



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

ESCUELA DE POSGRADO

Tesis

Nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad
en residentes de medicina de un hospital nacional, 2024

**Para optar el Grado Académico de
Maestro en Docencia Universitaria**

Presentado por:

Autora: Huaytara Porras, Mila Haydee


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7663-5294>

Asesora: Mg. Pizarro Arancibia, Lily Marisol

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2451-8221>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

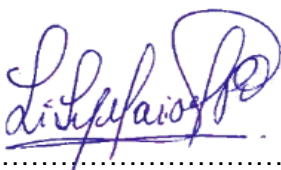
Yo, Mila Haydee Huaytara Porras Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en residentes de medicina de un hospital nacional, 2024” Asesorado por el docente: Pizarro Arancibia, Lily Marisol Con DNI 09695468 Con ORCID 0000-0002-2451-8221 tiene un índice de similitud de 13% (trece por ciento) con código oid: 14912:388658591 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o párrafos provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Mila Haydee Huaytara Porras
 DNI: 42011816



.....
 Firma de asesora
 Mg. Lily Marisol Pizarro Arancibia
 DNI: 09695468

Lima, 04 de octubre de 2024

Tesis

Nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad
en residentes de medicina de un hospital nacional, 2024

Línea de investigación

Educación de Calidad

Sublínea de investigación

Educación médica

Asesora

Asesora: Mg. Lily Marisol Pizarro Arancibia

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2451-8221>

Dedicatoria

A mis hijos Luciana y Matías, a mi esposo Edgar, su amor y apoyo son la base de nuestro hogar, fortaleza y ejemplo para nuestros hijos. Gracias a ellos por su paciencia, comprensión y colaboración que me brindaron a lo largo de este camino.

Agradecimiento

A mi asesora, por brindarme su consejo y orientación para la realización de esta investigación, y a mi familia que es mi motor para seguir siempre adelante.

Índice general

Carátula.....	i
Declaración jurada de autoría y originalidad del trabajo.....	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria.....	¡Error! Marcador no definido.
Agradecimiento	¡Error! Marcador no definido.
Índice general	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	¡Error! Marcador no definido.
Abstract.....	¡Error! Marcador no definido.
Introducción.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1. Objetivo General	4
1.3.2. Objetivos Específicos	4
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.4.1. Teórica.....	5
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica.....	6
1.5. Limitaciones de la investigación	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Formulación de hipótesis.....	28
2.3.1. Hipótesis general.....	28
2.3.2. Hipótesis específicas.....	29

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	30
3.1. Método de la investigación	30
3.2. Enfoque de la investigación.....	30
3.3. Tipo de investigación.....	31
3.4. Diseño de la investigación.....	31
3.5. Población, muestra y muestreo	32
3.6. Variables y operacionalización.....	34
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
3.7.1. Técnica.....	37
3.7.2. Descripción de los instrumentos	37
3.7.3. Validación	39
3.7.4. Confiabilidad	40
3.8. Procesamiento y análisis de datos	40
3.9. Aspecto ético	41
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
4.1. Resultados	42
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	42
4.1.2. Prueba de Hipótesis	50
4.1.3. Discusión de resultados	54
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
5.1. Conclusiones.....	60
5.2. Recomendaciones.....	62
REFERENCIAS	63
ANEXOS	74
Anexo 1: Matriz de consistencia	75
Anexo 2: Instrumentos	77
Anexo 3: Validez de los instrumentos.....	85
Anexo 4: Confiabilidad de los instrumentos.....	90
Anexo 5: Consentimiento informado	91
Anexo 6 Aprobación del Comité de Ética.....	93
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	94

Anexo 8: Reporte de similitud de Turnitin	95
---	----

Índice de tablas

Tabla 1	Operacionalización de la variable nivel de conocimiento	35
Tabla 2	Operacionalización de la variable actitud	36
Tabla 3	Ficha técnica del cuestionario conocimiento	38
Tabla 4	Ficha técnica del cuestionario de actitudes	38
Tabla 5	Validación de jueces expertos para variable nivel de conocimiento	39
Tabla 6	Validación de jueces expertos para variable las actitudes	39
Tabla 7	Confiabilidad de los instrumentos de estudio	40
Tabla 8	Distribución de la muestra por género	42
Tabla 9	Distribución de la muestra por edad	43
Tabla 10	Distribución de variable nivel de conocimiento	45
Tabla 11	Distribución de la variable las actitudes	46
Tabla 12	Tabla cruzada entre las variables nivel de conocimiento y las actitudes	48
Tabla 13	Prueba de normalidad	49
Tabla 14	Correlación entre variables nivel de conocimiento y las actitudes	50
Tabla 15	Correlación entre la dimensión conceptual del conocimiento y variable las actitudes	51
Tabla 16	Correlación entre la dimensión práctica y variable las actitudes	53

Índice de figuras

Figura 1.	Distribución de la muestra por género	43
Figura 2	Distribución de la muestra por edad	44
Figura 3.	Distribución de variable nivel de conocimiento	45
Figura 4.	Distribución de la variable las actitudes	47
Figura 5.	Gráfica cruzada entre las variables nivel de conocimiento y las actitudes	48

Resumen

El personal asistencial hospitalario se encuentra expuesto a distintos peligros, por desplazarse por los diferentes servicios y áreas críticas, siendo importante la bioseguridad, para no afectar el bienestar y la vida del profesional. El objetivo principal de la investigación fue “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024”. Utilizándose el método hipotético-deductivo, cuantitativo, tipo de investigación aplicada, no - experimental y descriptivo correlacional, siendo la muestra de 80 médicos residentes, la cual se obtuvo empleándose criterios de inclusión e exclusión, usando el modelo no probabilístico, siendo la técnica utilizada la encuesta y teniendo como instrumentos los cuestionarios para el nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas de bioseguridad, los cuales fueron validados por cinco juicios de expertos y utilizándose Alfa de Cronbach para encontrar las confiabilidades. Además, se usó SPSS (paquete estadístico para ciencias sociales) v26, y sobre la base de los resultados a través de la resolución del coeficiente de Rho Spearman (0.431: $p < 0.05$), se encontró que existe una relación directa, positiva y moderada, reafirmando la moderada relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes; además, en el análisis del resto de las hipótesis específicas se obtuvo resultados similares ($p < 0.05$). Se concluye que el nivel de conocimiento se relaciona de manera significativa con las actitudes sobre medidas de bioseguridad.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, actitudes, bioseguridad.

Abstract

Hospital care personnel are exposed to different dangers as they move through the different services and critical areas, and biosafety is important so as not to affect the well-being and life of the professional. The main objective of the research was "To determine the relationship between the level of knowledge and attitudes about biosafety measures in medicine residents of a national hospital, 2024." Using the hypothetical-deductive method, quantitative, type of applied research, non - experimental and a correlational descriptive, the sample being 80 resident doctors, which was obtained using inclusion and exclusion criteria, using the non-probabilistic model, being The technique used was the survey and having as instruments the questionnaires for the level of knowledge and attitudes about biosafety measures, which were validated by five expert judgments and using Cronbach's Alpha to find the reliabilities. In addition, SPSS (Statistical Package for Social Science) v26 was used, and based on the results through the resolution of the Rho Sperman coefficient (0.431: $p < 0.05$), it was found that there is a direct, positive and moderate relationship, reaffirming the moderate relationship between the level of knowledge and attitudes; Furthermore, in the analysis of the rest of the specific hypotheses, similar results were obtained ($p < 0.05$). It is concluded that the level of knowledge is significantly related to attitudes about biosafety measures.

Keywords: Level of knowledge, attitudes, biosafety.

Introducción

El médico residente dentro de un hospital, se expone a infecciones, al manejo no seguro de pacientes, a agentes químicos de peligro, al inadecuado uso del agua y a la inadecuada higiene. Además, su seguridad y la protección de su salud debe ser una prioridad del sector de la salud. Por lo cual este estudio se divide en 5 capítulos sustentados científicamente. Siendo el primer capítulo, correspondiente a nuestro problema con respectivas formulaciones, descripción de objetivos y la elaboración de las justificaciones que sustentan lo importante de esta investigación.

También, en el segundo capítulo, se encuentra nuestra base teórica para cada variable de la investigación, encontrándose el antecedente, asimismo, se plantea las hipótesis del estudio.

Además, en el tercer capítulo; encontraremos la parte metodológica comprendida por el enfoque, diseño y tipo, determinándose nuestra población, su muestra y el respectivo muestreo, también nuestras variables con sus operacionalizaciones; explicándose el instrumento y las técnicas, así como el procesamiento de los datos y la parte ética.

Posteriormente, en el cuarto capítulo, se narra los resultados en forma descriptiva e inferencial, además de las discusiones, también se compara con otros trabajos.

Finalmente, en el quinto capítulo, se explica las conclusiones y hacen las recomendaciones respectivas.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El personal asistencial hospitalario posee una función primordial en el cuidado global de familias, personas y también comunidades. El tipo de atención y trabajos está dedicado a previsión, protección e incluso la restauración del bienestar de las personas. Además, se encuentran laborando en instituciones de salud exponiéndose continuamente a distintos peligros, por desplazarse en los diferentes servicios de la entidad y pasando por las áreas críticas. Por lo que es importante la bioseguridad, para no afectar el bienestar y la vida del profesional que trabaja en hospitales. No olvidar que la salud del personal profesional es primordial de la entidad hospitalaria.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el trabajador del área de salud se expone a infecciones, al manejo no seguro de pacientes, a agentes químicos de peligro, al inadecuado uso del agua, saneamiento y a la inadecuada higiene. Además, la seguridad del personal de salud y una salud protegida debe ser una prioridad del sector de la salud. Por ejemplo, el uso inadecuado de mascarillas condicionó que un 54% de personal de salud en

países subdesarrollados tengan tuberculosis en forma latente, la cual es 25 veces más en relación al resto de la comunidad. Asimismo, las diferentes condiciones en el trabajo que son peligrosas, causan enfermedades que representa un costo alto para el sistema de salud, llegando a un 2% del gasto en el sistema de salud (OMS, 2022).

Pocos estudios analizan métodos de aprendizaje sobre prácticas de la bioseguridad durante pandemias como el COVID 19 (enfermedad del coronavirus). Sin embargo, en un estudio hecho en Paraguay fue posible optimizar el aprendizaje sobre prácticas de bioseguridad con medidas accesibles. (Pérez, 2021).

Según Ministerio de Salud (MINSA), durante pandemia COVID-19, (ámbito nacional), el personal hospitalario y el personal que trabajaba en ambulancia tuvieron que adaptarse, ya que se empezó a trabajar jornadas de 12-24 horas, debido a escasas de movilidad y para reducir la exposición en casa después del trabajo. También se adaptaron cambios para la atención de pacientes, lo que generó mejorar las medidas de bioseguridad, sin embargo, surgieron problemas como la incomodidad de los equipos de protección personal (EPP) debido al calor, dificultad para cumplimiento de horarios de consumo de alimento y cansancio. Además, se potenció los protocolos de asepsia al finalizar cada atención, generando aumento en tiempo para la atención. (MINSA, 2021).

Además, en Lima, al evaluar el acceso para el material de protección para el profesional que trabaja en hospitales para COVID-19 y condiciones de trabajo, se encontró que el 55% de trabajadores de salud laboraron más de 12 horas, y se encontró que solo el 53% a recibido solo un EPP en 24 horas. Además, un 40% refiere que casi nunca se le suministro cubrebocas. Además, tenemos trabajadores con menos de 56 años, que recibieron EPP incompleto y que personal que no tenía vínculo laboral recibió mascarilla en escasas

oportunidades (Raraz, 2021).

Nuestro proyecto se va a realizar en el hospital San Bartolomé de Lima. Encontrándose una publicación hecha en el 2022, se toma como antecedente de investigación una publicación hecha en unidad de cuidados intensivos (UCI) del centro hospitalario San Bartolomé, en donde el objetivo es correlacionar conocimiento y actitud de enfermeras relacionadas a protocolos en bioseguridad, donde sus resultados fueron incongruentes debido a que no hay correlación para tipo de conocimiento medio-bajo para los protocolos relacionados a la bioseguridad y favorable actitud (Pérez et al., 2022).

Para la realización del planteamiento del problema tenemos conocimiento que en los hospitales hay presencia de infecciones intrahospitalarias, siendo una de las causas el desconocimiento de normas de bioseguridad y teniendo como consecuencia un aumento de los días de hospitalización e incremento de costos para la institución. Los residentes de medicina en los hospitales proceden de diferentes instituciones educativas realizando sus rotaciones durante tres años en el hospital designado.

Una causa favorable en la práctica de normas sobre bioseguridad, es la supervisión constante, además una causa desfavorable es la insuficiente capacitación (Camacuari, 2020). En algunos centros hospitalarios hay incumplimiento del uso del equipo para la proteger al personal y pobre practica de higiene de las manos (Maciel, 2021). El personal que incumple las normas sobre prácticas de bioseguridad, es debido a la poca capacitación y restricción a los insumos de protección (Alfonso, 2022). Las exposiciones a sustancias toxicas y la presencia de accidentes en personas vulnerables, pueden disminuirse con conocimiento de buenas medidas de atención hospitalaria, las cuales se demuestra que hay necesidad de implementación de normas de prevención (Quintero, 2021). Los trabajadores hospitalarios

que tengan conocimientos sobre prácticas seguras de bioseguridad y las apliquen correctamente, no enfermaran. Los hospitales deberían ser modelos de bioseguridad ante la sociedad y no ser transmisores de infecciones (Sánchez, 2021). Al analizar tres variables que son práctica, actitud y el conocimiento relacionadas a bioseguridad, en un hospital quirúrgico, encontraron que un 55% tiene conocimiento bueno, un 27% presenta favorable actitud y un 55% tiene adecuada práctica. Hallazgos sin significativa relación de categorías (Montero, 2018).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión conceptual y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024?

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión práctica y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión

conceptual y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión práctica y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Se define, cuando se indica la relevancia que tiene las investigaciones de los problemas, al relacionarlas a teorías científicas (Ñaupas et al, 2018).

Nuestro trabajo está vinculada a una teoría relacionada al modelo de adquirir y generar habilidades de Escobar y Jara (2019), la cual nos refiere que, para el desarrollo de un conocimiento, esta es una disciplina vinculada a la práctica, explicando que los trabajadores hospitalarios adquieren competencias y conocimiento a lo largo trabajo diario, pero con base científica.

Asimismo, nuestro estudio está apoyado en una teoría de conocimiento humano hecha por De Long y Fahey (2000), quien refiere que el conocimiento, es la resultante de las experiencias humanas y la reflexión; además, nos refiere que los elementos culturales pueden producir conocimiento, esto se refiere a que los componentes de la cultura que son las prácticas, normas y valores, pueden influir en el comportamiento humano, llegando a crear conocimiento, el cual puede ser compartido y usado por todo el mundo.

Además, el presente estudio se sustenta en la base teórica de las actitudes de Aignerren (2010), quien sostiene las actitudes podrían darse en referencia a diversidad de objetos, tales como problemas de coyuntura, asociaciones religiosas, raciales o políticas, organizaciones o personas, grupos, así como también a determinadas circunstancias vinculadas con estos objetos. Por otra parte, las actitudes son la

manifestación de la predisposición de las emociones y el comportamiento hacia ese objeto, lo cual le otorga un valor positivo o negativo.

Nuestro estudio también está basado en la teoría de Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Sakraida (2007), quien nos refiere que las conductas están motivadas por los deseos de alcanzar el propio potencial y el bienestar; en este sentido, se propone un modelo enfermero que dé respuestas en relación a como los individuos toman las decisiones que atañen a los cuidados de su propia salud.

1.4.2. Metodológica

Se define, cuando se señala que la utilización de instrumentos y técnicas relacionadas a la investigación serán utilizadas en diferentes investigaciones en el futuro (Ñaupas et al, 2018).

El estudio aplica instrumentos del método científico, planteando una hipótesis que será analizada con métodos estadísticos, con diseño transversal, correlacional y descriptivo. Se usarán instrumentos validados empleándose técnicas de investigación por ejemplo el cuestionario en la variable del conocimiento (Humpire, 2015), y en variable actitud (Salinas, 2017), además se hará procesamiento de datos a través de paquetes estadísticos, aplicando el enfoque cuantitativo para el levantamiento de la información. Una vez que sean evidenciadas su autenticidad y confiabilidad podrían ser modelos a seguir en otros trabajos de investigaciones futuras.

1.4.3. Práctica

Se define, cuando la investigación proporciona utilidades o aportes que sean prácticos, además su ejecución genera ideas que ayudan solucionar problemas en todas las investigaciones (Arispe et al., 2020).

Nuestra investigación podrá contribuir a fabricar normas que mejoren las prácticas de bioseguridad, también normativas para la utilización de insumos para protección de personal

hospitalario, todo esto con la finalidad de bajar la incidencia de accidentes de trabajo y la aparición de infección en centros de atención hospitalaria.

1.5. Limitaciones de la investigación

Durante la realización de nuestra investigación, tuvimos una limitante que consistió en la poca cantidad de antecedentes internacionales en español que unan nuestras variables nivel de conocimiento y las actitudes, siendo esto subsanado con una búsqueda ampliada en las bases de datos internacionales en diferentes idiomas, pudiendo cumplir nuestros objetivos para la presente investigación.

Además, se presentó limitaciones para hallar instrumentos que estén actualizados y que cuenten con validez y su respectiva confiabilidad para la aplicación, presentando también dificultad en la búsqueda de instrumentos con la medición de las variables en forma objetiva, pero finalmente se encontró instrumentos validados y efectivos, logrando con esto cumplir con todos los objetivos de nuestra investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

Fernández (2020). Bolivia, esta publicación tuvo como finalidad *“asociar protocolos de bioseguridad y conocimientos, aplicado a enfermeras en un hospital para niños”*. Fue transversal, además descriptivo, y también cualitativo. Se empleó encuestas para el análisis de las variables. Los resultados indicaron un inadecuado desecho de material contaminado 60%, no uso de gorra y mascarillas 60% y no conoció la definición de bioseguridad 60%. Se concluyó que los accidentes hospitalarios fueron debidos al no conocimiento de prácticas de la bioseguridad.

Bin (2020). En Pakistán, esta publicación tuvo como finalidad *“determinar el grado de conciencia, actividades y mentalidad asociados con la gestión de desechos biomédicos entre los proveedores de salud y profesionales que trabajan en los hospitales de la parte privada”*. Este estudio fue transversal. La cantidad de la muestra se recolectó mediante muestreo aleatorio polietápico. Resultados: Entre todos los participantes estudiados la edad media fue $(29,56 \pm 7,59)$. La mayoría de los encuestados tuvieron un buen conocimiento (64,7%), el departamento de cirugía, tuvo buen conocimiento (26%), mientras que el conocimiento de las enfermeras fue (33%). También la actitud de confianza de los encuestados fue (53%), los

encuestados del departamento de cirugía tuvieron una actitud de confianza (28%) mientras que el personal de enfermería tuvo una actitud de confianza de (39%). Las buenas prácticas generales de los encuestados fue (65%), El departamento de cirugía tuvo buenas prácticas (30%) mientras que el personal de enfermería también tuvo buenas prácticas (41%). La relación entre experiencia y actitud, conciencia y prácticas, y actitud y prácticas fue estadísticamente relevante en ($p = 0,05$). Este estudio concluyó que las puntuaciones de práctica y conocimiento fueron satisfactorias, sin embargo, la atención médica, la actitud de los profesionales fue algo baja. La puntuación satisfactoria de conocimientos, actitudes y prácticas fue mayor entre enfermeras en relación a otros tipos de profesionales, aquello pudo atribuirse a mayor interés en gestión de residuos biomédicos.

Krishnan (2023). En la India, esta publicación tuvo como finalidad “determinar *la actitud, práctica y conocimientos en protocolos para bioseguridad de técnicos de laboratorio en pandemia del COVID*”. Este estudio fue transversal descriptivo. Con base en las pautas nacionales e internacionales de bioseguridad de laboratorios provisionales, se realizó el cuestionario con 16 preguntas de tipo objetivo. Se calculó la puntuación total en la escala de 0 a 100 y se clasificó en buena (puntuación > 50) y mala (puntuación < 50). Resultado: del total de 52 encuestados, 42 (81%) eran mujeres y 10 (19%) eran hombres. Sólo 12 (23%) de ellos tuvieron capacitación exclusiva en bioseguridad de laboratorio. Los técnicos de patología tuvieron buenos conocimientos (89%) y los técnicos de microbiología tuvieron buena actitud (100%) en comparación con los demás departamentos. En este estudio el conocimiento medio fue 5,3 y la puntuación media de actitud fue 3,3. En general, sólo el 77% de los participantes en el estudio tuvo buenos conocimientos y el 83% tuvo buena actitud. El porcentaje de tasa general para la infección entre los participantes, calculado según el historial proporcionado por ellos, fue del 33%. Este estudio concluyó que hubo lagunas en actitud, práctica y

conocimientos en protocolos relacionados a bioseguridad y realización de las auditorías. El papel de la formación estructurada fue crucial en el contexto de una pandemia, donde experiencia y conocimiento científico fue evolucionando.

Morais (2020). En Brasil, esta publicación tuvo como finalidad “*asociar práctica, actitud y conocimiento sobre protocolos de bioseguridad, control y prevención de odontólogos en la pandemia*”. Este estudio fue cuantitativo, transversal, correlacional. Resultado: se encontró que un 54,9% tuvo capacitaciones y que la información fue proporcionada por publicaciones científicas en un 44.5%. además, un 99.5% tuvo conocimiento sobre protocolos de bioseguridad, pero se tuvo incumplimiento de sugerencias relacionadas a practica y actitud. Se concluyó que odontólogos presentaron adecuados grados de conocimiento, pero incumplieron con actitud y prácticas.

Rodríguez (2021). En Cuba, esta publicación tuvo como finalidad “*asociar actitud y conocimiento en protocolos relacionados a bioseguridad en enfermeras de sala de operaciones dentro del hospital*”. Fue observacional, descriptivo. Resultados: se encontró que el 68.4 % cumplió los protocolos de bioseguridad, el 31.6% parcialmente, asimismo el 50% de médicos anesestesiólogos usó celular en sala de operaciones, por lo que fue esto la norma menos realizada por el personal asistencial. Además, las actitudes fueron negativas en relación a las normas establecidas por el hospital. Se concluyó que hubo una falta de cumplimiento de protocolos de bioseguridad en centro quirúrgico.

2.1.2 Nacional

Salazar (2020). En Perú, esta publicación tuvo como finalidad “*asociar actitud y conocimiento sobre bioseguridad para el profesional médico interno en un centro hospitalario*”. El trabajo fue correlacional, así como transversal, también descriptico, además de cuantitativo. Se usó la encuesta. Resultado: adecuada actitud 27%, inadecuada actitud 19%,

alto conocimiento 19%, y bajo conocimiento 29%. Se concluyó que hubo significativa relación de variables.

Acuña (2020). En Perú, esta publicación tuvo como finalidad “*asociar actitud y conocimiento en personal de enfermería (internos), de una universidad nacional*”. Fue cuantitativo, además transversal, así como correlacional y también descriptivo. Resultado: desfavorable actitud 2%, intermedia actitud 45%, favorable actitud 53%, deficiente conocimiento 2%, regular conocimiento 19%, excelente conocimiento 36% y buen conocimiento de 43%. Se concluyó que hubo significativa relación de las variables.

Acevedo (2021) En Trujillo, esta publicación tuvo como finalidad “*asociar actitud y conocimientos relacionados a normas en bioseguridad en enfermeras en sala quirúrgica*”. Fue un estudio de observación de tipo correlacional, se usó encuestas. Resultados: el 94.1% tuvo conocimiento alto y se obtuvo 5.9% con conocimiento bajo, se encontró similar resultado con las actitudes con 94.1% para adecuado y de 5.9% para inadecuado. Se concluyó que hubo correlación entre dichas variables.

Pedraza (2021). En Cajamarca, esta publicación tuvo como finalidad “*asociar actitud y conocimientos de normas relacionadas a bioseguridad con enfermeras en sala quirúrgica*”. Fue un estudio de observación de tipo correlacional, se usó encuestas. Resultados: el 58% tuvo conocimiento alto, un 60% tuvo conocimiento alto sobre medidas de protección y un 22 % tuvo positivas actitudes para realización de los protocolos relacionados a bioseguridad y con negativas actitudes de 14 %. Se concluyó que hubo correlación de dichas variables.

Carhuanambo (2021). En Trujillo, esta publicación tuvo como objetivo “*asociar grados de conocimientos y tipos de prácticas en personal hospitalario, relacionado a protocolos para la bioseguridad*”. Fue un estudio explicativo y cuantitativo. Resultado: se obtuvo un 74.2% con conocimiento alto y un 25.8% con conocimiento medio. En relación a

las practicas se presentó un 54.8% con inadecuada practica y un 45.2% con adecuada práctica.

Se concluyó que hubo asociación de tipo significativa entre dichas variables.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento

2.2.1.1. Conceptualización de la variable.

Para Espín y Zambrano (2018), este comprende un conjunto de informaciones adquiridas por medio de las experiencias, los aprendizajes *a posteriori*, así como el autoexamen (razonamiento *a priori*); desde una perspectiva amplia, el conocimiento involucra la posesión de datos que se interrelacionan entre sí, pero cuyo valor cualitativo tomado de manera individual es menor. Asimismo, los niveles de conocimiento son tres: nivel teórico - general, nivel teórico - particular y nivel metodológico. Teniendo en cuenta que el nivel teórico - general está compuesto por múltiples referentes epistemológicos y filosóficos que nos ayudan para una base teórica, lo cual debemos conocer y tenerlo en cuenta para próximas investigaciones. Además, el nivel teórico – particular, se basa en la conceptualización teórica de una disciplina científica de tipo especifica con leyes, principios, conceptos propios y categorías como sistema en un tipo de coherencia lógica. Finalmente, el nivel metodológico, incluye agrupación de procedimientos y métodos para estudiar el objeto de cualquier estudio para producir un gran impacto positivo en nuestra sociedad.

Conforme a lo afirmado por Flores (2005), el conocimiento se refiere a la información subjetiva y personalizada que las personas poseen en sus mentes la cuales tienen la capacidad de contener juicios, observaciones, ideas, interpretaciones, conceptos, procedimientos, hechos, así como también elementos sistematizables, precisos y funcionales; asimismo, de acuerdo al autor mencionado inicialmente, estos conocimientos se originan a partir de la información que se gestiona por medio de la mente de los individuos, y posteriormente estos conocimientos se

convierten nuevamente en información cuando es necesario comunicarla o articularla a través de comunicaciones escritas u orales, formatos electrónicos, textos u otros medios.

Para Gonzáles (2014), los denominados niveles de conocimiento vienen a ser la acumulación de hechos y principios que los individuos aprenden y retienen de forma consciente con el transcurso del tiempo, la cual origina sus experiencias y aprendizajes. De este modo, los conocimientos adquiridos se convierten en herramientas disponibles para la mejora de sus capacidades resolutorias en diferentes situaciones o el servicio a la comunidad.

2.2.1.2. Evolución histórica del conocimiento

El conocimiento era ya descrito por Platón como todo aquello que no solo cumple con ser verdadero sino también que cuenta con evidencias o razones para demostrarlo (Chacón, 2012). Para la etimología, el vocablo *conocimiento* tiene su origen en la palabra griega *episteme*, la cual quiere decir *ciencia* y en un sentido más amplio, *el fundamento de todo conocimiento*; la disciplina científica denominada epistemología es la que lo estudia por medio de su *teoría del conocimiento*. Por su parte, la gnoseología, en la práctica, es una manera de que el conocimiento llegue al entendimiento, a la comprensión, pues partiendo de la experiencia humana cotidiana, personal e individual, los seres humanos pueden establecer relaciones con otras personas, fenómenos y objetos, inclusive lo trascendental (Abarca, 1991).

Asimismo, se tienen a Dewey y James, figuras destacadas del *pragmatismo*, movimiento filosófico propugna un vínculo entre el conocimiento teórico y el práctico, afirmando que la práctica puede proveer nuevos conocimientos que se pueden utilizar en nuevos procesos, generándose, de esta manera, ciclos continuos de retroalimentación; además, esta corriente de pensamiento ha planteado la posibilidad de la creación de modelos cuyo objetivo sea la captura de información significativa, la cual permitiría la confirmación de una hipótesis así como su rechazo (Ramírez, 2009).

Posteriormente, se tiene la escuela de pensamiento denominada *constructivismo*, el cual en figuras tales como Vygotsky, Ausubel y Piaget prosperó sosteniendo que son los individuos quienes activamente construyen sus propias redes de conocimiento; así, este movimiento afirma la imposibilidad de poder conocer una idea universal o específica, pues cada individuo formará sus esquemas propios, basados en sus experiencias y conocimientos previos, así como el contexto en el que estos tomaron lugar (Ramírez, 2009).

2.2.1.3. Importancia del conocimiento

El conocimiento hace posible a los seres humanos la comprensión de los entornos en el que viven y se desenvuelven, pues este facilita la formación de procesos a nivel cognitivo que amplían su panorama de información; además, en esta misma línea, la adquisición de conocimientos es esencial para el fomento de habilidades, tales como la creatividad, la resolución de problemas o el pensamiento crítico (Cañedo, 2003). Asimismo, se puede afirmar que los conocimientos que demuestran profundidad pueden distinguir claramente a los especialistas de los principiantes en las diferentes áreas del conocimiento; sin embargo, es importante resaltar que los primeros sobresalen no solo por la sola acumulación de más conocimientos, sino también porque gracias a estos su percepción, interpretación, organización y utilización de dicha información será muy distinta de aquellos que adolecen de aquella profundidad. Para fines prácticos, esto significará para ciertos individuos una ventaja substancial en su forma de aprender, razonamiento, creación de soluciones y resolución de situaciones problemáticas en sus respectivos campos, sin mencionar mejores competencias para la transferencia de sus habilidades y conocimientos a otras áreas del conocimiento o aspectos de sus vidas profesionales o personales (Rodríguez et al., 2021).

En los ámbitos académicos, la acumulación estratégica de conocimientos adquiere significancia al ser compartidos dentro de comunidades académico-científicas, lo cual tiene

por objetivo el fomento de una cultura del conocimiento; de esta manera, dichos entornos promueven activamente el intercambio de habilidades, experiencias e ideas, incentivando la apertura, transparencia y colaboración; así, este enfoque crea flujos continuos de información que traen beneficios a la toma de decisiones y el perfeccionamiento entre los principiantes (Surco, 2023). Bajo esta perspectiva, resulta esencial conocer y entender las recomendaciones de los profesionales sanitarios en relación a la atención que recibirán los pacientes, así como las indicaciones a seguir en casa, pues esta información será crucial para decidir informadamente sobre la propia salud y los cuidados médicos que se deben adoptar.

2.2.1.4. Teorías que sustentan el conocimiento.

El último movimiento filosófico en la actualidad y a la vez el primer movimiento filosófico del siglo XXI, es la teoría del conocimiento conocida como realismo especulativo de Brassier (2007), la cual se basa en pensar en sujetos que piensan sin tener en cuenta el sujeto pensando objetos, como si los objetos pensasen, y tiene vinculación total con temas relacionados a teoría del conocimiento, contestando preguntas de que será eso del conocer, cómo se opera y cómo funciona. Consiste en un tipo de filosofía que menciona la existencia de una realidad ajena al ser humano, llamada realismo, que puede llegar a conocerse por un tipo de medio específico, llamado especulativo. Lo novedoso de esta corriente de filosofía es cuales son los medios por lo cual se adquiere conocimiento relacionado a la realidad, siendo estos las matemáticas, las artes y las ciencias, cambiando totalmente la lingüística filosófica del siglo XX que nos enseñó que solo se puede adquirir conocimiento de la realidad mediante el análisis del lenguaje de las personas humanas. Además, se postula que el conocimiento de la realidad esta puramente hecha de objetos, también que los objetos son corruptibles, ya que tienen un origen y tiene un final.

Asimismo, tenemos una teoría relacionada al modelo de adquirir y generar habilidades

de Escobar y Jara (2019), la cual nos refiere que para el desarrollo de un conocimiento, esta es una disciplina vinculada a la práctica, que se caracteriza en expandir el saber tipo práctico basado en el uso de la investigación de tipo científica empleando las experiencias clínicas, siendo una experiencia el resultado de todos cuestionamientos, objeciones y negaciones de todos los conceptos previos ante cualquiera de las situaciones.

También, tenemos la teoría del conocimiento relacionado al constructivismo en el contexto post-moderno de Camejo (2006), que nos menciona que el conocimiento es un proceso de tipo mental que conlleva a la generación de nuevos conocimientos y que nos ayuda a generar muchos otros conocimientos. Además, tenemos que el constructivismo es un tipo de planteamiento nuevo en la teoría relacionada al conocimiento científico, en el cual para la generación de conocimiento postmoderno tenemos que tener una teoría complicada para dar explicación a cosas complejas, estar involucrados en lo subjetivo, tener en cuenta que nada tiene que ser objetivo, que todas las realidades se puede construir. Además, el constructivismo es una teoría tanto de la parte teórica, como de la parte práctica, también gira alrededor de la tolerancia caracterizado por tener una ética adecuada para la convivencia entre personas. En conclusión, no puede haber solo una verdad, por lo tanto, que se favorece la tolerancia y la diversidad.

Adicionalmente, es significativo tomar en consideración a (Hutchins, 2000) y su teoría de la cognición distribuida, la cual sostiene que la cognición y los conocimientos no están solamente circunscritos a un individuo, sino que se reparten por medio de recursos en el entorno, personas y objetos, así como también las diferentes situaciones en las que se realizan las actividades. De hecho, este modelo de aprendizaje podría contribuir considerablemente a la elaboración de un modelo de aprendizaje en el que el conocimiento resulta de la interrelación entre los agentes humanos y los objetos que utilizan

Asimismo, en una línea similar a la previamente expuesta, se tiene la Teoría del Conectivismo de Siemens (2004), quien considera su modelo como una teoría sobre el aprendizaje en la era digital, reconociendo cómo la tecnología ha impactado en las sociedades y en cómo los individuos aprenden influenciados por el uso de los recursos tecnológicos modernos. Posteriormente, centrándose en la comprensión de cómo el conocimiento se adquiere y cómo este proceso genera aprendizaje, Siemens (2006) ha conceptualizado la mente humana como la red con capacidad de adaptación a su entorno, destacando que los aprendizajes ocurren por medio de la formación de redes mediante conexiones entre diversidad de puntos de convergencia en donde los conocimientos residirían.

Adicionalmente, Sánchez et al. (2019) han detallado cómo la cognición se puede distribuir cuando se hace uso de la tecnología digital para efectuar aprendizajes virtuales, subrayando el hecho de que los participantes que hayan sacado provecho de sus entornos conectivistas consideran que los aprendizajes son procesos distribuidos entre otros procesos internos humanos y los tecnológicos.

2.2.1.5. Teoría del conocimiento de De Long y Fahey (2000).

La teoría de conocimiento de De Long y Fahey (2000), nos refiere que los elementos culturales pueden producir conocimiento, esto se refiere a que los componentes de la cultura que son las prácticas, normas y valores, pueden influir en el comportamiento humano, llegando a crear conocimiento, el cual puede ser compartido y usado en todo el mundo.

Además, refiere que el conocimiento, es la resultante de las experiencias humanas y la reflexión, asimismo en un contexto dado, los conocimientos son recursos que siempre están en un individuo o grupos, o relacionado a un proceso o rutina. Además, está representado en el lenguaje, conceptos, historias, reglas y herramientas, por lo que el conocimiento da como producto una mayor capacidad para la toma de decisión y la acción para lograr algún fin.

Dos dimensiones son fundamentales para comprender el conocimiento en un contexto organizacional práctico. En primer lugar, el conocimiento existe a nivel individual, grupal y organizacional, el enfoque de los esfuerzos de gestión del conocimiento está principalmente en mejorar la creación y el uso del conocimiento a nivel de grupo y organizacional. En segundo lugar, el conocimiento es explícito o tácito, el conocimiento explícito puede codificarse e incorporarse en reglas, herramientas y procesos formales; y el conocimiento tácito es lo que sabemos, pero no podemos explicar.

De Long y Fahey (2000), menciona que existen tres clases de conocimiento:

Conocimiento humano.

Es una clase de conocimiento que se refiere a lo que los individuos conocen o conocen como hacer, y se manifiesta por habilidades, involucrando conocimientos tácitos y explícitos. Además, se refiere a que las dimensiones de conocimiento pueden ser cognitivo (dimensión conceptual) y físico (dimensión práctica) (De Long y Fahey 2000).

Conocimiento social.

Es una clase de conocimiento que aparece dentro de grupos de personas o cuando se relacionan individuos. Es un conocimiento colectivo con una naturaleza tácita y se compone de pautas culturales que aparecen luego de un trabajo colectivo. Es un conocimiento que es superior a la suma de los conocimientos de forma individual (De Long y Fahey, 2000).

Conocimiento estructurado.

Es una clase de conocimiento explícito y basado en normas, estando incorporado en procesos, rutinas, sistemas de organizacionales y reglas (De Long y Fahey, 2000).

2.2.1.6. Dimensiones de conocimiento para normas de bioseguridad.

Dimensión conceptual

Es un conocimiento de tipo cognitivo (conceptual o abstracto). Nuestra dimensión

conceptual es netamente relacionada a los conocimientos, enfocado en una forma empática de los diferentes tipos de singularidad del entender humano, lo cual es importante para el sendero del hacer y saber. Siendo los indicadores para nuestro trabajo, la evaluación de niveles de conocimientos sobre: definición de bioseguridad, técnica de asepsia, equipos y materiales, y materiales quirúrgicos (Pacheco, 2022).

Dimensión práctica.

Nuestra dimensión práctica analiza el conocimiento relacionado a la adquisición de una habilidad directa, para generar una actividad. Es la parte donde conocemos cómo se realiza, a su vez la persona va adquiriendo en el tiempo por medio de práctica, una clase de saber que se aprende cuando tenemos una habilidad para ejecutar una actividad. Siendo los indicadores para nuestro trabajo, la evaluación de prácticas de conocimientos sobre: utilización de mascarillas, el calzado de guantes, el lavado de manos, el uso de mandilones, prevención de infecciones y medidas universales (Pacheco, 2022).

2.2.2. Actitud

2.2.2.1. Conceptualización de la variable.

Tello (2022) ha aseverado que las actitudes son las valoraciones globales que los individuos realizan sobre una idea, individuo, situación u objeto específicos; además, estas valoraciones son por lo regular ser sólidas y prolongadas, aunque, de acuerdo al autor, estas podrían llegar a modificarse en determinadas circunstancias. Así, se puede afirmar que las actitudes son determinantes en la configuración de la participación en diversos contextos, la toma de decisiones y los comportamientos humanos.

Además, se puede conceptualizar como ánimo o disposición para hacer algo antes de que sea el momento, en forma innata, que se aprende y en forma estacionaria en el tiempo, que podría variar, a reaccionar en forma desfavorables o favorables ante diferentes situaciones

(Morales, 2000). Vargas (2016), por su parte, menciona que es una forma de reacción al conocimiento adquirido, luego aprendido y que permanece en el tiempo. Asimismo, las actitudes son construcciones psicológicas que reflejan las evaluaciones generales que los individuos o colectivos realizan sobre una situación, problema, grupo, persona u objeto determinados; es importante tomar en consideración que las actitudes como evaluaciones se crean a partir de la combinación de procesos conductuales, afectivos y cognitivos, y cuyo resultado es una construcción estable y permanente (Chatzigeorgiadou y Barouta, 2021; Bermúdez y Navarrete, 2020).

2.2.2.2. Evolución histórica de la actitud

Allport (1935) ha descrito a la actitud como un estado de la mente neurofisiológico de disposición, organizado a lo largo del tiempo, el cual tendrá influencia en las respuestas de los individuos hacia las situaciones y objetos relacionados con estos. Por su parte, Morales et al. (1993) han indicado que este estado mental, por un lado, involucra análisis de las interacciones entre una o varias personas y la sociedad y, por otro, la interpretación de los efectos que estas interacciones producen, las cuales tienen influencias en los comportamientos y pensamientos. En esta misma línea, se tiene a Fazio (2007), quien ha afirmado que las actitudes son enlaces valorativos relacionados con objetos almacenados en la memoria y que se pueden evocar directa y rápidamente; así, de acuerdo con el autor mencionado, las actitudes pueden verse condicionadas por una diversidad de factores, como circunstancias específicas, normas sociales y experiencias previas.

Posteriormente, Greenwald y Banaji (1995) introdujeron el concepto de actitudes implícitas, es decir, las apreciaciones inconscientes y automáticas de estímulos que pueden tener efectos sobre la conducta, incluso cuando los individuos creen tener opiniones diferentes. Asimismo, Gracia (2004) ha destacado la importancia de la relación entre la actitud y el

comportamiento, pues esto fue fundamental para que la primera ganara consolidación como un concepto central dentro de la disciplina por su capacidad no solo para explicar por qué los individuos actúan de ciertos modos, sino también para el control social, la predicción y medición; si el comportamiento puede ser sujeto de predicción, entonces también debería poder serlo de modificación.

2.2.2.3. Importancia de la actitud

La adopción de una actitud positiva facilita una administración del estrés con mayor eficiencia, pues tiene con las emociones un vínculo muy estrecho (Peña y Gómez, 2018); asimismo, las actitudes permiten a las personas la expresión de sus valores y personalidades, además de trabajar en la prevención de posibles reacciones ante situaciones inesperadas, lo que incrementa los sentimientos de poseer mayor control; por último, las actitudes pueden considerarse como mecanismos de protección que permiten la confrontación exitosa con amenazas externas al yo y conflictos internos (Cornejo et al., 2018).

Por otra parte, una actitud positiva o negativa se forja a partir de las experiencias vividas a lo largo de la vida de un individuo; así, para Zariñana et al. (2018), las actitudes positivas facilitan la confrontación de los desafíos con resiliencia y optimismo, promoviéndose no solo el mantenimiento de perspectivas favorables, sino también la construcción de relaciones más valiosas y saludables, todo lo cual trae beneficios al bienestar psicológico de los individuos; por el contrario, las actitudes negativas tienden a la generación de sentimientos de pesimismo y desesperanza.

Igualmente, la actitud orientada hacia su propia salud resulta crucial en la perspectiva integral de la salud humana contemporánea; esto se debe a la importancia que tiene la reflexión y reconocimiento personal en relación a los cuidados de su salud, no siendo necesario el padecimiento de alguna condición física o enfermedad; por lo tanto, bajo esta

perspectiva es preciso el conocimiento de hábitos saludables que traigan beneficios sociales, mentales y físicos (Llanos, 2006).

2.2.2.4. Teorías que sustentan la actitud.

La teoría de las actitudes de Aignerren (2010), nos refiere que, las actitudes podrían darse en referencia a diversidad de objetos, tales como problemas de coyuntura, asociaciones religiosas, raciales o políticas, organizaciones o personas, grupos, así como también a determinadas circunstancias vinculadas con estos objetos. Por otra parte, las personas pueden exteriorizar tres tipos de respuestas: cognitivas (pensamientos y creencias en relación a un objeto), afectivas (emociones relacionadas a un objeto, como la afinidad o el disgusto) y conductuales (comportamientos orientados hacia un objeto).

Asimismo, esta base teórica sostiene que dichas respuestas pueden ocurrir independientemente unas de otras, haciendo posible una clara distinción entre actitudes, conductas, intenciones y creencias. A partir de esto, se puede afirmar que las creencias abarcan las opiniones en relación a un objeto determinado por el cual se guarda una determinada actitud, mientras que las actitudes son la manifestación de la predisposición de las emociones y el comportamiento hacia ese objeto, lo cual le otorga un valor positivo o negativo. De modo que la utilidad que se deja ver con este modelo radica en el enriquecimiento con el que provee al concepto de actitud para la evaluación, pues no se podría examinar algo sin haberlo conocido algunos marcos de referencia previos; así, las evaluaciones positivas de los objetos conducen a conductas positivas (Aignerren, 2010).

Por su parte, examinando la asociación entre el comportamiento, la personalidad y las actitudes, Ajzen (2005) ha argumentado que, a pesar del hecho de la importancia que tienen las actitudes como predictores del comportamiento de los seres humano, estos no son el único factor determinante; así, los factores situacionales, las normas sociales y los rasgos de

personalidad también ejercen influencia en el comportamiento de los individuos. A partir de esto, el autor citado plantea su Teoría del Comportamiento Planificado, la cual incorpora todos los factores mencionados, ofreciendo un marco para la comprensión acerca de cómo las actitudes afectan las conductas.

Igualmente, Fazio (2007) ha respaldado la idea de que las actitudes no solo son agrupaciones evaluativas de objetos que se alojan en la memoria y se recuperan de manera inmediata y sencilla, sino también que están influenciadas por diversidad de factores, abarcando factores situacionales, normas sociales y experiencias pasadas; adicionalmente, el investigador mencionado lleva a cabo análisis en relación a las consecuencias y los factores asociados con la facilidad de activar actitudes, estudiando cómo estas impactan en la toma de decisiones y el comportamiento.

En relación al instrumento que permitió medir la segunda variable, se empleó la Escala de aprendizaje autodirigido de Salinas (2020), integrada por 20 ítems, con 5 opciones de respuesta tipo Likert. Esta escala evalúa 2 factores como la actitud positiva y la negativa.

2.2.2.5. Dimensiones de actitud para normas de bioseguridad

Dimensión positiva

Las personas tienen mucho entusiasmo por ver lo que es bueno, además todos presentan un buen ánimo a pesar de visualizar percances en las actividades del día a día. Una actitud positiva en relación a la bioseguridad es muy importante ya que se podrá usar las normas de bioseguridad en forma adecuada.

Dimensión negativa

Son los individuos que generalmente observan la forma negativa de muchas cosas y no son capaces de ver el lado positivo. Por eso no se debe generar ideas en forma negativa porque

se pueden perjudicar en su jornada laboral, ya que esta forma de actitud es muy contagiosa y una persona negativa tiene alta probabilidad de que se equivoque utilizando las pautas sobre bioseguridad (Aguilar, 2018).

2.2.3. Bioseguridad

La bioseguridad se define como la agrupación de actos y el uso de insumos para no tener infecciones intrahospitalarias (Minsa, 2020).

Agentes Biológicos, son los microbios que comprometen la salud (Chiong, 2018).

La bacteria se define como organismo cubierto en una membrana, teniendo 3 fenotipos: micoplasma, Gram-negativas y Gram-positivas. Su membrana es diferente debido a su grosor y capa lipídica, y esto es importante para el uso de antibióticos. El virus es un agente infeccioso que se replica en organismos celulares vivos, pudiendo infestar cualquier organismo viviente. A veces hay infección resistente, algunos virus producen infecciones resistentes.

2.2.3.1. Medidas Universales de Bioseguridad

Universalidad.

Son todas normas que engloban a todo paciente del hospital. Todos los trabajadores de salud tienen que seguir las normas rutinariamente para no tener expuesta la piel y mucosa, durante cualquier situación, con o sin exposición a fluidos corporales.

Utilización de Barrera Protectora.

Mediante la utilización de materiales de protección para trabajadores hospitalarios, evitamos estar expuestos directamente con líquidos del cuerpo.

Normas para desecho de insumo biocontaminado.

Grupo de pasos para la adecuada eliminación y depósito de insumos y materiales biocontaminado (Minsa, 2020).

2.2.3.2. Tipos de barreras para la protección.

Técnica aséptica.

Se define como grupo de actividades y procesos, que se hacen con el fin de tener una disminución de la carga bacteriana y disminuir la probabilidad de contaminación de equipos y pacientes. Además, la técnica aséptica, está compuesta por higiene de las manos, materiales de protección corporal, preparación de piel y campo estéril adecuado(Minsa, 2020).

El lavado de las manos.

Este procedimiento se debe realizar diariamente antes y después de realizar una tarea aséptico, que se realiza con jabón y agua común y dura 20 segundos y remueve 80% de flora de microbios transitorios (Minsa, 2020).

Higienización de las manos.

Maniobra que consiste en frotarse la mano derecha e izquierda usando agua y jabón, además de usar otro antiséptico, para disminuir los gérmenes (Minsa, 2020).

Las indicaciones son: Antes del ingreso al área de trabajo, especialmente antes del ingreso al área de un hospitalizado. También, previo a realización de técnica aséptica.

Posterior a estar expuesto a líquidos del cuerpo. Posterior a realización de técnica aséptica. Posterior de estar expuesto al entorno de un paciente.

Con el personal profesional en salud, tener las siguientes indicaciones del uso de higiene de manos: Ingreso y la salida del centro laboral. Al inicio y al final del consumo de

alimentos. Al inicio y al final de uso de los EPPS.

Hay tipos de higiene de manos, el doméstico que dura de 20 segundos, el clínico de 40 – 60 segundos y el quirúrgico de 3 - 5 minutos. Según la clasificación del Minsa (2020).

Protección corporal.

Uso de mandilón, se debe de usar en situaciones con presencia de sustancias que dañen la salud de los trabajadores del hospital (Minsa, 2020), siendo esto muy importante (Chiong, 2018). Uso de mascarilla, es de uso personal y no se comparte, evita que uno se contagie de gérmenes del ambiente. Uso de guantes, por norma se sabe que primero debemos realizarnos una buena limpieza de manos, el uso de guantes previene la transmisión de microbios a la piel.

La desinfección de insumo hospitalario contaminado.

Son procedimientos que eliminan microbios de los insumos médicos hospitalarios para evitar infecciones (Minsa, 2020).

La administración de desechos hospitalarios.

La organización de insumo contaminado, se clasifica, según lo siguiente (Minsa, 2020).

El residuo peligroso se clasifica como residuo especial y biocontaminado. Siendo el de tipo especial el material que no está en contacto con el hospitalizado, sin embargo, es peligroso por su toxicidad, inflamación, reactividad y corrosividad. Además, el de tipo biocontaminado se generó en el tratamiento, diagnóstico, inmunización y cualquier atención de las personas, siendo muy contaminados por estar en contacto con las personas y tener fluidos como secreciones, moco y sangre.

El residuo sólido no peligroso se refiere a todos los residuos usuales que se depositan

en bolsa negra y sin daño a la salud, los cuales son cartón, papel y otros. Además, desechos comunes serán eliminados en envases que tengan bolsa negra, también los desechos contaminados punzocortantes son desechados en envases rojos que pueden ser de cartón grueso o plástico para evitar accidentes (Minsa, 2020). Además, hay desechos especiales que se depositan en tachos con bolsa de color amarillo. Todos deben estar debidamente rotulados y con descripción de su contenido para su adecuado desecho y prevenir algunos accidentes de trabajo.

La administración de material punzocortantes.

Las indicaciones para su desecho son: Los insumos punzocortantes se deben manipular con guantes, descartable no estéril o estéril. Los insumos punzocortantes, después de utilizarse se desechan rápidamente en recipiente rígido de cartón o plástico, con abertura que impida manipulación excesiva de manos y con adecuado sellado, con volumen menor a 2 litros, y hechos con material transparente para su adecuada visualización.

2.2.3.3. Teorías que explican la bioseguridad.

Nola Pender, por medio del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), aseveró que las conductas están motivadas por los deseos de alcanzar el propio potencial y el bienestar; en este sentido, dicha autora propuso un modelo enfermero que proveyó respuestas en relación a como los individuos toman las decisiones que atañen a los cuidados de su propia salud (Sakraida, 2007); dicho de otra manera, este modelo busca clarificar, no solo cómo se toman las decisiones entre el medio ambiente de las personas en interacción con sus creencias, conocimientos y experiencias, sino también cómo estas características individuales tienen una influencia en la motivaciones, actitudes y conductas en referencia al cuidado de su salud. Asimismo, Sakraida (2007) ha indicado que el MPS pone de manifiesto los componentes con

mayor relevancia que forman parte en la modificación de las motivaciones, actitudes y conductas humanas hacia la ejecución de acciones que promoverán la salud.

La primera pone en relieve cuán importantes es el proceso cognitivo en la modificación de comportamientos, integrando elementos del aprendizaje conductual y cognitivo; asimismo, esta teoría ha señalado que los factores psicológicos tienen una influencia significativa en el comportamiento de las personas, e igualmente, establece cuatro condiciones para que puedan aprender y moldear sus conductas: a) atención, esto es permanecer atento a cómo ocurren las cosas; b) retención, esto es la capacidad para recordar lo que se ha observado anteriormente; c) reproducción, esto es las capacidades necesarias para la replicación de la conducta deseada; y d) motivación, esto es poseer una justificación válida para la adopción de dicha nueva conducta.

Por otra parte, la segunda base teórica manifiesta que las conductas son racionales y que la intencionalidad es un aspecto esencial de la motivación para la consecución de logros. Consecuentemente, para este enfoque, cuando existen intenciones definidas, concretas y claras para alcanzar determinadas metas, las probabilidades para el logro de dichos objetivos aumentan. En una similar línea de pensamiento, Aristizábal et al. (2011) han aseverado que la intencionalidad, definida como la implicación individual con la acción, es un aspecto decisivo de la motivación que se hace presente en los análisis de los comportamientos voluntarios orientados a la consecución de objetivos planificados.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

2.3.2. *Hipótesis específicas*

Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión conceptual y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión práctica y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

En cuanto a su metodología, este estudio adoptó una hipotética-deductiva, la cual trata de refutar o falsear la hipótesis para así llegar a tener una conclusión que se pueda relacionar con los hechos (Arispe et al., 2020). Se puede decir que la metodología adoptada se trata de un enfoque basado en hipótesis respaldadas por las elaboraciones conceptuales de ciencia específicas. Así, al seguir las reglas lógicas de la deducción, este enfoque puede conducir a nuevas conclusiones y predicciones empíricas, las cuales posteriormente pueden ser sometidas a verificación (Cabezas et al., 2018).

3.2. Enfoque de la investigación

Este fue cuantitativo porque al exponer el dilema de las investigaciones se va a formar un conjunto de ideas sobre el trabajo, elaborando partes del trabajo que son objetivo, pregunta, la justificación, las viabilidades y las evaluaciones de todas las deficiencias, todo esto debe ser capaz de llegar a investigaciones concretas y con probables pruebas empíricas (Hernández y

Mendoza, 2018).

Un enfoque cuantitativo es un paradigma positivista en la cual importa cuantificar y medir, ya que cuando se mide se puede generar hipótesis y varias tendencias, logrando con todo esto construir diversas teorías, utilizando la estadística como una herramienta para cuantificar (Arispe et al., 2020). Por lo tanto, este estudio se desarrolló bajo el enfoque mencionado debido a que se cuantificaran la variable actitud y conocimientos relacionado a protocolos en bioseguridad por medio de una codificación para las puntuaciones obtenidas con los instrumentos que se usaran.

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue aplicada, (Arispe et al., 2020), quien lo define como un tipo de investigación que busca una actualización y consolidación de conocimientos ya existentes, en búsqueda de soluciones a problemas encontrados, además nos ayuda a solucionar problemas actuales y específicos, aportando conocimientos teóricos. El principal objetivo de este tipo de investigación fue el expandir el acervo de conocimientos en la relación de nuestras variables nivel de conocimiento y las actitudes.

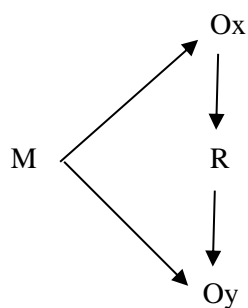
3.4. Diseño de la investigación

Este proyecto fue no experimental, de corte transversal, a su vez se subdividió en un tipo descriptivo-correlacional (Hernández y Mendoza, 2018). Asimismo, este modelo considera el factor tiempo en la recolección de datos y el alcance a donde puede llegar el estudio.

El tipo de corte que se empleó fue el transversal o transeccional, el cual se caracteriza porque el recojo de datos se realizará en un momento específico (Sánchez et al 2018).

Se empleó un diseño descriptivo, pues buscó la identificación de características de la propiedad y perfil de grupos, objetos, u otros, que sean sometidos al análisis. Además, fue descriptivo porque se analizaron las variables y dimensiones para generar datos estadísticos (Arias & Covinos, 2021).

Además, se usó la investigación de tipo correlacional, porque se asociaron variables por medio de patrones predecibles, sin necesariamente demostrar una relación de causa y efecto (Rebollo & Ábalos, 2022); además, el trabajo analizó variables y dimensiones para generar datos estadísticos para generar coeficientes con causalidad de tipo correlacional.



Dónde:

Ox: Conocimiento

Oy: Actitud

M: Muestra de residentes de medicina

R: Relación de las variables

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Se le define como el grupo cuyos elementos en muchos casos tienen coincidencia para determinados requerimientos en cuanto a tiempo, contenido y lugar (Hernández y Mendoza, 2018). Además, la población se define como grupo de casos con ciertas especificaciones comunes y que están ubicados en un ambiente determinado (Arispe et al., 2020). Por lo tanto,

la población de estudio estuvo comprendida por 110 residentes de medicina.

Siendo definida la residencia médica como un tipo de capacitación en la parte académica en el posgrado, siendo este un estudiante universitario para una segunda especialización, con adiestramiento intensivo y presencial en favor de profesionales de la carrera de medicina humana, bajo la relación docencia – servicio, con la finalidad de obtener las más altas competencias y formación cognitiva en todas las diversas ramas de la medicina humana, con alto nivel de calidad y según las necesidades reales de nuestro país, y que estén dentro de la política nacional fijada por el consejo nacional de salud y poder ejecutivo. Teniendo que cumplir con las directivas de la universidad formadora y hospital docente (Minsa, 2024).

Además, el tiempo de duración de residencia medica depende de cada programa académico de las especialidades y sub especialidades, que duran entre 2 a 5 años y se efectuarán en los diversos servicios de medicina, según las especialidades a que correspondan. También los médicos residentes son evaluados constantemente mediante evaluaciones teóricas y prácticas, por la universidad formadora y realizan prácticas hospitalarias bajo la tutela de un docente universitario durante todo el periodo que dura la residencia médica (Minsa, 2024).

3.5.2. *La muestra*

Es la parte representativa de la población que posee los requerimientos necesarios para una investigación (Ñaupas et al., 2018). Para este trabajo fueron necesarios 80 residentes de medicina.

Asimismo, se establecieron como criterio de la inclusión los siguiente:

- Residentes en medicina en centro hospitalario san Bartolomé.

- Médicos residentes que cursan el primer, segundo y tercer año, de las diferentes especialidades médicas, además tenemos que tener en cuenta que los residentes de primer año reciben capacitación teórica sobre protocolos de bioseguridad desde el primer día de iniciación de la residencia médica.
- Médicos residentes de todas las universidades que tienen vínculo con la sede docente Hospital San Bartolomé.
- Médicos residentes que quieran colaborar este estudio.

El criterio para las exclusiones fueron:

- Profesional que trabaje en salud haciendo residencia no médica.
- Médicos residentes que no quieran participar en este estudio.

3.5.3. *El muestreo:*

Se empleó el modelo no-probabilístico, en el cual la selección está relacionada con las probabilidades de ser seleccionado como unidad de análisis, por lo que depende del criterio de los investigadores (Hernández y Mendoza, 2018). Por lo tanto, al ser no probabilístico, no se consideró la fórmula para la realización de cantidad de muestra por lo que el modelo para el muestreo fue de tipo no-probabilístico de tipo conveniencia, en la cual la selección se da en el instante que se ejecuta el recojo de datos, siendo accesible, económico y fácil; sin embargo, su representatividad es poca, además los criterios para la selección son generados por los investigadores (Velasco et al, 2003).

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1*Operacionalización de la variable nivel de conocimiento*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Escala valorativa
Nivel de conocimiento	Conjunto de informaciones adquiridas por medio de las experiencias, los aprendizajes <i>a posteriori</i> , así como el autoexamen (razonamiento <i>a priori</i>); desde una perspectiva amplia, el conocimiento involucra la posesión de datos que se interrelacionan entre sí, pero cuyo valor cualitativo tomado de manera individual es menor (Espin y Zambrano, 2018).	Esta variable se analizará el nivel conceptual y prácticas sobre la utilización de protocolos relacionados a bioseguridad, por medio de indicadores, evaluados por 27 preguntas, utilizando una escala Likert Analiza el nivel conceptual y prácticas sobre la utilización de protocolos relacionados a bioseguridad, por medio de indicadores, evaluados por 27 preguntas, utilizando escala de Baremos, con puntuación del instrumento de 01 punto (no conoce), 02 puntos (falso), y 03 puntos (verdadero). Siendo los valores finales nivel alto, medio y bajo.	Conceptual	-Definición -Bioseguridad -La técnica de asepsia -Los equipos y materiales -Materiales quirúrgicos	(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)		La puntuación del instrumento Verdadero: 03 puntos Falso: 02 punto No conoce: 01 puntos.
			Prácticas	- Utilización de mascarillas -Calzado de guantes -El lavado de manos -Uso de mandilones -Prevención de infecciones -Medidas universales.	(15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27)	Ordinal	Escala de Baremos Nivel de conocimiento: Bajo= 27 -45 puntos Medio= 46-56 puntos Alto= 57-81 puntos

Tabla 2
Operacionalización de la variable las actitudes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Escala valorativa
Las actitudes	Las actitudes son las valoraciones globales que los individuos realizan sobre una idea, individuo, situación u objeto específicos; además, estas valoraciones son por lo regular ser sólidas y prolongadas, aunque, de acuerdo al autor, estas podrían llegar a modificarse en determinadas circunstancias (Tello, 2022).	Analiza la percepción positiva o negativa sobre la utilización de medidas de bioseguridad, por medio de indicadores, evaluados por 20 preguntas, construidas según escala de Likert de cinco alternativas cuya valoración esta entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Siendo los valores finales actitud favorable, actitud intermedia y actitud desfavorable.	Positivo	-Procedimientos -Efectos -Normatividad -Técnicas	(1,2,3,5,6, 8,9,10,12, 13,14,15)	Ordinal	Escala de Likert. TA: 05 puntos A: 04 puntos I: 03 puntos D: 02 puntos TD: 01 punto
			Negativo	-Descuidado -Desconfiado -Pesimismo -Frívolo	(4,7,11,16, 17,18,19, 20)		Actitud favorable= 90-100 Actitud intermedia= 80-89 Actitud desfavorable= Menor igual a 79

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

El trabajo emplea la encuesta, el cual permitió la recopilación de la información en relación al nivel de conocimiento y actitud de las normas de bioseguridad. Esta técnica se define como aquella que nos ayuda a tener respuestas a diferentes problemas en forma descriptiva, así como relacionando variables, utilizando una recolección sistemática de datos según un determinado diseño que nos garantice un rigor de los datos obtenidos (Tamayo, 2008).

Se realizará la recolección de la información en forma presencial, dentro del auditorio del hospital en el cual estarán reunidos todos participantes los cuales se reúnen semanalmente, la prueba tendrá una duración de 10 a 15 minutos.

La variable conocimiento y la variable actitud, se medirán a través de instrumentos (cuestionarios) respectivamente validados.

3.7.2. Descripción de los instrumentos

Conforme a lo manifestado por Arias y Covinos (2021), son instrumentos incluidos dentro de un método de recopilación de información, cuyos resultados se utilizarán como un sustento fundamental para los objetivos que busca esta investigación; estos instrumentos o herramientas pueden tomar forma de pruebas, cuestionarios, o guías.

Tabla 3*Ficha técnica del cuestionario para variable nivel de conocimiento*

Nombre del instrumento	Cuestionario de conocimiento sobre normas de bioseguridad
Autor y año:	Humpire (2015)
Procedencia:	Peruana
Aplicación:	Individual
Sujetos de aplicación:	Médicos residentes
Tiempo de aplicación:	10 a 15 minutos
Finalidad:	Medir el nivel de conocimiento en relación a protocolos en bioseguridad
Ítems	27.
Puntuación y escala	Ordinal. Escala de Baremos. Verdadero (3); Falso (2); No conozco (1)

Tabla 4*Ficha técnica del cuestionario para variable las actitudes*

Nombre del instrumento	Escala de aprendizaje autodirigido
Autor y año:	Salinas. (2017)
Procedencia:	Peruana
Aplicación:	Individual
Sujetos de aplicación:	Médicos residentes
Tiempo de aplicación:	10 a 15 minutos
Finalidad:	Medir las actitudes de los médicos residentes frente al uso de normas relacionados a la bioseguridad
Ítems	20.
Puntuación y escala	Ordinal. Escala de Likert. Totalmente en desacuerdo (1). En desacuerdo (2). Indiferente (3). De acuerdo (4). Totalmente de acuerdo (5).

3.7.3. Validación

Categoría con la cual el instrumento cuantifica la variable que desea medir, considerando los criterios, el entendimiento de los instrumentos, los contenidos, las opiniones de varios expertos y el constructo (Arispe et al., 2020).

El instrumento conocimiento tuvo validación por 05 jueces expertos, utilizando la técnica de validación llamada crítica de jueces, sin presentar ninguna observación.

Tabla 5

Validación de jueces expertos para variable nivel de conocimiento

Juez experto	Opinión
Melba Vásquez Tomas	Aplicabilidad
Maruja Baldeón De La Cruz	Aplicabilidad
Delsi Huaita Acha	Aplicabilidad
Raúl Rodríguez Salazar	Aplicabilidad
Rosario Ramos Vera	Aplicabilidad

El instrumento actitud fue sometido y validado por 05 jueces expertos, utilizando la técnica de validación llamada crítica de jueces, sin presentar ninguna observación.

Tabla 6

Validación de jueces expertos para variable las actitudes

Juez experto	Opinión
Melba Vásquez Tomas	Aplicabilidad
Maruja Baldeón De La Cruz	Aplicabilidad
Delsi Huaita Acha	Aplicabilidad
Raúl Rodríguez Salazar	Aplicabilidad
Rosario Ramos Vera	Aplicabilidad

3.7.4. *Confiabilidad*

Categoría donde el instrumento genera un resultado coherente en la muestra.

Asimismo, se define por formas alternas, cuantificación de la estabilidad, consistencia y pruebas de mitad/ partida (Arispe et al., 2020). Se realizó una prueba piloto en la que fueron participes 15 Médicos Residentes, siendo los resultados analizados con programa SPSS, aplicando prueba alfa de Cronbach, y obteniendo que el instrumento conocimiento y actitud mostraron una confiabilidad elevada.

Tabla 7

Confiabilidad de los instrumentos de estudio

Variables	Coefficiente de alfa de Cronbach	N° de elementos
Nivel de conocimiento	.803	27
Las actitudes	.819	20

3.8. **Procesamiento y análisis de datos**

Nuestra recopilación de la información será cuidadosamente analizada y verificada, además todos estos datos van a ser ingresados en el programa Excel, así como ingresados al SPSS versión: 26. Para realizar análisis de la información, utilizándose estadística descriptiva y posteriormente estadística inferencial, elaborándose gráficos variados y tabla para frecuencia, además de utilizar pruebas de chi cuadrado. Todos estos hallazgos se describirán y se llegarán a interpretar en el segmento de resultado y discusiones. Posterior a la aplicación de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnoff, se continuó con el procesamiento de los resultados por medio de la estadística inferencial, haciendo uso de la prueba de correlación de Rho se Spearman. Cabe mencionar que esta prueba permitió dar respuesta a las hipótesis establecidas. De esta manera, se pudo conocer el grado de relación entre las variables.

3.9. Aspecto ético

Durante la investigación se cumplirá los protocolos de Helsinki, respetando principios como beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía (Asociación Médica Mundial, [WMA], 2016).

Beneficencia, al terminar este proyecto el resultado que se obtenga nos servirá para servir mejorando los protocolos de bioseguridad, disminuyendo las infecciones.

Autonomía, se les proporcionara a todos los participantes una adecuada información sobre el proyecto, teniendo en cuenta que es una participación netamente voluntaria, teniendo ellos que autorizar su colaboración en este presente proyecto, se empleará un consentimiento informado, en donde explicaremos en forma comprensible la importancia y propósito de este trabajo.

No maleficencia, el propósito de este proyecto consiste en no condicionar ningún daño a los participantes.

Justicia, se realizará el proyecto sin ningún tipo de discriminación a los colaboradores con respeto e igualdad, y resolviendo toda duda durante el proceso.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. *Análisis descriptivo de resultados*

4.1.1.1 Análisis descriptivo de la muestra.

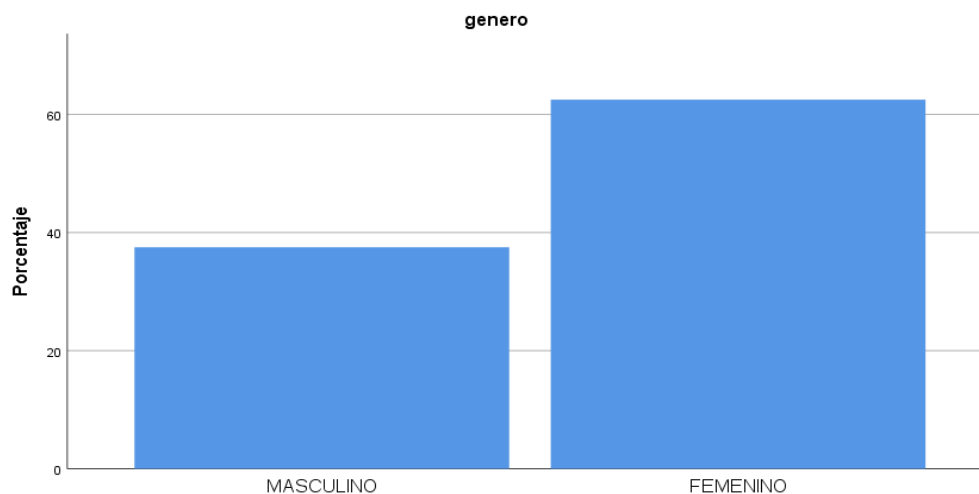
Este proyecto comprende una muestra de unos 80 residentes de medicina (100%) de un hospital nacional, todos los cuales fueron encuestados sobre las variables actitud y conocimiento relacionadas a normas de bioseguridad. Después de finalizar el proceso de recojo de datos, se inició el procesamiento de todos los datos, obteniéndose su representación en tablas y gráficos, los cuales facilitaron la interpretación y el análisis.

Tabla 8

Distribución de la muestra por género

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	30	37.5
Femenino	50	62.5
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Figura 1*Distribución según muestra por género*

Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Según los hallazgos de nuestra información sociodemográfica expuesta en la tabla 8 y figura 1, se observa la distribución de los 80 residentes de medicina de un hospital nacional, obteniendo la información siguiente: Se encontró en la muestra, que un 62.5% (50 residentes) correspondió a un sexo femenino, además que un 37.5% (30 residentes) fueron del sexo masculino.

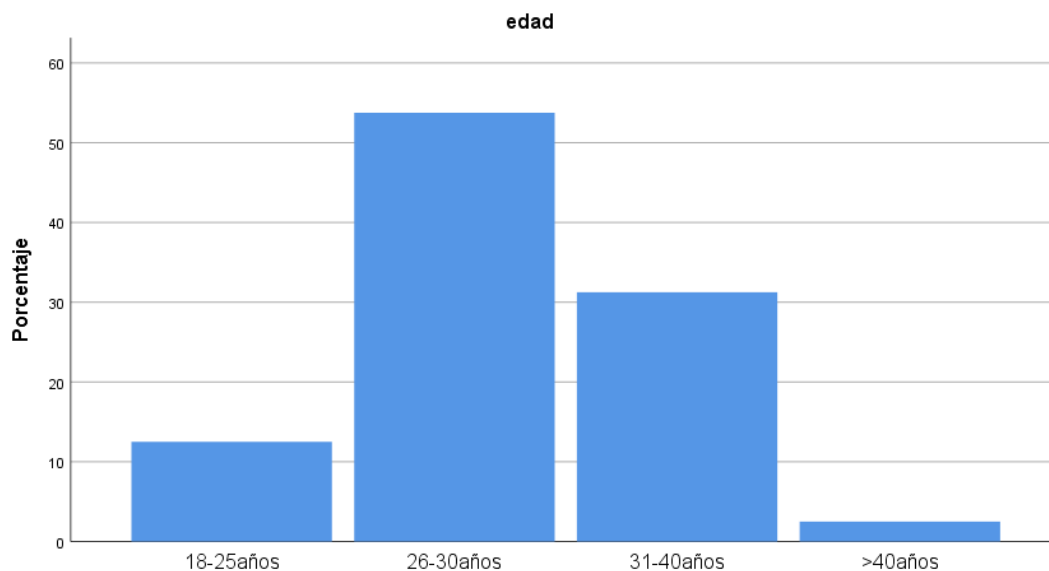
Tabla 9*Distribución de la muestra por edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-25años	10	12.5
26-30años	43	53.8
31-40años	25	31.3
>40años	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Figura 2

Distribución de la muestra por edad



Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Según los hallazgos de nuestra información sociodemográfica expuesta en la tabla 9 y figura 2, se halló a 80 residentes de medicina de un hospital nacional, obteniendo la información siguiente:

En cuanto al grupo etario se encontró que la mayor representación en nuestro proyecto comprende un 53.8% que corresponde a un grupo etario de 26 - 30 años, continuándose con un 31.3% correspondiente a un grupo de 31 - 40 años, continuándose con un 12.5% que corresponde a un grupo de 18 - 25 años y finalmente se encontró un 2.5% que corresponde a un grupo de personas mayores a 40 años.

4.1.1.2 Análisis descriptivos de las variables.

Tabla 10

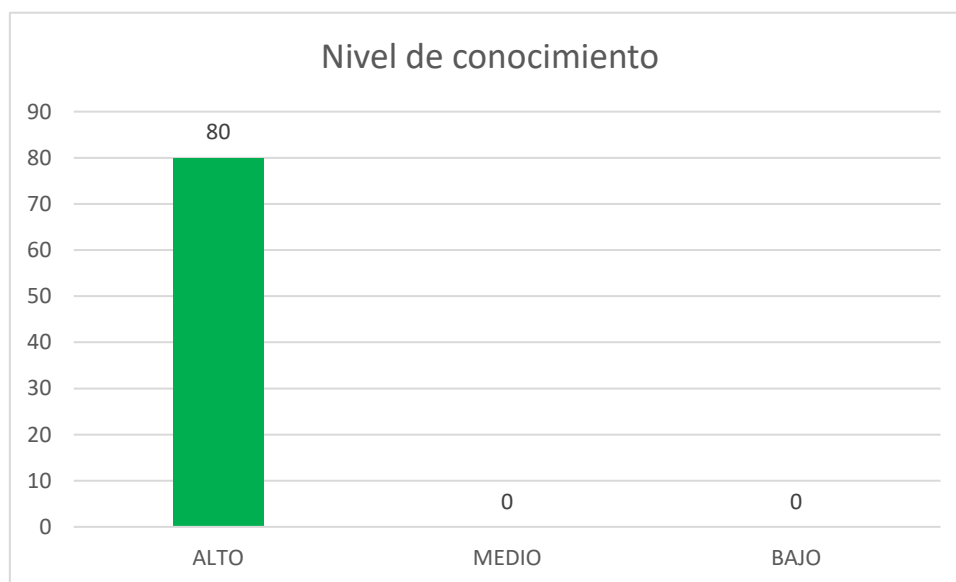
Distribución de variable nivel de conocimiento

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	80	100.0
Medio	0	0
Alto	0	0
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Figura 3

Distribución de variable nivel de conocimiento



Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Se encontró en la tabla 10 y figura 3, en relación a niveles de conocimientos relacionados a normas sobre bioseguridad, que todos los médicos residentes tienen nivel de conocimiento alto, que corresponde a un 100% (80 residentes), no encontrándose residentes de medicina con un nivel de conocimiento regular, ni residentes de medicina con un nivel de conocimiento bajo.

Se concluye que el nivel de conocimiento de los residentes de medicina de un hospital nacional es muy bueno.

Tabla 11

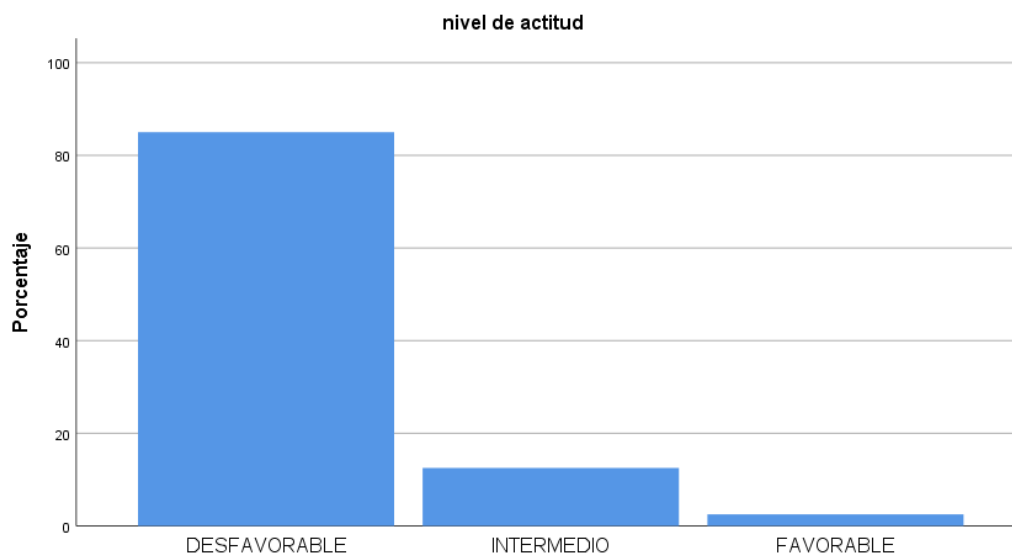
Distribución de la variable las actitudes

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	68	85.0
Intermedio	10	12.5
Favorable	2	2.5
Total	80	100.0

Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Figura 4

Distribución de la variable las actitudes



Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Según tabla 11 y figura 4, se observa que, en la investigación sobre el nivel de actitud relacionado a normas de bioseguridad, se encontró que la gran mayoría de los residentes de medicina tienen un nivel de actitud desfavorable que corresponde a un 85% (68 residentes), seguido de un nivel de actitud intermedio que corresponde a un 12.5% (10 residentes), y finalmente un nivel de actitud favorable que corresponde a un 2.5% (2 residentes).

Se concluye que el nivel de actitud de la gran mayoría de los residentes de medicina de un hospital nacional es desfavorable.

4.1.1.3. Relación cruzada de las variables.

Tabla 12

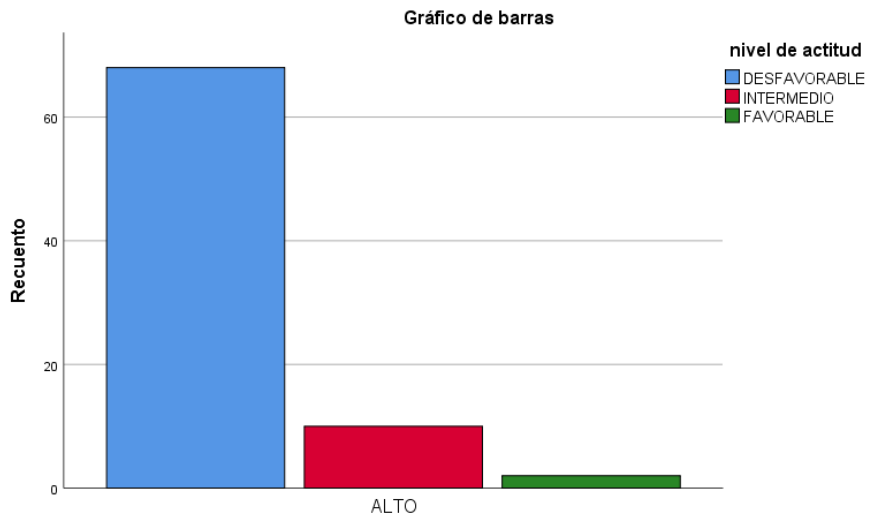
Tabla cruzada entre las variables nivel de conocimiento y las actitudes.

		Las actitudes				
		Desfavorable	Intermedio	Favorable	Total	
Nivel de conocimiento	ALTO	Recuento	68	10	2	80
		% del total	85,0%	12,5%	2,5%	100,0%
Total		Recuento	68	10	2	80
		% del total	85,0%	12,5%	2,5%	100,0%

Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Figura 5

Gráfica cruzada entre las variables nivel de conocimiento y las actitudes.



Fuente: Cuestionario realizado a residentes médicos. (n=80)

Según tabla 12 y figura 5, en el cruce de las variables, se encontró que todos los residentes 100% (80 residentes de medicina) tienen un alto nivel de conocimiento sobre normas de bioseguridad, de los cuales la gran mayoría en un 85% (68 residentes de medicina) presentan un nivel de actitud desfavorable. Concluyéndose, que todos los médicos residentes tienen alto nivel de conocimiento, pero presentan la gran mayoría de ellos una actitud desfavorable.

4.1.1.4 Análisis de la normalidad.

Tabla 13

La prueba de normalidad

Variables	Kolmogorov- Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Nivel de conocimiento	,247	80	,000
Actitudes	,235	80	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Nuestro estudio piloto comprendió una muestra final de 80 participantes, debido a eso se utilizó la prueba de Kolmogorov - Smirnov. Al analizar el valor de la significancia de las variables conocimiento y actitud, tenemos que para conocimiento hay un valor por debajo de 0.05 y para actitud hay un valor por debajo de 0.05, esto me permite concluir los datos no presentan distribución normal. Debido a eso debemos usar prueba de Rho de Spearman, y poder hallar una relación entre las variables.

4.1.2. Prueba de Hipótesis

4.1.2.1. Hipótesis estadística de la hipótesis general.

Hipótesis de investigación

Existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional.

Hipótesis estadísticas

H₀=No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

H_a=Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

Tabla 14

Correlación entre variables nivel de conocimiento y las actitudes

			Conocimiento	Actitud
Rho de Spearman	Conocimiento	Coefficiente de correlación	1,000	,431**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Actitud	Coefficiente de correlación	,431**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Debido a que la significancia bilateral está por debajo del valor de 0.05, tenemos que rechazar nuestra hipótesis nula y por lo tanto aceptar nuestra hipótesis alterna.

Al analizar el coeficiente de correlación tenemos primero que es positivo, por lo que decimos que la relación es directa. Además, debido a que el valor es de 0.431, es una correlación moderada.

4.1.2.2 Hipótesis estadísticas de la primera hipótesis específica

Hipótesis específica 1

H₀=No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión conceptual y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

H_a=Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión conceptual y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

Tabla 15

Correlación entre la dimensión conceptual del conocimiento y variable las actitudes

			Dimensión	
			conceptual	Las actitudes
Rho de Spearman	Dimensión conceptual	Coeficiente de correlación	1,000	,332**
		Sig. (bilateral)	.	,003
		N	80	80
	Las actitudes	Coeficiente de correlación	,332**	1,000
		Sig. (bilateral)	,003	.
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Debido a que la significancia bilateral está por debajo del valor de 0.05, tenemos que rechazar nuestra hipótesis nula y por lo tanto aceptar nuestra hipótesis alterna.

Al analizar nuestro coeficiente para la correlación, tenemos primero que es positivo, por lo que decimos que la relación es directa. Además, debido a que el valor es de 0.332, es una correlación baja.

4.1.2.3 Hipótesis estadísticas de la primera hipótesis específica

Hipótesis específica 2

H_0 =No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión práctica y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

H_a =Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión práctica y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

Tabla 16*Correlación entre la dimensión práctica y variable las actitudes*

			Dimensión práctica	Las actitudes
Rho de Spearman	Dimensión práctica	Coeficiente de correlación	1,000	,483**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	80	80
	Las actitudes	Coeficiente de correlación	,483**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Debido a que la significancia bilateral está por debajo del valor de 0.05, tenemos que rechazar nuestra hipótesis nula y por lo tanto aceptar nuestra hipótesis alterna.

Al analizar el coeficiente de correlación tenemos primero que es positivo, por lo que decimos que la relación es directa. Además, debido a que el valor es de 0.483, es una correlación moderada.

4.1.3. *Discusión de resultados*

Para nuestra *hipótesis general*. “Existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024”. Se puede mencionar que sobre la base de los resultados a través de la resolución del coeficiente de Rho Sperman (0.431: $p < 0.05$), se concluye que existe relación directa, positiva y moderada, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, reafirmando la moderada relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

La investigación guarda relación con la investigación de Acuña (2020), “Conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en internos de enfermería de la universidad nacional federico Villarreal 2020”, quien concluyó que si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes, lo que coincide con los resultados del presente estudio, teniendo en cuenta que la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para las variables categóricas dio como resultado $p = 0,01$ ($< 0,05$), por lo que también llegó a rechazar su hipótesis nula y llegó a aceptar su hipótesis alterna. Encontrándose que niveles de conocimiento excelente está asociado a la actitud favorable.

Sin embargo, estos resultados encontrados difieren con lo reportado con la investigación de Pedraza (2021), “Conocimientos y Actitudes del Personal de Salud, hacia la Aplicación de Medidas de Bioseguridad del Hospital Santa María de Cutervo”, quien concluyó sobre la base de los resultados a través de la resolución de la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para las variables categóricas dio como resultado $p = -0.167$, concluyéndose que hay una relación indirecta, negativa y muy leve, para las variables niveles de conocimiento y actitudes sobre la aplicación de protocolos relacionados a bioseguridad.

También existió coincidencias por parte de diferentes investigaciones realizadas por Fernández (2020), Rodríguez (2021), Acevedo (2021) y Carhuanambo (2021), encontrándose relación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes, observándose sin embargo que hay variaciones entre los valores de niveles de conocimiento y actitud. Observándose en nuestra investigación que los médicos residentes presentan altos niveles de conocimiento, pero la gran mayoría presenta nivel de actitud desfavorable relacionado al uso de normas de bioseguridad.

Las clases de conocimiento propuestas por De Long y Fahey (2000), tienen relación con los diferentes componentes del intelecto humano. Mencionando que existen tres clases de conocimiento: conocimiento humano, conocimiento social y conocimiento estructurado. Mencionando que el conocimiento humano, es una clase de conocimiento que se refiere a lo que los individuos conocen o conocen como hacer, y se manifiesta por habilidades, involucrando conocimientos tácitos y explícitos. Además, se refiere a que las dimensiones de conocimiento pueden ser cognitivo (dimensión conceptual) y físico (dimensión práctica). Además, el conocimiento social es un tipo de clase de conocimiento que aparece dentro de agrupación de personas, es un conocimiento de tipo colectivo y está compuesta por pautas culturales que aparecerán después de un trabajo colectivo, es un tipo de conocimiento superior al conocimiento individual. También el conocimiento estructurado es un tipo de conocimiento explícito, constituido por normas, el cual está incluida en rutinas, reglas, procesos y sistemas organizacionales.

Además, los niveles de conocimiento mencionadas por Espín (2018), son tres: nivel teórico - general, nivel teórico - particular y nivel metodológico. Refiriendo que el nivel teórico - general está compuesto por referentes epistemológicos y filosóficos que nos ayudan para una base teórica, lo cual debemos conocer y tenerlo en cuenta en futuras investigaciones.

Así mismo el nivel teórico – particular, consiste en la conceptualización teórica de una disciplina científica de tipo específica con leyes, principios, conceptos propios y categorías como sistema en un tipo de coherencia lógica. También el nivel metodológico, incluye agrupación de procedimientos y métodos para estudiar el objeto de cualquier estudio para producir un gran impacto positivo en la sociedad.

La actitud se puede dividir en dos dimensiones según Aguilar (2018). Siendo la dimensión positiva, relacionada cuando las personas tienen demasiado entusiasmo por ver lo que es muy bueno, también casi todos presentan buen ánimo a pesar de visualizar percances en las actividades diarias, también, una actitud positiva relacionada a la bioseguridad es importante ya que se podrá usar las normas de bioseguridad en forma adecuada. Siendo la dimensión negativa, relacionada cuando las personas observan la forma negativa de muchas cosas y no son capaces de ver el lado positivo, por eso no se debe generar conceptos en forma negativa porque se pueden perjudicar en su trabajo diario, ya que esta forma de actitud es muy contagiosa y una persona negativa tiene mucha probabilidad de que se equivoque utilizando los protocolos sobre bioseguridad.

En cuanto a la *hipótesis específica 1*. “Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión conceptual y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.”. Se puede mencionar que sobre la base de los resultados a través de la resolución del coeficiente de Rho Spearman (0.332: $p < 0.05$), concluyendo que presenta una relación directa, positiva y baja, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, reafirmando la baja relación entre la dimensión conceptual y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

La investigación guarda relación con la investigación de Salazar (2020), “Nivel de conocimiento y actitudes sobre bioseguridad en internos de medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales”, quien concluyo que si existe una relación significativa entre la dimensión conceptual y las actitudes, lo que coincide con los resultados del presente estudio, teniendo en cuenta que la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para las variables categóricas dio como resultado $p= 0,021 (<0,05)$, por lo que también rechazó la hipótesis nula y aceptó la hipótesis alterna.

Lo mencionado anteriormente guarda relación con la investigación de Krishnan (2023), “Bioseguridad durante la pandemia de COVID-19: un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas entre técnicos de laboratorios médicos”, quien concluyo que si existe una relación significativa entre la dimensión conceptual y las actitudes, lo que coincide con los resultados del presente estudio, encontrándose deficiencias en conocimiento, actitud y prácticas en protocolos relacionados a bioseguridad en personal hospitalario en la India.

La dimensión conceptual es un conocimiento de tipo cognitivo (abstracto), según lo que menciona Pacheco (2022), y está íntimamente relacionado al conocimiento, donde está enfocado en la empatía de las diferentes singularidades del entendimiento humano que es muy importante para el camino del saber y hacer.

Asimismo, la actitud se menciona que es una forma de reaccionar a un conocimiento ya adquirido, que luego se aprendió y posteriormente permanecerá durante mucho tiempo, según Vargas (2016).

En cuanto a la *hipótesis específica 2*. “Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión práctica y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024”. Se puede mencionar que sobre la base de los resultados a través de la resolución del coeficiente de Rho Spermán (0.483 ; $p < 0.05$), se ha concluido que hay relación directa, positiva y moderada, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, reafirmando la moderada relación entre la dimensión práctica y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.

La investigación guarda relación con la investigación de Bin (2020), “Conocimiento, actitud y prácticas con respecto a la gestión de residuos biomédicos entre profesionales de la salud de hospitales del sector privado en Pakistán”, quien concluyó que si existe una relación significativa entre la dimensión práctica y las actitudes, lo que coincide con los resultados del presente estudio, teniendo en cuenta que la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para las variables categóricas dio como resultado $p = 0,001$ ($< 0,05$), por lo que también rechazó la hipótesis nula y aceptó la hipótesis alterna.

Además, la investigación también guarda relación con la investigación de Morais (2020), “Conocimientos, actitudes y prácticas de bioseguridad de los cirujanos dentales brasileños durante la pandemia del COVID-19”, quien concluyó que si existe una relación significativa entre la dimensión práctica y las actitudes, lo que coincide con los resultados del presente estudio, teniendo en cuenta que la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para las variables categóricas dio como resultado $p = 0,001$ ($< 0,05$), encontrándose que los odontólogos presentan adecuados grados de conocimiento, pero incumplen con actitud y prácticas, hallazgos similares a nuestro estudio.

La dimensión práctica es un conocimiento que permite la evaluación de los diferentes conocimientos relacionados al aprender sobre habilidades en forma directa, según Pacheco (2022), y sirve para ejecutar una actividad o formar algo. También es la acción donde sabemos cómo se realiza, a su vez la persona va adquiriendo en el tiempo por medio de práctica, una clase de conocimiento que se adquiere cuando se posee la habilidad para ejecutar una actividad.

Además, tenemos una teoría relacionada al modelo de adquirir y generar habilidades, mencionando que para el desarrollo de un conocimiento, esta es una disciplina relacionada a la práctica, que consiste en expandir el saber tipo práctico basado en el uso de la investigación de tipo científica usando las experiencias clínicas, siendo una experiencia la resultante de todos cuestionamientos, objeciones y negaciones de todos los conceptos previos ante cualquiera de las situaciones, según Escobar y Jara (2019).

También, la actitud se refiere como ánimo o disposición para hacer algo antes de que sea el momento, según Morales (2020), en forma no innata, que se aprende y permanece en forma estacionaria durante el tiempo, que podría variar, a reaccionar en forma desfavorables o favorables ante diversas situaciones.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primero

En correspondencia al *objetivo general*, se demostró y constato a través de la evidencia estadística que el nivel de conocimiento se relaciona de manera significativa con las actitudes sobre medidas de bioseguridad en una correlación directa, positiva y moderada, en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024. Este hallazgo sugiere que, para el caso de la muestra en estudio, se encuentra que, a mayor nivel de conocimiento sobre protocolos de bioseguridad, tendremos que mayor será la actitud favorable la cual es definida como una forma de reacción positiva al conocimiento adquirido, luego aprendido y que permanecerá en el tiempo, previniendo riesgos para la salud de los médicos residentes de un hospital nacional.

Segundo

Además, para el *objetivo específico 1*, se ha demostrado y verificado a través de los datos estadísticos que la dimensión conceptual se relaciona de manera significativa con las actitudes sobre medidas de bioseguridad en una correlación directa, positiva y baja, en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024. Se concluye que, para el caso de la muestra comprendida por los médicos residentes, tenemos que a mayor conocimiento conceptual o abstracto la cual es definida como la agrupación de varios conceptos, muchos enunciados y varias ideas relacionadas a normas de bioseguridad, encontraremos que mayor será la actitud favorable que se refiere a una predisposición positiva constante de los residentes de medicina que reaccionan frente a las medidas de bioseguridad dentro del centro hospitalario.

Tercero

También, en relación al *objetivo específico 2*, se ha probado y evidenciado con resultados estadísticos que la dimensión práctica se relaciona de manera significativa con las actitudes sobre medidas de bioseguridad en una correlación directa, positiva y moderada, en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024. Lo que quiere decir que, para los médicos residentes en estudio, hemos evidenciado que a mayor práctica del conocimiento definida como un conocimiento físico donde se aplica lo aprendido para ejecutar actividades relacionadas a normas de bioseguridad, hallaremos que mayor será la actitud favorable positiva que significa que los médicos que hacen la residencia están con muy buen ánimo y con mucho entusiasmo realizando acciones para evitar riesgos que afecten la salud.

5.2 Recomendaciones

Primero:

Se recomienda adquirir conocimientos sobre protocolos de bioseguridad mediante la realización de trabajos de investigación en diversas Universidades a nivel de pregrado y postgrado, para incentivar la creación de documentos de procedimientos sobre normas de bioseguridad relacionados al cuidado del paciente, ya que se ha demostrado que, a mayor conocimiento, es mayor la actitud favorable.

Segundo:

También, se recomienda desarrollar capacitaciones teóricas en forma constante, relacionadas a normas de bioseguridad, ya que también se ha evidenciado que, a más conocimientos, hay más actitud positiva.

Tercero:

Además, se recomienda generar talleres prácticos de aplicación de las guías de bioseguridad, en forma continua, debido a que se demostró que, al tener muchas prácticas, se va a obtener una mejor actitud.

Finalmente, recomendados asimilar los resultados de este estudio para generar una estrategia enfocada a la aplicación de conocimientos y mejorar las actitudes sobre protocolos de bioseguridad durante las etapas de formación académica.

REFERENCIAS

- Abarca, R. (1991). *El proceso del conocimiento: gnoseología o epistemología*. Universidad Católica de Santa María. <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/procon00.htm>
- Acevedo, I. y Chuman, R. (2021). *Conocimiento de medidas de bioseguridad en relación con su practica en enfermeras del centro quirúrgico del Hospital Belén de Trujillo*. [tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego] Repositorio institucional UPAO. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8395>
- Acuña, E. (2020). *Conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en internos de enfermería de la universidad nacional federico Villarreal* [tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal] Repositorio institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5404>
- Aguilar, M. (2018). *Manejo de Accidentes Punzocortantes de los Enfermeros de Emergencia del Hospital Cayetano Heredia Mayo* [tesis de pregrado, Universidad Nacional del Callao] Repositorio institucional UNAC. <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3034>
- Aignerren, M. (2010). *Técnicas de medición por medio de escalas. La Sociología En Sus Escenarios*, 18(1), 1-25. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6552/6002>
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior* (2°ed.). University Press/McGraw-Hill.
- Alfonso, G. (2022). Medidas de bioseguridad que aplica el personal de laboratorio clínico en la atención al paciente. Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante. *Revista San Gregorio*, 50(2), 86-99 http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2528-79072022000200086&lng=pt&nrm=iso

- Allport, G. (1935). Attitudes. In: Murchison, C. (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (pp, 798-844). Clark University Press.
- Arias, G. & Covinos, M. (2021). *Diseño y Metodología de la Investigación*. Enfoques Consulting EIRL
- Arispe, C., Yangali, J., Guerrero, M., Lozada, O., Acuña, L. y Arellano, C. (2020). *La investigación Científica. Una aproximación para los estudios de posgrado*. Universidad Internacional del Ecuador.
- Aristizábal, J., Colorado, H. y Alvarez, D. (2011). El juego como una estrategia didáctica para desarrollar el pensamiento numérico en las cuatro operaciones básicas. *Sophia*, 12(1), 117-125
<https://www.redalyc.org/journal/4137/413744648009/html/>
- Asociación Médica Mundial. (2016). *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.
<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bermúdez, M. y Navarrete, I. (2020). Actitudes de los maestros ante la inclusión de alumnos con discapacidad. *Ciencias Psicológicas*, 14(1), 1-15.
<https://doi.org/10.22235/cp.v14i1.2107>
- Bin, A., Hassan, M. & Bari, A. (2020). Knowledge, Attitude and Practices regarding Biomedical Waste Management among Health Care Professionals of Private Sector Hospitals in Pakistan. *International Journal of Business and Economic Affairs*, 5(6), 272-280. <https://www.ijbea.com/ojs/index.php/ijbea/article/view/174>
- Brassier, R., Grant, I., Harman, G. y Meillassoux, Q. (2007). *Speculative Realism*. (3°ed.). Collapse.

https://web.archive.org/web/20110519231522/http://www.urbanomic.com/Publications/Collapse-3/PDFs/C3_Spec_Real.pdf

Cabezas, E., Andrade, D. & Torres, J. (2018). *Introducción a la Metodología de la Investigación científica*. Universidad de las Fuerzas Armadas.

<https://repositorio.espe.edu.ec/jspui/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf>

Camacuari, F. (2020). Factores que intervienen en la aplicación de medidas de bioseguridad del profesional de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(3), 33-48.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-0319202000030001.

Camejo, A. (2006). La epistemología constructivista en el contexto de la posmodernidad. *Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 14(2), 2-18.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18153297007>

Cañedo, R. (2003). Análisis del conocimiento, la información y la comunicación como categorías reflejas en el marco de la ciencia. *ACIMED*, 11(4), 3-21.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000400002&lng=es&tlng=es

Carhuanambo, E. (2021). *Relación del nivel de conocimiento con la práctica de medidas de bioseguridad en enfermeras* [tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego] Repositorio institucional UPAO.

<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8406>

Chacón, A (2012). El Sustrato Platónico de las Teorías Pedagógicas. *Tiempo de Educar*, 13(25), 139-159 <https://www.redalyc.org/pdf/311/31124808006.pdf>

Chatzigeorgiadou, S. & Barouta, A. (2021). General and Special Early Childhood Educators' Attitudes Towards Co-teaching as a Means for Inclusive Practice. *Early Childhood*

- Education Journal*, 12(2),2-10. <https://doi.org/10.1007/s10643-021-01269-z>
- Chiong, M. (2018). *Manual de Normas de Bioseguridad y Riesgos Asociados*. Universidad del Desarrollo Alemana. <https://medicina.udd.cl/icim/files/2019/09/MANUAL-DE-BIOSEGURIDAD-pdf-web.pdf>
- Cornejo, A., Meléndez, R. & Ulloa, D. (2018). La trascendencia de las actitudes es todo en la vida. *Revista JANG*, 7(2), 1-10.
<https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/jang/article/view/1506>
- De Long, D. & Fahey, L. (2000). Diagnosing Cultural Barriers to Knowledge Management. *Academy of Management Perspectives* 14(4),113-127.
<https://doi.org/10.5465/AME.2000.3979820>
- Escobar, B. y Jara, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner, aplicación en la formación de enfermería: propuestas de estrategias de aprendizaje. *Educación*, 28(54), 182-202.
<https://dx.doi.org/10.18800/educacion.201901.009>
- Espín, M. y Zambrano, P. (2018). La aplicación del conocimiento como propulsor de su valor. *Revista científica Ecociencia*, 5(3), 1–16.
<https://doi.org/10.21855/ecociencia.53.64>
- Fazio, R. (2007). Attitudes as object-evaluation associations of varying strength. *Social Cognition*, 25(5), 603–637. <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.603>
- Fernández, S. (2020) *Conocimiento y Aplicación de las medidas de bioseguridad en el personal de enfermería frente al riesgo biológico del “Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría”* [Tesis de doctorado, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio institucional de la UMSA.
<https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/24817>
- Flores, M. (2005). Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la

teoría de las relaciones humanas. *Revista espacios* 26(2), 2-22.

[https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html#:~:text=Alavi%20y%20Leidner%20\(2003%3A19,no%20%C3%BAtiles%2C%20precisos%20o%20estructurables.](https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html#:~:text=Alavi%20y%20Leidner%20(2003%3A19,no%20%C3%BAtiles%2C%20precisos%20o%20estructurables.)

González, J. (2014) Los niveles de conocimiento: El Aleph en la innovación curricular.

Innovación educativa, 14(65), 133-142.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009&lng=es&tlng=es)

Gracia, T. (2004). *Introducción a la Psicología Social*. Universidad Abierta de Cataluña.

Greenwald, A. & Banaji, M. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4–27. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.1.4>

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (6ª ed.). Mc Graw Hill

Humpire, R. (2015). *Bioseguridad en estudiantes Internas de Enfermería de las Universidades* [Tesis de pregrado, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio institucional UAP. https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/718/Tesis_Conocimiento_actitud_medidas_bioseguridad_estudiantes%20enfermer%C3%ADa_Universidades%20Juliaca_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hutchins, E. (2000) Distributed Cognition. Toward a New Foundation for Human-Computer Interaction Research. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction*, 7(2), 174-196. <https://doi.org/10.1145/353485.353487>

Krishnan, U., Kamalasekaran, L., Therese, D., Rajasekaran, C., Suganthi, M. & Ravinder, T.

- (2023). Biosafety During COVID-19 Pandemic: A Study on Knowledge, Attitude and Practice Among Medical Laboratory Technicians *International Journal of Medical Science and Current Research*, 6(2),103-109.
https://www.researchgate.net/publication/372371679_Biosafety_During_COVID-19_Pandemic_A_Study_On_Knowledge_Attitude_And_Practice_Among_Medical_Laboratory_Technicians
- Llanos, L., Velásquez, J., Ventosilla, R. y Reyes, R. (2006). Actitudes hacia la prevención y promoción en salud en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Rev Med Hered* 17(2), 81-9. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v17n2/v17n2ao4.pdf>
- Maciel, J., Zamudio, G., Rangel, G., Bustamante, M., León, R. & Pérez, J. (2021). Adherence to hand hygiene at five moments and specific protection in a tertiary care hospital during the COVID-19 pandemic. Apego a higiene de manos en 5 momentos y protección específica en un hospital de tercer nivel ante la pandemia de COVID-19. *Gaceta medica de Mexico*, 157(3), 313–317.
<https://doi.org/10.24875/GMM.M21000564>
- Ministerio de Salud (2020). *Resolución Ministerial Nro. 456 de 2020. Norma técnica de salud para el uso de los equipos de protección personal por los trabajadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud.*
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/783241-456-2020-minsa>
- Ministerio de Salud. (2021). *Reporte Especial. Tiempos de Pandemia 2020-2021.*
<https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2021/08/MINSA-Tiempos-de-pandemia-2020-2021.pdf>
- Ministerio de Salud. (2024). *Resolución Ministerial Nro. 126 de 2024. Reglamento de*

Médicos Residentes del Hospital de Emergencias Pediátricas.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6408416/5613502-rd-126-2024-aprobar-reglamento-de-medicos-residentes.pdf>

Montero, S. (2018). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre medidas de bioseguridad frente a riesgos biológicos en centro quirúrgico* [tesis de maestría, Universidad de San Pedro] Repositorio institucional USANPEDRO.

<https://repositorio.usanpedro.edu.pe/items/00468d04-5e66-46b7-af61-9f0af6959dd4>

Morais, H., Galvão, M., Silva, W., Barros, J., Santos, A., Domingos, N. & Freitas, C. (2020).

Biosafety knowledge, actions and practices of brazilian dentists during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 9(1), 10.

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8507>.

Morales, P. (2000). *Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos*. Universidad Pontifica Comillas.

Morales, F., Moya, M., Fernández, J., Huici, C., Marques, J., Paes, D. y Pérez, J. (1993) *Psicología social*. McGraw Hill.

Nicomedes, E. (2018). *Tipos de investigación*. [tesis de pregrado, Universidad Santo Domingo de Guzmán] Repositorio institucional USDG.

<http://repositorio.usdg.edu.pe/handle/USDG/34>

Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J. y Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación. Cuantitativa – Cualitativa y Redacción de Tesis* (5° ed.). Ediciones de la U.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud ocupacional: los trabajadores de salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health->

workers

- Pacheco, A. (2022). *Conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en los internos de enfermería de la Universidad Norbert Wiener* [tesis de maestría, Universidad Norbert Wiener] Repositorio institucional UWIENER.
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6317?locale-attribute=en>
- Pedraza, J. (2021). *Conocimientos y Actitudes del Personal de Salud, hacia la Aplicación de Medidas de Bioseguridad del Hospital Santa María de Cutervo* [tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo] Repositorio institucional UCV
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/74403>
- Peña, M. y Gómez, K. (2018). *Estrés laboral y actitud de afrontamiento del profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión* [tesis de pregrado, Universidad Nacional del Callao]
<https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3098>
- Pérez, D., Rolón, L., Maldonado, L., Gil, D., Otazú, F., Vigo, E., González, E., Samudio, E., Vera, F, Delgado, C, González, L, Quintana, Y, Barrios, G, Gómez, L, Martínez, N, Molinas, G, Fleitas, V, Florentín, N, Velázquez, S, Cristaldo, C, Arbo, G, Lemir, R, Caballero, M., Ramos, C., Rolón, A. y Rios, C. (2021). Estrategias de Instrucción sobre Medidas de Protección Individual a trabajadores de nueve hospitales del Paraguay durante la pandemia COVID-19. *Revista de salud pública del Paraguay*, 11(1), 20-27. <https://doi.org/10.18004/rspp.2021.junio.20>
- Pérez, M., Arjona, R. y López, A. (2022). Medidas de bioseguridad como factor determinante en la calidad de atención del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Saluta*, 2(6), 43–57. <https://doi.org/10.37594/saluta.v1i6.740>
- Quintero, N., Campo, Y., Toncel, Y., Pérez, O., Sánchez, Y., Puella, Y. y Paredes, M.

- (2021). Estrategias para el control de los riesgos biológicos y accidentabilidad en el personal asistencial y administrativo en una clínica de tercer nivel de Santa Marta. *Revista Salud Uninorte*, 37(2), 285-301. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.616.071>
- Quiroz, M. (2016). *Nivel de conocimiento sobre infecciones nosocomiales y su relación con la práctica de lavado de manos en enfermeras de áreas críticas del Hospital de Belén de Trujillo* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo] Repositorio institucional UCV <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/776>
- Ramírez, A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3), 217-224. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng
- Raraz, J., Allpas, H., Torres, F., Cabrera, W., Alcántara, L., Ramos, R., Aldea, F., Colona, V. y Raraz, O. (2021). Condiciones laborales y equipos de protección personal contra el Covid-19 en personal de salud. *Rev. Fac. Med. Hum*, 21(2), 335-345. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3608>
- Rebollo, P. y Ábalos, E. (2022). *Metodología de la investigación/recopilación*. Editorial Autores de Argentina.
- Rodríguez, Z., Casado, P., Tornes, L., Tornes, C. y Santos, R. (2021). Nivel de conocimiento y actitudes en el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la unidad quirúrgica de cirugía ambulatoria. *Dom. Cien*, 7(2), 568-589 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211161292008>
- Salazar, S. (2020). *Nivel de conocimiento y actitudes sobre bioseguridad en internos de medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Cutervo* [tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal] *Repositorio institucional UNFV*.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4487/SALAZAR%20LDEFONSO%20SUSAN%20KATHERINE%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Sakraida, J. (2007) Health Promotion Model Nola J Pender. In: Marriner, A. and Raile-Alligood, M., (Ed.), *Models and Theories of Nursing* (pp, 289-297). Elsevier-Mosby.
- Salinas, G. (2017). *Conocimientos y actitudes del personal de salud hacia la aplicación de medidas de bioseguridad en centro quirúrgico del hospital regional Honorio Delgado*. [tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María] *Repositorio institucional UCSM*. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/f7fa10dc-cfcf-4a9a-b731-654afa757fc1>
- Sánchez, H., Reyes, C. & Mejía, A. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Universidad Ricardo Palma
- Sánchez, J., Peñalosa, E., Cárdenas, M. y Villalobos, F. (2019). Análisis de redes y cognición en ambientes conectivistas de aprendizaje con inteligencia artificial. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 37-58.
<https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.5.1.2019.176.37-59>
- Sánchez, R. (2021). Pertinencia del conocimiento y cumplimiento de la bioseguridad para el profesional de la salud. Pertinencia del conocimiento y cumplimiento de la bioseguridad para el profesional de la salud. *Humanidades Médicas*, 21(1), 239-258.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202021000100239&lng=es&tlng=es.
- Siemens, G. (2004). Connectivism: A Learning Theory for the Digital Age. *International Journal of Instructional Technology and Distance Learning*, 1(2),3-10
<https://www.semanticscholar.org/paper/Connectivism%3A-A-Learning-Theory->

- for-the-Digital-Age-Siemens/7c7dd6c900c031b3685c761c72ebafdf3004caed
- Siemens, G. (2006). Connectivism: Learning and knowledge today. *The International Review of Research in Open and Distance Learning*, 9(2), 1-13.
http://admin.edna.edu.au/dspace/bitstream/2150/34771/1/gs2006_siemens.pdf
- Surco, D. (2023). La gestión del conocimiento en las actitudes y percepciones del aprendizaje en el posgrado de una universidad pública, según la espiral del conocimiento. *Industrial Data*, 26(2), 167-196.
<https://dx.doi.org/10.15381/idata.v26i2.24329>
- Tamayo, M. (2008). *El proceso de la investigación científica: Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*. (4°ed.). Limusa.
- Tello, J. (2022). Actitudes docentes frente al estudiantado con discapacidad: una revisión de literatura. *Ciencia y Educación*, 6(1), 83-94.
<https://doi.org/10.22206/cyed.2022.v6i1.pp83-94>
- Vargas, F. (2016). *Actitudes de los docentes en el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje de la estadística en el colegio saludcoop*. Instituto Latinoamericano de Altos Estudio. <https://libroselectronicos.ilae.edu.co/index.php/ilae/catalog/book/79>
- Velasco, V., Martínez, V., Hernández, J., Huazno, F. y Nieves, A. (2003). *Muestreo y tamaño muestra. Una guía práctica para el personal de salud que realiza investigación*. El Cid Editor.
- Zariñana, R., Martínez, J., González, F. y García, L. (2018). Bienestar psicológico y su relación con las actitudes y los patrones de toma de decisión. Uaricha, *Revista de Psicología*, 15(35), 80-91.
<http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/203>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

TITULO DE LA INVESTIGACION: "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL, 2024."				
FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO
Problema General: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024?	Objetivo General: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.	Hipótesis general: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.	Variable 1: CONOCIMIENTO Dimensiones: Nivel de Conocimiento Prácticas de conocimiento	<p>1 Método de investigación La presente investigación empleará el método de tipo deductivo, ya que por medio de la deducción se deriva la consecuencia individual de una conclusión general aceptada (Abreu, 2014).</p> <p>2 Enfoque investigativo El enfoque que se usará es de tipo cuantitativo, ya que al plantear el problema de investigación se va a estructurar y afinar mas formalmente una idea sobre la investigación desarrollando elementos de una investigación que son los objetivos, las preguntas, la justificación, la viabilidad y las evaluaciones de todas las deficiencias, todo esto debe ser capaz de llegar a investigaciones concretas y con probables pruebas empíricas (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). Además esta investigación es cuantitativa debido a que se cuantificaran las variables nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas de bioseguridad, por medio de codificación de las puntuaciones obtenidas con los instrumentos que se usaran.</p> <p>3 Tipo de investigación El modelo de investigación a usar será aplicada, ya que su finalidad es encontrar por el conocimiento científico, las formas de solucionar una necesidad específica, practica y reconocida. Además desarrolla tecnología. También se orienta en dilemas con solución actual. Los dilemas se detallan en contextos específicos con soluciones limitadas a ello. La metodología se desarrolla dentro del contexto hipotético deductivo. Su validez está relacionado con las viabilidades de las posibles soluciones (Arispe et al., 2020). El tipo que se usara es aplicada o tecnologica, además porque puede solucionar problemas que aparecen en procesos de circulación, distribución, producción y consumos de servicios y bienes en una actividad humana, y se llama aplicada debido a que se tiene una investigación pura y básica donde se plantean problemas de trabajo para solucionar asuntos de la vida cotidiana de una sociedad (Nicomedes, 2018).</p> <p>4 Diseño de la investigación El presente estudio tiene un diseño de investigación de tipo no experimental, con subdivisión de corte transversal y a su vez se subdivide de tipo descriptivo-correlacional (Hernández-Sampieri,</p>
Problema Especifico 1: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión nivel de conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024?	Objetivo Especifico 1: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión nivel de conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.	Hipótesis Especifica 1: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión nivel de conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.	Variable 2: ACTITUD Dimensiones: Positivo Negativo	

<p>Problema Especifico 2: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión practica de conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024?</p>	<p>Objetivo Especifico 2: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión practica de conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.</p>	<p>Hipótesis Especifica 2: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de acuerdo con la dimensión practica de conocimiento y actitud sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2024.</p>	<p>Fernández y Baptista, 2010). El tipo de diseño no experimental considera el factor tiempo en la recolección de datos y el alcance a donde puede llegar el estudio (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). Este estudio usara este diseño para buscar relaciones entre las variables nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas de bioseguridad, calculando índices de una relación de causalidad, además no se considero la probabilidad de aplicar un tratamiento sobre las variables. El tipo de corte que se empleara es transversal o transeccional, ya que se caracteriza porque la recolección de todos los datos se hará en un momento determinado (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). En este estudio se considerara como rango de tiempo de aplicación del estudio desde octubre 2023 al octubre 2024. Se empleara un diseño de estudio descriptivo, porque busca especificar las características, propiedades y perfiles de grupos, personas, objetos, procesos u otros, que sean sometidos al análisis (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). Este estudio se considero descriptivo porque se analizaran las variables y dimensiones para generar datos estadísticos. Además se usara la investigación de tipo correlacional, porque se asociara variables por medio de patrones predecibles para determinada población (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). Este estudio analizara las variables y dimensiones para generar datos estadísticos para generar coeficientes con causalidad de tipo correlacional. 5 Población, muestra y muestreo La definición de población es el grupo de casos que coinciden con determinados requerimientos en cuanto a tiempo, lugar y contenido (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). La población para este estudio comprende a 110 residentes de medicina. Teniendo como criterios de inclusión: a) Medicos residentes que trabajen en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome, b) Medicos residentes de todos los años, c) Medicos residentes de todas las universidades y d) Medicos residentes que quieran colaborar este estudio. Entre los criterios de exclusión: a) Personal de salud que hace la residencia no medica, b) Medicos residentes que no quieran participar en este estudio. La muestra se define como una parte de una población, que tienen los requerimientos necesarios para una investigación (Ñaupas, Valdivia, Palacios y Romero, 2018). Siendo la muestra para este estudio de 80 medicos residentes. El muestreo que se empleara en este estudio es no probabilístico, en la cual la selección no esta relacionado a la probabilidad, sino depende de las características de una investigación (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010). Para la realización del calculo de la muestra se empleara la formula de tipo estadística para poblaciones finitas.</p>
---	---	---	---

Anexo 2: Instrumentos

Cuestionario 1

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO HACIA MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

PRESENTACION

Buenos días Sr(a). Mi nombre es Mila Haydee Huaytara Porras, Licenciada en Enfermería, estoy realizando un estudio de investigación con la Universidad Norbert Wiener, el cual tiene como título "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL, 2024." Este trabajo tiene como fin determinar el nivel y prácticas de conocimiento sobre medidas de bioseguridad. Por eso solicito su apoyo con su respuesta, con sinceridad y veracidad, asimismo le aseguro que este trabajo es confidencial y anónimo. Muchas gracias por su colaboración.

Además, si Usted decide participar en este estudio, le garantizamos lo siguiente:

- Que su participación es voluntaria.
- Que no va a sufrir ningún tipo de riesgo.
- Que sus aportes van a tener confidencialidad.
- Se le explicara de que se trata el estudio de investigación y en que consiste el cuestionario.
- Se le entregara los cuestionarios, el cual debe ser llenado según su perspectiva.

Acepta participar en este estudio SI () NO ()

DATOS GENERALES

EDAD

a) 18-25

b) 26-30

c) 31 -40

d) mayor de 40 años

SEXO

a) Masculino

b) Femenino

ESTADO CIVIL

a) Soltero

b) Casado

c) Conviviente

d) Divorciado

e) Viudo

Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de preguntas. Completa los espacios en blanco y marca con una (x) la alternativa que consideras conveniente (V) verdadero, (F) falso, (NC) no conozco.

Nº	En relación a la bioseguridad, se sabe lo siguiente. (nivel de conocimiento)	V	F	NC
1	La bioseguridad es el conjunto de medidas preventivas y/ocorrectivas, destinadas a proteger al personal de salud, pacientes, visitantes y medio ambiente.			
2	Los principios de bioseguridad se pueden resumir en universalidad, uso de barreras y medios de eliminación de material contaminado.			
3	El elemento más importante de la bioseguridad es el estricto cumplimiento de las prácticas y procedimientos apropiados y el uso eficiente de materiales y equipos.			
4	El lavado de las manos clínico se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos.			
5	Se deben lavar las manos solo después de atender pacientes especialmente susceptibles de contraer infecciones.			
6	El uso de los guantes sustituye el lavado de manos.			
7	Debe usarse guantes para la realización de punciones venosas y demás procedimientos quirúrgicos, desinfección y limpieza.			
8	Después de colocar o manipular la mascarilla, siempre se deben lavarse las manos.			

9	El cabello facilita la retención y posterior dispersión de microorganismos que flotan en el aire de los hospitales, por lo que se considera como fuente de infección y vehículo de transmisión de microorganismos.			
10	Los mandiles protectores están indicados en todo procedimiento donde haya exposición a líquidos de precaución universal; por ejemplo, drenaje de abscesos, atención de heridas, partos y punción de cavidades, entre otros.			
11	Los mandiles protectores no siempre deberán cambiarse de inmediato cuando haya contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento y una vez concluida la intervención.			
12	Las agujas e instrumentos cortantes, una vez utilizados, se deben desechar en recipientes seguros.			
13	Las trabajadoras de la salud embarazadas deberán extremar las precauciones universales de bioseguridad, para minimizar el riesgo de transmisión de la infección.			
14	Todo instrumental y equipo destinado a la atención de pacientes requiere de limpieza previa, desinfección y esterilización, con el fin de prevenir el desarrollo de procesos infecciosos.			
	En relación a la bioseguridad, que hacemos: (prácticas de conocimiento)			
15	Son agentes desinfectantes: alcohol etílico o isopropílico (solución al 70 %), hipoclorito en concentración baja (200 ppm).			

16	La esterilización es el proceso que destruye todas las formas de microorganismos, incluso las bacterias vegetativas y las que forman esporas.			
17	Solo se deben reportar accidentes con material corto punzante en caso de heridas graves.			
18	Los factores de iluminación, espacio físico, limpieza, material gastable, agua y otros, no son necesarios para la aplicación de las normas de bioseguridad.			
19	El uniforme puede ser utilizado fuera de las instituciones donde labora el personal de salud.			
20	Se entiende por asepsia al proceso que elimina la mayoría de microorganismos patógenos y no patógenos			
21	Los principios de bioseguridad son protección, aislamiento, universalidad.			
22	Para evitar los accidentes con agujas, se recomienda encapucharla para separarla de la jeringa.			
23	Los tipos de esterilización son por calor húmedo, calor seco, gas, químico.			
24	Los niveles de desinfección son alto, medio y bajo.			
25	La primera acción que se realiza ante un pinchazo en la manipulación de una aguja utilizada es el lavado de manos con antisépticos o jabón.			
26	Los desechos contaminados se eliminan en bolsas de color rojo.			
27	El Servicio Ocupacional/Epidemiología, es la encargada del control y monitoreo de normas de bioseguridad en una institución hospitalaria.			

Cuestionario 2

CUESTIONARIO DE ACTITUD HACIA MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

PRESENTACION

Buenos días Sr(a). Mi nombre es Mila Haydee Huaytara Porras, Licenciada en Enfermería, estoy realizando un estudio de investigación con la Universidad Norbert Wiener, el cual tiene como título "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL, 2024." Este trabajo tiene como fin determinar la actitud positiva o negativa sobre medidas de bioseguridad. Por eso solicito su apoyo con su respuesta, con sinceridad y veracidad, asimismo le aseguro que este trabajo es confidencial y anónimo. Muchas gracias por su colaboración.

Además, si Usted decide participar en este estudio, le garantizamos lo siguiente:

- Que su participación es voluntaria.
- Que no va a sufrir ningún tipo de riesgo.
- Que sus aportes van a tener confidencialidad.
- Se le explicara de que se trata el estudio de investigación y en que consiste el cuestionario.
- Se le entregara los cuestionarios en el cual debe ser llenado según su perspectiva.

Acepta participar en este estudio SI () NO ()

DATOS GENERALES

EDAD

- a) 18-25
- b) 26-30
- c) 31 -40
- d) mayor de 40 años

SEXO

- c) Masculino
- d) Femenino

ESTADO CIVIL

- f) Soltero
- g) Casado
- h) Conviviente
- i) Divorciado
- j) Viudo

Instrucciones: A continuación, se presentan enunciados que debes leer con detenimiento.

En base a tu apreciación, coloca una "X" en el recuadro que corresponda tu criterio:

TA	A	I	D	TD
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Nº	PREGUNTAS	TA	A	I	D	TD
1	Se debe verificar y realizar la limpieza y desinfección del servicio donde trabajo.					
2	Es importante procesar los materiales y equipos después de su uso.					
3	Es importante el lavado de manos cuando se concluye una actividad, haya usado o no guantes.					
4	Es cansado procesar los equipos y materiales					
5	Debería utilizar guantes para cada procedimiento					
6	En caso de salir del servicio cubro con una bata el uniforme para prevenir las infecciones nosocomiales.					
7	Es una pérdida de tiempo el lavado de manos después de concluir una actividad.					
8	Es importante orientar al trabajador después de la exposición de piel a fluidos corporales con sangre.					

9	Es preferible descartar los residuos en contenedores diferentes.					
10	Al ingresar a trabajar me interesa verificar la limpieza y desinfección del servicio donde trabajo.					
11	Me es indiferente conocer el tratamiento que se da a los residuos biocontaminados.					
12	Me siento seguro(a) al utilizar medidas protectoras durante la atención de los pacientes.					
13	Es importante colocarse lentes protectores en el manejo de fluidos corporales que produzcan salpicaduras					
14	Es importante en pacientes con problemas respiratorios usar respiradores N95.					
15	Considero necesario tener conocimiento y practica sobre desinfección y esterilización.					
16	Es mi responsabilidad considerar como infectados solo a los usuarios con patología infecciosa definida.					
17	Dudo de la seguridad de las medidas protectoras durante la atención de los pacientes.					
18	Es poco relevante informar un accidente con exposición de piel a fluidos corporales con sangre.					

19	Es preferible descartar los materiales sólidos en un solo contenedor.					
20	Es preferible re-encapsular la aguja.					

MUCHAS GRACIAS.

Anexo 3: Validez de los instrumentos

3.1.1.1 Validación instrumento conocimiento

El instrumento conocimiento tuvo validación por 05 jueces expertos, utilizando la técnica de validación llamada crítica de jueces, sin presentar ninguna observación.

Tabla 1

Validación de jueces expertos

Juez experto	Opinión
Melba Vásquez Tomas	Aplicabilidad
Maruja Baldeón De La Cruz	Aplicabilidad
Delsi Huaita Acha	Aplicabilidad
Raúl Rodríguez Salazar	Aplicabilidad
Rosario Ramos Vera	Aplicabilidad

3.1.1.1 Validación de instrumento actitud

El instrumento actitud fue sometido y validado por 04 juicios de expertos, utilizando la técnica de validación llamada crítica de jueces, sin presentar ninguna observación.

Tabla 2

Validación de jueces expertos

Juez experto	Opinión
Melba Vásquez Tomas	Aplicabilidad
Maruja Baldeón De La Cruz	Aplicabilidad
Delsi Huaita Acha	Aplicabilidad
Raúl Rodríguez Salazar	Aplicabilidad
Rosario Ramos Vera	Aplicabilidad

TITULO DE LA INVESTIGACION:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL,
2024.”**

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x]

Aplicable después de corregir []

TITULO DE LA INVESTIGACION:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL,
2024.”**

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [x]

Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. Melba Vásquez Tomás

DNI: 09495221

Correo electrónico institucional: melba.vasquez@uwiener.edu.pe

Especialidad del validador:

Metodólogo [x] Temático [] Estadístico []

10 de setiembre de 2023



Firma del experto informante

TITULO DE LA INVESTIGACION:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL,
2024.”**

Opinión de aplicabilidad:Aplicable []Aplicable después de corregir [] No aplicable []**Apellidos y nombres del juez validador: Dra. Maruja Baldeón De la Cruz****DNI:110175632****Correo electrónico institucional: maruja.baldeon@uwiener.edu.pe****Especialidad del validador:**Metodólogo [] Temático [] Estadístico []

10 de setiembre de 2023

**Firma del experto informante**

TITULO DE LA INVESTIGACION:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE
BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL,
2024.”**

Opinión de aplicabilidad:Aplicable []Aplicable después de corregir [] No aplicable []**Apellidos y nombres del juez validador: Dr.a. Delsi Huaita Acha****DNI: 08876743****Correo electrónico institucional: delsi.huaita@uwiener.edu.pe****Especialidad del validador:**Metodólogo [] Temático [] Estadístico []

10 de setiembre, de 2023

**Firma del experto informante**

TITULO DE LA INVESTIGACION:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL, 2024.”

Opinión de aplicabilidad:Aplicable]Aplicable después de corregir] No aplicable]**Apellidos y nombres del juez validador: Dra. ROSARIO PILAR RAMOS VERA****DNI: 10233410****Correo electrónico institucional: rosario.ramos@uwiener.edu.pe****Especialidad del validador:**Metodólogo]Temático]Estadístico]

Lima, 05 de abril del 2024


Firma del experto informante

Anexo 4: Confiabilidad de los instrumentos

3.1.1.2 Confiabilidad para instrumento conocimiento

Se realizó una prueba piloto constituida por 15 Médicos Residentes, siendo los resultados analizados con programa SPSS, aplicando prueba alfa de Cronbach, y obteniendo que el instrumento conocimiento tiene una confiabilidad elevada.

Tabla 3

Confiabilidad de cuestionario para variable conocimiento

Estadísticas fiabilidad	
Prueba alfa de Cronbach	Número de elementos
.803	27

3.1.1.3 La confiabilidad en instrumento actitud

Se realizó una prueba piloto constituida por 15 médicos residentes, siendo los resultados analizados con programa SPSS, aplicando prueba alfa de Cronbach, y obteniendo que el instrumento actitud tiene una confiabilidad elevada.

Tabla 4

Confiabilidad de cuestionario para variable actitud

Estadísticas fiabilidad	
Prueba alfa de Cronbach	Número de elementos
.819	20

Anexo 5: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION**Institución:** Universidad Privada Norbert Wiener**Investigador:** Mila Haydee Huaytara Porras**Título:** "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL, 2024."

Propósito de estudio: Estamos invitando a ustedes a participar en un estudio titulado, "Nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas de bioseguridad en residentes de medicina de un hospital nacional, 2024", es un estudio desarrollado por el investigador de la Universidad Norbert Wiener, Mila Haydee Huaytara Porras. El propósito del estudio es analizar determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre medidas de bioseguridad en los residentes de medicina de un hospital nacional, 2023. Su ejecución ayudará a que otras personas puedan seguir investigando y realizando más estudios.

Procedimiento:

Si Usted decide participar en este estudio, le garantizamos lo siguiente:

- Que su participación es voluntaria.
- Que no va a sufrir ningún tipo de riesgo.
- Que sus aportes van a tener confidencialidad.
- Se le explicara de que se trata el estudio de investigación y en que consiste el cuestionario.
- Se le entregará los cuestionarios en el cual debe ser llenado según su perspectiva.

Acepta participar en este estudio SI () NO ()

El desarrollo del cuestionario puede demorar unos 10-15 minutos. La información brindada será solamente de conocimiento del investigador y su asesora, quienes garantizan la confiabilidad y respeto a la privacidad, en el informe final de la investigación será publicado no siendo mencionado los nombres de los participantes.

Riesgo: Su participación en la investigación no genera perjuicios y/o gastos que afectan a su integridad familiar.

Beneficios. Este estudio tiene dos cuestionarios evaluar en que aspecto del conocimiento y actitud hace falta para mejorar en la institución donde estudia, para que su calidad educativa mejore y así sea de referencia, a nivel Nacional e Internacional.

Costo e Incentivos.: No se otorga compensación por la participación

Confidencialidad: Se guarda la información con código y no con sus datos personales, así los resultados del estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Ud. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

Si usted se siente incómodo durante el llenado de los cuestionarios podrá retirarse en cualquier momento, a no participar en alguna parte del estudio sin perjuicio alguno, si tiene alguna inquietud y/o molestia no dude en preguntar al personal de estudio. Puede comunicarse con el Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. *E-mail:* comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden parar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decir no participar, aunque haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmado de este consentimiento

Participante:

Nombre:

DNI:

Investigador:

Nombre: Mila Haydee Huaytara

Porras

DNI: 42011816

Anexo 6: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA
INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 26 de mayo de 2024

Investigador(a)
Mila Haydee Huaytara Porras
Exp. N°: 0356-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) evaluó y APROBÓ los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "Nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas de bioseguridad en residentes de medicina de un hospital nacional, 2024" Versión 01 con fecha 29/04/2024.
- Formulario de Consentimiento Informado Versión 01 con fecha 29/04/2024.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Mila Haydee Huaytara Porras.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La vigencia de la aprobación es de dos años (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. El Informe de Avances se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. Toda enmienda o adenda se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, la Renovación de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Raul Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética para la Investigación
UPNW

Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

 PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación	 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME
--	------------------------	--	--	--

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
 "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Lima, 17 de abril de 2024

OFICIO N°309-2024-OADI-HONADOMANI-SB

MILA HAYDEE HUAYTARA PORRAS
 Investigadora principal
 Presente.-

Expediente N°06032-24

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en relación al Proyecto de Investigación titulado:

"NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN RESIDENTES DE MEDICINA DE UN HOSPITAL NACIONAL, 2024".

Al respecto se informa que el tipo de investigación es descriptivo, no experimental, tipo encuesta, cuantitativo, analítico.

El planteamiento del tema, el plan de análisis de los resultados a obtener y la metodología estadística propuesta son apropiados para el estudio.

Conclusión:

El Comité Investigación del HONADOMANI San Bartolomé aprueban el proyecto de investigación con Expediente N°06032-24.

Hago propicia la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD
 HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
 M.C. ARMANDO REQUIE GARCIA
 Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
 CNP. 23152 RNE. 13586

ARG/GMA/vma
cc. archivo

Av. Alfonso Ugarte 825 4to piso/Lima Perú Teléfono 2010400 anexo 162

Anexo 8: Reporte de similitud de Turnitin

Similarity Report	
PAPER NAME	AUTHOR
TESIS FINAL MILA HUAYTARA 30.08.24 sombreado amarillo de las correcciones. docx	Mila Huaytara
WORD COUNT	CHARACTER COUNT
16785 Words	100892 Characters
PAGE COUNT	FILE SIZE
107 Pages	2.6MB
SUBMISSION DATE	REPORT DATE
Aug 31, 2024 5:31 PM GMT-5	Aug 31, 2024 5:33 PM GMT-5
<p>● 14% Overall Similarity</p> <p>The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11% Internet database • 3% Publications database • Crossref database • Crossref Posted Content database • 12% Submitted Works database <p>● Excluded from Similarity Report</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliographic material • Quoted material • Cited material • Small Matches (Less than 10 words) 	
Summary	

● 13% Overall Similarity

Top sources found in the following databases:

- 9% Internet database
- 3% Publications database
- Crossref database
- Crossref Posted Content database
- 13% Submitted Works database

TOP SOURCES

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
2	uwiener on 2024-07-14 Submitted works	1%
3	uwiener on 2024-08-24 Submitted works	1%
4	uwiener on 2023-10-05 Submitted works	1%
5	repositorio.unfv.edu.pe Internet	1%
6	uwiener on 2023-03-24 Submitted works	<1%
7	Universidad Cesar Vallejo on 2023-08-07 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2024-08-29 Submitted works	<1%