres humanos. Se divide en residente y transitoria.

- **Flora bacteriana residente.** También llamada permanente, es la flora comensal de la piel y que juega un rol importante en la resistencia a la colonización bacteriana. En lugar de causar una enfermedad, esta flora suele proteger el cuerpo de los microorganismos que provocan enfermedades. Si resulta alterada de alguna manera, rápidamente se recupera.

La microbiota residente está compuesta por:

o Bacterias corineformes y otros bacilos Gram positivos (*Corynebacterium* spp., *Brevibacterium* spp., *Dermatobacter* spp. Y *Propionibacterium* spp.).

Estos microorganismos se encuentran principalmente en los espacios interdigitales y en zonas húmedas.

o Entre los estafilococos y otros cocos Gram positivos algunas especies tienen participación cutánea. Entre estos se encuentran los estafilococos coagulasa negativos (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*, *Staphylococcus capitis*, etc.).

o *Acinetobacter* spp. y otros bacilos Gram negativos, como *Escherichia coli*, *Proteus* spp., *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Pseudomonas* spp. y *Acinetobacter baumannii*.

o Microbiota fúngica. Se encuentra representada por la familia *malasseziae*, que colonizan áreas sebáceas. Algunos grupos de la familia *candidae* también forman parte de la microbiota residente de la piel.

- **Flora bacteriana transitoria.** Es la flora que se halla compuesta por gérmenes contaminantes, recientemente adquiridos de pacientes colonizados o infectados; se multiplican fácilmente en las superficies de la mano y pueden sobrevivir por largo tiempo si no hay una adecuada higiene de manos. Comprenden fundamentalmente gérmenes patógenos hospitalarios como: Microbiota transitoria, es escasa y representada por *Demodex folliculorum*, que puede llegar a ser patógeno.

La microbiota transitoria se encuentra representada fundamentalmente por bacterias Gram positivas como estreptococos, estafilococos y microbiota fúngica como *C. albicans*.

Algunos conceptos básicos:

Contaminación. Presencia transitoria de gérmenes bacterianos, se adquiere de pacientes, líquidos biológicos u objetos inanimados. Se asocia con la flora transitoria. Compuesta predominantemente de gérmenes patógenos. La higiene de manos la elimina de manera importante.

Colonización. Presencia permanente de gérmenes bacterianos. Se asocia con la flora residente. Compuesta predominantemente de gérmenes no patógenos que no

desencadenan una respuesta clínica por parte del huésped. La higiene de manos no la elimina totalmente.

Infección. Respuesta inflamatoria por parte del huésped, inicialmente local y luego diseminada, ante la presencia, invasión y aumento en el número de gérmenes bacterianos contaminantes o colonizantes, los cuales se tornan patógenos. (26)

2.3. Fisiología de la piel normal

La función primaria de la piel es reducir la pérdida de agua, proporcionar protección contra la acción abrasiva, los microorganismos y actuar como barrera de permeabilidad frente al entorno. La estructura básica de la piel incluye, de la capa externa a la íntima, la región superficial (es decir, el estrato córneo o capa córnea, que tiene entre 10 a 20µm de grosor), la epidermis viable (50 a 100µm de grosor), la dermis (1 a 2mm de grosor) y la hipodermis (1 a 2mm de grosor). La barrera de absorción percutánea reside en el estrato córneo, la capa más fina y más pequeña de la piel.

El estrato córneo contiene los corneocitos (o células córneas) que son células planas, poliédricas sin núcleo, remanentes de los queratinocitos diferenciados terminales situados en la epidermis viable. Los corneocitos se componen sobre todo de queratina agrupada insoluble, rodeada por una película celular ligada con proteínas reticuladas y depósitos de lípidos covalentes. La interconexión de los corneocitos con el estrato córneo sigue una estructura polar (p.ej., corneodesmosomas), que contribuyen a la cohesión del estrato córneo.

La región intercelular del estrato córneo se compone de los lípidos generados sobre todo de la exocitosis de cuerpos laminares durante la diferenciación terminal de los

queratinocitos. El lípido intercelular es necesario como barrera competente de la piel y forma el único dominio continuo. Directamente debajo del estrato córneo tenemos una epidermis estratificada, que se compone principalmente de capas de células epiteliales queratinizantes que son responsables de la síntesis del estrato córneo. Esta capa también contiene los melanocitos implicados en la pigmentación de la piel; células de Langerhans, que son importantes para la presentación del antígeno y respuestas inmunes y las células de Merkel, cuyo papel exacto en la recepción (27).

2.4. Productos utilizados para la higiene de manos

a) Jabones sin antiséptico (sólidos, líquidos, polvo o gel)

Pertenecen al grupo de los tensioactivos aniónicos. Son sales sódicas o potásicas de diversos ácidos grasos. Su capacidad de limpieza reside en sus propiedades detergentes que retiran el polvo y la suciedad de las manos así como diversas sustancias orgánicas. Tienen muy poca o ninguna actividad antimicrobiana intrínseca, y no son lo suficientemente eficaces para eliminar por completo los microorganismos patógenos de las manos.

b) Yodo y yodóforos

Pertenecen al grupo de compuestos halogenados. Se conocen las propiedades antisépticas del yodo desde hace mucho tiempo. Pero como irrita y tiñe la piel, los más modernos yodóforos los han sustituido como principio activo de estos antisépticos, ya que consiguen una liberación de yodo molecular más sostenida en el tiempo y reducen la irritación de la piel.

Los yodóforos son compuestos de yodo elemental y yoduros unidos a un polímero portador que libera sostenidamente moléculas de yodo que son las realmente activas.

Las moléculas de yodo rápidamente penetran la pared celular de los microorganismos y los inactivan formando complejos con aminoácidos y ácidos grasos insaturados impidiendo la correcta síntesis proteica y alterando las membranas celulares. Pese a que existen varios yodóforos el más usado es la povidona.

El yodo y los yodóforos poseen actividad bactericida frente a gram positivos, gram negativos y las formas vegetativas de ciertas bacterias como clostridios y *Bacillus* spp. También son activos frente a micobacterias, hongos y virus. A las concentraciones que se suelen emplear, no son esporicidas.

Tienen una relativa actividad residual, según diversos estudios entre 30 y 60 minutos tras el Lavado de Manos. Hay que tener en cuenta que la actividad antimicrobiana de los yodóforos se modifica por el pH, temperatura, tiempo de exposición y se reduce de forma importante en presencia de fluidos biológicos como la sangre o esputos. La mayoría de yodóforos se preparan a concentraciones del 7,5-10% que dan una buena actividad antimicrobiana e irritan poco la piel (soluciones a menor concentración aumentan la actividad en virtud de que aumenta el yodo libre pero también irritan más la piel). Los yodóforos causan menos reacciones alérgicas y dermatitis que el yodo, pero más dermatitis de contacto que otros antisépticos usados para el lavado de manos.

La FDA los clasifica como agentes seguros y efectivos para su uso en el lavado antiséptico de manos.

c) Alcoholes

La mayoría de antisépticos de manos en base alcohólica contienen isopropanol (también llamado alcohol isopropílico, 2-propanol, propan-2-ol), etanol, 1-propanol (también llamado propan-1-ol o alcohol propílico), o una combinación de dos de estos productos. La actividad antimicrobiana de los alcoholes se atribuye a su

capacidad de desnaturalizar las proteínas. Soluciones de alcohol con concentraciones del 60% al 95% son las más eficaces y concentraciones más altas son menos potentes porque las proteínas no se desnaturalizan fácilmente en ausencia de agua.

Los alcoholes tienen excelente actividad germicida in vitro contra bacterias gram-positivas y gram-negativas, incluyendo patógenos multi-resistentes, Mycobacterium tuberculosis, y varios hongos. Ciertos virus con envoltura son sensibles a los alcoholes (VIH, Herpesvirus, Influenza, VRS). Los alcoholes tienen actividad muy pobre contra las esporas bacterianas.

Su actividad una vez aplicados, es rápida pero no tienen ninguna actividad residual apreciable (efecto remanente). La adición de clorhexidina, compuestos de amonio cuaternario, octenidine o de triclosan a las soluciones en base alcohólica, puede favorecer la aparición de actividad residual. El uso de alcoholes no es apropiado cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con materiales proteicos.

Los productos en base alcohólica para la frotación de manos, previstos para el uso sanitario, están disponibles en soluciones de baja viscosidad, geles y espumas, que incorporan emolientes, humectantes u otros agentes dermoprotectores que evitan la sequedad de la piel.

d) Biguanidinas: Clorhexidina

El gluconato de clorhexidina actúa a nivel de las membranas citoplásmicas generando la liberación de los componentes y la inmediata muerte celular.

La actividad antimicrobiana tarda más tiempo en alcanzarse que con los alcoholes. Es más activa frente a gram-positivos que frente a gram-negativos y hongos y apenas tiene actividad frente a micobacterias. Presenta buena actividad in vitro frente a virus con envuelta (VIH, Herpesvirus, Influenza, VRS); la actividad es mucho más pobre

frente a virus sin envoltura (Rotavirus, Enterovirus, Adenovirus) y no tiene actividad esporicida.

La presencia de materia orgánica, incluida la sangre, no altera sus propiedades microbidas.

El gluconato de clorhexidina se ha incorporado a multitud de jabones estableciéndose que la concentración de clorhexidina debe estar en torno al 2-4% para que sea útil.

La clorhexidina tiene una gran actividad residual y además si se añade a concentraciones de 0.5%-1% a soluciones de alcohol, se aumenta la actividad residual de éstas. Se evitará que las soluciones de clorhexidina entren en contacto con los ojos.

La clorhexidina irrita la piel en función de su concentración: los productos al 4% causan dermatitis si se usan con frecuencia. Son raras las alergias a la clorhexidina.

e) Fenoles:

1) Hexaclorofeno

Es un derivado fenólico (bifenol) con actividad bacteriostática. Su actividad antiséptica se explica por inactivación de importantes procesos enzimáticos del metabolismo bacteriano. Tiene actividad frente a bacterias gram positivas (Especialmente frente a *S. aureus*) pero pobre frente a bacterias gram negativas, hongos y micobacterias. La eficacia del hexaclorofeno es modesta después de un lavado, pero tiene actividad residual de varias horas y efecto acumulativo (con los sucesivos lavados reduce la concentración de bacterias en la piel). Se formula a una concentración al 3%. Se le ha atribuido un efecto neurotóxico cuando se emplea para el lavado de neonatos; y en cuanto al lavado de manos, la Food and Drug Administration (FDA) de los EEUU, considera que no es seguro ni efectivo, y alerta

que no se debe usar como antiséptico en pacientes con quemaduras o extensas áreas de piel sensible.

2) Triclosán

El triclosán es una sustancia no iónica que tiene cierta actividad antimicrobiana a baja concentración y que se usa en la elaboración de jabones de manos.

Es un antiséptico bacteriostático que ingresa al interior bacteriano donde afecta la síntesis de la membrana citoplasmática, el ARN, los ácidos grasos y las proteínas. Es más eficaz frente a bacterias gram positivas que frente a gram negativas (especialmente resistente es *P. aeruginosa*) y posee actividad razonable frente a micobacterias y levaduras (candidas), aunque esta actividad es más limitada frente a hongos filamentosos. Posee actividad persistente similar a la de la clorhexidina. La actividad del triclosán no se modifica por la presencia de materia orgánica, pero puede verse afectada por el pH, y la presencia de surfactantes y emolientes. La mayoría de las fórmulas al 2% o menos son bien toleradas por las manos y rara vez desencadenan fenómenos alérgicos. En ocasiones se han reportado contaminaciones de soluciones de triclosán con bacilos gram negativos debido a la falta de potencia frente a estos microorganismos.

No hay evidencia suficiente para clasificar a este producto como seguro y eficaz para su uso como antiséptico de manos.

3) Cloroxilenol

Es un derivado fenólico (halofenol) cuya actividad antiséptica se explica por la inactivación enzimática y la ruptura de la pared bacteriana. Se le conoce también como paraclorometaxylenol (PCMX) y se ha usado como principio activo en varios jabones antisépticos. Tiene muy buena actividad in vitro sobre los organismos gram

positivos y buena sobre gram negativos, micobacterias y algunos virus. El PCMX no actúa tan rápidamente como la clorhexidina o los yodóforos y tiene una actividad residual más corta. No se inactiva en presencia de materia orgánica pero sí con surfactantes no iónicos. La FDA considera que no hay suficiente evidencia que apoye la seguridad y efectividad de este compuesto para su uso como antiséptico.

f) Compuestos de amonio cuaternario

Son agentes tensioactivos catiónicos. El cloruro de benzalconio es el más ampliamente usado como antiséptico de este grupo. Es básicamente bacteriostático y fungostático. Son más potentes contra gram positivos que frente a gram negativos. Su actividad contra micobacterias y hongos es relativamente débil pero aceptable frente a virus con envuelta. Su actividad antimicrobiana se afecta por la presencia de materia orgánica y no son compatibles con detergentes aniónicos. Estos compuestos son bien tolerados por el personal, pero se contaminan fácilmente por bacterias gram negativas. En general no se recomienda su uso como medida única, aunque se están realizando estudios comparando mezclas de alcoholes y amonios cuaternarios, con la hipótesis de que el uso de esta mezcla consigue mejores resultados que los componentes por separado.

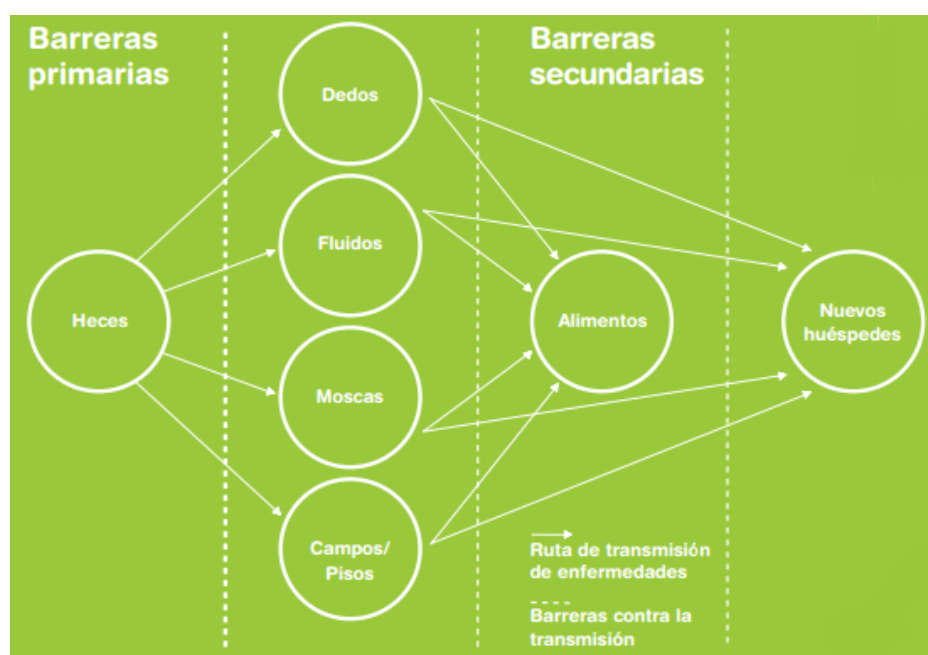
Según la FDA no hay evidencia suficiente para clasificar a este producto como seguro y eficaz para su uso como antiséptico de manos). (25).

2.5. Importancia del lavado de manos con jabón

El Lavado de Manos con jabón interrumpe la cadena de transmisión de enfermedades. Frecuentemente, las manos actúan como vectores que portan organismos patógenos que causan enfermedades que se pueden contagiar de persona a persona, ya sea a través del contacto directo o indirectamente mediante superficies.

Cuando las personas no usan jabón para lavarse las manos que han estado en

contacto con heces humanas o de animales, con fluidos como secreciones nasales y con alimentos o agua contaminados, pueden transmitir bacterias, virus y parásitos a diversos huéspedes, como se muestra en el siguiente diagrama de transmisión de enfermedades.



Fuente: www.globalhandwashing.org/sites/default/files/Global_Handwashing_Day_2nd_Edition_espa.

El Lavado de Manos es de vital importancia en la salud pública. A fines del siglo XIX, las nuevas conductas de higiene y los servicios sanitarios redujeron de forma drástica las muertes por enfermedades infecciosas en los países ricos. Junto con el aislamiento y la disposición segura de excretas, así como el suministro de cantidades suficientes de agua limpia, el Lavado de Manos con jabón es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas; también es el medio más barato. Además, el Lavado de Manos con jabón puede limitar la transmisión de enfermedades respiratorias, que son las más mortales para los menores de cinco años. El Lavado de Manos con jabón también es un aliado formidable en los esfuerzos por combatir huéspedes de otras enfermedades, como los helmintos (gusanos); las

infecciones a los ojos, como el tracoma, dermatitis y las infecciones cutáneas como el impétigo (5).

Las infecciones diarreicas son la segunda causa más común de muerte en niños menores de cinco años. Una revisión de más de 30 estudios reveló que el Lavado de Manos con jabón reduce casi a la mitad la incidencia de la diarrea. Por lo general, las enfermedades diarreicas se describen como relacionadas con el agua, pero para ser más precisos se deben conocer como relacionadas con las excretas, ya que los patógenos provienen de la materia fecal. Estos patógenos hacen que la gente se enferme cuando ingresan por la boca a través de las manos que han estado en contacto con las heces, con agua de consumo contaminada, con alimentos crudos y utensilios que no han sido lavados o con ropa manchada con excretas. El Lavado de Manos con jabón interrumpe el ciclo (6).

Las infecciones respiratorias agudas, como la neumonía, están entre las principales causas de muerte infantil. El Lavado de Manos reduce la tasa de infecciones respiratorias de dos maneras: al eliminar los agentes patógenos de las enfermedades respiratorias que están en las manos y superficies y otros patógenos (en particular, los virus entéricos) que no sólo causan diarrea, sino también síntomas respiratorios. La evidencia sugiere que las mejores prácticas de higiene como lavarse las manos con jabón después de defecar y antes de comer puede reducir la tasa de infecciones hasta en aproximadamente 25%. (5)

En cuanto a los parásitos intestinales e infecciones a la piel y a los ojos, si bien la evidencia de la investigación no es tan extensiva ni determinante como ocurre con las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, los estudios han demostrado que el Lavado de Manos con jabón reduce la incidencia de enfermedades cutáneas; de infecciones a los ojos como el tracoma; y de infecciones intestinales, especialmente

la ascariasis y la trichuriasis. Se necesita más evidencia, pero la investigación indica que el Lavado de Manos es efectivo para reducir la incidencia de estas enfermedades (7).

2.6. El lavado de manos y su importancia en la salud pública

En muchos países de escasos recursos, las viviendas pueden carecer de las instalaciones para la eliminación adecuada de las heces y estas instalaciones no deben adaptarse para el uso de los niños, aunque fuera posible (14). Esta adaptación, a menudo, resulta no solo en la defecación indiscriminada en las instalaciones y en los alrededores, sino que también resulta en un mayor riesgo de manipulación de heces por las madres, por los cuidadores y por los propios niños.

La OMS identificó varias estrategias para controlar la diarrea. Estas estrategias incluyen mejoría en el abastecimiento de agua en la vivienda o a nivel de la comunidad (16) así como intervenciones de promoción de higiene. Las intervenciones de promoción de higiene constituyen un rango de actividades encaminadas a estimular a los individuos y a las comunidades a adoptar las prácticas seguras dentro de los contextos domésticos y de la comunidad para prevenir las enfermedades relacionadas con la higiene que conducen a la diarrea (10); el Lavado de Manos es una de las intervenciones.

Objetivos del Lavado de Manos para descontaminar las manos y prevenir la transmisión cruzada. La práctica del Lavado de Manos y los factores que influyen en la conducta del Lavado de Manos entre los individuos en las comunidades son complejos; p.ej. el Lavado de Manos con agua sola o con jabón puede ser influido tanto por el conocimiento de la práctica adecuada y la disponibilidad del agua como por el jabón. El lavado con jabón y agua no solo elimina los agentes patógenos

mecánicamente, sino que también puede matar químicamente al contaminante y, al colonizar la flora, hace el lavado manual más eficaz. El Lavado de Manos con jabón bajo agua corriente o bajo cantidades grandes de agua con frote energético fue más efectivo que el sumergimiento de las manos de varios miembros de una vivienda en la misma vasija del agua (a menudo sin jabón), que es práctica común en muchos países de escasos recursos, especialmente antes de comer (18). Esta información puede contribuir, en lugar de prevenir, a la contaminación de los alimentos, ya que los agentes patógenos presentes en las manos de los miembros de la familia infectados pueden ser transferidos a los que posteriormente sumergen las manos en la misma vasija del agua (15).

El Lavado de Manos puede requerir cambios infraestructurales, culturales y conductuales, que se desarrollan con el tiempo, como así también de recursos importantes (p.ej. personal entrenado, organización comunitaria, proveer el abastecimiento de agua y jabón. Dadas las muchas maneras posibles de reducir la enfermedad diarreica, es importante evaluar la efectividad de las intervenciones del lavado de las manos comparada con otras intervenciones, como la provisión de agua limpia en la vivienda o a nivel de la comunidad y la mejoría del saneamiento (desecho de heces). Clasen (16) encontró una protección de un 27% contra la diarrea que implica proporcionar agua limpia. Fewtrell (19) calculó el efecto de las intervenciones de higiene sobre la incidencia de diarrea a un 44%. Sin embargo, ambas revisiones incluían estudios de intervención no aleatorios.

En el documento realizado el año 2012: “Perú: Iniciativa Lavado de Manos Lecciones de la evaluación de impacto” se encontró que el público expuesto únicamente a medios masivos y eventos promocionales (radio, material impreso, y eventos públicos como desfiles) no recordó los mensajes de lavado de manos. Por el

contrario, al agregar actividades intensivas en el entorno comunitario y escolar se encontró una mayor recordación de los mensajes de Lavado de Manos; se produjeron efectos positivos en el conocimiento en torno al Lavado de Manos; y se dio lugar a una mayor disponibilidad de agua y jabón en el hogar. Así mismo indican que existe todavía un margen importante para la mejora de esta práctica en el Perú.(28)

2.7. Técnica del Lavado de Manos

El método correcto de limpieza también es importante. Desarrollar una técnica adecuada para el lavado de manos es imprescindible para asegurarse de que las manos están completamente limpias. Se debe prestar especial atención al dorso de las manos y a las yemas de los dedos, ya que se olvidan con frecuencia (5).

- Retirar el reloj, anillos, pulseras.
- Abrir la canilla manteniéndose alejado de la pileta.
- Es habitual mojarse las manos antes de aplicar una dosis de jabón en la cuenca de la mano.
- Si el jabón es en barra, tomar el jabón con las manos secas.
- Si las manos están muy sucias pueden usarse soluciones limpiadoras antes del lavado, aunque estas soluciones pueden ser suficientes en condiciones extremas donde no haya agua o jabón (8, 9).
- Mojarse las manos y friccionar con el jabón o solución jabonosa antiséptica suavemente las manos para distribuir la solución jabonosa en los interdógitos, palmas y dorso de las manos. La exhaustividad del lavado y su duración harán que la eliminación mecánica de los gérmenes sea mayor, y dependerá del ámbito donde se realiza; por ejemplo, la duración recomendada para un lavado de manos “social” es de al menos 30 segundos, mientras que para un

procedimiento quirúrgico, se realizan dos ciclos, el primero de 5 minutos y los sucesivos de 3 minutos (7).

- Enjuagar bien y secar con toallas de papel. Siempre se debe secar bien la piel para evitar que se agriete, especialmente cuando hace frío. Siempre debe tener a mano toallas limpias; las toallas sucias exponen la piel a más suciedad y existe riesgo de infección. Lo ideal es utilizar toallas de un solo uso (desechables), ya que con el uso de toallas compartidas cabe la posibilidad de una contaminación (5).
- Con la misma toalla cerrar la canilla, antes de desecharla (7).
- Desechar la toalla en recipiente de residuos.

El recipiente para residuos tiene que tener tapa accionable a pedal de modo de no volver a contaminarse las manos para desechar el papel. En caso contrario mantenerse destapado.

La uñas se deben mantener cortas, ya que son un lugar propicio para el desarrollo de gérmenes.

Según la Organización Mundial de la Salud los pasos correctos para un adecuado lavado de manos son:

1. Mojarse las manos.
2. Aplicar suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.
3. Frotarse las palmas de las manos entre sí.
4. Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
5. Frotese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.

6. Frotarse el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
7. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotándolo con un movimiento de rotación y viceversa.
8. Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
9. Enjuague las manos.
10. Secarse las manos con una toalla de un solo uso.
11. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.
12. Las manos son seguras.

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBLEMENTE SUCIAS!

DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS

1 Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



Fuente: Organización mundial de la salud

2.8. CONOCIMIENTO.

Conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada

“El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.”

El conocimiento suele entenderse como:

- Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad.
- Lo que se adquiere como información relativa a un campo determinado o a la totalidad del universo
- Conciencia o familiaridad adquirida por la experiencia de un hecho o situación.
- Incluye el *saber qué* (know what), el *saber cómo* (know how) y el *saber dónde* (know where).

No existe una única definición de Conocimiento. Sin embargo existen muchas perspectivas desde las que se puede considerar el conocimiento, siendo un problema

histórico de la reflexión filosófica y de la ciencia la consideración de su función y fundamento. (21)

2.9. ACTITUDES

“La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas”. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Se define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

“En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. Para el mismo autor de la obra Fish, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana”.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, Rodríguez definió la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. (22)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Mendoza Aco L, Chávez Zúñiga M.

Título: Nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de la enfermedad diarreica en niños menores de 5 años de madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz –Zamácola, Arequipa 2012.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería. Universidad Católica de Santa María. 2012.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo en una muestra de 180 madres adolescentes aplicando un cuestionario de conocimientos sobre prevención de enfermedad diarreica en sus hijos menores de 5 años. Cerca de la mitad de las madres de 14 a 20 años tuvieron un nivel regular de conocimiento, 33,33% tiene un nivel de conocimientos bueno y 21,7% un conocimiento deficiente.

A nivel nacional

3.2. **Autor:** Mendigure J, Huamán S, Ramos N, Valencia E.

Título: Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú.

Fuente: Revistas de Ciencias de la Salud 2007; 2 (1): 87-100

Resumen: Se evaluó la efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima. Participaron 165 madres y cuidadores de niños a través de un muestreo aleatorio por conglomerados, de Enero a Marzo de 2005. A través de un diseño pre experimental, que incluyeron mediciones antes y después del programa de intervención mediante una entrevista semiestructurada, una guía de observación y análisis microbiológico, se evaluaron los resultados del programa. El programa educativo incluyó talleres

educativos de lavado de manos, práctica de higiene personal, preparación y consumo de alimentos en los comedores populares, manejo de residuos sólidos y del agua segura en el domicilio y manejo de signos de alarma en casa, con participación de los agentes comunitarios, centros educativos, madres de familia, cuidadores de niños y manipuladores de alimentos en los comedores populares. Se encontró que el 80% de las madres y cuidadores de niños y manipuladores de alimentos en comedores populares mejoraron sus conocimientos y prácticas con relación al lavado de manos, higiene personal, manipulación de los alimentos, manejo domiciliario del agua segura y los residuos sólidos. El 100% de los comedores populares intervenidos, redujeron los niveles de *E. coli* y Coliformes en los utensilios de cocina ($p < 0.005$). La preferencia de madres para acudir al establecimiento de salud se incrementó en un 76%, en 17% por el agente comunitario y disminuyó la preferencia por la botica o farmacia (1%) y la permanencia en el hogar del niño (6%). Todos estos hallazgos resultaron significativos ($p < 0,005$), que han contribuido a reducir la prevalencia de diarreas en Miguel Grau en 39,5% ($p < 0.05$).

3.3. Autor: Rivera M, Rodriguez-Ulloa C, Zarpan-Arias L.

Título: Efecto de una intervención educativa sobre higiene alimentaria en escolares de Cajamarca.

Fuente: Rev. Perú. med. exp. salud pública, ene./mar. 2008, vol.25, no.1, p.163-164.

Resumen: Se desarrolló una intervención educativa para modificar los conocimientos sobre higiene alimentaria en escolares del sexto grado de primaria de una institución educativa en Cajamarca. Se aplicó un pretest para el diagnóstico de conocimientos para enfocar los aspectos a reforzar. Al final se

aplicó una prueba para medir los logros obtenidos. Se estableció dos niveles de calificación: inadecuado (0 - 14) y adecuado (15 - 20). Los cambios de la intervención se evidenciaron con la prueba de McNemar, considerando un $p < 0,05$. Se trabajó con 37 escolares, antes de la intervención aproximadamente 30% tenían conocimientos inadecuados sobre el lavado de manos, 60% en contaminación cruzada de alimentos, 51% en cocción de alimentos, 43% poseían nociones inadecuadas acerca de la importancia de la refrigeración de los alimentos y 76% desconocía de los agentes causales de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA). Una vez efectuada la intervención educativa estas proporciones disminuyeron aproximadamente a 3%, 32%, 3%, 19% y 30% respectivamente. Al final de la intervención, 92% manifestaron conocimientos generales adecuados, incluido el 46% de los escolares que mejoraron o modificaron sus conocimientos antes inadecuados. Algunos de los cambios observados fueron altamente significativos.

A nivel internacional

3.4. **Autor:** Oropesa O, Quevedo G, Leyva L, Ferra B, Ferrer I, Rodríguez N.

Título: Intervención educativa sobre parasitismo intestinal en niños de la Escuela Primaria Salvano Velazco, Bocono.

Fuente: Correo Científico Médico de Holguín 2010;14(1).

Resumen: Se realizó en el 2010 un estudio de intervención en una escuela primaria en cuba con el propósito de determinar la influencia de la labor educativa en las prácticas higiénicas y la prevalencia de parasitismo. En el estudio se incluyeron 69 niños matriculados desde preescolar hasta sexto grado, a los que se les recogió muestras de heces fecales y en la región anal por el método de Graham. Se aplicó una encuesta a los padres para conocer las prácticas

higiénicas y las condiciones higiénico-epidemiológicas. Se obtuvo que la prevalencia de parasitismo fue de 62,31% y fue el *Enterobius vermicularis* el más frecuente. El prurito anal y la irritabilidad fueron los síntomas que predominaron para lo que se le aplicó tratamiento. Se identificaron las necesidades de aprendizaje y modificaciones de actitudes, para lo cual se diseñó un programa de estudio, transcurridos seis meses de la intervención educativa, se indicó la segunda toma de muestra y aplicación por segunda vez de la encuesta a los padres. Se encontró una disminución significativa del parasitismo, así como modificaciones positivas en las prácticas higiénicas de la población estudiada.

3.5. **Autor:** Perez Cueto M et al.

Título: Intervención educativa y parasitismo intestinal en niños de la enseñanza primaria.

Fuente: Rev Cubana Med Gen Integr 2007, vol.23, n.2 pp. 0-0 .

Resumen: Se realizó un estudio de intervención en una Escuela Primaria de una comunidad de Cuba para determinar la influencia de la labor educativa en las prácticas higiénicas y la prevalencia de parasitismo en los escolares. Se visitaron las viviendas y se aplicaron encuestas a los padres de los niños para conocer las prácticas higiénicas de la población y las condiciones higiénico-epidemiológicas de la comunidad. A partir de eso se diseñó la labor educativa dirigida a los padres, y se transitó de la investigación a la acción con participación comunitaria. Se estudiaron 133 escolares a quienes se recogió muestra de heces fecales y región anal por el método de Graham. La prevalencia de parasitismo fue de 69,9 % y fue el *Enterobius vermicularis* el más frecuente. Los síntomas que predominaron fueron, el prurito anal y la irritabilidad, para lo que se aplicó tratamiento. Pasados 6 meses de la intervención se repitieron los exámenes

coproparasitológicos a los niños y la encuesta a los padres y se encontró una disminución significativa del parasitismo, así como modificaciones positivas en las prácticas higiénicas de la población.



4. Objetivos.

4.1. General

Identificar el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa, Julio 2013

4.2. Específicos

- 1) Describir las características demográficas de las familias de niños menores de 5 años atendidos en Consultorio Externo de del Hospital Honorio Delgado Espinoza.
- 2) Identificar el nivel de conocimientos sobre el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa.
- 3) Describir las actitudes hacia el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa.
- 4) Establecer la relación existente entre los conocimientos y las actitudes hacia el Lavado de Manos en las madres de niños menores de 5 años.

5. Hipótesis

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) que contendrá un cuestionario de conocimientos acerca del lavado de manos (Anexo 2) y un cuestionario de actitudes (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el área de Consultorio Externo del Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en el mes de Julio del 2013.

2.3. Unidades de estudio: Madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

2.4. Población: Total de madres de niños menores de 5 años que acuden a Consultorio Externo del Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = Coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = Frecuencia de lavado adecuado de manos = 0.80 según Rivera y cols.

(4)

q = 1 – p

E = Error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 245,86 \approx 250$ casos

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Madres de niños menores de 5 años
 - Madres que llenaron la encuesta
 - Participación voluntaria en el estudio

♦ **Criterios de Exclusión**

- Cuestionarios incompleto o mal llenados.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Para el proceso de recolección se realizará coordinaciones con la Dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio para lograr la autorización para realizar las encuestas.

Se contactará con las madres de niños menores de 5 años para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria. Se explicará la forma de llenado y se dará un tiempo prudencial para el llenado de los cuestionarios. Posteriormente se extraerán los datos para realizar la tabulación respectiva.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Las preguntas elaboradas en las encuestas se realizaron tomando en cuenta la bibliografía revisada y fueron validadas según la opinión de expertos.

Se realizará una prueba piloto en un grupo de 20 madres que serán excluidas del estudio definitivo para establecer la validez de contenido, con ayuda del asesor de la tesis, y para establecer los puntos de corte para la encuesta, así como la validez y consistencia interna de la encuesta.

Para la parte de conocimientos, se calificará cada respuesta acertada como un punto, las respuestas incorrectas como 0 puntos, y la sumatoria total se llevará adoptando la siguiente escala:

La calificación para las 12 preguntas de conocimientos será como sigue:

Puntaje	Nivel
2-6 puntos	Deficiente (contesta la mitad o menos de las preguntas)
7-8 puntos	Regular
9-10 puntos	Bueno
11-12 puntos	Muy bueno

Sobre la calificación de la encuesta que mide las actitudes: Se evaluarán mediante escala de Likert de 5 ítems, que van desde "TA = totalmente de acuerdo, A = de acuerdo, I = indiferene, D = en desacuerdo y TD = totalmente en desacuerdo". Con calificación de 1 a 5 puntos. La puntuación variará de 5 a 1 puntos si la dirección de la pregunta es positiva (por ejemplo, "Me lavo las manos despues de bajar de la combi") y de 1 a 5 puntos si la pregunta tiene sentido negativo (por ejemplo, "No necesito lavarme las manos si voy a comer con cubiertos"), donde 5 expresa la opinión más adecuada y 1 la menos

adecuada. Se sumarán los puntajes, que van de 10 a 50 puntos, se llevarán a una distribución percentil, y se distribuirán los puntajes según el percentil p_0 a p_{33} como actitud negativa, de 34 a 66 puntos como indiferente, y de 67 a 100 puntos como actitud positiva, y se transformarán los percentiles en escala de decimal.

La calificación para las 10 preguntas de actitudes será como sigue:

Puntaje	Nivel
0-3 puntos	Actitud negativa (puntaje más bajo en distribución)
4-6 puntos	Actitud indiferente
7-10 puntos	Actitud positiva

3.4. Criterios para manejo de resultados

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

d) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Se realizará comparaciones entre grupos de variables categóricas mediante la prueba chi cuadrado, y se asociarán variables numéricas con el coeficiente de correlación de Pearson. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Junio 2013				Julio 2013				Agosto 2013			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	X											
2. Revisión bibliográfica		X										
3. Aprobación del proyecto			X	X								
4. Ejecución					X	X	X	X				
5. Análisis e interpretación									X	X		
6. Informe final											X	X

Fecha de inicio: 01 de Junio 2013

Fecha probable de término: 30 de Agosto 2013