



# **Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión**

Escuela de Posgrado

## **Conocimiento y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad en el Hospital de Barranca – 2015**

### **Tesis**

Para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública

### **Autora**

Rossana Milagros Lucero Diaz

### **Asesor**

Dr. Félix Torres Pérez

Huacho – Perú

2024



**Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

**Reconocimiento:** Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**  
**LICENCIADA**

*(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)*

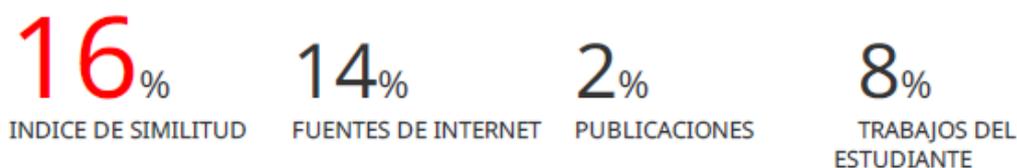
**ESCUELA DE POSGRADO**

**INFORMACIÓN**

<b>DATOS DEL AUTOR (ES):</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FECHA DE SUSTENTACIÓN</b>
Rossana Milagros Lucero Díaz	40628043	9/10/2018
<b>DATOS DEL ASESOR:</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>CÓDIGO ORCID</b>
Félix Torres Pérez	15643756	0009-0008-9365-9045
<b>DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – POSGRADO-MAESTRÍA:</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>CODIGO ORCID</b>
Brunilda Edith León Manrique	15605671	0000-0002-3423-0774
Margarita Betzabe Velasquez Oyola	15610900	0000-0002-6791-6852
Gustavo Augusto Sipán Valerio	15612829	0000-0001-5642-3035

## CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD, HACIA LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL HOSPITAL DE BARRANCA – 2015

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>www.desarrollandoelmundorural.com</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>2</b>	<b>app.unjfsc.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>3</b>	<b>pt.scribd.com</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE</b> Trabajo del estudiante	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote</b> Trabajo del estudiante	<b>1</b> %
<b>6</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional de Barranca</b> Trabajo del estudiante	<b>1</b> %
<b>7</b>	<b>prezi.com</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %

## **DEDICATORIA**

Dedicar este trabajo a mi hija, por ser un gran motivo de superación, a mis padres por sus sabios consejos y a mi esposo por su apoyo incondicional.

*Rossana Milagros Lucero Diaz*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al destino por poner en mi camino a personas que me aportaron conocimiento y sabiduría, especialmente a mi hija y mi esposo.

*Rossana Milagros Lucero Diaz*

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>xii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>xiii</b>
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>14</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general	16
1.2.2. Problemas específicos	16
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación de la investigación	17
1.5. Delimitaciones del estudio	18
<b>CAPITULO II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>20</b>
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.1.1. Investigaciones internacionales	20
2.1.2. Investigaciones nacionales	21
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Bases Filosóficas	35
2.4. Definiciones de términos básicos	35
2.5. Hipótesis de investigación	36
2.5.1. Hipótesis general	36
2.5.2. Hipótesis Especificas	36
2.6. Operacionalización de las variables	36

<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b>	<b>38</b>
3.1. Diseño de la investigación	38
3.2. Población y muestra	38
3.2.1. Población	38
3.2.2. Muestra	38
3.3. Técnicas de recolección de datos	39
3.4. Técnicas para el procesamiento de la información	39
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b>	<b>40</b>
4.1. Resultados	40
4.2. Contrastación de hipótesis	46
<b>CAPÍTULO V. DISCUSIÓN</b>	<b>50</b>
5.1. Discusión de resultados	50
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>53</b>
6.1. Conclusiones	53
6.2. Recomendaciones	54
<b>REFERENCIAS</b>	<b>55</b>
7.1. Fuentes documentales	55
7.2. Fuentes bibliográficas	57
7.3. Fuentes hemerográficas	59
7.4. Fuentes electrónicas	61
<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia	63

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Enunciado 1	40
Tabla 2. Enunciado 2	41
Tabla 3. Enunciado 3	42
Tabla 4. Enunciado de la variable Y	43
Tabla 5. Correlación entre el conocimiento y la actitud de las MB	47
Tabla 6. Correlación entre el conocimiento y la actitud de medidas de barreras protectoras	47
Tabla 7. Correlación entre el conocimiento y la actitud de medidas de manejo adecuado de equipos y materiales	48
Tabla 8. Correlación entre el conocimiento y la actitud de medidas de manejos y eliminación de residuos	49

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Enunciado 1	40
Figura 2. Enunciado 2	41
Figura 3. Enunciado 3	42

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la conexión entre el nivel de comprensión de las prácticas de bioseguridad y la disposición del personal sanitario para implementar dichas medidas en el hospital de Barranca en 2015. **Metodología:** De tipo básico, de enfoque correlacional, de nivel correlacional y no experimental. La población incluyó a 92 individuos del ámbito de la salud como usuarios, y la muestra consistió en 74 participantes. Se empleó la técnica de la encuesta para la recolección de datos, empleando un cuestionario que constaba de 21 ítems para la primera variable y 31 ítems para la segunda variable. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrada de Pearson. **Resultados:** La hipótesis alterna fue respaldada al obtener un valor de  $p = 0,000$ , que resultó ser inferior a 0,05. Se identificó una correlación positiva, lo que lleva a la aceptación de la H1. **Conclusiones:** Se confirma la existencia de una relación entre el conocimiento sobre bioseguridad y la actitud del personal sanitario hacia la implementación de las medidas de bioseguridad en el hospital de Barranca en 2015.

**Palabras claves:** Conocimiento de bioseguridad, actitud sobre bioseguridad, bioseguridad hospitalaria.

## ABSTRACT

**Objective:** Analyze the connection between the level of understanding of biosafety practices and the willingness of health personnel to implement these measures at the Barranca hospital in 2015. **Methodology:** Basic type, correlational approach, correlational and non-experimental level. The population included 92 individuals from the health field as users, and the sample consisted of 74 participants. The survey technique was used to collect data, using a questionnaire that consisted of 21 items for the first variable and 31 items for the second variable. I use the Pearson Chi-square test. **Results:** The alternative hypothesis was supported by obtaining a value of  $p = 0.000$ , which turned out to be less than 0.05. A positive correlation was identified, leading to the acceptance of H1. **Conclusions:** The existence of a relationship between knowledge about biosafety and the attitude of health personnel towards the implementation of biosafety measures at the Barranca hospital in 2015 is confirmed..

**Keywords:** Knowledge of biosecurity, attitude about biosafety, hospital biosafety.

.

.

## INTRODUCCIÓN

La importancia de adherirse a las medidas para resguardar la bioseguridad se sustenta en el peligro que existe en su ámbito laboral, que busca prevenir contaminación en su trabajo profesional, especialmente relacionadas con la exposición de fluidos en el cuerpo, sangre, y contaminaciones que se dan dentro del ambiente hospitalario. El profesional de la salud asignado a diferentes servicios del Hospital de Barranca – Cajatambo en 2015, especialmente en áreas críticas como el centro quirúrgico, la unidad de cuidados intensivos y la emergencia, enfrenta constantemente el riesgo de accidentes laborales.

Por esta razón, se tomó la decisión de detallar las amenazas biológicas a la que enfrentan los profesionales de la salud en diversos campos, identificar las métricas de bioseguridad que adoptan para protegerse de posibles contaminaciones derivadas de accidentes y proporcionar elementos teóricos para abordar este problema. La pregunta de investigación planteada es: ¿Cómo es la coherencia entre el conocimiento y la actitud de los trabajadores hospitalarios hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad en los diferentes servicios del Hospital de Barranca – 2015? El objetivo general es determinar dicha relación.

Los apartados ilustrarán los siguientes capítulos como la problemática actual en la institución hospitalaria, los fundamentos teóricos de las variables de estudio, la metodología a desarrollar, los resultados, la discusión de los resultados y las conclusiones científicas.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

En la actualidad, la atención a la salud ocupacional ha captado considerable interés a nivel mundial, dado que en las últimas décadas, el comportamiento de los trabajadores ha experimentado cambios significativos en consonancia con los avances en ciencia y tecnología. Este cambio se ha manifestado de manera destacada en el ámbito de la salud, donde el personal sanitario desempeña un papel fundamental en las instituciones, aunque no es el único grupo afectado. Según Campos (2013) la salud de los trabajadores en entornos hospitalarios depende tanto de las condiciones laborales como del entendimiento y la implementación de las métricas de bioseguridad en su quehacer diario (p.12). La intensidad de las jornadas laborales puede afectar la calidad de la atención (CA) a los usuarios y generar consecuencias económicas y sociales para los trabajadores, impactando así en las instituciones si no se gestiona adecuadamente. Este factor se identifica como la principal razón debido a que el trabajador hospitalario se pone en contacto con la sangre o fluidos con probabilidad de contagiarse de alguna infección.

Gestal (2003) destacó que el problema de las infecciones hospitalarias no es nuevo y comenzó en 1950, cuando comenzó a desarrollarse la epidemiología hospitalaria, prestándose especial atención a la lucha contra las infecciones hospitalarias. En Latinoamérica, diversas iniciativas han colaborado en la implementación de medidas de control. A pesar de los esfuerzos, organizaciones como el Centro de Control de

Enfermedades y la Administración de Seguridad(AS) y Salud Ocupacional(SO) reconocen que los accidentes aún ocurren debido a las particularidades de cada institución de salud y su entorno, lo que resalta la necesidad de programas de prevención.

García (1989) enfatiza que la prevención de enfermedades se materializa utilizando métricas de bioseguridad, se entiende por medidas de bioseguridad un conjunto de medidas preventivas para proteger la salud y seguridad del personal del entorno hospitalario frente a riesgos biológicos, químicos, psicológicos y mecánicos (p.67). La exposición constante del personal de salud en entornos críticos incrementa el riesgo de lesiones y peligros para su salud.

El Ministerio de Salud (Minsa, 2005), se desarrolló una investigación en la institución hospitalaria Cayetano Heredia reveló tasas de prevalencia de infección entre el personal sanitario, variando del 0.50% al 5.0%, en semejanza con la tasa anual que representa el 0.10% a nivel mundial (p.79).

Para Rodríguez y Saldaña (2013) , señalan que los hospitales, al ser instituciones con características especiales, exponen al personal a diversos microorganismos. Aunque cuentan con defensas intrínsecas y se encuentran en entornos específicos, las enfermedades infecciosas y contagiosas representan un importante problema para la salud de los trabajadores hospitalarios.

Sánchez (2001) afirma que los profesionales de la salud están arriesgando su seguridad por estar bajo amenaza biológica debido al contacto con pacientes enfermos, destacando que las lesiones por objetos punzantes o cortantes son una causa frecuente de contaminación con sangre o fluidos (p.57). La bioseguridad, en este contexto, se refiere a actividades diseñadas para prevenir la exposición accidental a patógenos y toxinas.

Para Flores (2015) informa que, según datos del área de Epidemiología de la institución hospitalaria en Barranca en 2015, aproximadamente el 14% del personal de

salud contrajo enfermedades y sufrió accidentes debido a la inadecuada aplicación de medidas de bioseguridad (p.18). Este hallazgo motivó la realización de la presente tesis, que busco el mejoramiento o entendimiento, de la postura del profesional de salud en la institución bajo estudio.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015?
- ¿Cuál es la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015?
- ¿Cuál es la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015.
- Identificar la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015.
- Determinar la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015.

### **1.4. Justificación de la investigación**

#### **1.4.1. Justificación teórica**

Se justifica en la teoría, porque logro incrementar los conocimientos de bioseguridad y la relación que esta tiene con la actitud de los profesionales de salud en comparación con la aplicación de las normas de bioseguridad. Además, permite la prevención de los inconvenientes laborales, lo que reduce el riesgo de contraer infecciosas a través de microorganismos, ingestión, contacto directo, piel y tejido conectivo corroídos y/o sanos, garantizando un ambiente adecuado para los trabajadores y pacientes.

### **1.4.2. Justificación práctica**

Se justifica en la teoría, ya que ha contribuido al aumento de los conocimientos en el ámbito de la bioseguridad y ha proporcionado una comprensión más profunda de la coherencia entre estos entendimientos y la actitud de los profesionales hospitalarios en post de la implementación de normas o protocolos de bioseguridad. Asimismo, la investigación posibilita prevenir de inconvenientes en el sector laboral al reducir la amenaza de contraer infecciones causadas por pequeños organismos a través de distintos modos de exposición, como la ingestión, el contacto directo y la exposición a la piel y tejido conectivo, ya sea en estado corroído o sano. Este enfoque busca garantizar un entorno laboral seguro y adecuado tanto para los trabajadores como para los pacientes.

### **1.4.3. Justificación metodológica**

Se justifica en la metodología, la investigación se apoyó en dos técnicas y herramientas de recopilación de datos. El instrumento utilizado consistió en 20 ítems que evaluaron tanto la categoría de entendimiento como la actitud de los profesionales hospitalarios en coherencia con las normas de bioseguridad.

## **1.5. Delimitaciones del estudio**

### **1.5.1. Delimitación espacial**

Aunque este problema impacta a diversas entidades del sector de la salud en términos generales, hemos decidido llevar a cabo este trabajo de investigación específicamente en el Hospital de Barranca.

### **1.5.2. Delimitación social**

El conjunto social bajo investigación estuvo compuesto por el personal clínico-asistencial de la institución. No se realizaron distinciones basadas en clase social o categoría profesional dentro del ámbito de la salud, abarcando diversas categorías.

### **1.5.3. Delimitación temporal**

El poco tiempo, se recopiló información tanto histórica como contemporánea, abarcando antecedentes, fundamentos teóricos y teorías relacionadas con las métricas de bioseguridad.

### **1.5.4. Delimitación conceptual**

La propuesta formulada para la implementación de medidas de bioseguridad (MB) tuvo como objetivo unificar y consolidar conceptos de las variables de estudio.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. Investigaciones internacionales**

Buñay, Lema y Quezada (2014) su deserción logro identificar las características relacionadas con el incumplimiento de las medidas de bioseguridad en una institución especializada. Desde el punto de vista metodológico, aplicaron una investigación básico, correlacional y no experimental. Los resultados revelaron que el 67.0% del personal estudiado recibió capacitación de manera individual, mientras que el 33.0% nunca se capacitó o no tenía la intención de aumentar sus entendimientos de las métricas de bioseguridad. La conclusión a la que llegaron fue que más del 63.0% del personal encuestado cumplía adecuadamente con supervisión y monitoreo de la categorización de los protocolos de bioseguridad.

Téllez y Tovar (2008) el objetivo fue identificar el uso adecuado de las medidas de bioseguridad y su implicancia en los accidentes hospitalarios. Utilizaron una metodología básica, correlacional y no experimental. Los resultados indicaron que el 30.0% de profesionales enfermeras representaba un uso adecuado de las métricas de bioseguridad. La conclusión destacó que las medidas de bioseguridad que no se cumplían o no se manejaban adecuadamente eran las punciones percutáneas y las cortaduras, especialmente en el centro quirúrgico.

Bustamante (2012) se propuso evaluar el manejo y cumplimiento de las normativas hospitalarias sobre bioseguridad. Emplearon una metodología de tipo básica, explicativo-descriptivo y no experimental. Evidencias ilustraron que el 56.9% de profesionales este preparado formativa y académicamente en los protocolos que se da en la parte de bioseguridad, pero después de las charlas, este conocimiento aumentó a un promedio del 72.1%. La conclusión resaltó que las charlas aplicadas a cada servicio lograron mejorar significativamente el manejo y cumplimiento de las normativas hospitalarias relacionadas con la bioseguridad.

Arias (2013) llevó a cabo una investigación con el objetivo de identificar las actitudes hacia el manejo y cumplimiento de las normativas hospitalarias de bioseguridad entre los internos de la escuela de enfermería. La investigación fue de tipo básico, correlacional-descriptivo y no experimental. Los resultados mostraron que el 34.0% de los encuestados demostró conocimientos adecuados, y la actitud más representativa o cumplida en su totalidad fue el aseo de las extremidades superiores y la aplicación de los guantes. La conclusión principal fue que las actitudes hacia el manejo y cumplimiento de las normativas hospitalarias eran mayormente adecuadas.

### **2.1.2. Investigaciones nacionales**

Bautista y Rubiños (2013) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y la actitud del personal de enfermería frente a la prevención de riesgos biológicos (RB). Utilizando una metodología básica, correlacional y sin experimento, los resultados indicaron que más del 50% del personal estudiado poseía un conocimiento adecuado sobre el manejo y prevención de riesgos biológicos. La conclusión destacó que el personal sanitario cumplía con los estándares académicos sobre

medidas de prevención y mostraba una actitud positiva hacia las prácticas de prevención de RB.

Campos (2013) el objetivo fue establecer el grado de entendimiento de MB y la postura de los universitarios hacia las MB en la Escuela de Enfermería (ESEN). La metodología básica, correlacional-descriptivo y sin experimento. La data revelaron que el 64.3% de los encuestados tenía un conocimiento medio, y el 63.5% mostraba una actitud favorable hacia los riesgos biológicos. La conclusión fue que el grado de entendimiento de los universitarios sobre las MB se ubicaba en un nivel medio.

Rodríguez y Saldaña (2013) en su tesis de investigación, tuvieron como objetivo establecer el grado de entendimiento de las MB y su uso en las métricas de seguridad y cobertura en estudiantes de la escuela profesional de enfermería. La metodología básica, correlacional-descriptivo y no experimental. La data mostraron que el 40.0% tenía un elevado entendimiento, y el 73.3% cumplía adecuadamente con las medidas de protección. La conclusión resaltó que el grado de entendimiento sobre MB y uso de las métricas de protección estaban relacionados de manera adecuada.

Camarena (2017) llevó a cabo una investigación con la finalidad de establecer el grado de entendimiento de las MB y la actitud hacia el manejo de medidas asépticas. La metodología básica, correlacional, de corte transversal y prospectivo. Los resultados evidenciaron un adecuado manejo de MB y de los RB a los que estaban expuestos en el centro de salud estudiado. La conclusión confirmó la coherencia entre el grado de entendimiento sobre MB y la actitud hacia las métricas asépticas.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1.1. Conocimiento**

Rodríguez y Saldaña (2013) señalan que:

argumentan que el conocimiento se interpreta comúnmente como la data obtenida de un individuo a través de escenarios vivenciales o la enseñanza transmitida, abarcando la comprensión fundamental y pragmática de aspectos relacionados con la realidad. A lo largo de la historia, filósofos y psicólogos han abordado este tema, considerándolo fundamental para el crecimiento científico. La comprensión precisa del conocimiento está intrínsecamente ligada a la concepción del mundo que se tenga (p.36).

Según estos autores, el acto de conocer la influencia impactante o una coherencia entre el individuo cognoscente y cosa conocida. En el transcurrir de la actividad el individuo obtiene cierto poder del objeto conocida, lo que ha sido esencial desde el inicio de la existencia para asegurar los recursos necesarios para la vida. El sujeto necesitaba conocer las propiedades, relaciones y conexiones de los objetos en su entorno.

En relación con esto, Bunge, *Mente y Sociedad* (1981), describe el entendimiento como una agrupación de saberes y argumentos que se dan o pueden variar en claridad, precisión y orden. Estos conocimientos se categorizan como científicos, ordinarios o vulgares (p.58).

### **2.2.1.2. Clases de conocimiento**

#### **a) Conocimiento Cotidiano**

Moya (2000) sugiere:

que el conocimiento cotidiano puede considerarse como el más antiguo de todos, presumiblemente existente desde los primeros tiempos de la humanidad. Sin embargo, las denominaciones "saber desvalorizado" y "excesivamente amplio" no son aceptables. Esto

se debe a que, además del conocimiento cotidiano, existen otras formas de conocimiento, como los mitos y la filosofía, que precedieron cronológicamente al desarrollo de la ciencia (p. 25)

Dombrowski, Rotenberg y Bick (2014), explican que el conocimiento cotidiano se manifiesta en comprensiones prácticas, como prever tormentas en el supuesto que el viento sople al sureste, conocer los riesgos de electrocutarse al tocar un enchufe, comprender que la aplicación de un pedazo de azufre alivia el dolor en los músculos, o reconocer que el elogio puede motivar a alguien a hacer un favor. Todas estas formas de saber no requieren el estudio formal de disciplinas como meteorología, física o psicología; por lo tanto, el conocimiento cotidiano no alcanza el nivel de conocimiento científico (pp. 41-42).

#### b) Conocimiento Mítico

Vásquez (2001), nos advierte que esta cualidad del conocimiento incorpora una diversidad considerable de incertidumbres personales, creencias y mitologías. Aunque estas manifestaciones difieren entre sí en diversos aspectos, comparten la característica fundamental de cimentar una manera de entender que se aparta del entender diariamente, entre las particularidades se describen a colación (p. 67)..

#### c) Conocimiento Filosófico

Vásquez (2001), Se nos comunica que la rama filosófica del oriente se origina a partir del conocimiento filosófico, al utilizar el saber mítico-religioso como un punto de transición. Se destaca que las filosofías árabes y judías ocupan una posición intermedia entre el pensamiento oriental y el occidental. En contraste con el pensamiento occidental, las filosofías orientales están más estrechamente vinculadas a la religión que a la razón (pp. 72-73).

#### d) Conocimiento Científico

En este tipo de sabiduría, se tiene en cuenta tanto la faceta racional como la experimental, fundamentada en la vertiente educativa y disciplinaria, es decir, la Ciencia.

1) El saber de la ciencia es a la vez racional y empírico. Haciendo referencia a la cualidad del saber filosófico que se organiza en jerarquías inferenciales, aquí llamada racionalidad. Esta cualidad se hereda del entendimiento científico y filosófico. Existen autores que creen esencial en la ciencia, manteniendo el término ciencia como una comprensión total, derivando los enunciados específicos de algunos principios generales.

Galileo sintetiza estas dos características, racional y experiencial, que se dan juntas por primera vez. En una carta a su protectora, Cristiana de Lorena, en 1615, cuestiona dogmas religiosos y aboga por confiar más en "los datos de los sentidos y en las demostraciones necesarias" junto con lo racional. Cualquier afirmación científica, para ser considerada como tal, debe ser verificada empíricamente o, al menos, ser verificable, pero también debe formar parte de un sistema deductivo más amplio donde se relaciona con otras afirmaciones y todas son inferibles a partir de algunos principios fundamentales. Aunque la filosofía también es racional, no se preocupa por verificar empíricamente sus afirmaciones. Por otro lado, la ciencia es experiencial, ya que siempre intenta someter a prueba sus hipótesis, por ejemplo, mediante experimentos. (Vázquez, 2001, págs. 81-82)

2) El saber de ciencia es especulativo y cotidiano a la vez. Lo científico no persigue simplemente la expansión del conocimiento del mundo por un deseo intrínseco de saber, sino que también busca utilizar ese conocimiento para prever eventos y ejercer control sobre la naturaleza. En este sentido, hereda tanto el componente especulativo de

la filosofía como la practicidad de un saber que es simultáneamente teórico y aplicado. (Vázquez, 2001, pág. 83)

3) Esto se explica por sí mismo. El entendimiento filosófico busca dar explicaciones definitivas, mientras la ciencia no aspiran a tal nivel, aunque no están tranquilos con lo expuesto a nivel superficial del conocimiento cotidiano, y menos con explicaciones irracionales o entendimiento mítico. Por ejemplo, el entender el día a día puede generar un ataque de locura al nerviosismo causado por alguien, o recurrir a explicaciones tautológicas como la fémina está en un estado orate. El conocimiento mítico podría incorporar elementos como posesiones demoníacas o maleficios.

En contraste, la filosofía generalmente considera que no son estos tipos de problemas los que intenta abordar, o si lo hace, los aborda desde una perspectiva más abstracta y general. Por ejemplo, un filósofo podría responder a un ataque histórico explicando simplemente "es", es decir, desde la teoría general del ser (o metafísica, posiblemente la rama más significativa de la filosofía). Esto se debe a que la filosofía aspira a ser un conocimiento sin supuestos, es decir, no da nada por sentado, a diferencia del enfoque del científico. A este último ni siquiera se le ocurre cuestionar el ser o el existir; parte del supuesto de que las cosas son y existen, y desde ese punto inicia su investigación. (Vázquez, 2001, pág. 84)

4) El conocimiento científico es crítico. La ciencia experimenta cambios a un ritmo mucho más veloz que los dogmas religiosos, ya que no se contenta simplemente con aceptar las opiniones prevalecientes y busca verificarlas mediante sus algoritmos. Bacon expresó, la ciencia es como un ser inerte de teorías, donde teorías nuevas reemplazan a las antiguas. El trabajo de Freud es un ejemplo claro de esto, ya que implica

numerosas correcciones a afirmaciones anteriores, incluso aquellas formuladas por el propio creador del psicoanálisis. A diferencia del conocimiento mítico, que tiende a ser cerrado, la ciencia no asume que todo ya está completamente explicado; más bien, es un conocimiento en constante evolución que deja preguntas sin respuesta detrás de cada nueva solución encontrada. (Vázquez, 2001, pág. 85)

### **2.2.1.3. Fuente de conocimiento**

Según Moya (2000) el término "fuente" denota el lugar de origen o procedencia de algo; se refiere al principio, fundamento o causa de una entidad. En el ámbito de la investigación, se refiere al documento, obra o elemento que proporciona información o datos para el desarrollo de la misma. Los orígenes del entendimiento son esenciales para que los investigadores transformen conscientemente sus conocimientos previos. Estas fuentes le posibilitan establecer conexión con las experiencias científicas o filosóficas de los miembros de sociedades contemporáneas y con la herencia intelectual de generaciones pasadas. Todo esto, junto con la observación de los fenómenos, tiene como objetivo la adquisición de conocimientos (p. 27).

### **Formas de adquirir conocimiento**

Las acciones experimentarán transformaciones conforme se incrementen los conocimientos; estos cambios se reflejarán en el comportamiento y las actitudes del individuo ante diversas situaciones cotidianas. Estas modificaciones están directamente vinculadas a la importancia que se otorgue a lo aprendido y se manifiestan principalmente a través de dos modalidades:

✓ La educación formal: Se refiere a los conocimientos impartidos en colegios educativos, donde se estructuran los contenidos científicos a través de un plan de estudio. (Moya, 2000, pág. 28).

✓ La educación informal: Ocurre a través de actividades cotidianas y experiencias de la vida diaria; es a través las personas adquieren conocimientos sobre el desenvolvimiento de la salud o bien la enfermedad, complementando su comprensión con otros medios de información.

#### **2.2.1.4. Teoría del conocimiento**

La teoría filosófica del conocimiento comprende dos partes:

1) Gnoseología o Teoría general del conocimiento: se dedica al estudio de diversas teorías sobre el conocimiento, explorando su posibilidad, origen, esencia, formas y objetividad” (Moya, 2000, pág. 29)

2) Epistemología o Teoría especial del conocimiento: su objetivo es analizar el conocimiento científico, abordando el concepto de ciencia, sus características y su método” (Moya, 2000, pág. 29)

#### **2.2.1.5. Entendimiento de las MB**

"La colección de información, hechos y principios que un individuo adquiere y retiene a través de la experiencia y el saber a lo largo de la vida” (Díaz, Reyes, & Reyes, 2003, pág. 47)

En el contexto de las medidas de bioseguridad para el personal asistencial en el hospital, es un proceso activo, se desarrolla desde el ingreso hasta la etapa final de la pasantía. Esto implica cambios

progresivos en el pensamiento, la acción y las actividades de aprendizaje, los cuales se mantienen presentes en la labor profesional de salud a diario. (Díaz, Reyes, & Reyes, 2003, pág. 47)

## **2.2.2. Generalidades sobre actitudes**

### **2.2.2.1. Actitud**

Bunge (1995), desde los inicios de la psicología social a inicios del siglo pasado, hasta llegar al día de hoy, se han propuesto multitud de definiciones de actitudes, de diversa complejidad. Actualmente, la mayoría de los expertos en el tema coinciden en definir las siguientes actitudes: Valoraciones globales, las personas tienen una imagen fija de otras personas; lo que se denomina propiedad actitudinal.

Estas valoraciones o juicios generales expresan actitudes como positivas, negativas o neutras, y pueden variar en intensidad o polarización. (Eagly H. y Chaiken C., 1998; p. 31).

#### ➤ Valencia negativa o positiva

Moderadamente extremadamente positiva: Esta persona tiene una actitud moderadamente positiva hacia la licencia de conducir.

Actitud muy positiva: Esta persona valora los puntos del permiso de conducir como extremadamente positivos.

Actitud negativa muy extrema: la gente percibe esta medida de control del tráfico como completamente negativa. (Bunge, 1995, pág. 36)

#### ➤ **Ambivalencia y Indiferencia**

Esta persona tiene opiniones tanto positivas como negativas sobre la licencia de conducir basada en puntos mencionada anteriormente. (Bunge, 1995, pág. 36)

La actitud se define como " Un estado de personalidad adquirido y organizado como resultado de las experiencias propias que incita al individuo a responder de una manera característica a ciertas personas, objetos o situaciones ". (Minsa, 2005, pág. 18),

#### **2.2.2.2. Componentes o elementos de las actitudes**

Según Bunge (1995), son:

- **Afectivo** : Sentimientos y emociones.
- **Conductual** : Experiencias en comportamientos anteriores. (p. 38)

(Bunge, 1995) Cada uno de estos elementos puede formar la estructura que genera una actitud específica, ya sea positiva o negativa, que llevan a una meta. Sin ser suficiente que esos tres apartados estén necesariamente conectados o separados en la evaluación de dicha misión. Se pueda darse el caso de creer que un alimento pueda ser saludable pero no poder consumirlo.

Cuando los componentes no son coherentes entre sí, como en este ejemplo, se habla de actitudes ambivalentes. En este contexto, se refiere a una ambivalencia actitudinal. El conjunto de valoraciones hacia una misión conforma la apreciación al termino que se define como la postura. Es crucial diferenciar la postura de sus partes donde se sustenta. Las

posturas se deducen desde su manifestación en su veredicto hacia el objeto de la actitud, las cuales pueden ser cognitivas, afectivas y conductuales (p. 39).

### **2.2.2.3. Formación de actitudes**

Devine (1989) define:

- **Conformidad:** mediante el comportamiento, es decir, teniendo en cuenta las prácticas habituales que se forman debido a la presión social, los individuos se adaptan temporalmente al rebaño, y la presión del grupo social conducirá a una conformidad permanente.
- **Identidad:** Definida cuando una persona define y responde a una persona o grupo de una manera predeterminada basándose en las experiencias de una situación.
- **Interiorización:** Es la aceptación absoluta de una actitud para que se convierta en parte integral de la persona. Esto sucede cuando la actitud se alinea con sus creencias y valores fundamentales. Adoptas una nueva postura porque crees que es correcta o porque quieres ser como alguien. (Devine, 1989, pág. 75)

### **2.2.3. Aspectos conceptuales sobre MB**

#### **2.2.3.1. Bioseguridad**

Hernández et al. (1995), Es una agrupación de métricas que logran prevenir y encaminadas a tener el control de las características de amenaza laboral causados por factores biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de efectos nocivos y asegurando que el desarrollo de los procedimientos descritos o del producto final no ponga en peligro la salud y la seguridad. Trabajadores sanitarios, usuarios y escenarios ambientales.

Su finalidad es definir y compilar métricas de actuación del profesional sanitario y acciones preventivas con pequeños organismos potencialmente patógenos.

### **2.2.3.2. Elementos básicos**

Hernández et al. (1995) señala los agentes infecciosos:

**Prácticas laborales:** Las prácticas laborales estandarizadas son el elemento más importante y crítico en cualquier tipo de protección de los trabajadores. El personal que, como consecuencia de sus actividades laborales, esté más o menos directamente expuesto a materiales infectados o focos de infección, deberá ser consciente de los posibles riesgos de su trabajo, así como estar suficientemente formado en las técnicas necesarias. materiales biológicos para ellos. Por otro lado, estos flujos de trabajo estandarizados deben escribirse y actualizarse continuamente.

**Equipos de seguridad:** Los principales obstáculos incluyen equipos o dispositivos que garanticen la seguridad del proceso y los equipos de cuidado profesional (guantes, zapatos, protectores faciales, mascarillas, etc.).

**Diseño y construcción de las instalaciones:** El tamaño de la barrera secundaria dependerá de los agentes infecciosos involucrados y de las actividades que se realicen sobre ellos. Esto se determinará mediante una evaluación de riesgos. En muchos grupos de trabajadores, la exposición a dichos patógenos es secundaria a sus actividades ocupacionales, donde las regulaciones laborales y el equipo de protección personal son de primordial importancia y, si se manipulan deliberadamente, también

pueden desempeñar un papel más importante como barreras secundarias. (Hernández, Espinal, & Martín, 1995, pág. 31)

#### **2.2.3.3. Evaluación del riesgo**

Hernández et al. (1995), la actuación de las amenazas en el entorno de trabajo es un proceso diseñado para evaluar la gravedad de las amenazas que no pueden evitarse y reaccionar información fundamental basada en métodos innovadores para que el empresario pueda tomar decisiones adecuadas sobre la necesidad de tomar métricas preventivas. También es una actividad organizada que permite evaluar la gravedad y la posibilidad de influencia recíproca de un peligro o exposición.

#### **2.2.3.4. Manejo de los desechos hospitalarios**

##### **a. Desechos hospitalarios**

(Malagón & Hernández, 1995, pág. 45) Se trata de desechos generados en instalaciones médicas; la cantidad de desechos que genera el paciente por día es de 3,5 kg, lo que equivale aproximadamente a 0,125 kg de desechos infecciosos por persona por día. El objetivo de la gestión de residuos hospitalarios es promover la aplicación y el cumplimiento de las leyes reglamentarias y mejorar la seguridad y eficiencia de la gestión. El objetivo es definir las acciones de todos los involucrados en el procesamiento, logrando así resultados que contribuyan a la mejora de los niveles de atención al usuario, la mejora de la bioseguridad y la adecuada disposición de los residuos.

#### b. Clasificación de los desechos hospitalarios

(Malagón & Hernández, 1995), los residuos hospitalarios se clasifican en función de los materiales que los componen, el tiempo que permanecen en el medio ambiente, cómo se eliminan y los riesgos o peligros que pueden surgir por la exposición a ellos. (p. 47)

- a) Desechos comunes
- b) Desechos infecciosos
- c) Objetos corto-punzantes
- d) Desechos químicos-peligrosos

#### c. Generación y separación de los desechos

(Malagón & Hernández, 1995), el factor importante para la reducción y la gestión adecuada de los residuos hospitalarios es una adecuada. La forma más adecuada de hallar las diferentes categorías de residuos es instalar tapas o contenedores codificados por colores. Además de la clasificación del código de colores, en el reglamento se pueden encontrar los siguientes eventos que sugiere la OMS:

#### d. Tratamiento interno de los desechos infecciosos

(Malagón & Hernández, 1995, pág. 54) el régimen de residuos infecciosos implica la inactivación en la contaminación microbiana en su origen. Los pasos para poder seguir las indicaciones relacionadas a los infecciosos incluyen: esterilización y desinfección química con productos especiales.

### 2.3. Bases Filosóficas

Describen un conjunto de métricas de bioseguridad que se utilizan de igual manera en todas las instituciones de salud del país y gestionan sus aplicaciones. Además, todos los trabajadores de la salud reciben capacitación en clases universitarias para garantizar que trabajan dentro del marco de su seguridad y la de las personas con las que trabajan. Sin embargo, si se desea estudiar el conocimiento de las normas de bioseguridad entre los trabajadores de la salud del hospital de Barranca, es importante mostrar la coherencia que se evidencia entre el entendimiento sobre bioseguridad y el uso adecuado de estas normas estandarizadas en el apartado de salud. También se puede decir que la investigación no tiene problemas con los trabajadores de la salud, no hay problemas con el área de investigación desde el punto de vista filosófico, ético o moral y se ha explicado el propósito de la investigación para el cuidado de la salud. trabajador, la participación y la firma son voluntarias y se basan únicamente en el conocimiento de la investigación confidencial.

### 2.4. Definiciones de términos básicos

- **Accidente de trabajo:** Los accidentes de trabajo se refieren a situaciones de emergencia que ocurren en el trabajo o durante el trabajo y resultan en lesiones orgánicas, invalidez, invalidez o muerte de los empleados. (Mosby, 2002)
- **Ambiente hospitalario:** Es la agrupación de criterios propios del ser humano basado en escenarios institucionales que guardan coherencia con la salud.
- **Desinfección:** Procedimientos para reconocer la presencia de determinados agentes biológicos. Estas pueden ser físicos o químicos y actuar sobre sustancias inertes. (Mosby, 2002)

- **Infeción:** Es la entrada, desarrollo y reproducción de agentes infecciosos en humanos o animales. (García, 1989)
- **Limpieza:** Elimina materias extrañas (suciedad, residuos orgánicos, etc.) de superficies internas o biológicas y también elimina agentes biológicos superficiales en su efecto limpiador. (Mosby, 2002)

## **2.5. Hipótesis de investigación**

### **2.5.1. Hipótesis general**

Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015.

### **2.5.2. Hipótesis Específicas**

- Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015.
- Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015.
- Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015.
- 

## **2.6. Operacionalización de las variables**

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Conocimiento sobre medidas de bioseguridad	Es un proceso psicológico que permite ver la realidad de la conciencia humana, asociado a la experiencia de gestión preventiva y la actividad profesional, con el objetivo de lograr actitudes y comportamientos que reduzcan el riesgo de infección entre los trabajadores de la salud en el lugar de trabajo	Son las actividades que logran medir las tres dimensiones de estudio y sus indicadores establecidos, mediante una escala politómicas.	Uso de barreras protectoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de manos</li> <li>• Tipos de barreras</li> <li>• Procedimientos invasivos</li> <li>• Protecciones de aislamiento</li> </ul>	Cuestionario
			Manejo de equipos y materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de equipos y materiales</li> <li>• Limpieza</li> <li>• Descontaminación</li> <li>• Desinfección</li> </ul>	
			Manejo y eliminación de residuos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación de residuos</li> <li>• Eliminación de residuos</li> </ul>	
			Aplicación del uso de barreras protectoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de manos</li> <li>• Tipos de barreras</li> <li>• Procedimientos invasivos</li> <li>• Protecciones de aislamiento</li> </ul>	
Actitudes sobre la aplicación de las medidas de bioseguridad	Es la tendencia de los individuos a responder el uso de las métricas preventivas de bioseguridad como resultado de la experiencia aprendida y se sustenta en ciertas estructuras cognitivas con carga emocional y afectiva, que pueden ser aceptación, rechazo o indiferencia	Son las actividades que logran medir las tres dimensiones de estudio y sus indicadores establecidos, mediante una escala politómicas	Aplicación del manejo de equipos y materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de equipos y materiales</li> <li>• Limpieza</li> <li>• Descontaminación</li> <li>• Desinfección</li> </ul>	Cuestionario
			Aplicación del manejo y eliminación de residuos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación de residuos</li> <li>• Eliminación de residuos</li> </ul>	

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño de la investigación**

##### **3.1.1. Diseño de la investigación**

Se empleo un diseño no experimental y de corte transversal. Al respecto, Tamayo (2006) indica que en estos casos las variables de estudio no logran manipularse.

##### **3.1.2. Tipo de investigación**

Se empleo un tipo Básica, puesto que logro aumentar el entendimiento del personal profesional en estudio. Sabino (2002) refiere que este tipo de entendimiento se basa en la fundamentación histórica y análisis situacional.

#### **3.2. Población y muestra**

##### **3.2.1. Población**

Lo conformaron 92 trabajadores de salud, entre médicos y enfermeras, quienes trabajan en el hospital de Barranca en el año 2015.

##### **3.2.2. Muestra**

Lo conformaron 74 trabajadores de salud, entre médicos y enfermeras, quienes trabajan en el hospital de Barranca en el año 2015, se empleó el modelo de muestreo finito:

$$n = \frac{Z^2 PQN}{E^2(N-1) + Z^2 PQ}$$

Tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(92)}{(0.05)^2(91) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 74.$$

### **3.3. Técnicas de recolección de datos**

#### **3.3.1. Técnicas**

La técnica que se empleó fue la encuesta para cada variable de estudio.

#### **3.3.2. Instrumentos**

El instrumento que se aplicó fue el cuestionario, la primera variable tuvo 21 ítems y la segunda variable tuvo 31 ítem, estas tuvieron una escala de tipo Politómica (Ver Anexo N° 1).

### **3.4. Técnicas para el procesamiento de la información**

Esta información se registra en la base de datos SPSS 23.0, lo que nos permite mostrar claramente los datos en forma de tablas y gráficos para su posterior análisis e interpretación. Para presentar los resultados obtenidos se utilizaron complejas tablas estadísticas de distribución de frecuencias con frecuencias absolutas y frecuencias porcentuales relativas, en las que se presentaron gráficos estadísticos: histogramas y gráficos circulares.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Resultados

##### Variable X: Conocimiento sobre medidas de bioseguridad

Tabla 1

Enunciado 1

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
1. Minimizar las amenazas de desplazamiento de microbios procedentes de fuentes de infección en entornos sanitarios	46	62%
2. Eliminar la propagación de microorganismos infecciosos en los centros sanitarios	13	18%
3. Evitar enfermedades infecciosas causadas por agentes infecciosos en entornos sanitarios	8	11%
4. Aminorar el desplazamiento de los microorganismos cuando el profesional de la salud atiende a usuarios hospitalarios con infecciones	7	9%
5. Sin conocer	0	0%
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>

**Nota:** Elaboración propia

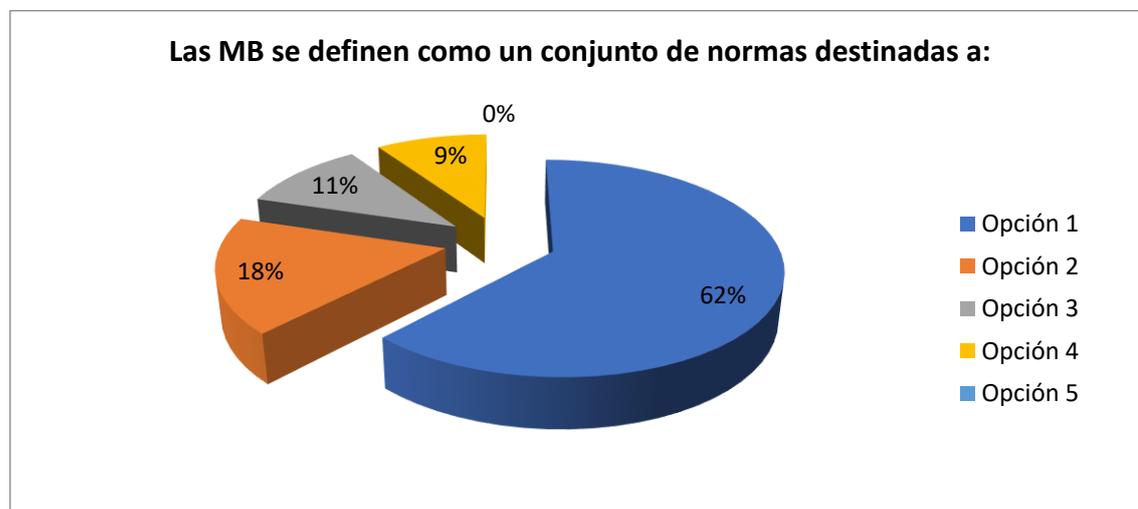


Figura 1. Enunciado 1

Se logra observar que el profesional de salud evidencia el entendimiento del enunciado, donde el 62% afirma que minimizar las amenazas de desplazamiento de microbios procedentes de fuentes de infección en entornos sanitarios, el 18% afirma que eliminar la propagación de microorganismos infecciosos en los centros sanitarios, el 11% afirma que evitar enfermedades infecciosas causadas por agentes infecciosos en entornos sanitarios y el 9% afirma que aminorar el desplazamiento de los microorganismos cuando el profesional de la salud atiende a usuarios hospitalarios con infecciones.

Tabla 2

*Enunciado 2*

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
1. Simplemente use muros protectores para eliminar materiales afilados	6	8%
2. Gestión y supresión de residuos, caridad, lavado de manos	14	19%
3. Distribución, uso de muro protectoras, gestión y supresión de residuos	49	66%
4. Lavado de manos, manipulación justa y supresión de objetos punzantes	2	3%
5. Utilice guantes, lavado de manos y métodos de supresión de objetos punzantes	3	4%
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>

**Nota:** Elaboración propia

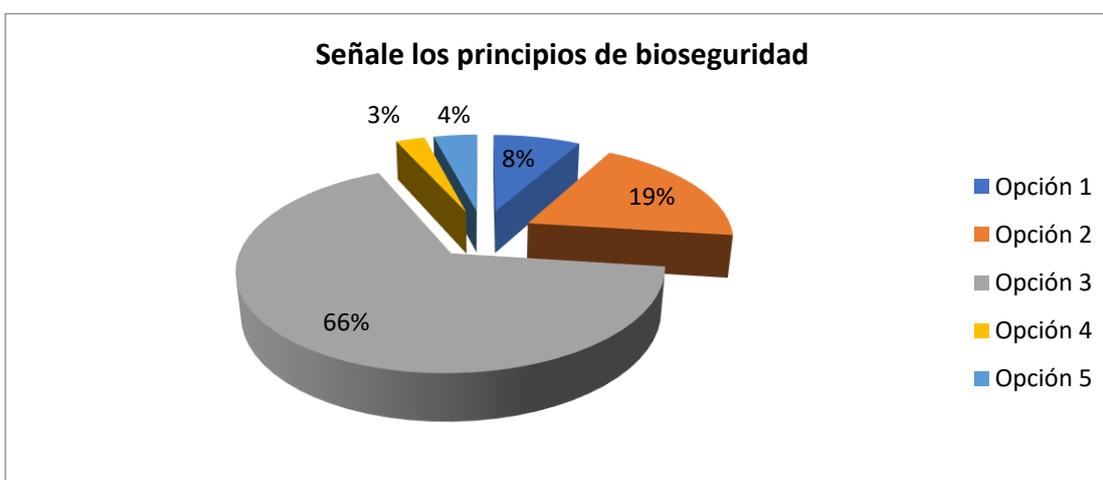


Figura 2. Enunciado 2

Se logra observar que el profesional de salud evidencia el entendimiento del enunciado, donde el 8% afirman que simplemente use muros protectores para eliminar materiales afilados, el 19% afirman que es la gestión y supresión de residuos, caridad, lavado de manos, el 66% afirman que es la distribución, uso de muro protectoras, gestión y supresión de residuos, el 3% afirman que es el lavado de manos, manipulación justa y supresión de objetos punzantes y el 4% afirman que se utilice guantes, lavado de manos y métodos de supresión de objetos punzantes.

Tabla 3

*Enunciado 3*

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
1. Contacto directo de la piel o las membranas mucosas con fluidos contaminados del paciente	38	51%
2. Transmisión directa de microorganismos en fluidos contaminados de pacientes	15	20%
3. Contaminación a través de fluidos corporales del paciente	9	12%
4. Contacto rectilíneo en el cutis o viscoso con el campo estéril del paciente	7	10%
5. Infección del cutis o viscoso dañadas por líquidos contaminados	5	7%
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100%</b>

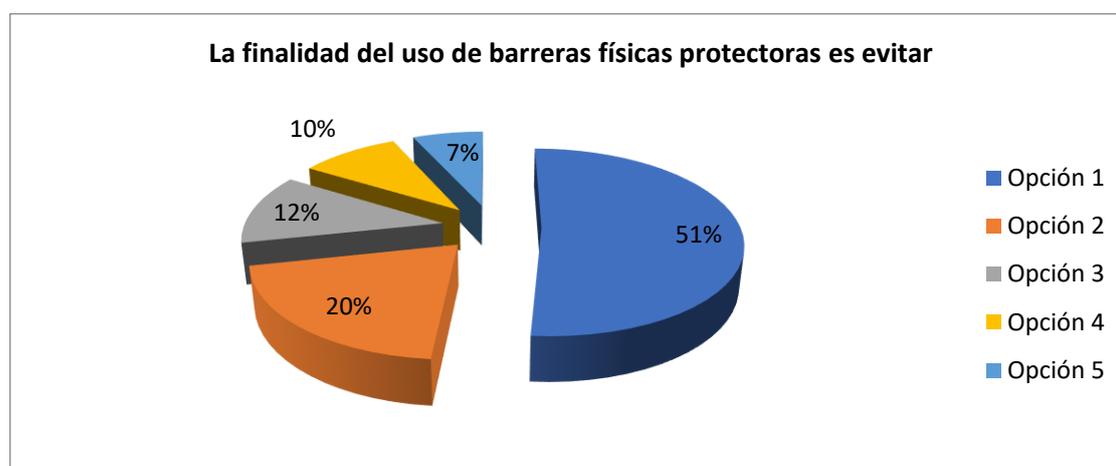
**Nota:** Elaboración propia

Figura 3. Enunciado 3

Se logra observar que el profesional de salud evidencia el entendimiento del enunciado, donde el 51% afirman que es el contacto directo de la piel o las membranas mucosas con fluidos contaminados del paciente, el 20% afirman que es la transmisión directa de microorganismos en fluidos contaminados de pacientes, el 12% afirman que es la contaminación a través de fluidos corporales del paciente, el 10% afirman que es el contacto rectilíneo en el cutis o viscoso con el campo estéril del paciente y el 7% afirman que es la infección del cutis o viscoso dañadas por líquidos contaminados.

#### **Variable Y: Actitudes sobre la aplicación de las MB**

La escala que se asigna es de tipo Likert de forma ascendente.

Tabla 4

*Enunciado de la variable Y*

<b>Ítem</b>	<b>Barreras Protectoras</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	Es seguro emplear muros que protejan al usuario durante su procedimiento hospitalario	5%	10%	22%	31%	32%
2	El limpiar las manos es una métrica de bioseguridad que es importante	14%	17%	20%	21%	28%
3	Es fundamental seguir el tiempo clínico correcto de limpieza de manos	8%	10%	17%	25%	40%
4	Los profesionales sanitarios deben limpiarse las manos antes de atender a los pacientes	12%	15%	20%	24%	29%
5	Los trabajadores de la salud deben limpiarse las manos después de atender a los pacientes	10%	11%	22%	26%	31%
6	Se deben usar guantes en todo momento durante la atención al paciente	10%	11%	22%	22%	35%
7	Los guantes son incómodos de usar al atender a los pacientes	33%	20%	21%	16%	10%
8	Se deben usar guantes al realizar procedimientos especiales	10%	13%	20%	25%	32%
9	Si usa guantes, no es importante lavarse las manos	38%	26%	21%	11%	4%
10	Es inconveniente utilizar una mascarilla N-95 u otra mascarilla cuando se atiende a pacientes inmunodeprimidos y con afecciones respiratorias	27%	18%	20%	20%	15%
11	En la unidad de cuidados intensivos es imprescindible el uso de delantal	4%	6%	27%	22%	41%
12	Es más seguro utilizar un delantal para las acciones o desarrollo laboral de enfermería	4%	10%	22%	27%	37%

13	Al salir del servicio me quito el delantal para prevenir contagios hospitalarios	3%	8%	23%	29%	37%
14	Se deben usar gafas de seguridad al trabajar con secreciones y líquidos del paciente	4%	9%	20%	31%	36%
15	Las fundas deben utilizarse en la unidad de cuidados intensivos	2%	2%	17%	35%	44%
16	Es importante utilizar botas en la unidad de cuidados intensivos	9%	12%	21%	26%	32%
17	Usar botas en la unidad de cuidados intensivos es incómodo	12%	15%	20%	23%	30%
<b>Ítem</b>	<b>Manejo de Equipos y Materiales</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
18	La aseó y purificación de los materiales de verificación lleva mucho tiempo	13%	16%	21%	23%	27%
19	El dispositivo es difícil de montar u operar	9%	18%	22%	23%	28%
20	Es fundamental deshacerse de los componentes e indumentaria después de su uso	3%	8%	15%	35%	39%
21	La eliminación de componentes e indumentaria después de su uso puede resultar tediosa	20%	19%	27%	19%	15%
22	Cuando vas a trabajar te interesa comprobar que el servicio está limpio y desinfectado	4%	12%	23%	30%	31%
<b>Ítem</b>	<b>Manejo y Eliminación de Residuos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
23	Es fundamental limpiar los materiales utilizados en los detergentes enzimáticos	0%	0%	13%	39%	48%
24	El uso de antisépticos y purificación es fundamental para curar el acceso intravenoso	8%	11%	17%	31%	33%
25	El uso de glutaraldehído al 2% es esencial para la purificación de alto volumen (DAN)	8%	10%	22%	29%	31%
26	La vacunación de los trabajadores sanitarios es muy importante	6%	9%	25%	32%	28%
27	La clasificación, selección y disposición de los residuos hospitalarios en contenedores es muy importante según las normas de bioseguridad	5%	10%	21%	30%	34%
28	El personal debe tener conocimientos y experiencia en la gestión y suprimido de amenazas hospitalarios	1%	2%	15%	34%	48%
29	Es mejor utilizar las métricas hospitalarias que las normas del MINSA para el empleo de amenazas hospitalarios	19%	22%	35%	13%	11%
30	No le interesaba entender cómo se eliminaban las amenazas biológicamente contaminadas	19%	20%	24%	19%	18%
31	Las amenazas sólidas se eliminan mejor en un solo contenedor	23%	20%	24%	18%	15%

**Nota:** Elaboración Propia

Se logra observar que el profesional de salud evidencia la postura del enunciado, donde el 31% del personal cree que es seguro emplear muros que protejan al usuario durante su procedimiento hospitalario, el 28% del personal cree que el limpiar las manos es una métrica de bioseguridad que es importante, el 40% del personal cree que es

fundamental seguir el tiempo clínico correcto de limpieza de manos, el 29% del personal cree que los profesionales sanitarios deben limpiarse las manos antes de atender a los pacientes, el 31% del personal cree que los trabajadores de la salud deben limpiarse las manos después de atender a los pacientes, , el 35% del personal cree que se deben usar guantes en todo momento durante la atención al paciente, el 33% del personal cree que los guantes son incómodos de usar al atender a los pacientes, el 32% del personal cree que se deben usar guantes al realizar procedimientos especiales, el 38% del personal cree que, si usa guantes, no es importante lavarse las manos, el 27% del personal cree que es inconveniente utilizar una mascarilla N-95 u otra mascarilla cuando se atiende a pacientes inmunodeprimidos y con afecciones respiratorias, el 41% del personal cree que en la unidad de cuidados intensivos es imprescindible el uso de delantal, el 37% del personal cree que es más seguro utilizar un delantal para las acciones o desarrollo laboral de enfermería, el 37% del personal cree que al salir del servicio me quito el delantal para prevenir contagios hospitalarios, el 36% del personal cree que se deben usar gafas de seguridad al trabajar con secreciones y líquidos del paciente, el 44% del personal cree que las fundas deben utilizarse en la unidad de cuidados intensivos, el 32% del personal cree que es importante utilizar botas en la unidad de cuidados intensivos y el 30% del personal cree que usar botas en la unidad de cuidados intensivos es incómodo; el 27% del personal cree que la aseó y purificación de los materiales de verificación lleva mucho tiempo, el 28% del personal cree que el dispositivo es difícil de montar u operar, el 39% del personal cree que es fundamental deshacerse de los componentes e indumentaria después de su uso, el 27% del personal cree que la eliminación de componentes e indumentaria después de su uso puede resultar tediosa y el 31% del personal cree que cuando vas a trabajar te interesa comprobar que el servicio está limpio y desinfectado; el 48% del personal cree que es fundamental limpiar los materiales utilizados en los detergentes enzimáticos, el

33% del personal cree que el uso de antisépticos y purificación es fundamental para curar el acceso intravenoso, el 31% del personal cree que el uso de glutaraldehído al 2% es esencial para la purificación de alto volumen (DAN), el 32% del personal cree que la vacunación de los trabajadores sanitarios es muy importante, el 34% del personal cree que la clasificación, selección y disposición de los residuos hospitalarios en contenedores es muy importante según las normas de bioseguridad, el 48% del personal cree que el personal debe tener conocimientos y experiencia en la gestión y suprimido de amenazas hospitalarios, el 35% del personal cree que es mejor utilizar las métricas hospitalarias que las normas del MINSA para el empleo de amenazas hospitalarios, el 24% del personal cree que no le interesaba entender cómo se eliminaban las amenazas biológicamente contaminadas y el 24% del personal cree que las amenazas sólidas se eliminan mejor en un solo contenedor.

## **4.2. Contrastación de hipótesis**

### **Hipótesis General**

H<sub>1</sub>: Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015.

H<sub>0</sub>: No existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015.

Tabla 5

*Correlación entre el conocimiento y la actitud de las MB*

	Valor	gl	Bilateral
Pearson	18.117 <sup>a</sup>	9	.035
Razón	19.532	9	.017
Asociación	.811	1	.368
N	74		

**Nota:** Elaboración Propia

Como podemos observar, el valor paramétrico (16.92) < que el valor estadístico (18.117); con un nivel de significancia del 5%, podemos decir que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ .

### **Hipótesis Especifica 1**

$H_1$ : Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015.

$H_0$ : No existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015.

Tabla 6

*Correlación entre el conocimiento y la actitud de medidas de barreras protectoras*

	Valor	gl	Bilateral
Pearson	15.998 <sup>a</sup>	8	.035
Razón	14.988	8	.018
Asociación	2.891	1	.358
N	74		

**Nota:** Elaboración Propia

Como podemos observar, el valor paramétrico (15.51) < que el valor estadístico (15.998); con un nivel de significancia del 5%, podemos decir que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ .

### Hipótesis Específica 2

$H_1$ : Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015.

$H_0$ : No existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015.

Tabla 7

*Correlación entre el conocimiento y la actitud de medidas de manejo adecuado de equipos y materiales*

	Valor	gl	Bilateral
Pearson	16.324 <sup>a</sup>	8	.036
Razón	15.003	8	.015
Asociación	2.901	1	.362
N	74		

**Nota:** Elaboración Propia

Como podemos observar, el valor paramétrico (15.51) < que el valor estadístico (16.324); con un nivel de significancia del 5%, podemos decir que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$ .

### Hipótesis Específica 3

H<sub>1</sub>: Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015.

H<sub>0</sub>: No existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015.

Tabla 8

*Correlación entre el conocimiento y la actitud de medidas de manejos y eliminación de residuos*

	Valor	gl	Bilateral
Pearson	21.352 <sup>a</sup>	9	.041
Razón	19.761	9	.021
Asociación	.901	1	.373
N	74		

**Nota:** Elaboración Propia

Como podemos observar, el valor paramétrico (16.92) < que el valor estadístico (21.352); con un nivel de significancia del 5%, podemos decir que se rechaza la **H<sub>0</sub>** y se acepta la **H<sub>1</sub>**.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1. Discusión de resultados

Concluida la tabulación y contraste de hipótesis, analizaremos los datos más significativos de ambas variables.

El entendimiento de bioseguridad del personal de salud del Hospital de Barranca en el año 2015 tiene el entendimiento del enunciado, donde el 62% afirma que minimizar las amenazas de desplazamiento de microbios procedentes de fuentes de infección en entornos sanitarios, el 18% afirma que eliminar la propagación de microorganismos infecciosos en los centros sanitarios, el 11% afirma que evitar enfermedades infecciosas causadas por agentes infecciosos en entornos sanitarios y el 9% afirma que aminorar el desplazamiento de los microorganismos cuando el profesional de la salud atiende a usuarios hospitalarios con infecciones; el 8% afirman que simplemente use muros protectores para eliminar materiales afilados, el 19% afirman que es la gestión y supresión de residuos, caridad, lavado de manos, el 66% afirman que es la distribución, uso de muro protectoras, gestión y supresión de residuos, el 3% afirman que es el lavado de manos, manipulación justa y supresión de objetos punzantes y el 4% afirman que se utilice guantes, lavado de manos y métodos de supresión de objetos punzantes; el 51% afirman que es el contacto directo de la piel o las membranas mucosas con fluidos contaminados del paciente, el 20% afirman que es la transmisión directa de microorganismos en fluidos contaminados de pacientes, el 12% afirman que es la contaminación a través de fluidos corporales

del paciente, el 10% afirman que es el contacto rectilíneo en el cutis o viscoso con el campo estéril del paciente y el 7% afirman que es la infección del cutis o viscoso dañadas por líquidos contaminados.

La postura del profesional de salud, en el uso de las MB, donde el 31% del personal cree que es seguro emplear muros que protejan al usuario durante su procedimiento hospitalario, el 28% del personal cree que el limpiar las manos es una métrica de bioseguridad que es importante, el 40% del personal cree que es fundamental seguir el tiempo clínico correcto de limpieza de manos, el 29% del personal cree que los profesionales sanitarios deben limpiarse las manos antes de atender a los pacientes, el 31% del personal cree que los trabajadores de la salud deben limpiarse las manos después de atender a los pacientes, , el 35% del personal cree que se deben usar guantes en todo momento durante la atención al paciente, el 33% del personal cree que los guantes son incómodos de usar al atender a los pacientes, el 32% del personal cree que se deben usar guantes al realizar procedimientos especiales, el 38% del personal cree que, si usa guantes, no es importante lavarse las manos, el 27% del personal cree que es inconveniente utilizar una mascarilla N-95 u otra mascarilla cuando se atiende a pacientes inmunodeprimidos y con afecciones respiratorias, el 41% del personal cree que en la unidad de cuidados intensivos es imprescindible el uso de delantal, el 37% del personal cree que es más seguro utilizar un delantal para las acciones o desarrollo laboral de enfermería, el 37% del personal cree que al salir del servicio me quito el delantal para prevenir contagios hospitalarios, el 36% del personal cree que se deben usar gafas de seguridad al trabajar con secreciones y líquidos del paciente, el 44% del personal cree que las fundas deben utilizarse en la unidad de cuidados intensivos,

el 32% del personal cree que es importante utilizar botas en la unidad de cuidados intensivos y el 30% del personal cree que usar botas en la unidad de cuidados intensivos es incómodo; el 27% del personal cree que la aseó y purificación de los materiales de verificación lleva mucho tiempo, el 28% del personal cree que el dispositivo es difícil de montar u operar, el 39% del personal cree que es fundamental deshacerse de los componentes e indumentaria después de su uso, el 27% del personal cree que la eliminación de componentes e indumentaria después de su uso puede resultar tediosa y el 31% del personal cree que cuando vas a trabajar te interesa comprobar que el servicio está limpio y desinfectado; el 48% del personal cree que es fundamental limpiar los materiales utilizados en los detergentes enzimáticos, el 33% del personal cree que el uso de antisépticos y purificación es fundamental para curar el acceso intravenoso, el 31% del personal cree que el uso de glutaraldehído al 2% es esencial para la purificación de alto volumen (DAN), el 32% del personal cree que la vacunación de los trabajadores sanitarios es muy importante, el 34% del personal cree que la clasificación, selección y disposición de los residuos hospitalarios en contenedores es muy importante según las normas de bioseguridad, el 48% del personal cree que el personal debe tener conocimientos y experiencia en la gestión y suprimido de amenazas hospitalarios, el 35% del personal cree que es mejor utilizar las métricas hospitalarias que las normas del MINSA para el empleo de amenazas hospitalarios, el 24% del personal cree que no le interesaba entender cómo se eliminaban las amenazas biológicamente contaminadas y el 24% del personal cree que las amenazas sólidas se eliminan mejor en un solo contenedor.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1. Conclusiones

**De los resultados podemos concluir:**

- Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015.
- Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015.
- Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015.
- Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015.

## 6.2. Recomendaciones

- Desarrollar módulos en nuestra cobertura local dirigida al profesional de la salud, que tenga un rol protagonista en la enseñanza de la aplicación de medidas de bioseguridad a nuestra comunidad educativa.
- Desarrollar actividades dirigidas a la aplicación MB de cada puesto o centro de salud de la red de nuestra provincia, para poder identificar el uso medidas de barreras protectoras que se realizan en cada servicio que brinda la institución.
- Capacitar de manera continua al personal de salud, en todos los servicios que brinda el hospital, específicamente en las aplicaciones de medidas de manejo adecuado de equipos y materiales hospitalarios.
- Identificar las causas de un conocimiento bajo acerca de las medidas de los manejos y eliminación de residuos hospitalarios o sobre medidas de bioseguridad; a la vez buscar estrategias que permitan una optimización en la supervisión de medidas de bioseguridad.

## REFERENCIAS

### 7.1. Fuentes documentales

- Berrospi, A. & Llacsá, J. (2017). *La práctica de valores en los estudiantes 5° grado de la institución educativa N° 31470 del distrito de Pariahuanca - Huancayo* (Tesis Bachiller Universidad Nacional de Huancavelica). Huancavelica-Peru: repositorio institucional UNH. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5c9f1169-d70f-44a6-8ec9-6330c0e34799/content>.
- Cantillo, D., & García, D. (2020). *La lúdica como estrategia para fomentar valores en la convivencia escolar [Tesis Maestría Corporación Universidad de la Costa]*. Barranquilla - Colombia: Repositorio institucional CUC. Disponible en: <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/6428/La%201%c3%badica%20como%20estrategia%20para%20fomentar%20valores%20en%20la%20convivencia%20escolar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- González, S. (2020). *Convivencia escolar para el aprendizaje del idioma inglés en estudiantes de cuarto grado de la institución educativa Elías Aguirre-Cutervo [Tesis Maestría Universidad César Vallejo]*. Chiclayo – Perú: Repositorio institucional UCV. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62010/Gonz%c3%a1les\\_VSA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62010/Gonz%c3%a1les_VSA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Muñoz, M. (2004). *Interiorización de valores en estudiantes de escuelas preparatorias adventistas de la Unión Mexicana del Nortem* (Tesis Maestría Universidad de Morelos). Mexicana : Repositorio institucional UM. Disponible en: <https://dspace.um.edu.mx/handle/20.500.11972/557>.
- Nicho, V. (2018). *Estrategias didácticas y los logros de aprendizaje en el área de educación para el trabajo en los estudiantes del primer año de la IE Domingo Mandamiento Sipan, Hualmay 2018 [Tesis Bachiller Universidad Nacional José Faustino Sánchez C.]*. Huacho - Perú: Repositorio institucional UNJFSC. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3176/ESTRATEGIAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Pereda, L. (2020). *Los juegos tradicionales para mejorar la convivencia escolar en estudiantes de educación inicial, El Porvenir 2019 [Tesis Maestría Universidad César Vallejo. Trujillo - Perú: Repositorio institucional UCV. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/44857/Pereda\\_QLM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/44857/Pereda_QLM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).*
- Ricardo, F., & Soto, H. (2018). *Estrategias didácticas para el mejoramiento de la convivencia en estudiantes del grado séptimo b de la institución educativa La Paz N. 1 de Flandes-Tolima [Tesis Maestría Universidad del Tolima]. Ibagué-Tolima: Repositorio institucional UDT. Disponible en: <https://repository.ut.edu.co/server/api/core/bitstreams/23349cad-2709-4bc9-a2ae-68eb7ecbc161/content>.*
- Tolentino, J. (2021). *La dramatización como estrategia para la mejora de la convivencia escolar de los alumnos del sexto grado de primaria de la institución educativa Mariscal Ramón Castilla, Leoncio Prado, Huánuco, 2019 [Tesis Maestría Universidad Católica los Ángeles Chimbote]. Huánuco – Perú: repositorio institucional ULADECH. Disponible en: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/20574/DRAMATIZACION\\_CONVIVENCIA\\_ESCOLAR\\_TOLENTINO\\_CHACON\\_JENNEY\\_MEDALIT.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/20574/DRAMATIZACION_CONVIVENCIA_ESCOLAR_TOLENTINO_CHACON_JENNEY_MEDALIT.pdf?sequence=1&isAllowed=y).*
- Trujillo, D. (2018). *Convivencia escolar y valores en estudiantes de grado octavo y noveno de la institución educativa Policarpa Salavarrieta del municipio de Quimbaya (quindío) [Tesis Doctoral Universidad Norbert Wiener]. Lima – Perú: Repositorio institucional UWIENER. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/1730/DOCTOR%20-%20Trujillo%20D%c3%adaz%2c%20Diego%20Fernando.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.*
- Zavala, F. (2021). *Estrategias didácticas y desarrollo de las competencias genéricas de los estudiantes de un centro de formación profesional técnica, San Juan de Lurigancho, 2018 [Tesis Maestría Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Lima - Perú: Repositorio institucional UPCH. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/>*

[bitstream/handle/20.500.12866/9759/Estrategias\\_ZavalaMelendez\\_Francina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/20.500.12866/9759/Estrategias_ZavalaMelendez_Francina.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

## 7.2. Fuentes bibliográficas

- Arceo, F., Rojas, G., & González, E. (2010). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: una interpretación constructivista*. México: McGraw-Hill Interamericana. Disponible en: [https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/32823/MDS502\\_s4\\_constructivismo\\_a6d6qdL.pdf?sequence=1](https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/32823/MDS502_s4_constructivismo_a6d6qdL.pdf?sequence=1).
- Ausubel, D. (1976). *Psicología educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. México: Editorial Trillas.
- Buxarraís, M. (1997). *La formación del profesorado en educación y valores. Propuesta y materiales*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Carretero, M. (1993). *Constructivismo y Educación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Chandler, A. (2006). *La mano visible. La revolución en la dirección de la empresa norteamericana*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Dudley, L. (1986). *Passing on the torch*. Hagerstown: MD: Review and Herald.
- Fernández, Sarramona y Tarín. (1981). *Tecnología Didáctica. Teoría y Práctica de la Programación Escolar*. Madrid, España: Editorial CEAC.
- Flores, R. (2000). *Docente del siglo XXI. Cómo desarrollar una práctica docente competitiva. Evaluación Pedagógica y Cognición*. México; D.F.: McGraw Hill.
- Garza, J. y Patiño, S. (2000). *Educación en valores*. México: Trillas.
- Grass, J. (1997). *Valores y virtudes*. México: Trillas.
- Guerrero, S. (1998). *Desarrollo de valores*. México: Castillo. Disponible en: .
- Habenicht, D. (2000). *10 Christian values every kid should*. EE.UU.: Review and Herald Publishing Association.
- Hernandez, F. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill Interamericana, S. A.
- Informe Belmont. (1979 ). *Principios Éticos y Directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación. Estados Unidos de Norteamérica: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación*

- Biomédica y de Comportamiento* . España: Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/424/391>.
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento*. Nueva York: McGraw Hill.
- Knight, R. (2002). *Filosofía y Educación*. EE.UU.: Asociación Publicadora Interamericana.
- Larousse, P. (2007). *Diccionario Enciclopedia*. Paris, Francia: Editorial Planeta.
- Mattos, L. (1974). *Compendio de Didáctica General*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kapelusz.
- Mollins, M. (1998). *Teoría de la planificación*. Caracas, Venezuela: Editorial CEP-FHE-UCV.
- Morrisey, G. (1996). *Pensamiento estratégico. Construya los cimientos de su planeación*. México, D.F.: Hispanoamérica.
- Nérci, I. (1998). *Hacia una didáctica general dinámica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kapelusz.
- Ortega, Pablo, Mínguez, R. y Gil, R. (1994). *Educación para la convivencia: la tolerancia en la escuela*. Valencia: Nau Libres.
- Osorio, M.; Mejía, L., Navarro, J. (2012). *Perfil del alumno de éxito en el aprovechamiento escolar de la asignatura de física general: Caso del Plantel Ignacio Ramírez Calzada*. México: Espacios Públicos, Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/676/67624803009.pdf>.
- Pascual, A. (1988). La educación en valores desde una actitud liberadora. *Didac* , 13, 35.
- Pereyra, M. (2008). *Educación en valores*. México: Trillas. Disponible en: [https://etrillas.mx/libro/el-valor-de-formar-con-valores\\_11023](https://etrillas.mx/libro/el-valor-de-formar-con-valores_11023).
- Pino, R. (2010). *Metodología de la Investigación*. Lima: Editorial San Marco.
- RAE. (2014). *Diccionario de la lengua española, 23 edición*. Madrid: Real Academia Española.
- Richards, J., & Lockhart, C. (1998). *Estrategias de reflexión sobre la enseñanza de idiomas*. EE.UU.: Cambridge University Press . Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=UGyQ-QIQaWwC&oi=fnd&pg=PA11&dq=estrategias+de+reflexion&ots=wqbBSnMuIz&sig=PzlOd77T-H\\_ugVNQkteBRnQbVNU#v=one\\_page&q=estrategias%20de%20reflexion&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=UGyQ-QIQaWwC&oi=fnd&pg=PA11&dq=estrategias+de+reflexion&ots=wqbBSnMuIz&sig=PzlOd77T-H_ugVNQkteBRnQbVNU#v=one_page&q=estrategias%20de%20reflexion&f=false).
- Rodríguez, M. (1992). *Los valores clave de la excelencia* . México: Mc Graw-Hill.

- Sabino, C. (2012). *El proceso de investigación*. Colombia: Cometa de Papel.
- Sánchez, S. (1998). *Ciudadanía sin fronteras, cómo pensar y aplicar una educación en valores*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Schwab, J. (1973). The practical 3: Translation into curriculum. *School*, 81(4), 501-22.
- Tamayo, A. (2006). *Metodología de Investigación*. Bogotá: Nueva visión.
- White, E. (1987). *La educación*. EE.UU.: Asociación Publicadora Interamericana.

### 7.3. Fuentes hemerográficas

- Berridi, R., & Martínez, J. (2017). Estrategias de autorregulación en contextos virtuales de aprendizaje. *Perfiles educativos*, 39(156), 89-102. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982017000200089&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982017000200089&script=sci_arttext).
- Biddle, J., Bank, J. y Slavings, L. . (1990). Modality of thought, campus experiences, and the development of values . *Journal of Educational Psychology*, 82(4), 671-682.
- Blanco, A. (2020). Estrategia didáctica para el desarrollo de valores cívicos en egresados de la Educación Superior. *REFCaLE: Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa*, 8(3), 155-174. Disponible en: <http://refcale.ulead.edu.ec/index.php/refcale/article/view/3286/2057>.
- Cedeño, M., Casa, G., Atiaga, D., & Mejía, E. (2021). Diseño de Estrategias Didácticas para la Formación de Valores en los estudiantes de décimo año de Educación General Básica. Polo del Conocimiento. *Revista científico-profesional*, 6(11), 1610-1625. Disponible en: [https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2019&as\\_vis=1&q=estrategias+did%C3%A1cticas+y+su+formaci%C3%B3n+en+valores+en+los+estudiantes+&btnG=#d=gs\\_cit&t=1677210989635&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3ADcP-7g](https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2019&as_vis=1&q=estrategias+did%C3%A1cticas+y+su+formaci%C3%B3n+en+valores+en+los+estudiantes+&btnG=#d=gs_cit&t=1677210989635&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3ADcP-7g).
- González, A. (1990). Los valores . *Revista Reflejo*, 5(38), 5-7.
- González, M. (1998). Los valores en la educación. *Revista de educación*, 4, 8-10.
- Guerra, L., Arteaga, I., & Londoño, H. (2020). Educación inclusiva: una tendencia que involucra a la escuela rural. *Delectus: Revista científica*, 3(2), 47-57. Disponible en: <https://www.inicc-peru.edu.pe/revista/index.php/delectus/article/view/46/80>.

- Himmelfarb, G. (1995). A demoralized society: The british/american experience . *American Educator*, 18, 14-21. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/c1d0598952731ebb7ca26288ddb311fc/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34750>.
- Mallart, J. (2000). Didáctica: del currículum a las estrategias de aprendizaje. *Revista Española de Pedagogía*, (217).pp. 417-438.
- Moreno, C. (2012). La construcción del conocimiento: un nuevo enfoque de la educación actual. *Sophia. Colección de Filosofía de la Educación*, (13), 251-267. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4418/441846102011.pdf>.
- Murga, S., Labañino, A., & Freire, E. (2021). Estrategia educativa para la formación de valores actitudinales en estudiantes de Licenciatura en Educación Especial. *Sociedad & Tecnología*, 4(3), 282-297. Disponible en: <https://institutojubones.edu.ec/ojs/index.php/societec/article/view/137/435>.
- Parra, S. (2003). Los valores en la educación. *REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, (38), 95-96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/340/34003812.pdf>.
- Quintanilla, N. (2020). Estrategias lúdicas dirigidas a la enseñanza de la matemática a nivel de educación primaria. *Mérito-Revista de Educación*, 2(6), 143-157. Disponible en: <https://revistamerito.org/article/view/261>.
- Restrepo, J. E., Martínez, G., Soto, J. D., Martínez, F., & Baena, B. . (2009). Valores personales e interpersonales en adolescentes y adultos de la ciudad de Medellín y el área metropolitana. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 5(1), 125-139. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1794-99982009000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-99982009000100011).
- Ruiz, A. (2017). Importancia de los Valores Humanos en la Educación. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 12(3)345-356. Disponible en: [http://www.Spenta mexico.org/v12-n3/A21.12\(3\)345-356.pdf](http://www.Spenta mexico.org/v12-n3/A21.12(3)345-356.pdf).
- Tobón, M. (2010). Formación integral y competencia, Pensamiento Complejo, diseño curricular y didáctica. *Revista Interamericana de Educación de Adultos* , 32(2),90-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457545095007>.

#### 7.4. Fuentes electrónicas

Andrade, L. (2013). *Proceso didactico*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/videoconferenciasutpl/proceso-didactico>

Domínguez, J. (2004). *La Educación en valores*. Obtenido de <https://www.nodo50.org/movicaliedu/dominguezvalores.pdf>

Halten, K. (1987). *Estrategia*. Obtenido de <http://espacioliterario.obolog.es/revistar-239126>.

Jiménez, J. (2008). *El Valor de los Valores*. Obtenido de <https://elvalordelosvalores.com/definicion-de-los-valores/>

Santivañez, R. (2009). *Estrategia didáctica*. Obtenido de <http://investigaeduca.blogspot.com/2009/07/estrategia-didactica.html>

# ANEXOS

**Anexo 1: Matriz de consistencia**

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015?</p> <p><b>Problema Secundario</b> 1) ¿Cuál es la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015? 2) ¿Cuál es la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015? 3) ¿Cuál es la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> 1) Identificar la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015. 2) Identificar la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015. 3) Determinar la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015.</p>	<p><b>Hipótesis General</b> Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de bioseguridad en los servicios del Hospital de Barranca en el año 2015.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b> 1) Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de barrera protectora del Hospital de Barranca en 2015. 2) Existe coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el manejo adecuado de equipos y materiales del Hospital de Barranca en 2015. 3) Existe la coherencia entre el entendimiento de la bioseguridad y la postura de los trabajadores de la salud hacia el uso de las normas de manejo y disposición de residuos del Hospital de Barranca en 2015.</p>	<p><b>Variable X:</b> Conocimiento sobre las MB</p> <p><b>Dimensiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de barreras protectoras X<sub>1</sub></li> <li>• Manejo de equipos y materiales X<sub>2</sub></li> <li>• Manejo y eliminación de residuos X<sub>3</sub></li> </ul> <p><b>Variable Y:</b> Actitudes sobre la aplicación de las MB</p> <p><b>Dimensiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación del uso de barreras protectoras Y<sub>1</sub></li> <li>• Aplicación del manejo de equipos y materiales Y<sub>2</sub></li> <li>• Aplicación del manejo y eliminación de residuos Y<sub>3</sub></li> </ul>	<p>X<sub>1.1</sub>. Lavado de manos X<sub>1.2</sub>. Tipos de barrera X<sub>1.3</sub>. Procedimientos invasivos X<sub>1.4</sub>. Protecciones de aislamiento</p> <p>X<sub>2.1</sub>. Uso de equipos y materiales X<sub>2.2</sub>. Limpieza X<sub>2.3</sub>. Descontaminación X<sub>2.4</sub>. Desinfección</p> <p>X<sub>3.1</sub>. Clasificación de residuos X<sub>3.2</sub>. Eliminación de residuos</p> <p>Y<sub>1.1</sub>. Lavado de manos Y<sub>1.2</sub>. Tipos de barrera Y<sub>1.3</sub>. Procedimientos invasivos Y<sub>1.4</sub>. Protecciones de aislamiento</p> <p>Y<sub>2.1</sub>. Uso de equipos y materiales Y<sub>2.2</sub>. Limpieza Y<sub>2.3</sub>. Descontaminación Y<sub>2.4</sub>. Desinfección</p> <p>Y<sub>3.1</sub>. Clasificación de residuos Y<sub>3.2</sub>. Eliminación de residuos</p>	<p><b>Población:</b> 92 personal de salud</p> <p><b>Muestra:</b> 74 personal de salud</p> <p><b>Nivel de Investigación:</b> Correlacional</p> <p><b>Tipo de Investigación:</b> Básica</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>Estadístico de Prueba:</b> Chi-cuadrado de Pearson</p> <p><b>Instrumentos:</b> <b>Variable X:</b> Cuestionario de 21 ítems</p> <p><b>Variable Y:</b> Cuestionario de encuesta de 31 ítems.</p>

---

**PRESIDENTE**

Mg. Brunilda Edith León Manrique

---

**SECRETARIO**

Mg. Margarita Velásquez Oyola

---

**VOCAL**

Mg. Gustavo Augusto Sipan Valerio

---

**ASESOR**

Dr. Félix Torres Pérez