



Universidad
Señor de Sipán

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE
BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE
UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

Autor (es)

Bach. Carrasco Tullume Estefany Judith
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0223-8648>

Bach. Gil Jambo Maria del Milagros
ORCID: <https://orcid.org/000-002-2036-8166>

Asesor (a)

Mg. Villarreal Dávila Karen Milagros
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3982-8801>

Línea de Investigación:

Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

Pimentel – Perú

2023

**ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL
PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020**

Aprobación del jurado

MG. GONZALES DELGADO LEYLA
ROSSANA.

Presidente del Jurado de Tesis

DRA. ARIAS FLORES CECILIA TERESA.

Secretaria del Jurado de Tesis

MG. VILLAREAL DÁVILA KAREN
MILAGROS.

Vocal del Jurado de Tesis

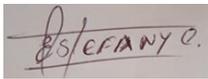
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Quienes suscribimos la **DECLARACIÓN JURADA**, somos Carrasco Tullume Estefany Judith y Gil Jambo María del Milagros del Programa de Estudios de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán S.A.C, declaramos bajo juramento que somos autores del trabajo titulado:

ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020

El texto de mi trabajo de investigación responde y respeta lo indicado en el Código de Ética del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Señor de Sipán (CIEI USS) conforme a los principios y lineamientos detallados en dicho documento, en relación a las citas y referencias bibliográficas, respetando al derecho de propiedad intelectual, por lo cual informo que la investigación cumple con ser inédito, original y autentico.

En virtud de lo antes mencionado, firman:

Carrasco Tullume Estefany Judith	DNI: 72916823	
Gil Jambo María del Milagros	DNI: 73735289	

Pimentel, 08 de mayo del 2023.

Dedicatoria

Dedicamos a Dios por guiarnos e iluminarnos y por otorgarnos la sabiduría y la salud de poder lograr este objetivo.

A nuestros padres por su constante apoyo, amor, paciencia, esfuerzo y comprensión durante el desarrollo de nuestra carrera profesional, por cada consejo diario, valores, por ser la razón más poderosa y principal motivación para nuestras vidas para seguir continuando con la superación personal y profesional, son nuestro motor y motivo a seguir, la cual hicieron real este sueño anhelado, por el trabajo y sacrificio en todos estos años que han realizado por nosotros, son los mejores padres.

Agradecimiento

A la universidad Señor de Sipán por concederme la conveniencia de formarme y ser una profesional.

De igual forma agradecer a los docentes por su experiencia, paciencia, enseñanza y motivación quienes me brindaron su apoyo para la elaboración de esta nueva propuesta lo cual esto no hubiera sido posible.

Por otra parte, agradecemos al Hospital Referencial Docentes Las Mercedes, por otorgarnos la autorización para la realización de nuestro trabajo de investigación, sin su ayuda no hubiese sido posible este trabajo.

Índice

Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
Resumen	8
Abstract.....	9
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad problemática.....	10
1.2. Formulación del problema.....	17
1.3. Hipótesis.....	17
1.4. Objetivos.....	17
1.5. Teorías relacionadas al tema.....	18
II. MATERIALES Y MÉTODO	32
1.1 Tipo y Diseño de investigación:.....	32
1.2 Variables y Operacionalización.....	33
1.3 Población de estudio, muestra, muestreo y criterios de selección.....	37
1.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	37
1.5 Procedimientos de análisis de datos.....	38
1.6 Criterios éticos.....	39
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
2.1 Resultados.....	42
2.2 Discusión.....	44
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
3.1 Conclusiones.....	48
3.2 Recomendaciones.....	49
REFERENCIAS.....	50
ANEXOS	59

Índice de tablas

Tabla 1: Relación entre la actitud y la práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020	43
Tabla 2: Relación entre la actitud y la dimensión lavado de manos - barrera de protección en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020.	46
Tabla 3: Relación entre la actitud y la dimensión residuos sólidos en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020	47
Tabla 4. Personal de salud que labora en el Hospital Referencial Docente Las Mercedes	58
Tabla 5: Nivel de las dimensiones de la variable Actitud	58
Tabla 6: Distribución total del nivel de las variables Actitud y Práctica	60
Tabla 7: Distribución total del nivel del Asertividad entre Práctica	61
Tabla 8: Distribución total del nivel de Responsabilidad entre Práctica	62
Tabla 9: Distribución total del nivel de Apatía entre Práctica	63
Tabla 10: Distribución total del nivel de Impulsividad entre Práctica	64
Tabla 11: Prueba de Kolmogorov-Smirnova de las variables Actitud y Práctica	66
Tabla 12: Tabla de rangos tomados por el coeficiente de correlación "r"	67
Tabla 13: Correlación de Spearman de la Actitud y Práctica	68

Resumen

El trabajo de investigación titulado “Actitud y práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un hospital público de Chiclayo 2020”, se planteó el objetivo primordial de determinar la relación entre la actitud y la práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un hospital público de Chiclayo 2020; el trabajo de investigación fue cuantitativo, tipo básica descriptiva; de diseño de investigación no experimental de nivel correlacional, transversal. La muestra estuvo conformada por 144 profesionales de salud (médicos, Lic. Enfermería y Tec. De enfermería) que brindan atención en el área asistencial de emergencia del hospital en estudio, la técnica e instrumento que se utilizó fue un cuestionario y una guía de observación (lista de chequeo); para determinar si existe relación entre la actitud y la práctica se aplicó el estadístico de correlación Rho de Spearman. Los resultados fueron que el personal de salud posee una actitud intermedia a favorable (75.7% y 24.3% respectivamente) y un alto nivel de práctica en cuanto al cumplimiento de las normas de bioseguridad (79.2%). En conclusión, si existe una correlación significativa entre las dos variables actitud y práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud con un valor de 0.000 menor a 0.01 ($p = 0.000 < \alpha = 0.01$). Aunque, se determina que el nivel de asociación negativa ($r = -0.302$) posee una correlación inversa baja.

Palabras clave: Actitud, práctica, normas, bioseguridad, personal de salud.

Abstract

The research work entitled "Attitude and practice to biosafety standards in health personnel of a public hospital in Chiclayo 2020", raised the primary objective of determining the relationship between attitude and practice to biosafety standards in health personnel of a public hospital in Chiclayo 2020, The research work was quantitative, basic type descriptive correlational; non-experimental. The sample was made up of 144 health professionals (doctors, Lic. Nursing and Tec. Nursing) that provide care in the emergency care area of the hospital under study, the technique and instrument used was a questionnaire and an observation guide (checklist); to determine if there is a relationship between attitude and practice, Spearman's Rho correlation statistic was applied. The results were that health personnel have an intermediate to favorable attitude (75.7% and 24.3% respectively) and a high level of practice regarding compliance with biosafety standards (79.2%). In conclusion, if there is a significant correlation between the two variables attitude and practice before the biosafety standards in health personnel with a value of 0.000 less than 0.01 ($p = 0.000 < \alpha = 0.01$). Although, it is determined that the level of negative association ($r = -0.302$) has a low inverse correlation.

Keywords: Attitude, practice, biosafety, standards, health personnel.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Los estándares de bioseguridad han sido adoptados para controlar y minimizar el número de infecciones en el hospital, debido a que el personal de salud realizó muchos procedimientos invasivos y prácticas de bioseguridad que fueron ejecutadas de manera inadecuadas, poniendo en riesgo al paciente y a ellos mismos ⁽¹⁾; por ello el lograr la adherencia al cumplimiento de estas normas, siendo el reto más importante a lo que se enfrentó los sistemas de salud de los países a nivel mundial, requiriéndose mejorar el conocimiento, marco legal y entrenamiento del personal en relación a la bioseguridad. En el Hospital Regional Docente Las Mercedes, se ha observado que los recursos proporcionados al servicio de emergencia son insuficientes ⁽²⁾.

La actitud y prácticas inadecuadas en bioseguridad que se ejecutan en los establecimientos de salud, han sido evidenciados en estos últimos años en diferentes estudios; así tenemos que en Ecuador el 2019 el estudio realizado por Zúñiga, evidenció entre un 26% al 51% de trabajadores que demostraron desconocimiento en medidas de bioseguridad, hecho que causó insuficiente uso de equipos que servían para proteger su cuerpo y el manejo inadecuado de desechos corto punzantes ⁽¹⁾.

En Brasil el 2018 en su publicación destaca que la principal dificultad para el uso del equipo de protección personal (EPP) es que no están disponibles ⁽²⁾. Mientras Hernández y Jiménez en Ecuador encontraron que 10% de personal en enfermería del servicio de cirugía en un hospital de Quito ha sufrido pinchazos al administrar sangre o un hemoderivado ⁽³⁾, aspecto relevante pues coloca en situación de riesgo de contraer enfermedades por inadecuado manejo de normas de bioseguridad; el 2017 en Honduras, en el trabajo de Damaris, E; se observó que sólo el 40% del personal de enfermería realizó el lavado de manos y en un 83% no utilizan el recipiente adecuada para eliminar material corto punzante ⁽⁴⁾.

En Perú, el 2021 el estudio realizado por Rojas, J y Carmnilla, L; ante la problemática de incumplimiento de las normas de bioseguridad sugirió que se tenían que realizar programas de educación e intervenciones con el fin de mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas en el personal de salud ⁽⁵⁾; así mismo Arévalo, G; Idrugo, N; en su estudio evidenció como problema que el 63% del personal enfermero de un hospital en la ciudad de Cajamarca del servicio de emergencia a veces aplican las medidas de bioseguridad ⁽⁶⁾. Mientras Merino, I; encontró en su estudio que el 82,1%% del personal asistencial las aplica pocas veces ⁽⁷⁾.

En la provincia de Chiclayo, en plena pandemia de COVID-19 la Contraloría evidenció en un importante hospital de esta ciudad, la escases de material de protección personal, hecho que según su informe emitido pone en riesgo las condiciones de bioseguridad ⁽⁸⁾; considerando que este equipo es esencial y estuvo diseñado para reducir los riesgos de transmisión de algunas enfermedades como el (COVID-19); a la vez los medios de difusión indicaron que los hospitales de Essalud de esta ciudad también carecían de este tipo de equipo; por lo que los trabajadores habían asumidos medidas de protesta al verse expuestos a alto riesgo de contagio por este problema logístico ⁽⁹⁾.

Por otro lado, se ha observado que el uso prolongado de EPP, está generando en el personal de salud algunos problemas como enfermedades dérmicas, alergias e incluso heridas en su piel, principalmente en la zona de la nariz y mejillas, evento que está ocasionando en algunos trabajadores una actitud desfavorable al uso prolongado del EPP; referente a la aplicación de las alternativas de bioseguridad; se encontró en el estudio realizado por Mondragón J y Tarrillo J el 2017; que el 58.9% del personal de salud dispone regularmente de EPP; 76.3% de los participantes respondieron haber tenido accidentes con corto punzantes durante su manipulación ⁽¹⁰⁾; problemática que requiere pronta intervención.

En el ámbito internacional, se citan las siguientes investigaciones:

Sabja G; México 2022, buscó identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de normas de bioseguridad del personal médico en los

servicios de emergencias y consulta externa del Hospital México de Sacaba. La metodología utilizada en la investigación de tipo descriptiva, transversal. Como resultados se determinó que el 83% de los participantes conoce la norma de bioseguridad, el 74% tiene actitud de prevención respecto a la aplicación de las normas de bioseguridad así mismo este mismo porcentaje cumple con la práctica de las normas de bioseguridad. Concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables abordadas⁽¹⁴⁾.

Abalkhail, Adil; col. Arabia sudita.2021, buscó evaluó el conocimiento, la actitud y la práctica (KAP) de las precauciones estándar de control de infecciones entre los trabajadores de la salud (HCW) en Qassim, Arabia Saudita, estudio trasversal cuyos resultados mostraron La prevalencia de buen conocimiento, actitud y práctica ($\geq 80\%$ de respuesta correcta) fue del 67,6%, 61,5% y 73,2%, respectivamente. Concluyendo que los resultados indican que organizar la capacitación de los HCW podría ser útil para mejorar su conocimiento de las precauciones estándar de control de infecciones y también se espera que facilite una actitud y una práctica positivas.⁽¹⁵⁾

Paz M. Nicaragua 2019. Pretendía describir los conocimientos, actitudes y prácticas de normas de bioseguridad y riesgo biológico en odontólogos que ejercen su práctica privada en tres ciudades de Nicaragua; la metodología utilizada fue descriptivo trasversal, como resultado se encontró que el personal de salud tiene un conocimiento regular en un 98.8%, buenas prácticas en un 76.7% y una actitud positiva en el 98.8%; concluyendo que el personal tiene un conocimiento regular y una práctica y actitud positiva ante la bioseguridad.⁽¹⁶⁾

Cáceres D. Honduras 2018, pretendía encontrar la conexión entre la información, las mentalidades y las prácticas de los principios de bioseguridad en el personal auxiliar enfermero. La exploración aplicó una estrategia cuantitativa, ilustrativa y correlacional. Se observó en los resultados que había un grado elevado de conocimiento (100%), actitud (100%) y prácticas (80%) en las pautas de bioseguridad; en todo caso, un grado elevado de uso cercano

al lavado. La revisión presumió que los profesionales de enfermería tienen información adecuada para el uso de las normas de bioseguridad ⁽¹⁷⁾.

Merlo D. Honduras 2018, la finalidad de la investigación fue encontrar la relación entre los datos, la disposición y la práctica de la norma de bioseguridad por parte de los expertos del establecimiento materno infantil de Guayape. El instrumento utilizado fue una encuesta cuantitativa, informativa y correlacional. Los resultados mostraron que participaron 11 chaperones de parto en el centro, de los cuales el 100% eran mujeres. Así, el personal femenino tiene datos satisfactorios sobre la Norma de Bioseguridad, una disposición brillante, sin embargo, su aplicación es inadecuada ⁽¹⁸⁾.

En el ámbito nacional se ejecutaron los siguientes estudios:

Urquiaga T; Chunga, Trujillo el 2022; tuvo como motivación evaluar la correlación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de bioseguridad del profesional enfermero en una institución de Trujillo. La investigación fue descriptiva, correlacional, de corte transversal. Los participantes fueron personales de salud, encontrando como resultados que las prácticas de bioseguridad siendo inapropiadas (70%) y un conocimiento bajo (55%). Concluyendo que si existió relación alta significativa entre ambas variables ($p < 0.01$) ⁽⁶⁾.

Herrera, G Tarapoto 2021; tuvo como motivación, encontrar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas sobre medidas de bioseguridad del profesional enfermero en Hospital de Tarapoto, 2021; el estudio fue no experimental, descriptivo correlacional. Resultados; que en sus encontró que el nivel de práctica de medidas de bioseguridad es en un 72.6 % bueno y un 27.4 % regular. Concluyendo que si existió relación negativa muy baja entre ambas variables con un Rho Spearman de -0.080 y un valor de significancia de 0.469 ⁽¹⁹⁾.

Cóndor, B en Lima el 2019. Realizó un estudio cuya motivación fue encontrar la relación entre conocimiento con las actitudes y prácticas en bioseguridad en el personal de salud en una institución sanitaria; estudio

observacional, analítico y transversal cuyos resultados evidenciaron que el 60% de los enfermeros contaron con niveles altos de conocimientos; el 51% mostró una actitud media y en prácticas sobresalió el nivel alto con un 55%. Concluyendo que no estuvieron relacionadas las variables estudiadas, (OR: 0,342, IC 95% [0,108-1,080]); lo mismo con la practica (OR: 1,176, IC 95% [0,388-3,565])⁽¹⁰⁾.

Blanco L. Chépén 2019, la motivación de este estudio fue distinguir la conexión entre el grado de actitudes de bioseguridad y el nivel de exposición al riesgo en los trabajadores del Hospital Chépén-2018. La estrategia utilizada fue una revisión cuantitativa, explicativa y asociativa. El conjunto estuvo compuesto por 40 expertos en enfermería de los dos géneros. El instrumento que utilizaron en el estudio fue el test para distinguir el nivel de apertura al riesgo relacionado con la palabra y el test para decidir el grado de comportamiento en Bioseguridad. En total, el 92,5% de los cuidadores médicos que trabajaron en el Hospital de Apoyo Chépén tienen una actitud aceptable hacia la bioseguridad⁽²⁰⁾.

Montero S. Sullana 2018, la finalidad de este estudio fue reconocer la conexión entre el grado de información y las actitudes en las medidas de bioseguridad. La técnica utilizada fue una revisión cuantitativa, explicativa y de correlación. El grupo del estudio estaba compuesto por 33 miembros. En general, la actitud del personal enfermero ante la bioseguridad en su mayoría se encuentra en un nivel intermedio (48.5%) a desfavorable (24.2%) y las prácticas en un porcentaje considerable inadecuadas 45.5%⁽²¹⁾.

A nivel regional, se citan las siguientes investigaciones:

Pedraza, J, Chiclayo el 2021, tuvo como finalidad encontrar la relación entre conocimiento y actitudes del personal de salud hacia la aplicación de medidas de bioseguridad; estudio descriptivo correlacional, en cuyos resultados se encontró que el 58% del personal tiene buen conocimiento y sólo el 22.0% presenta actitud hacia la aplicación de medidas de bioseguridad. El autor concluyó, que si existió relación entre las variables estudiadas, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad⁽²²⁾.

Huayhua, J. Lambayeque 2019, tuvo como finalidad determinar el nivel de cumplimiento de las prácticas preventivas según la norma de bioseguridad del personal de enfermería del HPDBL; estudio cuantitativo, descriptivo, diseño transversal, en cuyos resultados se encontró que el nivel de cumplimiento de las practicas preventivas es regular en un 76.5%, alto 20,6% y bajo 3.2%. Concluyendo que el personal de enfermería del HPDBL asume un cumplimiento regular en la aplicación de las practicas preventivas; debiéndose enfatizar en motivar el cumplimiento del lavado de manos y uso de barreras protectoras. ⁽²³⁾

Atalaya M, Sampertegui Y, Bernal G. Lambayeque 2018, el objetivo fue distinguir la relación entre la información, disposición y prácticas de la fuerza de trabajo de enfermería en el Hospital Docente Belén de Lambayeque. La estrategia utilizada fue una revisión cuantitativa, explicativa y de correlación. La población fue 22 enfermeros de sala de operaciones encontrando que el 81.8% presenta una actitud adecuada ante los métodos de barrera y el 72.7% una práctica correcta. Se dedujo que el personal de enfermería tiene las perspectivas adecuadas y las prácticas correctas, y que aún no ha alcanzado el grado de información y habilidades que debería estar preparado para afrontar sus propios cuidados ⁽²⁴⁾.

El trabajo de investigación se justificación de la siguiente manera

El trabajo de investigación titulado “Actitud y práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un hospital público de Chiclayo 2020”, buscó evidenciar los potenciales riesgos a los que los trabajadores de salud están expuestos cuando no se realiza un adecuado cumplimiento de las normas de bioseguridad; considerando que durante el ejercicio profesional de los diferentes trabajadores se observó que no siempre se cumplen estas medidas, por diferentes causas relacionadas al trabajador o a la institución. Esta situación es la que motivó a realizar el estudio, acerca de las actitudes y prácticas de bioseguridad que se aplicaron al personal de salud que labora en el área de emergencia en el Hospital Docente Las Mercedes.

Con los resultados de la investigación se pretendió apoyar a la gestión de este prestigioso nosocomio considerando que serán base sustentadora para programar actividades enfocadas en la prevención de riesgo laboral y de las infecciones intrahospitalarias, así como la creación de conciencia de este problema en los trabajadores del hospital y con ello buscar la adherencia a las correctas prácticas de bioseguridad, hecho que beneficiara directamente a los trabajadores ya que contarán con un ambiente laboral libre de riesgos de infección y a los pacientes que reciben atención en este hospital, ya que las practicas serán seguras, reduciendo así la posibilidad de complicación por presentar enfermedades infecciosas intrahospitalarias.

Asimismo, el trabajo de investigación es considerado de utilidad porque permitió acceder a información valiosa e importante, del manejo de las prácticas de las normas de bioseguridad que se realizan en el servicio de emergencia del Hospital Las Mercedes, permitiendo identificar aspectos álgidos, los cuales serán intervenidos mediante acciones de seguimiento, prevención y control reduciendo los riesgos de infecciones intrahospitalarias, además sus resultados servirán para orientar la elaboración de propuestas constructivas como programas de capacitación y/o investigaciones futuras, que servirán para un mejor desempeño del personal profesional de salud.

La investigación servirá para orientar la planificación de planes de mejora continua en busca de la adherencia a la aplicación de las normas de bioseguridad en el campo laboral, siendo este el factor determinante de la salud de los trabajadores profesionales del área de emergencia, permitiéndole otorgar a los pacientes cuidados idóneos al reducir los factores de riesgo de infecciones nosocomiales, contribuyendo a una estancia hospitalaria corta. Desde el punto de vista práctico, el personal de salud cumplió con las medidas de bioseguridad establecidas para así evitar enfermedades infectocontagiosas que puedan dañar su salud y la de los usuarios.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre la actitud y práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020?

1.3. Hipótesis

H₁: Existe relación significativa entre la actitud y práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un hospital público de Chiclayo 2020.

H₀: No existe relación significativa entre la actitud y práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un hospital público de Chiclayo 2020.

1.4. Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la actitud y la práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de actitud ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital público de Chiclayo 2020
- Medir el nivel de práctica ante las normas de bioseguridad en el profesional de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020
- Establecer la relación que existe entre la actitud y la dimensión lavado de manos - barrera de protección en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020
- Establecer la relación que existe entre la actitud y la dimensión eliminación de desechos en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020

1.5. Teorías relacionadas al tema

Una interpretación elemental de la actitud es la expuesta por Allport, quien la pensó como una condición de conducta mental y ansiosa, de preparación para responder, coordinada por la experiencia, mandato o dinámica, sobre la conducta en cuanto a todos los ítems y circunstancias con los que está conectada. Esta definición subraya que la actitud no es ciertamente una manera genuina de comportarse, es una conducta pasada, es preliminar a las reacciones de conducta a los impulsos sociales. Las actitudes son importantes para nuestra vida y de nuestra forma de comportamiento en curso que ocurre en diversas condiciones ⁽²¹⁾.

Esta definición plantea algunas cualidades fundamentales del comportamiento, que es un desarrollo o variable no reconocible directamente; sugiere asimismo una asociación, es decir, una conexión entre puntos de vista mentales, llenos de sentimientos y conativos; por lo que tiene una labor significativa y persuasiva de impulso y dirección de la actividad a pesar de que no debería confundirse con ella y además impacta en el discernimiento y el pensamiento; ya que es aprendido; es perseverante; y tiene una parte de evaluación o afectividad básica de agrado-desagrado ⁽²²⁾.

La actitud, es la tendencia a reaccionar positiva o negativamente ante determinados objetos o situación; Fazio y Roskos, afirman que son las asociaciones y evaluaciones que realizan dos objetos; Judd, concuerda mencionando que las actitudes son evaluaciones duraderas que se almacenan en la memoria; mientras Young afirma que es una predisposición aprendida de tono afectivo, mediante el cual el ser responde de una manera característica sea positiva o negativamente en relación a una situación, ideas, personas, etc ⁽²³⁾.

Hogan, habla de actitudes, muchas de las cuales se miden con pruebas de papel y lápiz, pruebas de proyección, cuestionarios y escalas. También existen medidas fisiológicas que pueden ser particularmente útiles para estudiar el componente emocional y observar directamente el comportamiento. La forma más conocida de medir proporciones es usar

pesos. Las escalas consisten en series de ítems o preguntas cuidadosamente seleccionadas para proporcionar criterios confiables y precisos para realizar las mediciones de acontecimientos sociales por cualquier medio. Estos elementos corresponden a expresiones faciales positivas o negativas ante algunos objetos o situaciones que es de interés conocer⁽²⁴⁾.

De acuerdo con el modelo 3D, McGuire dice que hay tres componentes clave para cualquier actitud. La primera es la percepción se refiere a las creencias de una persona sobre un objeto de interés, la información que tiene al respecto y luego sus sentimientos que se define como los sentimientos de una persona acerca de un objeto, como bueno o malo, y el tercero se define como el comportamiento general. Se refiere a la capacidad de una persona para responder favorablemente por sus acciones a un objeto. Por ejemplo, hábitos como comprar y usar productos⁽²⁵⁾.

El personal de salud sabe que para una adecuada atención en el servicio de emergencia se requiere de una toma de decisiones rápidas; se aplica la valoración y la atención que responda a la satisfacción de las necesidades holísticas de la persona, es por esta razón que el personal deberá tomar una actitud adecuada y favorable para proporcionar un cuidado de calidad. Los profesionales de salud deberán cumplir con aquellas normas de bioseguridad que aseguren salvaguardar la salud y bienestar de ellos mismos y la de sus pacientes. Entre los cuales se deberá cumplir el correcto lavado de manos, la adecuada colocación de guantes, mascarilla, bata, entre otros, además, el de mantener el entorno laboral en óptimas condiciones⁽²⁶⁾.

Por otro lado, se encontraron las dimensiones acerca de la actitud, entre ellas tenemos; la dimensión asertiva, según Alberti y Emmons, nos dice que es un conjunto de conductas que tiene una persona es su interior, el cual va a manifestar deseos, sentimientos, derechos u opiniones de esa persona de una manera directa, honesta y firme, así mismo, se deberá respetar sus sentimientos, actitudes, derecho, opiniones, deseos de la otra persona. Por consiguiente, estas actitudes expresan emociones como el miedo, ira,

esperanza, desesperación, alegría y por tal motivo se expresa de una manera que no viole los derechos de la otra persona ⁽²⁷⁾.

La dimensión apatía, se puede definir como aquella falta continua de motivación, una disminución o ausencia de emociones, sentimientos e intereses que confluyen en una significativa disminución de aquellas conductas que se generan por sí mismas y se dirigen a un fin. Según Marín S., lo define como una disminución de la motivación no aceptada por un cambio del nivel de conciencia, distrés emocional o deterioro cognitivo. Así mismo, se indica un trastorno de la motivación que perdura en el tiempo (en un lapso de 4 semanas) y el cual va a producir efectos negativos determinables en el nivel de funcionamiento antepuesto del sujeto ⁽²⁸⁾.

La siguiente dimensión, denominada responsabilidad, es un término que alude al peso, la obligación o el compromiso de la ciudadanía, como personas o como individuos de una agrupación, con ellos mismos, y con la sociedad en general. Esta idea presenta una valoración positiva y negativa del efecto de una elección en la sociedad. Esta valoración puede ser tanto moral como legal. El yo precavido, puede fomentar mentalidades para protegernos de determinadas situaciones que nos perjudican, fomentando perspectivas negativas para salvarnos. Por ejemplo, un educador podría prescindir de mí como salvaguarda de mi ineptitud o falta de confianza ⁽²⁸⁾.

La última dimensión es la impulsividad, se define como la tendencia de afrontar una situación externa de forma desmedida, rápida e inesperada, el cual resulta una amenaza, contra un factor interno propios de la persona, sin haber tenido una consideración anteriormente ni tomar en cuenta los efectos que puedan ocasionar sus acciones. Según el autor Haro M. et ál., nos manifiesta que la impulsividad tiene tendencias a contestar velozmente sin ninguna consideración con anterioridad, tampoco con comportamientos de agresividad y furia o la imposibilidad de actuar empleando la atención mantenida ⁽²⁹⁾.

El instrumento propuesto por Santillan L., para medir las actitudes de medidas de bioseguridad en el profesional de salud, se inició desde la

necesidad de medir las causas que establecen el comportamiento frente a un hecho. No se hallaron muchos trabajos que hablen acerca de la medición y los procesos para lograrla, es por ello, que muestra la implementación de escalas eficaces para detectar las actitudes. La elaboración de esta escala se realizó para construir indicadores actitudinales que van a permitir pronosticar la actitud del grupo profesional. La escala Likert utilizada para las mediciones, de fácil elaboración; además, logra niveles altos de confiabilidad y requiere pocos ítems⁽³⁰⁾.

La teoría de la acción consciente es un aporte importante al estudio de la conducta humana, brinda un modelo completo de investigación que toma en cuenta factores considerados por separado en otras teorías; esta es una alternativa que incluye aspectos mixtos que cobran importancia según el momento del estudio fue encontrado. porque incluye factores como dividir a las familias con creencias y comportamientos, cuando son individuales a cada objeto y norma, cuando surgen de los grupos a los que pertenecen: así como las actitudes, las normas fundamentales, los puntos de vista, los motivos para seguir estas creencias y normas y con propósito hacia la realización de una conducta⁽³¹⁾.

El sistema teórico de Fishbein y Azizen; fueron de los primeros intentos de predecir el comportamiento a partir de actitudes asociadas implicando el modelo empírico $R = f(R)$. La obra de Lapierre fue la primera propuesta en este sentido. Aunque se llegó a la conclusión de que no había relación entre las actitudes y el comportamiento, este trabajo empírico abarcó 10, 40, 50 y 60 años, discutiendo alternativas a la conceptualización en términos de vertical, incluyendo otras variables predictivas, al tiempo que mejoraba las actitudes y el comportamiento⁽³²⁾.

El modelo propuesto por Fishbein y Eisen es extremadamente completo y proporciona un alto grado de seguridad en la medición de los determinantes del comportamiento. Los factores que la psicología social suele identificar simplemente en la categoría de actitudes, pero parecen ser discriminatorios en esta teoría. Se tienen en cuenta tanto los factores

individuales como los grupales, lo cual es una de las principales ventajas técnicas. Una ventaja adicional radica en abordar el contexto en el que ocurren estos elementos con suficiente flexibilidad para distinguirlos y medir su ocurrencia ⁽³³⁾.

La práctica debe entenderse principalmente como una exposición repetida a una situación particular (estímulo) y luego como una respuesta consistente observable repetida a ella. Entonces, por ejemplo, al tener más hijos, las mujeres tendrán más experiencia porque muchas veces se encontrarán con situaciones relacionadas con el cuidado de la salud de sus hijos y, por lo tanto, tendrán algún contacto con el personal. La salud refuerza el comportamiento en tales situaciones y se convierte en parte de su aprendizaje, así como de su conocimiento y comportamiento ⁽³⁴⁾.

Chaverra define la práctica, es decir, la forma de entenderla, determinada por la idea del mundo y los ideales que tiene el sujeto en un momento histórico determinado. Así, la visión idealista griega, presentada por Platón y Aristóteles, entendía la práctica como el arte del razonamiento político y moral, es decir, pensar como la esencia de la práctica, como razonar, donde las personas toman la iniciativa ante situaciones difíciles. Por otro lado, aun con una visión materialista del mundo, Marx entendió la realidad y consideró al hombre ya la naturaleza como realidad objetiva. De este modo, el hombre es asumido como entidad concreta tiene actividades ⁽¹³⁾.

La práctica de la enfermería incorpora los hallazgos y las desventajas que experimenta un cuidador en la transmisión de los cuidados; durante la relación enfermera-paciente y del entorno. Las especulaciones surgen con torpeza y exploración y, cuando se aprueban, se convierten en informativas y prescriptivas; los ensayos basados en hipótesis reciben críticas y se convierten en independientes e imaginativos a través de la mejora sistémica. Las hipótesis, ensayadas de vez en cuando, crean eficientemente información experiencial sobre el negocio y dan la información y los pensamientos para ayudarlo. Al averiguar cómo ponderar una cuestión de otra manera, se pueden ensayar diferentes formas de comportamiento ⁽³⁵⁾.

El personal de salud, se encuentran expuestos a adquirir diversas enfermedades; considerando que los hospitales, son zonas de alto contagio por la presencia de microorganismos; por esta razón, el personal debe mantener en cada momento la limpieza o higiene en cada área de trabajo. Por consiguiente, existen normas que se deben cumplir como el correcto lavado de manos realizando los cinco momentos, la apropiada colocación de la vestimenta como el mandilón, gorro, el calzado de guantes, mascarilla, etc., no fumar, no comer, manejar a todo paciente como potencialmente infectado, se debe desechar estrictamente con precaución los materiales cortopunzantes y distribuirlos adecuadamente en cada recipiente ⁽¹³⁾.

La palabra "bioseguridad" es un conjunto de normas, medidas y procedimientos. Se define como las precauciones y comportamientos que todo profesional de la salud debe seguir al manipular elementos que han estado en contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, secreciones o fluidos corporales o tejido del paciente. Al seguir los estándares mínimos establecidos para controlar los peligros de los agentes principalmente biológicos, se pueden evitar las condiciones que exacerban, crean o provocan una exposición adversa al personal médico, como la gestión de desechos ⁽³⁶⁾.

El significado de la palabra "bioseguridad" se entiende según sus componentes como "bio" de "bios" (griego), que significa vida, y seguridad, que se refiere a cualidad segura, sin daño, riesgo o peligro. Entonces, la bioseguridad es la calidad de vida libre de daño, riesgo y peligro. La bioseguridad es un conjunto de medidas o herramientas preventivas destinadas a mantener el control de los riesgos laborales derivados de agentes biológicos, físicos y químicos, y alcanzar el objetivo de la prevención como objetivo de proteger la salud y la seguridad frente a los riesgos biológicos, tanto para las personas como para el medio ambiente ⁽³⁷⁾.

Conforme a la Norma Técnica 015 del Manual de Bioseguridad del Ministerio de Salud peruano, nos dice que es un concepto amplio que engloba una amplia gama de medidas para proteger al personal que labora en los establecimientos de salud y que los pacientes, visitantes y el medio ambiente

pueden entrar en contacto o afectar el resultado de operaciones de socorro. La bioseguridad es un conjunto de medidas de seguridad mínimas y necesarias adoptadas por los trabajadores para reducir o eliminar los riesgos para los trabajadores de la salud, la sociedad y el medio ambiente causados por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos ⁽³⁵⁾.

La bioseguridad tiene tres pilares que respaldan y brindan precauciones generales, incluido el lavado de manos, las barreras protectoras y las contramedidas. Lavarse las manos fueron medidas de reducción de riesgos asociada a todos los pacientes, personal y profesionales de todos los servicios, estén o no familiarizados con sus pruebas serológicas. Todos los empleados deben seguir las precauciones estándar habituales para evitar el contacto de la piel y las mucosas en cualquier situación que pueda dar lugar a un accidente, tanto si hay contacto con sangre o cualquier otra parte del cuerpo del paciente. Estas precauciones deben aplicarse a todos, independientemente de su condición médica ⁽³⁸⁾.

Las barreras son factores que protegen al personal sanitario de la transmisión de enfermedades, al estar en exposición directa con artículos dañinos o contaminados, o sustancias infectadas entre las cuales tenemos a la sangre u otros fluidos de los pacientes considerados potencialmente infecciosos. Estas medidas no previenen accidentes, pero reducen sus consecuencias. Se dividen en dos grandes grupos: la inmunización activa y el uso de barreras físicas. Implica el uso de guantes, mascarillas, mandiles, anteojos, mandiles, zapatos, gorros ⁽³⁸⁾.

El uso de guantes reduce el riesgo de que las manos se contaminen con líquido, pero no evita cortes ni pinchazos, y es adecuado para todos los procedimientos. El uso de guantes es protector y no reemplaza las buenas prácticas de control de infecciones, especialmente el lavado de manos adecuado. Los guantes deben ser de goma, ajustados para facilitar el procedimiento. Si están agrietados, deséchelos, luego lávese las manos y reemplácelos inmediatamente. Si el procedimiento que se realiza es invasivo y de alta exposición, se deben usar guantes dobles ⁽³⁹⁾.

Las máscaras o respiradores (protectores bucales, protectores nasales, protectores de barbilla) son un mecanismo de barrera que forma parte de los riesgos biológicos y sirve para reducir la contaminación de las bacterias exhaladas durante la posible exposición de los trabajadores. con sangre y otros fluidos corporales. El uso de mascarilla protege de una posible contaminación con saliva, sangre o vómito que pueda escapar del cuerpo del paciente. Disponemos de los siguientes tipos de mascarillas: mascarillas biológicas, mascarillas antipolvo convencionales, mascarillas quirúrgicas, mascarillas antipolvo industriales ⁽⁴⁰⁾.

El uso de mandiles evita la contaminación de la ropa y el contacto de la piel con la sangre, por lo que existe un procedimiento de colocación de estas batas ya sean estériles o limpias, según sea el caso; por ejemplo, en el quirófano para crear una barrera séptica y aséptica se utiliza los mandiles estériles; y para aquellos procesos que puedan ocasionar salpicaduras se debe utilizar bata de baño, es deseable que sea de manga larga y mangas que la confección y diseño cumpla con su cometido. El uso de delantal es un requisito multifactorial en la atención al paciente de los miembros del equipo sanitario ⁽⁴¹⁾.

Los gorros se utilizan para evitar que los trabajadores de la salud entren en contacto con salpicaduras o materiales contaminados, y para evitar contaminar el cabello de los trabajadores de la salud. El cabello contribuye a la retención y propagación de microorganismos que flotan en el aire del hospital, como estafilococos, corinebacterias; Por tanto, se considera una fuente de infección y un mediador de la transmisión microbiana. Por eso, antes de usar cualquier pantalla, debes comenzar por usar una gorra para evitar que las partículas de contaminación entren en tu cabello ⁽⁴²⁾.

Lentes, el autor menciona que se deben utilizar anteojos cuando exista el riesgo de salpicar o lanzar aerosoles contaminados sobre la mucosa del ojo, así como cuando proyecten agua contaminada, sangre o gotitas infecciosas, y para lograr que sean efectivos requieren una combinación de anteojos resistentes que coincidan con la construcción del marco o

combinaciones adicionales para proteger los ojos en cualquier dirección. También estipula que debe seguir algunas reglas generales para el uso de anteojos: Mantenga sus manos limpias antes de usar anteojos, colóquese anteojos antes de usar guantes. Asegúrate de que tus lentes estén en buenas condiciones ⁽⁴²⁾.

Las botas, utilizadas para evitar la contaminación del área durante los procedimientos invasivos y no invasivos, deben usarse con gorros, máscaras y guantes, y son obligatorios en salas duras. El uso de calzado limpio y no esterilizado protege nuestra piel y evita contaminar la ropa durante la atención al paciente, ya que pueden provocar salpicaduras, burbujas de aire, sangre, fluidos corporales, secreciones y secreciones. Al quitarse los zapatos, colóquelos en un lugar adecuado e identificado. Del mismo modo, lávese las manos con agua con clorhexidina al 2% antes y después de quitarse las botas ⁽⁴³⁾.

El manejo de los restos de los hospitales es un proceso mediante el cual los productos generados en el sector salud son eliminados; contiene un conjunto de equipos y procedimientos para ser almacenados y manipulados sin riesgo. La segregación de residuos diferencia si los materiales son biológicamente contaminados, especiales o generales; además se coloca en diferentes bolsas según el caso; la bolsa roja para materiales contaminados y/o biológicamente contaminados como sangre, secreciones, secreciones, etc; bolsa negra para materiales generales como papel, bolsas, botellas, etc. y bolsa amarilla para materiales especiales, como desechos radiactivos, medicamentos caducados; estas se depositan en la bolsa amarilla ⁽⁴³⁾.

Momentos del lavado de manos se presta especial atención a las interacciones que tienen lugar en el área del paciente durante la prestación de la atención médica. El área del paciente incluye al paciente y superficies específicas y elementos del paciente de manera temporal y dedicada. Por lo general, esto hace incluir a los pacientes y toda superficie inanimada que entran en contacto directo con el paciente, como barandas de cama, mesitas de noche, ropa de cama, tubos de infusión y otros dispositivos médicos.

Además se puede incluir superficie que el personal de la salud suele tocar al momento de atender a pacientes, como pantallas, pomos de puertas, botones y otras superficies de contacto ⁽⁴⁴⁾.

Al principio, antes de tocar al paciente; para proteger a los pacientes de la contaminación con microorganismos dañinos por parte de los profesionales de la salud (y en algunos casos de la contaminación exógena). Se debe aplicar el lavado de manos antes de tocar al paciente cuando se acerque al paciente; por ejemplo, antes de dar la mano o acariciar la frente de un niño, antes de asistir al paciente en su higiene personal: implantarse, bañarse, comer, vestirse, etc. Antes de ayudar u otro tipo de tratamiento no invasivo: aplicar una mascarilla de oxigenación, masaje. Antes de realizar un examen físico no invasivo, como medir su frecuencia cardíaca o presión arterial, escuchar su pecho; efectuar un electrocardiograma ⁽⁴⁵⁾.

Segundo paso, antes de realizar cualquier trabajo de limpieza/esterilización; para proteger al paciente de la entrada en el cuerpo de microorganismos nocivos que puedan entrar en el cuerpo, incluida la persona misma durante la cirugía. Considerándose lávese las manos inmediatamente antes de tocar cualquier cosa que pueda representar un riesgo grave de infección para el paciente (p. ej., membranas mucosas, piel lesionada, instrumentos invasivos); por ejemplo, antes de usar gotas para los ojos, realice un examen digital vaginal o rectal, examine la boca, la nariz o los oídos con o sin instrumentos, coloque óvulos o gotas, o aspire la mucosidad ⁽⁴⁴⁾.

El tercer punto sigue al riesgo de exposición a fluidos corporales. Con la finalidad de proteger a los trabajadores de la salud y al medio ambiente de los microorganismos causantes de enfermedades de los pacientes. Se considera que el lavado de las manos será inmediatamente después de completar cualquier actividad que suponga un riesgo de exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes); Por ejemplo, tras una inyección o punción cutánea, tras la introducción de un dispositivo médico invasivo (acceso vascular, cateterismo, drenaje, etc.). Después de quitar cualquier material protector y después de manipular muestras que contengan

material orgánico, limpie los fluidos corporales, las superficies o los instrumentos contaminados⁽⁴⁴⁾.

Cuarto momento, después de la exposición al paciente o su entorno; con el fin de protegerlos de la colonización microbiana y prevenir la propagación de microorganismos en entornos de atención médica. Se considera lavarse las manos al final del examen si toca a la persona enferma. Ejemplo; Después de asistir a un paciente con el autocuidado, después de la asistencia u otros procedimientos no invasivos como cambiar la ropa de cama sin dejar que el paciente se vaya; del mismo modo, tras realizar una exploración médica no invasiva, medir la frecuencia cardíaca o la tensión arterial, escuchar el tórax, etc⁽⁴⁴⁾.

La quinta vez, después de que el paciente se expone al medio ambiente; para prevenir la colonización de microorganismos patógenos o microorganismos que puedan estar presentes en superficies/objetos cercanos; hay que lávese las manos después de tocar objetos o muebles durante las visitas del paciente. Ejemplo; tareas posteriores a la limpieza: cambiar las sábanas de la cama antes de levantarse de la cama, sostener las bandejas o tocar las manijas de la cama; también después de brindar cualquier ayuda (ajustar la tasa de infusión, quitar la alarma del monitor), o tener contacto con objetos inanimados tales como, apoyarse en una cama o mesita suplementaria⁽⁴⁴⁾.

La técnica y tipo de lavado de manos utilizado es el procedimiento más sencillo, económico e importante en la prevención de infecciones nosocomiales (IRAS), reduciendo la morbilidad hasta en un 50% cuando se realiza correctamente. Las técnicas de limpieza son todas las actividades encaminadas a eliminar la materia orgánica invisible, reduciendo el número de microorganismos para mantener los materiales y las áreas físicas seguras para los pacientes y el personal, y viceversa. Esto debe hacerse separando y sacando la suciedad de las manos por la acción del jabón y la fricción⁽⁴⁴⁾.

La efectividad en la limitación de la dispersión microbiana depende de tres factores principales, relacionados con que el número y tipo de

microorganismos no es el mismo cuando se realiza el proceso con materia orgánica, aunque sí se utilizan guantes. Después de tratar el apartamento y los urinarios, las herramientas de eliminación, etc. La solución utilizada está relacionada con la calidad y el origen, posiblemente una solución antiséptica pero contaminada. Las técnicas de lavado de manos se pueden realizar antes y después de cada paciente, pero en ocasiones se utilizan de forma incorrecta. Hay varias formas de lavarse las manos, dependiendo de la situación clínica, el lugar y los recursos disponibles se clasifican en lo siguiente ⁽⁴⁴⁾.

Las manos deben lavarse entre el cuidado de un paciente y otro, a menos que se estén realizando procedimientos invasivos; este es el lavado de manos de rutina y se define como la eliminación mecánica de la suciedad y los microorganismos transitorios de la piel. Este lavado de manos requiere un enjabonado frecuente, preferiblemente con un jabón líquido fuerte durante al menos 15 segundos, su objetivo es eliminar la suciedad y la materia orgánica, reduciendo así la concentración de bacterias o flora adquirida por contacto reciente con el paciente o material contaminado. Puede ser utilizado por médicos y personal tanto profesionales como no profesionales ⁽⁴⁴⁾.

El lavado de manos (o antiséptico) está clínicamente indicado en las áreas clínicas entre la atención al paciente y antes y después de los procedimientos invasivos. Está elaborado con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro, acción rápida, no irritante y se utiliza durante brotes de infecciones en hospitales, áreas críticas, procedimientos invasivos, así como en pacientes. Zona inmunosupresora. El lavado de manos antiséptico es el método más efectivo para remover o eliminar cualquier bacteria transitoria adquirida a través del contacto reciente con material enfermo o contaminado. Utilizado por personal médico, profesionales y técnicos en áreas críticas, etc ⁽⁴⁶⁾.

El lavado de manos quirúrgico es un método de lavado minucioso diseñado para eliminar la mayoría de las bacterias de las manos y antebrazos mediante el uso de jabones y fricciones antisépticas, recomendado para cualquier procedimiento quirúrgico. Es el lavado de los miembros del equipo

quirúrgico antes de entrar al quirófano, siempre se recomienda jabón antibacterial. Recuerda que no es necesario el uso de cepillo para reducir la carga microbiana cuando se utiliza desinfectante residual. Su propósito es prevenir la contaminación del ambiente quirúrgico mediante la eliminación y destrucción de microorganismos transitorios y la reducción de la flora presente en las manos del equipo quirúrgico ⁽⁴⁶⁾.

Para el manejo de instrumentos cortantes, definidos como cualquier objeto capaz de apuñalar, penetrar o cortar tejidos y promover infecciones, tales como agujas hipodérmicas, bisturís, cuchillos, cristalería, materiales duros, utilizados, entre otros, en laboratorios, odontología, atención al paciente, diagnóstico y tratamiento, estos materiales pueden o no entrar en contacto con agentes infecciosos. Se deben colocar otros objetos afilados sin riesgo de exposición química o infección, ya que pueden causar lesiones al operador. Los profesionales de la salud deben seguir las precauciones estándar para evitar la exposición de la piel o las membranas mucosas en los eventos que darían origen a accidentes ⁽⁴⁷⁾.

Los accidentes punzocortantes son provocados por objetos afilados o herramienta que pueden causar lesiones al personal que trabaja en un entorno hospitalario, desde tareas muy simples como administrar inyecciones hasta tareas más complejas como cirugía de emergencia. Esta actividad expone a los trabajadores a accidentes laborales que los conduce a estar en riesgo de contraer enfermedades como la hepatitis B y C, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras; para evitar accidentes con este material, debe ser desechado en un tapón seguro después de su uso ⁽⁴⁷⁾.

La gestión de residuos punzocortantes es toda ingeniería operativa que incluye tratamiento, acondicionamiento, transporte, tratamiento y disposición final. Los tipos agudos son los más peligrosos porque causan la mayoría de las complicaciones en los entornos de atención médica; Todos los días, los trabajadores de la salud están expuestos a patógenos peligrosos y mortales a través de sangre, agujas contaminadas y/u objetos afilados. Los materiales reciclables son cajas o contenedores de plástico que contienen objetos

afilados para su almacenamiento y transporte. Por lo tanto, no se recomienda cambiar la aguja, doblarla, romperla o manipularla ⁽⁴⁷⁾.

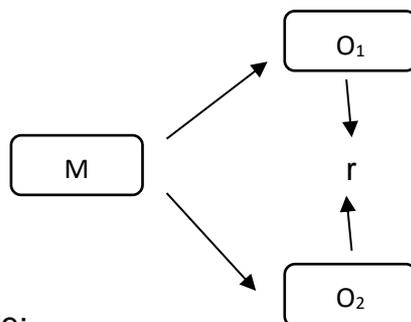
El estudio se basa en la teoría de Dorothea Oresme, donde se entiende al hombre como un ser biológico que razona y piensa. La teoría define a la enfermería como contribuir a las personas a la realización y como mantener las actividades de autocuidado para preservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad y hacer frente a sus consecuencias. El estudio se basa en este modelo porque el personal está muy interesado en cuidarse a sí mismo y a sus pacientes. De hecho, las medidas de bioseguridad - autocuidado que deben tener los empleados en sus actividades diarias para evitar la propagación de enfermedades requieren en todo momento conocimientos, habilidades, valores y actitudes para aplicar las medidas de bioseguridad ⁽⁴⁸⁾.

II. MATERIALES Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de investigación:

La investigación fue de tipo descriptiva con enfoque cuantitativa; ya que en este tipo se emplea la recaudación y el análisis de datos dando respuesta a las interrogaciones de investigación con el fin de probar hipótesis realizadas con anticipación; también se utilizan mediciones numéricas empleando la estadística para determinar de manera exacta estándares de comportamiento en una población ⁽⁴⁹⁾.

El diseño empleado en la investigación fue no experimental - correlacional; no experimental, porque se recogió datos de forma libre sin manipulación alguna de las variables, fue de corte trasversal, porque estos datos fueron tomados durante un tiempo específico, a la luz del hecho de que los datos fueron notados y determinados de manera clara a través de la información basada sobre la actitud y la práctica de los principios de bioseguridad ejecutados durante el cumplimiento de funciones del personal. Así mismo, de nivel correlacional; ya que se determinó la existencia de relación entre ambas variables abordadas sin influencia de otra variable ⁽⁴⁹⁾.



Donde:

M: profesionales sanitarios del HRDLM.

O1: Actitud ante las normas de bioseguridad.

O2: Práctica ante las normas de bioseguridad.

r: Correlacional de las variables.

2.1. Variables, Operacionalización

Variable independiente: Actitud

Definición conceptual: Estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que provoca una respuesta del individuo a un objeto u evento.

Definición operacional: predisposición para evaluar de una determinada manera el concepto de bioseguridad por la escala de Likert. Siendo categorizada de la siguiente manera: favorable, intermedia desfavorable

Variable dependiente: Práctica

Definición conceptual: Son actividades que realiza el profesional para habilitarse y ejercer su profesión.

Definición operacional: Adquisición de nuevos conocimientos experiencias y fenómenos que pasan de manera imprevista. Siendo categorizada de la siguiente manera: como alto, medio, bajo.

Tabla 1: Operacionalización de las variables

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Ítem	Instrumentos	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición
Actitud	Estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que provoca una respuesta del individuo a un objeto u evento.	predisposición para evaluar de una determinada manera el concepto de bioseguridad por la escala de Likert. Siendo categorizada de la siguiente manera: favorable, intermedia desfavorable	Asertividad	A la utilización de medidas de protección. Al lavado de manos. Adecuada eliminación de residuos sólidos.	1 2 3 4 5 6 7	Actitud ante las normas bioseguridad en el personal de salud de un hospital referencial docente "Las Mercedes" de Chiclayo durante el año 2020	Actitud favorable: 89-120 puntos Actitud intermedia: 57-88 puntos Actitud desfavorable: 24 -56 puntos	categorica	ordinal
			Responsabilidad	Manejo de medidas de bioseguridad. Utilización de medidas de protección. Ejecución del lavado de manos. Ejecución de la eliminación adecuada de residuos solidos	8 9 10 11				

				Opiniones en contra del cumplimiento de medidas de protección.	12 13 14 15 16 17				
			Apatía	Opinión en contra del lavado de manos. Opinión en contra de la eliminación de residuos biocontaminado s.					
			Impulsividad	En el uso de medidas de protección. Hacia el lavado de manos Hacia la eliminación de residuos biocontaminado s.	18 19 20 21 22 23 24				

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Ítem	Instrumentos	Valores finales	Tipo de variable	Escala de medición
Práctica	Son actividades que realiza el profesional para habilitarse y ejercer su profesión.	Adquisición de nuevos conocimientos experiencias y fenómenos que pasan de manera improvisada. Siendo categorizada de la siguiente manera: como alto, medio, bajo.	Barreras de protección - Lavado de manos	Aplicación de la técnica correcta del lavado de manos. Utilización correcta de las barreras de protección	1 2 3 4 5 6 7	Guía De Observación De Aplicabilidad En Las Normas De Bioseguridad	Baja: 0 - 4 puntos Media: 5 - 8 puntos Alta: 9 - 12 puntos	categórica	ordinal
			Residuos solidos	Manejo correcto de residuos solidos Manejo correcto de cortopunzantes Adecuado transporte de muestras.	8 9 10 11 12				

1.3. Población de estudio, muestra, muestreo y criterios de selección

Según Hernández ⁽⁵³⁾, mencionó que la muestra es por su naturaleza, un subgrupo de la población. Retratado como un subconjunto de partes coordinadas todavía en el aire en sus cualidades, que llamamos populacho ⁽⁵³⁾.

La población conformada por el personal de salud que laboran en el área de Emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”, el cual fue un total de 144 (42 médicos, 47 enfermeras y 55 Tec. enfermeras) para dicho estudio.

Además, el tipo de muestra fue censal, ya que fue tomada a la población como unidades de estudio, donde la muestra es igual a la población; además porque la población de estudio fue pequeña y de fácil acceso; así mismo la selección no fue al azar sino por las características del estudio ⁽⁵³⁾.

Como criterio de inclusión que asumió el estudio fue que los trabajadores a ser evaluados (médicos, enfermeras (os) y técnicos en enfermería cumplirían funciones en el servicio de emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”; su participación sería voluntaria, acreditado por la firma de consentimiento informado; y como criterio de exclusión quienes no acepten participar del estudio y aquellos que cuenten con licencia laboral.

1.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

El procedimiento utilizado para la obtención de datos fue una encuesta y una lista de observación la primera permitió identificar la actitud del personal del servicio de emergencia del Hospital Las Mercedes al cumplimiento de las normas de bioseguridad y la lista de observación permitió evaluar al personal en el cumplimiento de la aplicación de la norma técnica de bioseguridad.

Los instrumentos fueron aplicados previa autorización de la autoridad de la institución; el cuestionario sobre actitud ante las normas bioseguridad en el personal de salud” estuvo constituidos por dos partes, la primera de

identificación del participante y la segunda que contiene un cuestionario tipo escala de Likert con 24 preguntas, dividido en 4 partes que evalúa cada dimensión de la variable. Al ser un instrumento asumido de otras investigaciones y modificado parcialmente fue conveniente aplicar juicio de expertos la cual obtuvo un $p=0.0438$ valor que es menor a 0.05 otorgando validez al instrumento; y alpha de Cronbach a la prueba piloto obteniendo el valor de $p=0.872$ el cual es considerable Excelente.

El instrumento sobre guía de observación de aplicabilidad en las normas de bioseguridad estuvo constituido por dos partes, la primera de identificación del participante y la segunda que contiene 12 ítems que serán observados y evaluados con un Si o No, dividido en 2 partes que evalúa cada dimensión de la variable. Al ser un instrumento asumido de otras investigaciones y modificado parcialmente se creyó conveniente aplicar juicio de expertos la cual obtuvo un $p=0.0438$ valor que es menor a 0.05 otorgando validez al instrumento; y K-20 a la prueba piloto obteniendo el valor de $p=0.926$ el cual es considerable Excelente.

1.5. Procedimientos de análisis de datos

En cuanto a la recolección de datos del estudio se realizó una solicitud, el cual fue aprobada por el director Plinio Junior Muro Solano del Hospital Referencial Docente Las Mercedes, de esta manera facilitó la aplicación de los instrumentos validados a los profesionales de la salud; posteriormente y obtenido la base de datos de los trabajadores se procedió a entablar comunicación telefónica donde se les brindo la información detalla de la investigación, forma de aplicación de ambos instrumentos y objetivos de cada uno de ellos; para luego enviar la encuesta y el consentimiento informado de manera virtual

El cuestionario de Actitud ante la aplicación de la norma de bioseguridad, fue un instrumento de auto aplicación, que por motivo de restricción a causa de pandemia fue aplicado de manera virtual con un tiempo de desarrollo de aproximadamente 10 – 15 minutos: En relación a la guía de evaluación de práctica, este fue evaluado por el investigador durante la

ejecución de la función del personal, utilizando para ello la observación durante el desarrollo de las actividades diarias del personal de salud en la atención del paciente.

El análisis de datos fue aplicado a la muestra, personal de salud que labora en el área de emergencia del Hospital Referencial Docente las Mercedes, por lo tanto se iniciaron con la presentación a los profesionales sanitarios, donde se indicó los objetos de estudio, la reserva en el manejo de los resultados y el carácter anónimo; la participación fue de previo consentimiento informado; así mismo no fue prevenido los riesgos al participar en el estudio y los participantes que no quisieron participar lograron retirarse de ello en cualquier momento.

Los instrumentos fueron aplicados en el año 2021, entre los días de la semana a los diferentes grupos en ambos turnos, con el fin de encontrar igualdad en el estudio, dándoles el tiempo necesario para el desarrollo del instrumento. Los datos obtenidos fueron tabulados y procesados para el análisis mediante el programa SPSS Statistics 25, el cual produce estadísticas para casos y medidas en estudios descriptivos y analíticos. Siendo los resultados presentados en tablas y/o gráficos. Estos estadísticos fueron utilizados en el procesamiento de los datos y resultados obtenidos.

1.5. Criterios éticos

Se aplicaron los estándares establecidos en el informe Belmont, entre los que se encontró el respeto a la dignidad humana mediante el cual las personas deben ser tratadas respetando su autonomía, condición, cultura o situación financiera; ⁽⁵⁰⁾ protegiendo en todo momento a aquellos que no tienen capacidad de autodeterminación; así mismo se asumió el principio de beneficencia, cuidando a cada participante de no sufrir daño; al ser un estudio descriptivo no experimental, los participantes no fueron expuestos a ningún riesgo de daño; por ello se tuvo cuidado en el manejo de la información quedando los participantes en anonimato.

En segundo lugar, que las personas con menor independencia están cualificadas para el seguro. Por ello, la norma de consideración de la persona se separa en dos requisitos para el aseguramiento de las personas que no tienen independencia propia o disminuida. Para la inversión de los sujetos de examen, se les educó prácticamente en todas las extensiones y propósitos antes del inicio de la exploración ⁽⁵¹⁾.

Otro principio aplicado fue el de justicia; el cual está dirigido a promover la equidad en el momento de la participación de los beneficios del estudio, así mismo el reto que recibieron los participantes conservo la equidad e igualdad, basándonos en los criterios de inclusión y exclusión asumidos por la investigación; Los instrumentos fueron aplicados a cada participante, considerando cada criterio colocado en los mismo, sin realizar ninguna distinción.

La expresión "equidad" propone en el sentimiento de "razonabilidad en la difusión" o "lo que se merece" por ejemplo hay uniformidad, y caracteriza la difusión justa de lo que cada individuo merece. Lo vergonzoso ocurre cuando se le niega a un individuo una ventaja a la que tiene derecho de forma inesperada, o cuando se impone esta norma significativa a los individuos, se echa a perder cualquier examen. La investigación de los temas no estaba comúnmente conectada con la exploración lógica. De este modo, toda la información de los encuestados era privada y quedaba bajo la tutela del creador ⁽⁵¹⁾.

Consentimiento informado: el instrumento fue aplicado a los sujetos investigados de manera voluntaria y anónimamente, salvaguardando sus datos personales y su información fue recolectada exclusivamente para la investigación.

Criterios de Rigor Científico tenemos lo siguiente

Para garantizar la rigurosidad científica el estudio aplicara los criterios de rigor científicos de Guba, siendo el primero el criterio de Credibilidad; mediante el cual el investigador respetó el desarrollo de los hechos, tal cual

se presentaron sin manipulación alguna; así mismo para dar credibilidad a los resultados obtenidos los instrumentos pasaron por juicio de expertos y prueba piloto. Luego tenemos el criterio de aplicabilidad, buscando en todo momento que los resultados reflejen los hechos tal y cual se presentaron; los cuales pueden ser similares o diferentes a otros obtenidos por investigaciones que aplicaron los mismos instrumentos ⁽⁵³⁾.

También se aplicará el criterio de consistencia el cual es el valor o el respaldo de la premisa de la mejora de la revisión, se eliminaron los componentes invariables del examen como la cuestión que se rastreó en esta revisión, de manera similar la elaboración de los objetivos, la especulación, de igual manera el factor respondió y mostró consistencia interna, por lo tanto, fue definido y ejecutado con una dirección específica a una revisión estimada con varias contenciones lógicas ⁽⁵³⁾.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Tabla 1

Relación entre la actitud y la práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020

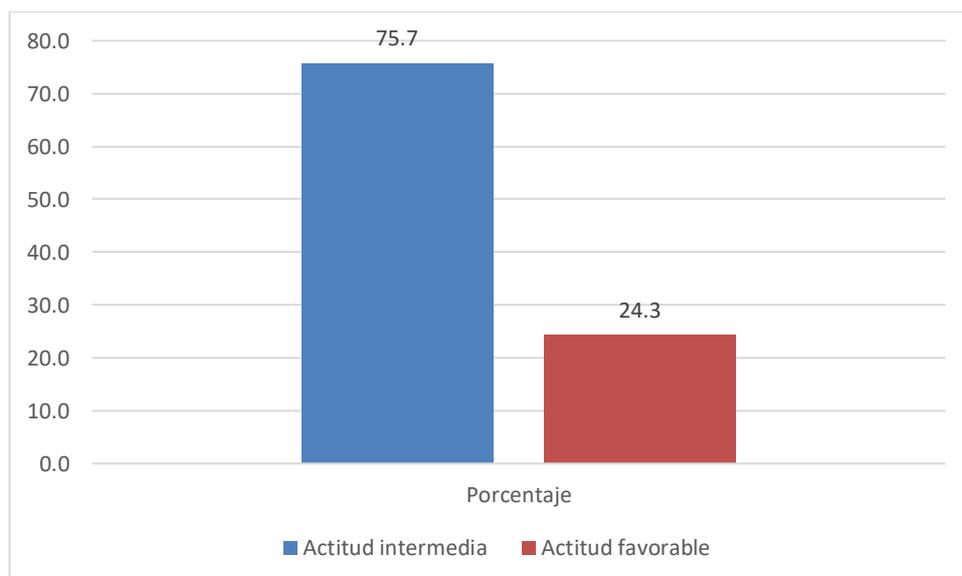
Actitud y Práctica	Valor
Coefficiente de correlación Rho de Spearman	-,302
Sig. (bilateral)	,000
N	144

Fuente: Información arrojada por el paquete estadístico SPSS V25

Como se observa, el nivel de significancia es de 0.000 menor a 0.01 ($p = 0.000 < \alpha = 0.01$), por lo tanto, se acepta la hipótesis H_1 , es decir, una sí influye sobre la otra. Además, se determina que el nivel de asociación ($r = -0,302$) posee una correlación inversa baja.

Figura 1

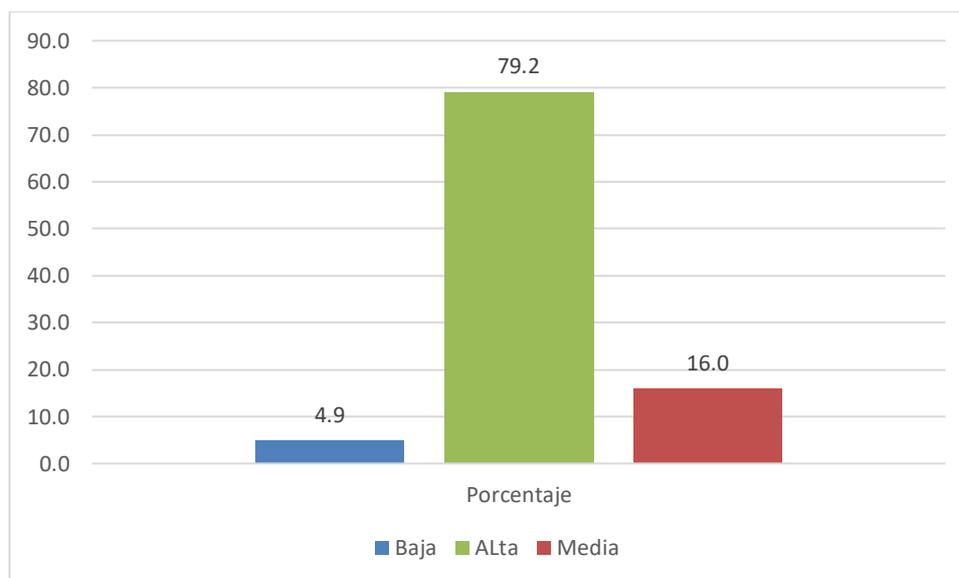
Nivel de la Actitud ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital público de Chiclayo 2020.



Fuente: Información tomada de la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Al identificar el nivel de la variable independiente actitud, se visualiza que presenta una orientación de intermedio a favorable, siendo el nivel intermedio el que poseen un mayor porcentaje (75.7%) en los entrevistados, mientras que el 24.3% están en nivel favorable.

Figura1: Nivel de práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital público de Chiclayo 2020



Fuente: Información tomada de la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Como se observa en la figura 2, el nivel de la variable dependiente práctica, se visualiza que presenta una orientación de Alta a Media, siendo el nivel alto el que poseen un mayor porcentaje (79.2%) en los entrevistados, mientras que solo el 4.9% están en nivel bajo.

Tabla 2

Relación entre la actitud y la dimensión lavado de manos - barrera de protección en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020.

Actitud y dimensión lavado de manos - barrera de protección	Valor
Coeficiente de correlación Rho de Spearman	-,298
Sig. (bilateral)	,000
N	144

Fuente: Información arrojada por el paquete estadístico SPSS V25

Como se observa, el nivel de significancia es de 0.000 menor a 0.01 ($p = 0.000 < \alpha = 0.01$), por lo tanto, se acepta la hipótesis H_1 , es decir, una si influye sobre la otra. Además, se determina que el nivel de asociación ($r = -0,298$) posee una correlación inversa baja.

Se puede afirmar con un 99% de confianza que existe una relación inversa baja entre la actitud y la práctica en la dimensión de lavado de mano – barrera de protección en el personal de salud de las normas de bioseguridad.

Tabla 3

Relación entre la actitud y la dimensión residuos sólidos en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020.

Actitud y residuos sólidos	Valor
Coeficiente de correlación Rho de Spearman	-,281
Sig. (bilateral)	,000
N	144

Fuente: Información arrojada por el paquete estadístico SPSS V25

Como se observa, el nivel de significancia es de 0.000 menor a 0.01 ($p = 0.000 < \alpha = 0.01$), por lo tanto, se acepta la hipótesis H_1 , es decir, una si influye sobre la otra. Además, se determina que el nivel de asociación ($r = -0,281$) posee una correlación inversa baja.

Se puede afirmar con un 99% de confianza que existe una relación inversa baja entre la actitud y la práctica en la dimensión de residuos sólidos en el personal de salud.

3.2. Discusión

El objetivo de esta exploración es especificar la correlación entre las actitudes y la práctica en lo que respecta a las normas de bioseguridad en el personal de un Hospital Público de Chiclayo 2020, para cumplir con los objetivos planteados, se realizaron dos encuestas sobre la actitud y una guía de percepción sobre bioseguridad, según los resultados se desglosaron con la prueba de Spearman donde se razonó que el nivel de importancia es de 0.

000 por debajo de 0,01 ($p = 0,000 < \alpha = 0,01$), posteriormente, se reconoce la especulación H1, es decir una influye en la otra. Además, el grado de afiliación ($r = -,302$) sigue en el aire para tener una conexión inversa baja.

Estos resultados son similares con los presentados por Santillán L ⁽⁵²⁾, en una clínica de Lima el 2018, donde evidencia que existe correlación positiva y moderada entre la actitud y las prácticas de bioseguridad (Rho: 0,577; $p < 0,05$); en el estudio de Grados Y ⁽⁵³⁾, se evidenció que la actitud y la práctica de la bioseguridad tienen una correlación positiva baja, (Rho de Spearman = 0.317; $p < 0.05$); como se aprecia, las investigaciones identifican que la actitud tiene relación con la aplicación de las normas de bioseguridad aunque en niveles de correlación bajos

En contraposición a nuestros resultados se encuentra los estudios realizados por Ramírez R ⁽⁵⁴⁾; ejecutado en el Centro Médico Naval, donde se determinó que no existe correlación directa entre actitud y la práctica ($p = ,168$) sobre medidas de bioseguridad debido a que tiene una correlación muy baja (Rho 0,228); Asimismo, este estudio contradice a Montero, S ⁽¹⁸⁾; en su investigación no existe asociación estadísticamente significativa entre las actitudes y prácticas sobre medidas de bioseguridad en el personal del Centro Quirúrgico del Hospital II-2 Sullana. ($p = ,843 > 0,05$)

En la Figura 1, se evaluó el nivel de la variable actitud dada por los expertos en bienestar hacia los principios de bioseguridad consistente con una dirección de transitoria a grande, siendo la media con un nivel intermedio de 75.7% y teniendo en cuenta que solo el 24.3% se encontraba en el nivel favorable, esta exploración concuerda con la revisión introducida por Blanco L ⁽¹⁷⁾; en su estudio de saberes sobre bioseguridad y la actitud al riesgo entre el personal del Hospital de Apoyo de Chepén, donde el 92,5% del personal asistencial que trabajan en este nosocomio tienen una conducta decente hacia la bioseguridad.

Así mismo Sabja G ⁽¹¹⁾, evidenció en un hospital de México que el 74% tiene actitud de prevención hacia la aplicación de las normas de bioseguridad; mientras en el trabajo de Córdor B ⁽¹⁶⁾; se encontró que el 51% de

participantes muestran una actitud en nivel medio (intermedio). Además, existe la revisión de Atalaya M., Bernal G., Sampertegui Y ⁽²⁰⁾; sobre este tema en la clínica Belén - Lambayeque - 2016, cuyos resultados reflejaron que el 81,8% tiene una disposición satisfactoria en la ejecución de la práctica de bioseguridad; sin embargo, el 45,5% tiene una mentalidad carente hacia las estrategias de límites. En definitiva, a pesar de que el personal tiene actitud y prácticas correctas, el grado de información elevado aún no se ha logrado.

La figura 2 muestra el nivel de la variable dependiente práctica, se visualiza que presenta una orientación de Alta a Media, siendo el nivel alto el que poseen un mayor porcentaje (79.2%) en los entrevistados, mientras que solo el 4.9% están en nivel bajo. Este estudio se asemeja a la exploración realizada por Montero S., ⁽¹⁸⁾ en su examen sobre la información, perspectivas y prácticas sobre las medidas de bioseguridad frente a los peligros naturales en focos de atención, donde el 54,5% (18 individuos) tienen prácticas suficientes y el 45,5% (15 individuos) tienen prácticas carentes.

Los resultados se comparan a los encontrados por Cáceres D ⁽¹²⁾; quien evidenció que el 80% de la población ejecutaban adecuadas prácticas; también está el estudio conducido por Herrera G ⁽¹⁵⁾; quien evidenció que el nivel de práctica de medidas de bioseguridad es en un 72.6 % bueno y un 27.4 % regular; así mismo el estudio de Cóndor B ⁽¹⁶⁾; en el cual predominó una práctica en nivel alto (55%). A diferencia de los resultados encontrados en Merlo D ⁽¹³⁾; quien concluye que, si bien la actitud hacia las normas de bioseguridad era adecuada, la práctica era inadecuada, así mismo en el estudio de Urquiaga T ⁽¹⁴⁾; se encontró que las prácticas de bioseguridad fueron inadecuadas (70%) de los participantes de su estudio.

La tabla 2, muestra a través de la prueba de Spearman que la actitud influye en la aplicación del lavado de manos – medios de barrera, encontrando que el nivel de significancia es de 0.000 por debajo de 0,01 ($p = 0,000 < \alpha = 0,01$), posteriormente, se reconoce la especulación H1, es decir una influye en la otra. Además, el grado de afiliación ($r = -,298$), determinando la asociación de correlación inversa baja. Similares resultados se encontraron

en la revisión de Cáceres D ⁽¹²⁾; que el personal tiene una favorable actitud y considera muy importante el lavado de manos 100%, uso de guantes 100%, desinfección 100%, y uso de mascarilla el 80%.

Mientras Merlo D ⁽¹³⁾; evidenció que la actitud del personal es favorable considerando muy necesario el lavado de manos 91%, uso de mascarilla 100%, 91% uso de gafas, uso de guantes estériles y limpios 100%; y el estudio de Pedraza J ⁽¹⁹⁾, quien evidenció que, si existe relación entre actitudes y uso de barreras del personal, evidenciando una significancia de $p= 0.747$ y un chi cuadrado de 0.104.

La tabla 3, muestra a través de la prueba de Spearman que la actitud y la dimensión residuos sólidos, tienen un alto nivel de significancia es de 0.000 por debajo de 0,01 ($p = 0,000 < \alpha = 0,01$), posteriormente, se reconoce la especulación H1, es decir una influye en la otra. Además, el grado de afiliación ($r = -,281$), determinando la asociación de correlación inversa baja. Similares resultados se encontraron en la revisión de Pedraza, J, ⁽¹⁹⁾, quien evidenció que, si existe relación entre actitudes y eliminación de residuos sólidos, evidenciando una significancia de $p= 0.999$ chi cuadrado 0.104; así mismo en el trabajo de Atalaya M y col ⁽²⁰⁾; se encontró que el personal tenía una actitud adecuada y aplicaba la eliminación de desechos en un 77.3%.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

Se concluye que existe relación significativa entre la actitud y la práctica antes las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020, el nivel de significancia fue de 0.000 menor a 0.01 ($p = 0.000 < \alpha = 0.01$), por lo tanto, se acepta la hipótesis H1, es decir, una si influye sobre la otra. Además, se determina que el nivel de asociación ($r = -0.302$) posee una correlación inversa baja.

El nivel de actitud intermedio a favorable siendo el nivel intermedio el que posee un mayor porcentaje de 75.7% en los entrevistados, mientras que solo el 24.3% están en nivel favorable.

El nivel de la variable dependiente práctica, presenta una orientación de Alta a Media, siendo el nivel alto el que posee un mayor porcentaje con un 79.2 % en los encuestados, mientras que solo el 4.9 % están en nivel bajo. Asimismo, se evidencia que el personal de salud aplica las normas de bioseguridad en su centro de trabajo.

Existe relación significativa entre la actitud y la práctica en su dimensión lavado de manos – barrera de protección de las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020, el nivel de significancia fue de 0.000 menor a 0.01 ($p = 0.000 < \alpha = 0.01$), por lo tanto, se acepta la hipótesis H1, es decir, una si influye sobre la otra. Además, se determina que el nivel de asociación ($r = -0.298$) posee una correlación inversa baja.

Existe relación significativa entre la actitud y la práctica en su dimensión residuos sólidos de las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020, el nivel de significancia fue de 0.000 menor a 0.01 ($p = 0.000 < \alpha = 0.01$), por lo tanto, se acepta la hipótesis H1, es decir, una si influye sobre la otra. Además, se determina que el nivel de asociación ($r = -0.281$) posee una correlación inversa baja.

4.2. Recomendaciones

Se sugiere a los encargados correspondientes Del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”, la realización de capacitaciones y entrenamiento dirigidos al personal de salud, acerca de la importancia de la aplicación correcta de las normas de bioseguridad, ya que de esta manera los beneficiarios serán tanto los pacientes como ellos mismos.

Se propone a la Dirección del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”, desarrollar talleres demostrativos en el correcto lavado de manos, la utilización adecuada de las barreras de protección y la eliminación de desechos en el profesional de salud; así como también, fortalecer la actitud favorable que tiene el personal ante las normas de bioseguridad.

Al Hospital Referencial Docente “Las Mercedes proporcionen suficientes equipos de protección personal al personal de salud, para una mejor calidad de atención y prevenir las enfermedades infectocontagiosas. Pegar afiches en zonas adecuadas, visibles, donde el personal de salud tenga en cuenta los pasos a seguir en una correcta utilización de sus equipos de protección personal.

REFERENCIAS

1. Zuñiga P. Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Luis Vernaza, 2019. [Internet] 2019: Rev. Eugenio Espejo. 2019; 13(2): p. 28-41. [Acceso 16 agosto 2020]: Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7222124>.
2. Llapa E, Gomes G, Lopes D, Aguiar M, Tavares C, Miyar L. Medidas para la adhesión a las recomendaciones de bioseguridad para el equipo de enfermería. [Internet] 2018: Enfermería global. 2018; 17(49) [Acceso 20 agosto 2020]: Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100036&lng=es.%20Epub%2001-Ene-2018.%20http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.276931.
3. Bahamonde R, Hernández E, Jiménez L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las normas de bioseguridad en el manejo y administración de sangre y hemoderivados por las enfermeras/os del Servicio de Cirugía del Hospital General Dr. Enrique Garcés de la ciudad de Quito, 2018. Tesis Licenciatura. Quito: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Medicina, 2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15238/1/T-UCE-0006-E0005-2018.pdf>
4. Damaris E. Conocimientos, actitudes y prácticas de bioseguridad en el personal auxiliar de enfermería en las salas de cirugía, pediatría, ginecología y medicina interna del Hospital Gabriela Alvarado Danli, El Paraíso, Honduras. Tesis Maestría. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua, Escuela de Salud Pública. 2017. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9725/1/t1006.pdf>.
5. Rojas J, Carmnina L. Incumplimiento de las normas de bioseguridad por personal de salud aun en tiempos de la Covid 19. [Internet] 2021. Revista Medica Herediana. 2021; 32(1). [Acceso 5 agosto 2021]: Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2021000100064.

6. Arévalo M, Idrugo N. Nivel de conocimiento y medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2020. Tesis Licenciatura. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Facultad de Ciencias de la Salud. 2021. Disponible en: [http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1479/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20Y%20MEDIDAS%20DE%20BIOSEGURIDAD%20QUE%20APLICA%20EL%20PROFESIONAL%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20SERVICIO%20DE%20EMERGENCIA%20DEL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DOCENTE%](http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1479/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20Y%20MEDIDAS%20DE%20BIOSEGURIDAD%20QUE%20APLICA%20EL%20PROFESIONAL%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20SERVICIO%20DE%20EMERGENCIA%20DEL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DOCENTE%20)
7. Merino N. Relación del nivel de conocimiento y aplicación de medidas de bioseguridad durante COVID-19 en el Hospital Militar de Piura, 2020. Tesis Maestría. Piura: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Post grado. 2020. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62733/Merino_CIN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Gobierno del Perú. N° 230-2020-CG-GCOC: Advierten falta de personal y equipos biomédicos en Hospital Regional de Lambayeque. [Internet]; 2020. Acceso 25 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/contraloria/noticias/301267-n-230-2020-cg-gcoc-advierten-falta-de-personal-y-equipos-biomedicos-en-hospital-regional-de-lambayeque>.
9. Radio Programas del Perú. Chiclayo: Trabajadores de EsSalud exige materiales de protección personal. [Internet]; junio 2020. Acceso 25 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/lambayeque/lambayeque-chiclayotrabajadores-de-essalud-exige-materiales-de-proteccion-personal-noticia-1273838>

- 10 Mondragon A, Tarrillo J. Factores asociados a los accidentes punzocortantes . en personal de salud de emergencia del Hospital Regional docente Las Mercedes, Chiclayo 2017. Tesis Licenciatura. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán, Facultad de ciencias de la Salud. 2017; disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4399/Mondragon%20Jimenez%20-%20Tarrillo%20Fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 11 Escalante E, Repetto A, Mattinello G. Exploración y análisis de la actitud hacia . la estadística en alumnos de psicología. [Internet] 2012. Liberabit. 2012; 18(1): p. 15-26. [Acceso 5 octubre 2021] Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100003#:~:text=Seg%C3%BAn%20Allport%20\(1935\)%20la%20actitud,con%20los%20que%20se%20relaciona.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272012000100003#:~:text=Seg%C3%BAn%20Allport%20(1935)%20la%20actitud,con%20los%20que%20se%20relaciona.)
- 12 Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Actitudes: definición y medición . componentes de la actitud. modelo de la acción razonada y acción planificada. En Ubillos Landa S, Mayordomo López S, Páez Rovira D. Psicología social, cultural y educación. España: Pearson Educación; 2004. p. 301-326.
- 13 Fundación para el desarrollo del potencial. Concepto de Actitud. [Internet].; . 2016. Acceso 25 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://sonria.com/glossary/actitud/>.
- 14 Lancheros L, Marconi L, Manrique M, Mendivieso M. Conceptos básicos . acerca de las pruebas de actitud. [Internet] 2007. Avances en medición. 2007; 5(1): p. 163-167. [Acceso 15 setiembre 2020] Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/3213/7036/5472/Conceptos_Bsicos_Acerca_De_Las_Pruebas_De_Actitud.pdf
- 15 Peña J. Dos Aproximaciones para el Análisis de la Influencia de los Medios . en la Opinión Pública: Las Teorías sobre la Persuasión y la Semiótica. [Internet] 2000. Revista Mad. 2000;(2). [Acceso 30 setiembre 2020]

Disponible en:
<http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/02/paper0602.htm>

- 16 Coronado C, Paredes E, Zuñiga C. Actitud del enfermero sobre normas de bioseguridad en el servicio de emergencia de un Hospital Nacional, noviembre - diciembre, 2018. Tesis Especialidad. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia - Facultad de Enfermería. 2018. Disponible en; https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4386/Actitud_CoronadoCalixto_Christian.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 17 Agüera L, Gil N, Cruz I. Creación de una escala de medición de la apatía en pacientes con demencia tipo Alzheimer institucionalizados: la escala APADEM-NH-66. [Internet] 2011. Psicogeriatría. 2011; 3(1): p. 29-36. [Acceso 26 octubre 2020] Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO_0301_029_O_2611006_Aguera.pdf
- 18 Aguilar Y, Valdez J. Apatía, desmotivación, desinterés, desgana y falta de participación en adolescentes mexicanos [Internet] 2015. Enseñanza e investigación en psicología. 2015; 20(3): p. 226-236. [Acceso 3 noviembre 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/292/29242800010/html/>
- 19 Sánchez P, Giraldo J, Quiroz M. Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. [Internet] 2013. Avances en Psicología Latinoamericana. 2013; 31(1): p. 241-251. [Acceso 3 octubre 2022] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-47242013000100019&lng=es&nrm=iso
- 20 Universidad Industrial de Santander. Manual de Bioseguridad. Colombia [Internet] 2015. [Acceso 9 octubre 2020] Disponible en: <https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/talento%20humano/SALUD%20OCUPACIONAL/MANUALES/MTH.02.pdf>.

- 21 Rueda I, Fernández A, Herrero Á. Aplicación de la teoría de la acción .
razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario. [Internet] 2013.
Investigaciones Regionales. 2013; 26: p. 141-158. [Acceso 8 noviembre 2020]
Disponibile en: <https://www.redalyc.org/pdf/289/28928246007.pdf>
- 22 Buscaglia A, Espinoza H, Rivera S, Zavala T. La intención de emprendimiento .
en la ciudad de Arequipa. Tesis Maestría. Arequipa: Universidad ESAN. 2017
Disponibile en:
[https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1074/2015-
MAODP-ARE_15-1_06_T.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1074/2015-MAODP-ARE_15-1_06_T.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- 23 Díaz R, Rivero M, Cruz C. Actitudes hacia los roles de género y la aceptación .
hacia la sexualización de las mujeres. [Internet] 2020. Emerging Trends in
Education. 2020; 2(4): p. 49-65. [Acceso 8 octubre 2020] Disponibile en:
<https://revistas.ujat.mx/index.php/emerging/article/view/3730/2880>
- 24 Abanto C, Anhuamán L. Conocimientos, prácticas maternas y frecuencia de .
infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años. Tesis
Licenciatura. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad
Enfermería.2019. Disponibile en:
[https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11623/1849.pdf?sequ
ence=3&isAllowed=y](https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11623/1849.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- 25 Mazzetti Soler P, Zorrilla Sakoda H, Podestá Gavilano L. Manual de .
bioseguridad. [Internet]. Perú; 2004. Acceso 20 de octubre de 2020.
Disponibile en:
[https://www.saludarequipa.gob.pe/desa/archivos/Normas_Legales/NORMA
%20T%C3%89CNICA%20015-MINSA-DGSP-
V.01%202004%20MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf](https://www.saludarequipa.gob.pe/desa/archivos/Normas_Legales/NORMA%20T%C3%89CNICA%20015-MINSA-DGSP-V.01%202004%20MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf).
- 26 Essalud. Uso comunitario de mascarillas no médicas (comunes, simples, de .
tela, caseras), en el contexto de Covid-19. [Internet]. Perú; 2020. [Acceso 25
de marzo de 2021]. Disponibile en:

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1104033/rb_22_mascarillas_comunitarias_29abril.pdf.

- 27 Veliz G. Conocimientos y prácticas en bioseguridad del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos pediátricos en un hospital nacional de Lima, 2019. Tesis especialidad. Lima: Universidad Peruana Unión, Escuela de Postgrado.2019. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2894/Giovan_a_Trabajo_Especialidad_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 28 MINSA. Vigilancia prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. [Internet]. Perú; 2020. [Acceso 25 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/04/NTS_N163_IAAS_MINSA-2020-CDC.pdf
- 29 Organización Mundial de la Salud. Manual de bioseguridad en el laboratorio. [Internet]. 2020. [Acceso 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/Manual%20de%20Bioseguridad%20OMS.pdf>
- 30 Universidad Libre Colombia. Protocolo de bioseguridad para la prevención de la transmisión de la COVID -19. [Internet]. 2022. [Acceso 20 setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unilibre.edu.co/pdf/2022/Protocolo-de-Bioseguridad-para-la-Prevencion-de-la-Transmision-del-COVID-19-Version-8.pdf>
- 31 Hospital de la Vega. Manual de bioseguridad hospitalaria. [Internet]. 2020. [Acceso 23 marzo de 2021]. Disponible en: <https://eselavega-cundinamarca.gov.co/wp-content/uploads/2020/02/MANUAL-DE-BIOSEGURIDAD-AJUSTADO-2020.pdf>
- 32 Minsalud: Gobierno de Cplombia. Manual de medidas básicas para el control de infecciones en IPS. [Internet]. 2018. [Acceso 28 de octubre de 2020]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/manual-prevencion-iaas.pdf>

- 33 Hospital San Juan de Lurigancho. Manual de bioseguridad hospitalaria. [Internet]. 2015 [Acceso 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Anestesiologia/ManualBioseguridad.pdf>
- 34 Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. [Internet]. 2009 [Acceso 16 de octubre de 2020] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
- 35 Ministerio de salud El Salvador/USAID. Estrategias para la prevención y control de las infecciones nosocomiales. [Internet]. 2017 [Acceso 20 de octubre de 2020] Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/promocion_salud/material_educativo/componente_nosocomiales/rotafolio/estrategias/pdf/rotafolio_nosocomiales_estrategias.pdf
- 36 MINSA. Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud. [Internet]. 2016 [Acceso 16 de octubre de 2020] Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/09/GUIA-MINSA-LAVADO-DE-MANOS.pdf>
- 37 Hospital Hermilio Valdizanv-MINSA. Protocolo para la Prevención y Manejo de Accidentes Punzocortantes. [Internet]. 2016 [Acceso 20 de octubre de 2020] Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2016/285-DG-29092016.PDF
- 38 Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 9th ed. España: Elsevier. ; 2018.

- 39 Hernandez Sampieri, R. et, al. Metodología de la Investigación Científica. 10ma ed. México: MCGRAW-HILL; 2018.
- 40 Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Internet].; 2003. [Acceso 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>.
- 41 Observatorio de Bioética I Dret. Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de Investigación. Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. España: Bioética y Derecho. [Internet].; 2016. [Acceso 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- 42 Santillan L. Actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad en el profesional de enfermería del Hospital Marino Molina Comas, 2018. Tesis Licenciatura. Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega, Facultad de enfermería. 2018. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3498/TESIS_LUCI%20LOJA%20SANTILLAN%20DE%20AGUILAR.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- 43 Grados Y. Conocimiento, actitudes y prácticas de bioseguridad de los internos de medicina de una Universidad Privada en el año 2020. Tesis Licenciatura. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la salud. 2020. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/3007/T.%20TPMH%20-GRADOS%20ROJAS%20YUL%20NICOLAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 44 Ramírez Biaggi RdP. Conocimiento, actitud y prácticas de las medidas de bioseguridad del personal de Salud que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Médico Naval 2016. Tesis Maestría. Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado. 2016. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/22243/Ram%C3%ADrez_BBDP.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Instrumentos de recolección de datos.

ACTITUD ANTE LAS NORMAS BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL REFERENCIAL DOCENTE “LAS MERCEDES” DE CHICLAYO DURANTE EL AÑO 2020

El presente cuestionario tiene como objetivo es determinar las actitudes de bioseguridad del profesional de salud del hospital Las Mercedes, por lo que solicito se sirva responder en forma clara y con la verdad; las siguientes preguntas que se le va a realizar, los datos serán confidenciales y anónimos, de uso exclusivo para la investigación.

Instrucciones; A continuación, se presenta una serie de ítems, léalos detenidamente y según sea su opinión marque con una “X” en el casillero correspondiente. Agradecemos su tiempo al responder las siguientes preguntas:

DATOS GENERALES

Sexo

- Femenino ()
- Masculino ()

Tiempo de servicio

- 0 a 5 años ()
- 5 a 10años ()
- 10 a 15 años ()
- 15 a 20 años ()
- Más de 20 años ()

Según sea su opinión marque con una “X” en el casillero correspondiente.

TA: totalmente de acuerdo

A: de acuerdo

I: Indiferente

D: Desacuerdo

TD: Totalmente en desacuerdo

ACTITUDES	TA	A	I	D	T
ASERTIVIDAD	5	4	3	2	1
1. Me proporciona seguridad utilizar las medidas protección personal durante la atención al paciente.					
2. El cambio de guantes se debe realizar para cada procedimiento en el mismo paciente.					
3. La utilización de batas por el equipo de salud proporciona seguridad durante la atención al paciente.					
4. El uso de mascarillas previene la inhalación de gotitas infectadas protegiendo la mucosa oral y nariz.					
5. El uso de lentes protege la mucosa ocular de salpicaduras de sangre y/o fluidos.					
6. El lavado de manos es la primera medida de prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.					
7. Los residuos se deben descartar en contenedores diferentes según norma.					
RESPONSABILIDAD					
8. Es necesario tener conocimientos y prácticas de medidas de bioseguridad					
9. Se debe considerar como infectos a todos los pacientes y					

utilizar las medidas de protección personal					
10.El lavado de manos se debe realizar en los 5 momentos					
11.Se debe realizar la eliminación de desechos en diferentes contenedores y según norma.					
APATIA					
12.Es tedioso utilizar las medidas de protección personal.					
13.Es absurdo cambiarse de guantes para cada procedimiento en el mismo paciente.					
14.Es tedioso retirarse la bata al salir del servicio.					
15.El personal muestra un desinterés en el uso de lentes y mascarilla en procedimientos no invasivos.					
16.Es una pérdida de tiempo lavarse las manos después de terminar una actividad					
17.Es innecesario eliminar los desechos en contenedores diferentes.					
IMPULSIVIDAD					
18.Por premura de tiempo es difícil colocarse los guantes para atender al paciente					
19.Por la rapidez de las actividades no nos colocamos los lentes protectores.					
20.Por la prisa de las actividades no se coloca las botas.					

21. Por la prisa de las actividades no se coloca la bata para la atención al paciente.					
22. Por premura no se coloca la mascarilla al realizar tus actividades.					
23. Por premura no se realiza el lavado de manos					
24. Por la prisa no realiza la eliminación de desechos según corresponde.					

PUNTUACION GENERAL

- **ACTITUD FAVORALE:** 89-120 (indicador de interés)
- **ACTITUD INTERMEDIA:** 57-88 (indicador de indiferencia)
- **ACTITUD DESFAVORABLE:** 24 -56 (indicador de desinterés)

ASERTIVIDAD

- **FAVORALE:** 27-35 (indicador de interés)
- **INTERMEDIA:** 17-26 (indicador de indiferencia)
- **DESFAVORABLE:** 07-16 (indicador de desinterés)

RESPONSABLE

- **FAVORALE:** 16-20 (indicador de interés)
- **INTERMEDIA:** 10-15 (indicador de indiferencia)
- **DESFAVORABLE:** 04-09 (indicador de desinterés)

APATÍA

- **FAVORALE:** 23-30 (indicador de interés)
- **INTERMEDIA:** 14-22 (indicador de indiferencia)
- **DESFAVORABLE:** 05-13 (indicador de desinterés)

IMPULSIVIDAD

- **FAVORALE:** 27-35 (indicador de interés)
- **INTERMEDIA:** 17-26 (indicador de indiferencia)
- **DESFAVORABLE:** 07-16 (indicador de desinterés)

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD

OBJETIVO

Obtener la confiabilidad del Instrumento para recolección de datos, a fin de detectar si existen o no debilidades y proponer alternativas de mejora, mediante la confiabilidad por el coeficiente de **Alfa de Cronbach**

POBLACIÓN

La población bajo estudio estuvo conformada por el personal de salud que laboran en el área de Emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”, el cual fue un total de 109 profesionales de salud, entre médicos, enfermeras y técnicos de enfermería

MUESTRA PILOTO

Para determinar la muestra piloto se seleccionaron 30 trabajadores que laboran en el área de Emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”

PROCEDIMIENTO

1. Se tomaron 30 trabajadores que laboran en el área de Emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”.
2. Previa coordinación con el área de personal de la institución y el llenado respectivo.
3. Dicho instrumento se adecuo para que las respuestas señaladas por los entrevistados sean de tipo escala Likert.

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS V.25, a la vez de determina la confiabilidad mediante coeficiente de Alfa de Cronbach.

Resultados de la Fiabilidad (Confiabilidad) del Instrumento

Para determinar la fiabilidad del instrumento, se tomó una muestra piloto de 30 trabajadores que laboran en el área de Emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”

Una vez recogida la información, se procedió a registrarla en el paquete estadístico SPSS, para después determinar el Alfa de Cronbach, el cual tiene la siguiente formula:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(\frac{\sum_{i=1}^K \sigma_{Y_i}^2}{\sigma_X^2} \right)$$

Determinación del Alfa de Cronbach general

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.872	24

Fuente: Elaboración propia, en base al cuestionario aplicando el SPSS

Según George y Mallery, sugiere las recomendaciones siguientes para evaluar e interpretar el coeficiente de Cronbach, según las siguientes escalas:

- >0.9 es Excelente
- >0.8 es Bueno
- >0.7 es Aceptable
- >0.6 Cuestionable
- >0.5 es pobre
- <0.5 es Inaceptable

Conclusión: El Alfa de Cronbach total del instrumento es de 0.872 lo que indica que la concordancia entre las observaciones es “**BUENA**”, según la Escala de George y Mallery, por lo tanto, los resultados obtenidos con este código son válidos y confiables.

APELLIDOS Y NOMBRES	Morales Chavarry Ivan Medardo	 IVAN MEDARDO MORALES CHAVARRY LICENCIADO EN ESTADISTICA COESPE N° 311
TÍTULO	Licenciado en Estadística	
GRADO ACADÉMICO	Licenciado	
DATOS	Cel.: 979645967	
	Correo: morales.ivanmedardo@gmail.com	DNI: 16723528

**GUIA DE OBSERVACIÓN DE APLICABILIDAD EN LAS NORMAS DE
BIOSEGURIDAD**

I. DATOS INFORMATIVOS: Servicio: ----- Fecha: ----- Hora de observación: -----

Procedimiento observado	SI	NO
<p>Barrera de protección</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplica la técnica correcta del Lavado de manos 2. usa uñas cortas, sin esmalte 3. se lava las manos antes de realizar un procedimiento invasivo 4. Se lava la mano Después del riesgo de exposición a líquidos corporales. 5. Se lava las manos después del contacto con el entorno del paciente 6. Utiliza las medidas de protección adecuadas antes de la atención del paciente aislado 7. Luego de realizar algún procedimiento al paciente, desecha los guantes inmediatamente <p>Manejo de residuos solidos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usa material adecuado para el manejo de residuos sólidos 2. Descarta adecuadamente el material punzocortante 3. ¿Maneja adecuadamente la toma de muestras con las medidas de protección? 4. Transporta adecuadamente las muestras biocontaminadas 5. ¿Segrega adecuadamente el material usado durante la atención del paciente? 		

APLICACIÓN DE LA NORMA

Baja: 0 - 4

Media: 5 - 8

Alta: 9 - 12

APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA NORMA BARRERA DE PROTECCIÓN

Baja: 0 - 2

Media: 3 - 4

Alta: 5 - 7

APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA NORMA DE RESIDUOS SOLIDOS

Baja: 0 - 2

Media: 3

Alta: 4 - 5

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO –CONSULTA DE EXPERTOS
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL APLICADA A
LA APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

ITEM	EXPERTOS					p y q	x	n-x	NC x	p(x)	q(n-x)	Probab. individuales I II III IV V Binomial
	I	II	III	IV	V							
1. La Formulación del Problema es adecuado	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031
2. Los Instrumentos facilitan el logro de los objetivos de investigación	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031
3. Los instrumentos están relacionados con la variable de estudio	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031
4. El número de ítems del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031
5. La redacción de los Ítems del instrumento es correcta	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031
6. El diseño del instrumento facilitará el análisis y procesamiento de los datos.	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031

7. Eliminaría algún ítem en el instrumento	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031
8. Agregaría algún ítem en el instrumento	1	1	0	1	1	0.50	4	1	5	0.063	0.500	0.156
9. El diseño del instrumento será accesible a la población	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031
10. La redacción es clara, sencilla y precisa	1	1	1	1	1	0.50	5	0	1	0.031	1.000	0.031
Sumatoria de probabilidades individuales binomial												0.438

Prueba Binomial individual: $P(X = x) : nC_x . p^x . (1 - p)^{n-x}$

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es en contra, que equivale al fracaso

1: Si la respuesta es a favor, que equivale al éxito

n = 5 expertos

K = Numero de criterios

“Valor de la Prueba Binomial” $p = \frac{\sum p_i}{K} = \frac{0.438}{5} = \frac{0.0438}{10}$

Cuando “p” es menor de 0.05 la prueba indica que el instrumento es válido debido que el grado de concordancia entre expertos es significativo con modificación en el criterio 8. En conclusión, el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de expertos con $p = 0.0438$.

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS

OBJETIVO

Obtener la confiabilidad del Instrumento para recolección de datos, a fin de detectar si existen o no debilidades y proponer alternativas de mejora, mediante la confiabilidad por el método **Kuder-Richardson (K-R20)**.

POBLACIÓN

La población bajo estudio estuvo conformada por el personal de salud que laboran en el área de Emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”, el cual fue un total de 109 profesionales de salud, entre médicos, enfermeras y técnicos de enfermería

MUESTRA PILOTO

Para determinar la muestra piloto se seleccionaron 30 trabajadores que laboran en el área de Emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”

PROCEDIMIENTO

1. Se seleccionó aleatoriamente a 30 personas.
2. Se aplicó el instrumento.
3. Dicho instrumento se adecuó para que las respuestas señaladas por los entrevistados sean dicotómicas.

Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS V.25, a la vez de determina la confiabilidad mediante el método K-R20.

Resultados de la Fiabilidad (Confiabilidad) del Instrumento

Para determinar la fiabilidad del instrumento, se tomó una muestra piloto de 30 trabajadores que laboran en el área de Emergencia del Hospital Referencial Docente “Las Mercedes”

Método de Kuder y Richardson K-R20

El Modelo de Kuder y Richardson, también llamado K-R20 representa un coeficiente de consistencia interna del instrumento, que proporciona la media de todos los coeficientes de división por mitades para todas las posibles divisiones del instrumento en dos partes (Magnusson, 1995).

La fórmula K-R20 tan solo es una variante de alfa especialmente orientada a ítems dicotómicamente valorados (específicamente, valorados con los valores 0 y 1). (Bolívar, 1997).

Kuder y Richardson, desarrollaron varios modelos para estimar la confiabilidad de consistencia interna de una prueba, siendo uno de los más conocidos la denominada fórmula 20, el cual se representa de la siguiente manera:

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:
 r_{tt} = coeficiente de confiabilidad.
 N = número de ítems que contiene el instrumento.
 V_t = varianza total de la prueba.
 $\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Para calcular la confiabilidad por el método K-R20, se procede así: en primer lugar, para cada ítem se computa p, que es la proporción de sujetos que pasaron un ítem sobre el total de sujetos; luego, se computa q, que es igual a 1 - p; se multiplica pq; y finalmente se suman todos los valores de pq. El resultado obtenido es la sumatoria de la varianza individual de los ítems, o sea, $\sum pq$; en segundo lugar, se calcula la varianza total de la distribución de calificaciones (V_t); y, en tercer lugar, se aplica la fórmula correspondiente.

K-R20	N de elementos
0.926	12

Fuente: Elaboración propia, en base al cuestionario aplicando el SPSS

Según George y Mallery, sugiere las recomendaciones siguientes para evaluar e interpretar el coeficiente K-R20, según las siguientes escalas:

- >0.9 es Excelente
- >0.8 es Bueno
- >0.7 es Aceptable
- >0.6 Cuestionable
- >0.5 es pobre
- <0.5 es Inaceptable

Conclusión: El K-R20 total del instrumento es de 0.926 lo que indica que la concordancia entre las observaciones es **“EXCELENTE”**, según la Escala de George y Mallery, por lo tanto, los resultados obtenidos con este código son válidos y confiables.

APELLIDOS Y NOMBRES	Morales Chavarry Ivan Medardo	 IVAN MEDARDO MORALES CHAVARRY LICENCIADO EN ESTADÍSTICA COESPE N° 311
TÍTULO	Licenciado en Estadística	
GRADO ACADÉMICO	Licenciado	
DATOS	Cel.: 979645967	
	Correo: morales.ivanmedardo@gmail.com	DNI: 16723528

Consentimiento informado

“ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020”

OBJETIVO DEL ESTUDIO: En el presente estudio se quiere determinar la relación de actitud y práctica a través de las normas de bioseguridad en el personal de salud de un Hospital Público de Chiclayo 2020.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos del instrumento de estudio, serán mantenidos en absoluta reserva. Su nombre no será utilizado para ningún propósito que sea ajeno a la presente investigación.

CONSENTIMIENTO: Para protección de los derechos éticos de los participantes que proporcionaran la información para la investigación titulada “ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020”. Se formaliza el siguiente consentimiento informado:

YO----- Director General del Hospital Regional Docente Las Mercedes, identificado con DNI N°_____, Edad_____, sexo_____ Doy mi consentimiento para poder participar en la investigación acerca del “ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020”.

He sido informado(a) de manera verbal escrita el día ___del mes ___ del año___2020, sobre los aspectos de la investigación.

Para que así conste, firmo, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna el presente documento.

Investigadora: Carrasco Túllume Estefany

DNI:

Firma del Director General

DNI:

Investigadora: Gil Jambo Milagros

Carta de autorización para la recolección de la información.

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

CARTA N°2-2020/ EE/FACCSA

Dr. Plinio Junior Muro Solano

C.S Hospital Regional Docente Las Mercedes
Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso nuestro cordial saludo institucional, a la vez presentarle a, **GIL JAMBO MARIA DEL MILAGRO** estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, que está realizando el proyecto de investigación denominado: **“ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020”**, este proyecto es requisito fundamental en la asignatura de Investigación II

Motivo por el cual, acudo a su despacho para solicitarle tenga a bien conceder el permiso a la estudiante para ejecutar el proyecto de investigación en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Agradecido por la atención.
Sin otro particular, me despido de
usted Atentamente,



Mg. Cindy Elizabeth Vargas Cabrera
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

CARTA N°2-2020/ EE/FACCSA

Dr. Plinio Junior Muro Solano

C.S Hospital Regional Docente Las Mercedes
Presente. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mediante la presente le expreso nuestro cordial saludo institucional, a la vez presentarle a, **CARRASCO TULLUME ESTEFANY JUDITH** estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, que está realizando el proyecto de investigación denominado: **“ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020”**, este proyecto es requisito fundamental en la asignatura de Investigación II.

Motivo por el cual, acudo a su despacho para solicitarle tenga a bien conceder el permiso a la estudiante para ejecutar el proyecto de investigación en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Agradecido por la atención.
Sin otro particular, me despido de
usted Atentamente,



Mg. Cindy Elizabeth Vargas Cabrera
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

AUTORIZACIÓN



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

N° 033 /21

AUTORIZACION

El Director y Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, Autoriza a:

**CARRASCO TULLUME
ESTEFANY JUDITH
Y
GIL JAMBO
MARIA DEL MILAGROS**

Estudiante de la facultad de enfermería, de la universidad Señor de Sipán; para que realice la Ejecución de su Proyecto de Tesis Títulado: "ACTITUD Y PRACTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PUBLICO DE CHICLAYO 2020". En los servicios del Dto. de Enfermería, de este nosocomio, debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Junio del 2021.

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Mg. JUDITH CARRASCO TULLUME
2021-06-04

Evidencias de ejecución.

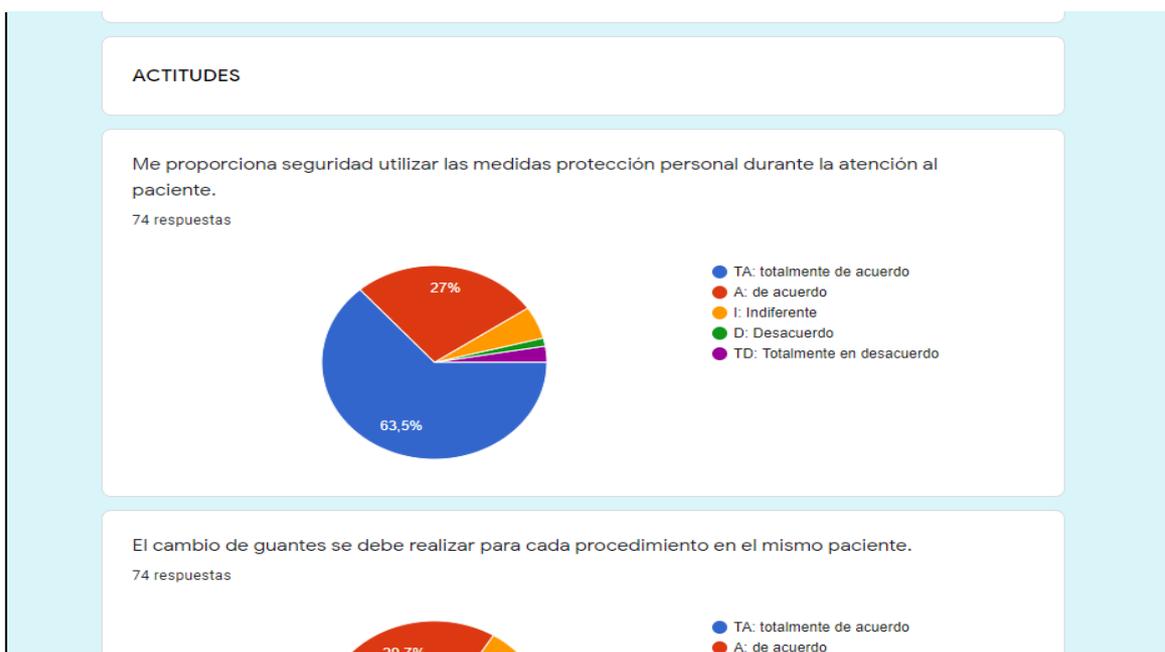
ACTITUD Y PRÁCTICA ANTE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHICLAYO 2020.

Las Normas de Bioseguridad se realizó para controlar y disminuir las cifras de infecciones de un hospital, por múltiples procedimientos invasivos y también por prácticas insuficientes de bioseguridad, el personal de salud cada vez corre mayor riesgo mientras desempeña su labor como profesional, debido a que están expuestos a adquirir alguna enfermedad, ya que en su día a día están realizando diversos procedimientos y se encuentran en constante contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones y tejidos, o una manipulación de instrumento contaminado de tal manera que si no usan las normas de bioseguridad necesarias pueden contagiarse de una manera rápida.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder preguntas de la entrevista. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Arias Flores Cecilia Teresa....

No acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Arias Flores Cecilia Tere...



VISTA PROTEGIDA Cuidado—los archivos de Internet pueden contener virus. Si no tiene que editarlo, es mejor que siga en Vista protegida. Habilitar edición

A2 25/06/2021 02:35:23 p.m.

	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	La participación en esta SEXO		TIEMPO DE SERVICIO	Me proporciona seguridad	El cambio de guantes si	La utilización de batas p	El uso de mascarillas p	El uso de lentes protege	El lavado de manos es	Los residuos se
2	Acepto participar voluntaria	Masculino	0 a 5 años	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo
3	Acepto participar voluntaria	Masculino	Más de 20 años	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo
4	Acepto participar voluntaria	Masculino	0 a 5 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	A: de acuerdo
5	Acepto participar voluntaria	Femenino	5 a 10 años	A: de acuerdo	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo
6	Acepto participar voluntaria	Masculino	0 a 5 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	A: de acuerdo
7	Acepto participar voluntaria	Masculino	0 a 5 años	TD: Totalmente en desa	TD: Totalmente en desa	TD: Totalmente en desa	TA: totalmente de acuer	TD: Totalmente en desa	TA: totalmente de acuer	TD: Totalmente e
8	Acepto participar voluntaria	Masculino	5 a 10 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
9	No acepto participar volu	Femenino	0 a 5 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
10	No acepto participar volu	Femenino	0 a 5 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
11	Acepto participar voluntaria	Masculino	5 a 10 años	TA: totalmente de acuer	D: Desacuerdo	A: de acuerdo	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
12	No acepto participar volu	Femenino	5 a 10 años	A: de acuerdo	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	A: de acuerdo	A: de acuerdo	TA: totalmente de acuer	A: de acuerdo
13	Acepto participar voluntaria	Femenino	10 a 15 años	TA: totalmente de acuer	D: Desacuerdo	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
14	Acepto participar voluntaria	Femenino	15 a 20 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
15	Acepto participar voluntaria	Femenino	15 a 20 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
16	Acepto participar voluntaria	Masculino	0 a 5 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
17	Acepto participar voluntaria	Femenino	10 a 15 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
18	Acepto participar voluntaria	Femenino	10 a 15 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
19	Acepto participar voluntaria	Femenino	15 a 20 años	TA: totalmente de acuer	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	A: de acuerdo
20	Acepto participar voluntaria	Masculino	0 a 5 años	TA: totalmente de acuer	A: de acuerdo	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
21	Acepto participar voluntaria	Femenino	0 a 5 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
22	Acepto participar voluntaria	Masculino	15 a 20 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
23	Acepto participar voluntaria	Masculino	Más de 20 años	I: Indiferente	I: Indiferente	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo
24	Acepto participar voluntaria	Masculino		A: de acuerdo	I: Indiferente	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	I: Indiferente
25	Acepto participar voluntaria	Femenino	10 a 15 años	TA: totalmente de acuer	D: Desacuerdo	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de
26	Acepto participar voluntaria	Femenino	Más de 20 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	D: Desacuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo	A: de acuerdo
27	Acepto participar voluntaria	Femenino	10 a 15 años	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de acuer	TA: totalmente de

Respuestas de formulario 1

LISTO 90%

Anexo 2: Tablas descriptivas

Tabla 1. Personal de salud que labora en el Hospital Referencial Docente Las Mercedes

REGISTRO DE PERSONAL		
Personal	N	%
Médicos	42	29.2%
Lic. Enfermería	47	32.6%
Tec. Enfermería	55	38.2
TOTAL	144	100%

Fuente: Hospital Referencial Docente Las Mercedes

Tablas Estandarizadas

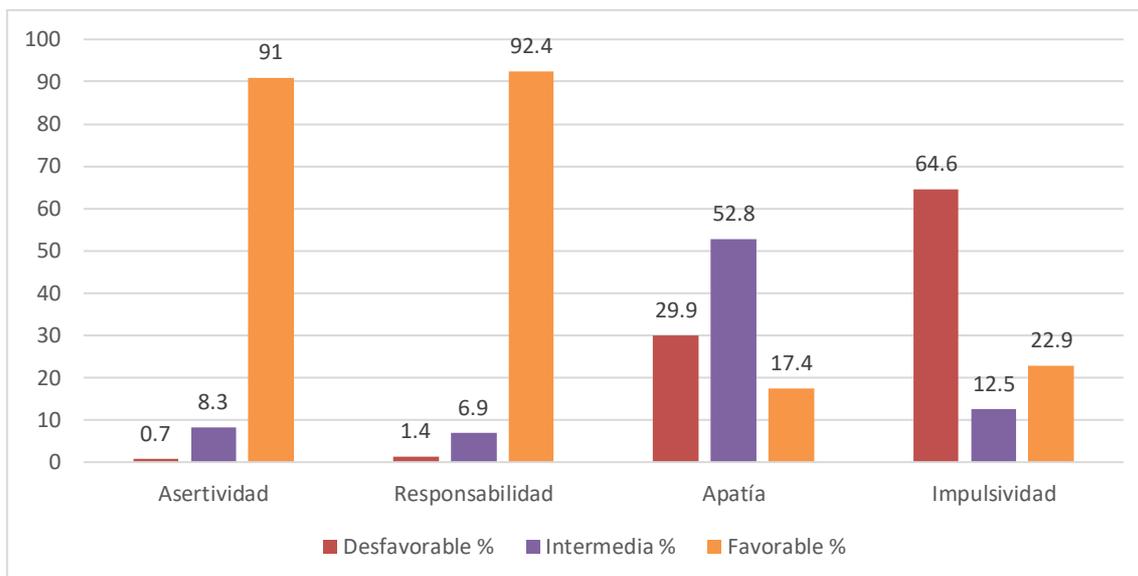
Tabla 2: Nivel de las dimensiones de la variable Actitud

	Desfavorable		Intermedia		Favorable		Total
	n	%	n	%	n	%	
Asertividad	1	0.7	12	8.3	131	91.0	144
Responsabilidad	1	1.4	10	6.9	133	92.4	144
Apatía	43	29.9	76	52.8	25	17.4	144
Impulsividad	93	64.6	18	12.5	33	22.9	144

Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Figura 2

Distribución porcentual del nivel de las dimensiones de la variable Actitud



Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Al determinar el nivel en cada una de las dimensiones de la variable actitud, se visualiza que en asertividad y responsabilidad poseen un mayor porcentaje en el nivel favorable con el 91% y 92.4% respectivamente, mientras que en impulsividad presentan mayor porcentaje en desfavorable con el 64.6% y apatía obtiene el mayor porcentaje en intermedio 52.8% respectivamente. En menor porcentaje lo podemos visualizar en asertividad y responsabilidad con un nivel de desfavorable (0.7% y 1.4% respectivamente).

Tablas Cruzadas

Tabla 5

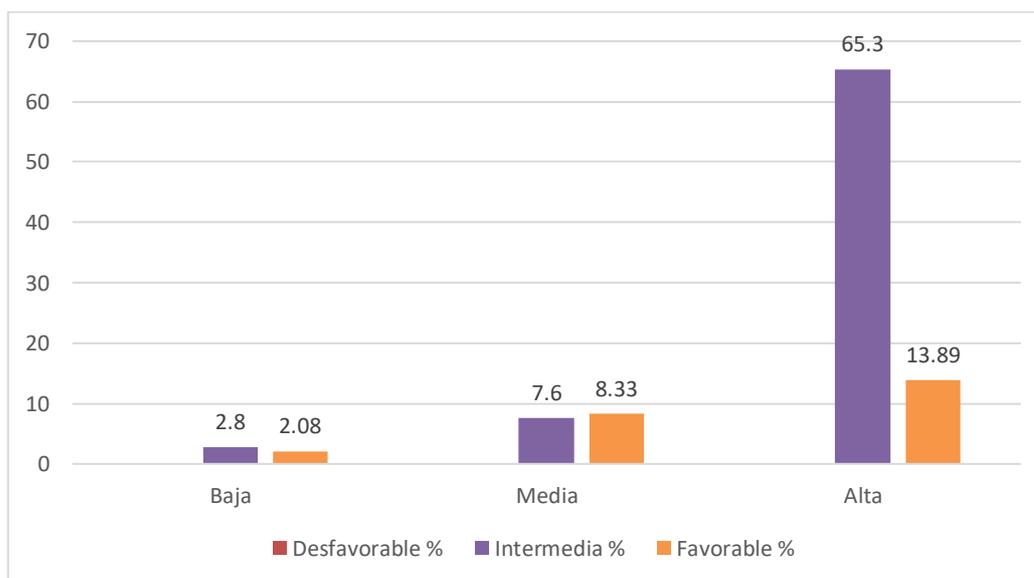
Distribución total del nivel de las variables Actitud y Práctica

Práctica	Actitud						Total, Práctica	
	Desfavorable		Intermedia		Favorable		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Baja	0	0	4	2.8	3	2.08	7	4.86
Media	0	0	11	7.6	12	8.33	23	15.97
Alta	0	0	94	65.3	20	13.89	114	79.17
Total Act	0	0	109	75.7	35	24.3	144	100

Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Figura 5

Distribución porcentual del nivel de las variables Actitud y Práctica



Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Al realizar el análisis de las dos variables bajo estudio y tal como se muestra en la figura 5, el mayor porcentaje lo ubicamos en el nivel intermedio de actitud y alto en las practicas, con el 65.3%, seguido por los que están en un nivel favorable en actitud y alto en práctica con el 13.89%. Además, se visualiza que solo el 2.8% de los entrevistados poseen un nivel intermedio de actitud y bajo en las practicas.

Tabla 6

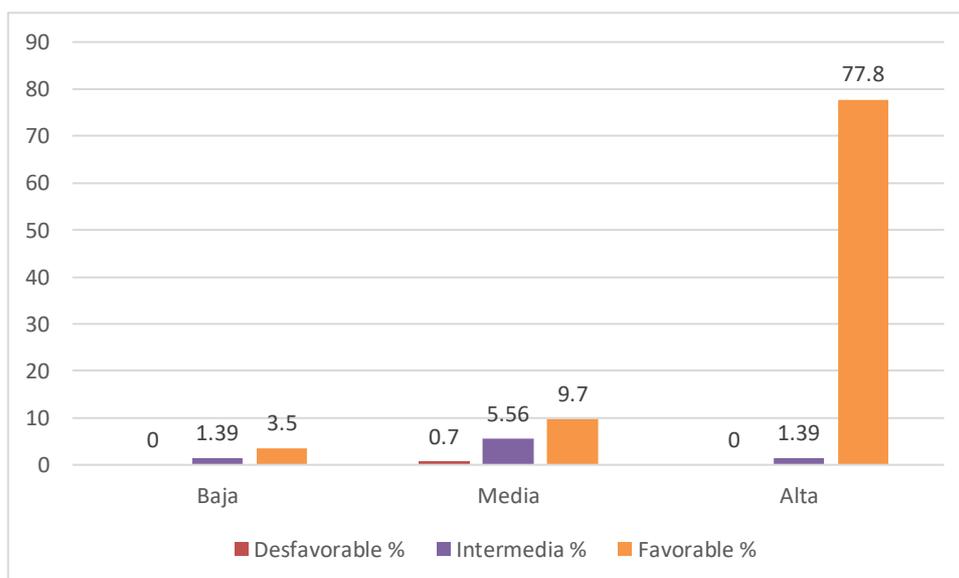
Distribución total del nivel del Asertividad entre Práctica

Práctica	Asertividad						Total Práctica	
	Desfavorable		Intermedia		Favorable		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Baja	0		2	1.39	5	3.5	7	4.86
Media	1	0.7	8	5.56	14	9.7	23	15.97
Alta	0	0	2	1.39	112	77.8	114	79.17
Total Asert	2	0.7	12	8.3	63	91.0	144	100

Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Figura 6

Distribución porcentual del nivel de Asertividad entre Práctica



Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Al realizar el análisis de la dimensión asertividad y la variable práctica, se observa que el mayor porcentaje lo ubicamos en el nivel favorable en asertividad y en la variable practica alto con el 77.8% de los entrevistados, seguido de los que están en un nivel favorable en asertividad y medio en práctica con el 9.7%. Podemos señalar que el menor porcentaje se ubica entre el nivel desfavorable en asertividad y media con el 0.7% respectivamente.

Tabla 7

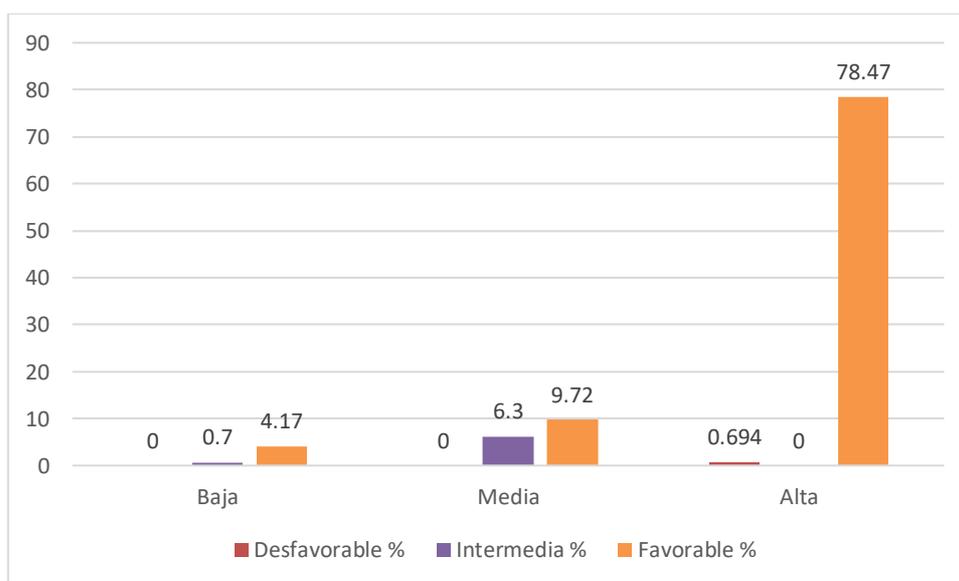
Distribución total del nivel de Responsabilidad entre Práctica

Práctica	Responsabilidad						Total Práctica	
	Desfavorable		Intermedia		Favorable		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Baja	0		1	0.7	6	4.17	7	4.86
Media	0		9	6.3	14	9.72	12	15.97
Alta	1	0.694	0		113	78.47	53	79.17
Total Resp	1	0.694	10	7	133	92.36	72	100

Nota: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Figura 7

Distribución porcentual del nivel de Responsabilidad entre Práctica



Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

En el análisis realizado entre la dimensión responsabilidad y la variable práctica, el mayor porcentaje lo ubicamos en el nivel favorable y alto con el 78.47%, seguido por los que están en un nivel favorable en responsabilidad y medio de practica con el 9.72%. Además, se visualiza que con solo el 0.7% de los entrevistados poseen un nivel desfavorable y alto e intermedio y bajo, tanto en la dimensión como en la variable.

Tabla 8

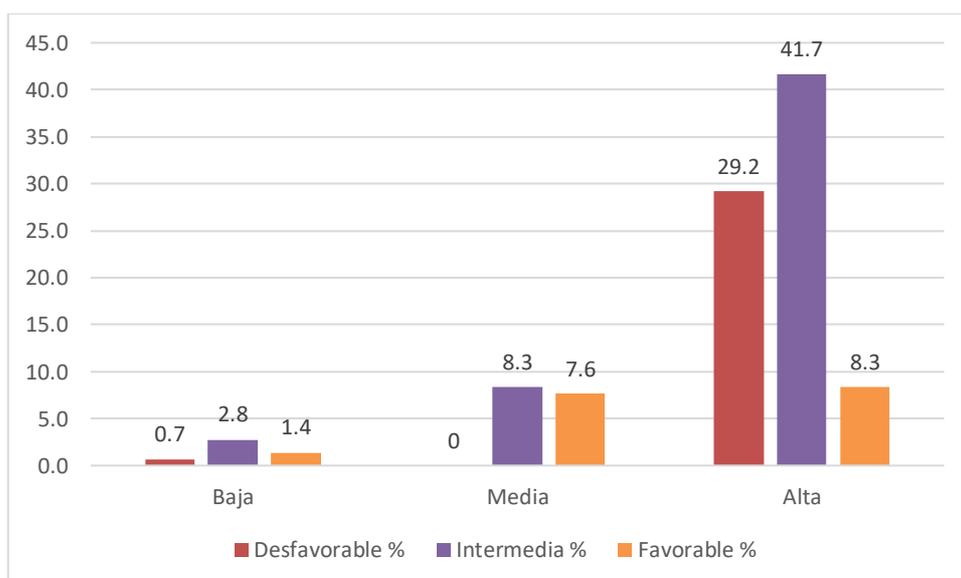
Distribución total del nivel de Apatía entre Práctica

Práctica	Apatía						Total Práctica	
	Desfavorable		Intermedia		Favorable		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baja	1	0.7	4	2.8	2	1.4	7	4.9
Media	0	0	12	8.3	11	7.6	23	16.0
Alta	42	29.2	60	41.7	12	8.3	114	79.2
Total Apt	13	29.9	75	52.8	25	17.4	144	100

Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Figura 8

Distribución porcentual del nivel de Apatía entre Práctica



Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Al realizar el análisis de la dimensión apatía y la variable práctica, se observa que el mayor porcentaje lo ubicamos en el nivel intermedio y alto tanto en apatía como práctica con el 41.7% de los entrevistados, seguido con el 29.2% en el nivel de desfavorable como alto. Podemos señalar, que el menor porcentaje se ubica entre el nivel desfavorable de apatía y bajo en las practicas con solo el 0.7%.

Tabla 9

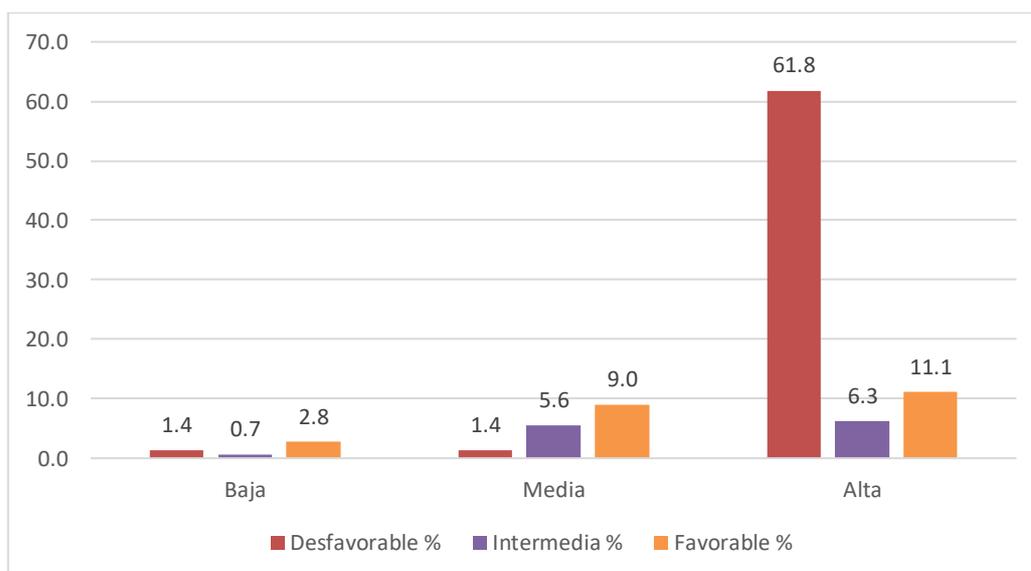
Distribución total del nivel de Impulsividad entre Práctica

Práctica	Impulsividad						Total Práctica	
	Desfavorable		Intermedia		Favorable		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Baja	2	1.4	1	0.7	4	2.8	7	4.9
Media	2	1.4	8	5.6	13	9.0	23	16.0
Alta	89	61.8	9	6.3	16	11.1	114	79.2
Total Imp	93	64.6	18	12.5	33	22.9	144	100

Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Figura 9

Distribución porcentual del nivel de Impulsividad entre Práctica



Fuente: Información tomada la Encuesta aplicada y procesado en el SPSS v25

Al realizar el análisis de la dimensión impulsividad y la variable práctica, se observa que el mayor porcentaje lo ubicamos en el nivel desfavorable y alto con el 61.8% de los entrevistados, mientras que en segundo lugar se concentra el favorable y alto con el 11.1%. Podemos señalar, que el menor porcentaje se ubica entre el nivel intermedio de impulsividad y bajo en las practicas con el tan solo el 0.7%.

PRUEBA DE NORMALIDAD

La prueba de normalidad es utilizada para determinar si un conjunto de datos está bien formado por una distribución normal o no, también para calcular la probabilidad de una variable aleatoria a la cual también se distribuye normalmente.

Para ello, se tiene que comprobar el supuesto o prueba de hipótesis, para que los datos sigan una distribución normal, siendo necesaria que los resultados de los análisis sean fiables, y estos ser analizados por ejemplo por la Chi-cuadrado o Anova, (Martínez y Campos, 2015)

El número de la muestra es mayor a 50, se aplica Kolmogorov-Smirnova para contrastar la hipótesis de normalidad de la población, el estadístico de prueba es la máxima diferencia:

$$D = \text{máx } |F_n(x) - F_o(x)|$$

Siendo $F_n(x)$ la función de distribución muestral y $F_o(x)$ la función teórica o correspondiente a la población normal especificada en la hipótesis nula.

Siendo $F_n(x)$ la función de distribución muestral y $F_o(x)$ la función teórica o correspondiente a la población normal especificada en la hipótesis nula.

Planteamiento de la hipótesis:

H₀: La distribución de la variable sigue una distribución normal

H₁: La distribución de la variable no sigue una distribución normal

Decisión:

Si el $p > 0.05$, se acepta H_0 ,

Si el $p < 0.05$, se rechaza H_0

Utilizando el programa estadístico SPSS nos permitió obtener los siguientes resultados por cada variable bajo estudio:

Tabla 10

Prueba de Kolmogorov-Smirnova de las variables Actitud y Práctica

	Kolmogorov-Smirnova		
	Estadístico	gl	Sig.
Actitud	,471	144	,000
Asertiva	,529	144	,000
Responsabilidad	,532	144	,000
Apatia	,275	144	,000
Impulsividad	,402	144	,000
Práctica	,475	144	,000
Barrera de protección	,478	144	,000
Manejo de residuos solidos	,497	144	,000

Fuente: Información arrojada por el paquete estadístico SPSS V25

Conclusión: Al determinar el estadístico **Kolmogorov-Smirnov** en cada una de las variables, es decir de la variable Actitud y práctica, se aprecia que en la variable Actitud como en sus dimensiones su significancia es menor a 0.05 ($0.00 < 0.05$), en este caso y siguiendo la regla de decisión, se rechaza H_0 , por lo tanto, los datos de estas variables no se distribuyen normalmente.

En la variable Práctica, tanto la misma variable como en sus dimensiones su significancia es menor a 0.05 ($0.00 < 0.05$), en este caso y siguiendo la regla de decisión, se rechaza H_0 , por lo tanto, los datos de estas variables no se distribuyen normalmente.

Según Hernández (2018), precisa que cuando se realiza el análisis de normalidad en dos variables que están siendo estudiadas, cuando las dos no presentan normalidad entre sus datos, la pruebas a aplicar para la contratación de hipótesis será NO PARAMETRICA

Al tener ya los resultados de la Prueba de Normalidad a través de la Prueba De Kolmogorov-Smirnova, donde ha terminado que los datos de las dos variables bajo estudio, siguen una distribución no normal, por lo tanto, se podría utilizar para la contratación de hipótesis las pruebas no paramétricas.

Indicado ello, se tomó la decisión de aplicar la prueba paramétrica utilizando la **correlación de Spearman**, la cual evalúa la relación monótona entre dos variables continuas u ordinales, permitiendo evaluar la asociación entre dos variables que tienen categorías ordinales. Las categorías ordinales tienen un orden natural, como por ejemplo pequeño, mediano y grande. El coeficiente puede variar de -1 a +1. (Martínez, C. Morillo, J. 2012).

La **correlación de Spearman** evalúa la relación. A continuación, se expresa los niveles de correlación

Tabla 11

Tabla de rangos tomados por el coeficiente de correlación “r”

Valor Rho-Spearman	Interpretación
1	Correlación positiva perfecta
0,8 - 0,99	Correlación positiva muy Alta
0,6 - 0,79	Correlación positiva alta
0,4 - 0,59	Correlación positiva moderada
0,2 - 0,39	Correlación positiva baja
0,01 - 0,19	Correlación mínima
0	No existe correlación
-0,01 - -0,19	Correlación mínima inversa
-0,2 - -0,39	Correlación inversa baja
-0,4 - -0,59	Correlación inversa moderada
-0,6 - -0,79	Correlación inversa alta
-0,8 - -0,99	Correlación inversa muy alta
-1	Correlación inversa perfecta

Fuente: Adaptado de Best, J, Como investigar en Educación (1983)

A lo explicado, se tomará en cuenta utilizar dicho análisis.

Hipótesis General

H₁: Existe relación significativa entre la actitud y práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un hospital público de Chiclayo 2020.

H₀: No existe relación significativa entre la actitud y práctica ante las normas de bioseguridad en el personal de salud de un hospital público de Chiclayo 2020.

Tabla 12

Correlación de Spearman de la Actitud y Práctica

Actitud y Práctica	Valor
Coefficiente de correlación Rho de Spearman	-,302
Sig. (bilateral)	,000
N	144

Fuente: Información arrojada por el paquete estadístico SPSS V25

Como se observa, el nivel de significancia es de 0.000 menor a 0.05 ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$), por lo tanto, se acepta la hipótesis H₁, es decir, una si influye sobre la otra. Además, se determina que el nivel de asociación ($r = -0.302$) posee una correlación inversa baja (Tabla 11)