

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Medicina Humana



Una Institución Adventista

**Medidas de bioseguridad y miedo frente al COVID-19 y su relación
con la calidad de vida en trabajadores de salud del Hospital
Huaycán, 2021**

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Autores:

Antony Alejandro Llerena Torrejón

Obed Eleazar López Condori

Asesor:

Mg. Edda Evnet Newball Noriega

Lima, junio de 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

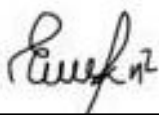
Edda Evnet Newball Noriega, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“Medidas de bioseguridad y miedo frente al COVID-19 y su relación con la calidad de vida en trabajadores de salud del Hospital Huaycán, 2021.”** constituye la memoria que presenta el (la) / los Bachiller(es) Antony Alejandro Llerena Torrejón y Obed Eleazar López Condori para obtener el título de Profesional de Médico Cirujano, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 21 días del mes de junio del año 2021.



Mg. Edda Evnet Newball Noriega

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 21 día(s) del mes de Junio del año 2021, siendo las 15:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Mtro. Luis Felipe Segura Chaves el (la) secretario(a): Mg. Manuel Daniel Concha Toledo y los demás miembros: Mg. Lili Liliam Depaz Durand

y el (la) asesor(a) Mg. Edda Euter Newbell Noriega con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado:

Medidas de bioseguridad y miedo frente al COVID-19 y su relación con la calidad de vida en trabajadores de salud el Hospital Huescán, 2021

del(los) bachiller(es): a) Antony Alejandro Herrera Torrijón b) Obed Pléazar López Candari

c) _____

conducente a la obtención del título profesional de:

Medico Cirujano
(Designación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Antony Alejandro Herrera Torrijón

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	16	B	Buena	Muy bueno

Bachiller (b): Obed Pléazar López Candari

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	16	B	Buena	Muy bueno

Bachiller (c): _____

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(7) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a

Asesor/a

Bachiller (a)

Miembro

Bachiller (b)

[Firma]
Secretario/a

Miembro

Bachiller (c)

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las medidas de bioseguridad y el miedo al COVID-19 con la calidad de vida en el trabajo en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021. El estudio fue analítico transversal e incluyó a 245 profesionales de salud. La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta online y el instrumento un cuestionario. Se creó el cuestionario sobre medidas de bioseguridad que contó con una validez por V de Aiken de 1 y una confiabilidad por KR-20 de 0,81. Los resultados revelaron que el 68,2% de los profesionales de salud fueron mujeres y el 31,8% varones, con una edad promedio de $38,6 \pm 8,5$ años. El 61,6% si cumple con las medidas de bioseguridad en prevención del COVID-19, el 81,6% presenta una mala calidad de vida en el trabajo, el 43,7% tiene mucho miedo al COVID-19 y el 48,2% tiene miedo a perder la vida por el COVID-19. Al análisis multivariado, se encontró que los profesionales de salud que tienen miedo cuando ven noticias o historias sobre el COVID-19 tienen 6 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida en el trabajo (OR: 6,761; IC 95% = 1,51-30,12). De igual manera, las personas que no pueden dormir por estar preocupados por el COVID-19 tuvieron 5 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida en el trabajo (OR: 5,510; IC 95% = 1,10-27,49).

Palabras clave: Medidas de bioseguridad, miedo al covid-19, calidad de vida en el trabajo, trabajadores de salud.

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between biosafety measures and fear of COVID-19 with the quality of life at work in health professionals at Hospital Huaycan, 2021. The study was cross-sectional analytical and included 245 health professionals. The technique used for data collection was the online survey and the instrument the questionnaire. The questionnaire on biosafety measures was created, which had a validity by Aiken's V of 1 and a reliability by KR-20 of 0.81. The results revealed that 68.2% of the health professionals were women and 31.8% men, with an average age of 38.6 ± 8.5 years. 61.6% if they comply with the biosecurity measures for the prevention of COVID-19, 81.6% have a poor quality of life at work, 43.7% are very afraid of COVID-19 and 48, 2% are afraid of losing their lives to COVID-19. In the multivariate analysis, it was found that health professionals who are afraid when they see news or stories about COVID-19 have 6 times the risk of presenting a poor quality of life at work (OR: 6.761; 95% CI = 1, 51-30.12). Similarly, people who cannot sleep due to being worried about COVID-19 had a 5 times higher risk of presenting a poor quality of life at work (OR: 5.510; 95% CI = 1.10-27.49).

Keywords: Biosafety measures, fear of covid-19, quality of life at work, health workers.

1. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Identificación y Justificación del problema

Al 15 de abril de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), reporta 138 millones de casos confirmados y 2,97 millones de muertes por coronavirus (COVID-19) en el mundo. De igual manera la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2), informa que en América Latina y el Caribe existen 26 571 000 casos, con un total de 841 00 muertos. El Perú ocupa el quinto lugar dentro de los países con mayor incidencia de esta enfermedad, con un total de aproximadamente 1,66 millones de casos y 55,489 muertos hasta la fecha (3).

En torno a los profesionales de la salud, la OPS/OMS (4) estiman que 570 000 profesionales de la región se han enfermado y más de 2.500 han sucumbido ante el virus. Asimismo, en el Perú, se ha informado que un total de 5,400 profesionales se han contagiado del COVID-19, y que alrededor de 300 han fallecido (5). Estas cifras exigen orientación sobre procedimientos de bioseguridad adecuados para proteger al personal sanitario, especialmente cuando las infecciones y las cuarentenas agravan la escasez de personal y de equipo de protección personal (EPP) e imponen una carga adicional a los servicios sanitarios ya colapsados (6). Múltiples estudios confirmaron que el acceso a un EPP y la implementación adecuada de protocolos de bioseguridad favorecen el sentimiento de seguridad de los profesionales de salud. Con suficiente EPP, los trabajadores se sienten más protegidos de los contagios, lo que puede disminuir su ansiedad y el miedo a infectar a sus seres queridos (7,8).

Por otro lado, el profesional de salud es el encargado de identificar a las personas contagiadas con la enfermedad, dar respuesta a sus necesidades de tratamiento, realizar los severos y difíciles procesos de tratamiento en los pacientes hospitalizados, afrontar el

colapso psicológico que genera cada paciente fallecido y también afrontar el riesgo de desarrollar la enfermedad en cualquier momento. Cada situación mencionada es una condición de vida difícil en sí misma, y se espera que estas condiciones generen consecuencias psicosociales a corto y largo plazo para los profesionales de la salud (9).

Aunque no hay datos epidemiológicos definitivos sobre los efectos psicológicos del COVID-19 en las personas y su efecto en la salud pública, los resultados de los estudios limitados muestran que el miedo a contraer COVID-19 conduce a intensas consecuencias emocionales y conductuales como el aburrimiento, soledad, ansiedad, problemas para dormir e ira (10,11). Teniendo en cuenta que el profesional sanitario también puede ser susceptible a diversas afecciones psicopatológicas, se puede pensar que la situación de riesgo potencial aumentará aún más el riesgo de depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos paranoicos y psicóticos, e incluso el suicidio (12). Las experiencias que quedan de brotes anteriores, como el ébola, también apoyan esta opinión (13,14). Incluso si los períodos pandémicos han terminado, se espera que ocurran efectos psicosociales secundarios en los profesionales de la salud que experimentan un trauma de cerca, y pueden afectar su calidad de vida. Por tanto, es de esperar que el miedo que desarrollen los profesionales sanitarios en este proceso repercuta negativamente en sus habilidades de ajuste psicológico al desencadenar diversos síntomas psicopatológicos (15).

Dada la novedad de la crisis por COVID-19 es necesario realizar investigaciones que permitan recopilar datos sobre la calidad de vida de los trabajadores de salud y los factores que puedan estar influyendo en ella, como el miedo y las medidas de bioseguridad, para proponer estrategias de intervención a futuro (16).

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre las medidas de bioseguridad y el miedo al COVID-19 con la calidad de vida en el trabajo en profesionales de la salud del Hospital Huaycán, 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre las medidas de bioseguridad y el miedo al COVID-19 con la calidad de vida en el trabajo en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la práctica de medidas de bioseguridad en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021
- Identificar el miedo al COVID-19 en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021
- Identificar la calidad de vida en el trabajo en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021
- Determinar la relación entre las medidas de bioseguridad y la calidad de vida en el trabajo en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021
- Determinar la relación entre el miedo al COVID-19 y la calidad de vida en el trabajo en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La revisión de la literatura sobre calidad de vida de los trabajadores de salud en tiempos de pandemia es escasa, sin embargo, un estudio en Serbia (17) reveló que una deficiente calidad de vida de los trabajadores se relaciona con altos niveles de ansiedad y síntomas depresivos graves. Por el contrario, un estudio en Italia (18) reveló que los trabajadores de salud de primera línea que son del sexo femenino presentan una mejor calidad de vida que los trabajadores masculinos de segunda línea. Estos resultados se explican en que midieron la calidad de vida a partir del constructo de satisfacción por compasión, que es el sentimiento de logro por los esfuerzos realizados para ayudar a otra persona. Sin embargo, en ambos grupos hubo altos niveles de depresión y ansiedad. El resto de la literatura sobre calidad de vida se centra en pacientes con COVID-19 y la repercusión que tiene la enfermedad su estado de salud.

En torno, a las medidas de bioseguridad, la mayor cantidad de Evidencia se centra en el uso del equipo de protección personal (EPP) y en recomendaciones que deben seguir las instituciones para implementarlas. Casi no hay artículos empíricos al respecto.

Un estudio en China (19) encontró que los médico pediatras que no percibían en su centro laboral buenos protocolos de bioseguridad para la atención de paciente con COVID-19 presentaron puntajes más bajos en su calidad de vida. Asimismo, en Egipto (20), la falta de disponibilidad de EPP, el miedo a transmitir la enfermedad a sus familias y el estigma social fueron las razones más frecuentes para una mayor percepción de riesgo de contraer el COVID-19 en trabajadores de salud. Por otro lado, en estudio en enfermeras de Filipinas (21), reveló que un mayor nivel de miedo al COVID-19 se asocia con una menor satisfacción laboral, un aumento de la angustia psicológica y un aumento de las intenciones de rotación organizacional y profesional.

2.2. Bases Teóricas

Medidas de bioseguridad: son el conjunto de conductas mínimas a ser adoptadas, con el fin de reducir o eliminar riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente. La bioseguridad en sí es un enfoque estratégico e integrado para el análisis y la gestión de los riesgos relativos a la vida y la salud (22).

El COVID-19 se puede transmitir de persona a persona a través de gotitas emitidas por pacientes infectados cuando hablan, tosen, estornudan o cuando una persona entra en contacto con superficies contaminadas, lo que expone al personal a un alto riesgo de contagio (23).

Dinámica de aerosoles

Es necesario definir algunos conceptos de la dinámica de las gotitas respiratorias ($> 5 \mu\text{m}$) y aerosoles ($<5 \mu\text{m}$) producidos por las vías respiratorias de pacientes con patología respiratoria, y la interacción de estas partículas con el ambiente de hospitalización de la unidad de cuidados intensivos. La aceleración del flujo que se consigue al toser puede oscilar entre 2 y 50 m / s, y al estornudar puede alcanzar hasta 100 m / s. El gas emitido forma una nube multifásica turbulenta, que puede alcanzar los 8 m; el virus en aerosol puede permanecer suspendido durante varias horas y estar activo en las superficies durante muchos días (24,25).

Equipo de protección personal

El personal de cuidados intensivos está más habituado a los protocolos de bioseguridad. No obstante, en esta pandemia, se han evidenciado varias limitaciones en la adherencia a las pautas de control de infecciones, incluyendo la escasez de EPP, mala calidad de EPP, falta de disponibilidad de habitaciones con antecámara, baño, presión negativa e intercambio de aire, deficiencias en la capacitación en colocación de EPP y

mudarse, cambios frecuentes en las guías de manejo y ambigüedad de las recomendaciones (26).

El paciente puede dispersar partículas con contenido infeccioso. Estas partículas experimentan cambios con la dinámica del flujo de aire en la habitación, lo que puede verse influenciado por el alto tránsito en el lugar, la presencia de aire acondicionado, presión negativa, apertura de puertas, entre otros. Las gotas son pesadas y suelen caer sobre el paciente y su entorno. A pesar de eso, pueden secarse mediante corrientes de aire dejando los núcleos de las gotitas expuestos y capaces de persistir suspendidos en el aire. La dosis viral, el tiempo de exposición, la exposición de las mucosas y el volumen corriente son factores determinantes en la posibilidad de contaminación y la posible infección del personal de salud (24,25).

Las partículas infecciosas pueden estar en el paciente, en su entorno (fómites) y posiblemente en el aire de la habitación del paciente. El virus puede llegar a su sitio objetivo a través de las mucosas conjuntivas de los ojos, nariz y boca. La vía fecal-oral puede estar involucrada, pero esto no ha sido probado hasta ahora. Si comprendemos estos datos, es posible que tengamos la oportunidad de evitar la propagación de la enfermedad a los trabajadores de la salud con barreras físicas específicas conocidas como equipo de protección personal (EPP) (27)

La protección para los ojos se puede hacer usando gafas protectoras, protectores faciales o respiradores elastoméricos de cara completa. La protección bucal y nasal es otorgada por respiradores N95 / KN95 / FFP2 (máscara filtrante) o superiores. En caso de escasez de respiradores desechables, se pueden usar respiradores elastoméricos de media cara o de cara completa con filtros superiores N95 o más. La verificación del sello inspiratorio y espiratorio es esencial en todos los respiradores antes de su uso (28).

La protección que ofrecen las mascarillas y respiradores contra partículas mayores

de 0,3 μm es una mascarilla quirúrgica: 80%, FFP2: 94%, N95: 95%, FFP3: 99,9%, N100: 99,9%. Se recomienda encarecidamente verificar la certificación de calidad del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH); debe estar escrita en la parte frontal del dispositivo (24).

Las recomendaciones de la OMS indican el uso de una mascarilla quirúrgica cuando el personal de salud no está expuesto a procedimientos generadores de aerosoles (AGP) y N95 cuando se realiza (6). Sin embargo, el CDC europeo en entornos de alto riesgo recomienda el uso de respiradores FFP2 o equivalentes, y para los AGP recomienda FFP3 o equivalente, estamos alineados con las recomendaciones europeas. No obstante, hasta la fecha, no hay pruebas sólidas de que las mascarillas médicas sean inferiores a los respiradores N95 / FFP2 para proteger a los trabajadores de la salud contra el COVID-19 confirmado por laboratorio durante la atención de pacientes y no AGP (29).

El respirador elastomérico es una opción válida y cada vez más utilizada debido a la escasez de respiradores N95 / FFP2. Este dispositivo se puede encontrar en versiones de media cara y de cara completa. Es reutilizable y tiene diferentes tipos de filtros, aunque se recomienda N95 o superior. Se ha demostrado que se requiere poco tiempo para aprender a utilizarlos (30).

Miedo frente al COVID-19: El miedo es una emoción adaptativa que sirve para congrega energía para hacer frente a una amenaza potencial. Sin embargo, cuando el miedo no está bien calibrado para la amenaza real, puede ser una mala adaptación (31). Por ejemplo, cuando el miedo es excesivo, esto puede tener efectos perjudiciales tanto a nivel individual como a nivel social. Por otro lado, cuando no hay miedo suficiente, esto también puede resultar en daño para las personas y a la sociedad. Además, el miedo desencadena comportamientos de seguridad (por ejemplo, lavarse las manos) que pueden mitigar ciertas amenazas (por ejemplo, contaminación), pero paradójicamente también

pueden aumentar el miedo (31).

Entre las muchas razones válidas para el miedo en esta pandemia se encuentran el miedo a desarrollar una infección, el miedo a no brindar la atención adecuada a los pacientes con recursos limitados, el miedo a llevar el virus a casa e infectar a familiares y amigos, el miedo a la estigmatización y muchos otros. El miedo no es una primicia en la pandemia de COVID-19; se ha descrito bien en otras epidemias de enfermedades infecciosas como el VIH o el SARS. Muchas de estas fobias están bien fundadas considerando los informes de altas tasas de COVID-19 entre los trabajadores sanitarios de primera línea. La estigmatización de los trabajadores sanitarios ya se ha descrito en asociación con COVID-19, como lo fue durante la epidemia de SAR a principios de la década de 2000 (32).

El miedo es poderoso y no se debe subestimar su influencia en la atención médica. El miedo es una emoción negativa que resulta en impedir estímulos específicos basados en el riesgo percibido. En muchas situaciones, el miedo puede ser una reacción apropiada y puede resultar en una disminución en la participación en el comportamiento de riesgo o una mayor adherencia a las estrategias de atenuación como el distanciamiento social y el lavado de manos. Desafortunadamente, el miedo también se ha asociado con conductas desadaptativas que incluyen la sobrecarga de recursos escasos (p. Ej., Exigir pruebas o atención médica cuando no se necesitan), acaparamiento de suministros valiosos (p. Ej., EPP) y no presentarse al deber (33).

Ho et al (34) observaron que el miedo en los trabajadores de la salud durante el SARS era significativo. Más de la mitad de los trabajadores sanitarios percibieron un bajo control para evitar la infección cumpliendo o manteniendo las prácticas de prevención de infecciones. El alto estrés, la gran carga de trabajo y los cambios repentinos en los procedimientos médicos de rutina durante el brote de SARS hicieron imposible que muchos

trabajadores sanitarios implementaran plenamente las prácticas preventivas, a pesar de que entendían su propósito y el riesgo potencial de no seguirlas. El miedo que resulta en prácticas primordiales basadas en la evidencia conlleva un mayor riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 y otros eventos adversos, como evitar innecesariamente las intervenciones médicas necesarias. Curiosamente, se informa que los trabajadores sanitarios de primera línea que atienden a pacientes con COVID-19 tienen menos miedo de infectarse que los trabajadores sanitarios de otras unidades. Este hallazgo contradictorio puede estar relacionado con una educación y comunicación menos directa con el grupo de menor riesgo, por lo que no logra disipar sus preocupaciones. También se observó que el miedo era mayor en el pico de la epidemia de SARS entre los trabajadores sanitarios de menor riesgo, lo que se alinea con una mayor creencia potencial en el riesgo autopercebido. Este hallazgo puede correlacionarse con escaladas inapropiadas de PPE u otras prácticas de prevención de infecciones innecesarias y resultar en un empeoramiento de la escasez crítica de PPE. Además, el uso de EPP excesivo o desconocido puede acrecentar el riesgo de autocontaminación y aumentar el riesgo de contraer la enfermedad. Si el miedo degrada la confianza en las prácticas de prevención de infecciones, incluido el uso de EPP, aún pueden producirse desviaciones aún mayores de las prácticas basadas en la evidencia (35).

Las estrategias para abordar el miedo en tales situaciones incluyen educación dirigida para abordar el miedo, comunicación en todo el sistema para evitar disparidades en la comprensión, aprovechar el llamado al altruismo, enfatizar el sentido del deber cívico, alentar a los colegas a apoyarse entre sí y alentar a quienes tienen un bajo umbral de miedo. para buscar apoyo de salud mental disponible (7,34,36).

Calidad de vida en el trabajo: se define por factores y características que se encuentran en el ambiente laboral que tienen como objetivo asegurar y posibilitar a los

trabajadores sus necesidades, al realizar sus actividades laborales con el fin de adquirir trabajadores más satisfechos, productivos y servicios de mejor calidad (37).

La calidad de vida es un conocimiento de amplio alcance, que incorpora la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características destacadas del entorno de la persona. La calidad de vida se define como la reacción, ya sea más cognitiva o evaluativa (satisfacción con la vida) o afectiva (felicidad, moral), a la congruencia o discrepancia entre los estándares, metas, valores de una persona y su situación real, logros, etc (38).

En términos generales, la calidad de vida subjetiva implica la autoevaluación (expresión de satisfacción o descontento, valores y percepciones) de las circunstancias personales de la vida. Las medidas de bienestar subjetivo (afecto positivo y negativo), felicidad, vida y satisfacción de necesidades se utilizan a menudo como indicadores clave de la calidad de vida subjetiva. El bienestar subjetivo se define como el equilibrio entre el afecto positivo y negativo. La satisfacción con la vida es la evaluación cognitiva de la propia vida, que implica la comparación entre las propias aspiraciones y logros (39).

La calidad de vida no se puede estandarizar, ya que tiene diferentes significados para diferentes individuos, dependiendo de sus objetivos, metas e intenciones. Además, la calidad de vida no puede medirse únicamente en términos de cuánto tiempo vive una persona, ya que varios factores pueden influir en ella, como la salud, la vivienda, el trabajo, el ocio y la satisfacción, entre otros. En las organizaciones sanitarias, la calidad de vida laboral (QWL) se ha descrito como una referencia a las fortalezas y debilidades del entorno laboral total. La OMS ha definido la calidad de vida como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”

(40,41).

3. CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Lugar de ejecución de la investigación

El Hospital II-1 Huaycán se encuentra ubicado en el Distrito de Ate y pertenece a la RED METROPOLITANA Lima-Este. Colinda por el norte con el río Rímac, por el sur con Cieneguilla, por el este con Chaclacayo y por el oeste con Horacio Zavallos. Cuenta con servicios de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Consultorios externos y otros (Odontología, Psicología, Nutrición e Inmunizaciones).

3.2. Participantes/población y muestra

El hospital cuenta con un total de 700 trabajadores, entre profesionales de salud, personal administrativo y servicios generales (limpieza, seguridad, conductores y cocineros). Para el estudio se considerará un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Trabajadores que sean profesionales de la salud: médicos, enfermeros, técnicos, obstetrices, etc.
- Trabajadores que lleven laborando en la institución desde que inició la pandemia
- Trabajadores que completen los cuestionarios correctamente
- Trabajadores que acepten participar en la investigación

Criterios de exclusión

- Trabajadores que no hayan laborado en la institución durante la pandemia
- Trabajadores que no acepten el consentimiento informado

La muestra final estuvo conformada por aproximadamente 245 trabajadores de salud.

3.3. Diseño y tipo de investigación

El estudio fue analítico, transversal

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada fue la encuesta online y el instrumento el cuestionario.

Para medir la variable medidas de bioseguridad, se elaboró un cuestionario basado en el documento técnico “Plan nacional de reforzamiento de los servicios de salud y contención del COVID-19”(42) y el “Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo”(43,44) basados en la resolución ministerial 95-2020-MINSA. El instrumento contó con 18 ítems con alternativas de respuesta dicotómicas de Sí y No. La escala final de puntuación clasifica las medidas de bioseguridad en cumple (13-18 puntos) y no cumple (1-12 puntos).

Para la validez del instrumento se realizó el juicio de expertos, que incluyó a un médico infectólogo y a la jefa del área de epidemiología del hospital de estudio y al jefe médico del área UCI-COVID de un Hospital de la Seguridad Social. Se obtuvo un valor de V de Aiken de 0,81 (ver Anexo 1), que revela su muy alta validez. Asimismo, para la confiabilidad se realizó un piloto con 20 profesionales de la salud que no fueron considerados dentro de la muestra de estudio. Se halló un coeficiente de KR-20 para respuestas dicotómicas de 0,86, que demostró su alta confiabilidad (ver Anexo 1).

Por otro lado, para la variable miedo al COVID-19, se empleó el cuestionario “Fear of COVID-19 Scale” creado por Ahorsu et al.(45) en Irán y validado en el Perú por Huarcaya

et al.(46) en el 2020 con una confiabilidad por alfa de cronbach de 0,87. El instrumento cuenta con 7 ítems divididos en 2 dimensiones: reacciones emocional al miedo (1,2,4,5 ítems) y expresiones somáticas al miedo (3,6,7 ítems). Las alternativas de respuesta son tipo Likert y van desde el 1 (Totalmente en desacuerdo) hasta el 5 (Totalmente de acuerdo). De igual manera, la escala de puntuación final clasifica el miedo al COVID-19 en: sí tiene y no tiene.

Por último, para la variable calidad de vida en el trabajo, se utilizó el cuestionario creado por Moreno, Cuevas y González en Puerto Rico en el 2009 (47) con una confiabilidad por alfa de cronbach de 0,7. El instrumento cuenta con 46 ítems divididos en 8 dimensiones: condiciones del trabajo (1-21 ítems), exigencias trabajo-vida (22-28 ítems), clima hacia la seguridad (29-32 ítems), discriminación (33-35 ítems), ergonomía (36-39 ítems), salarios y beneficios (40-42 ítems), hostigamiento (43, 44 ítems) y flexibilidad (45,46 ítems). Las opciones de respuesta son de tipo Likert y van desde 1(nunca) hasta 4 (siempre). Asimismo, la escala de puntuación final clasifica la calidad de vida en el trabajo en buena (124-167 puntos) y mala (80-123 puntos).

3.5. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
Medidas de bioseguridad	Conocimiento y práctica de la bioseguridad	1. ¿Te toman la temperatura antes de ingresar al Hospital? 2. ¿Te brindan alcohol gel o materiales para lavarte las manos (papel toalla, agua y jabón) antes de ingresar al Hospital? 3. ¿Te han capacitado sobre el correcto lavado de manos? 4. ¿Te han capacitado sobre los momentos para el lavado de manos? 5. ¿Te desinfectas los zapatos por lo menos 10 segundos antes de ingresar al Hospital? 6. ¿Mantienes un distanciamiento de 1,5 m con los otros miembros del equipo de salud? 7. ¿Te brindan equipo de protección personal como: mascarillas, guantes, mandilón, lentes y botas para desarrollar tu trabajo? 8. ¿Tú área de trabajo se mantiene ventilado ya sea de forma natural o con equipos de renovación de aire cíclico? 9. ¿El aforo de camas de Hospitalización se ha reducido para evitar la aglomeración? 10. ¿Se ha colocado en el Hospital barreras físicas como: pantallas acrílicas o mamparas para desarrollar actividades de riesgo por la generación de aerosoles (Ejemplo: aspiración de secreciones)? 11. ¿Se ha implementado en el Hospital espacios seguros para el personal de salud como el comedor o vestuarios para evitar el contagio durante el retiro de mascarillas para las actividades que se realizan en estos espacios? 12. ¿Se ha reducido el aforo al 50% en ambientes de uso común como los vestuarios, servicios higiénicos, comedor, etc? 13. ¿Está prohibido el saludo con contacto físico (besos, abrazos o apretón de manos) en el Hospital? 14. ¿Te han indicado que en los ambientes de uso común no debes ingresar con ropa descartable o materiales que se hayan usado en los pacientes? 15. ¿Se ha escalonado los horarios de refrigerio para evitar la aglomeración? 16. ¿Se evita la rotación de personal de salud entre áreas COVID-19 y no COVID-19? 17. ¿Las reuniones y/o capacitaciones son preferentemente virtuales? 18. ¿Te realizan periódicamente las pruebas para el descarte de COVID-19 (prueba rápida o molecular)?	1=Sí 0=No
Miedo al COVID-19	Miedo al COVID-19	1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19) 2. Me pone incómodo (a) pensar en el coronavirus (COVID-19) 3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso	1= Totalmente en desacuerdo

		en el coronavirus (COVID-19) 4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19) 5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso (a) o ansioso (a) 6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19) 7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
Calidad de vida en el trabajo	Condiciones de trabajo Exigencias trabajo-vida Clima hacia la seguridad	1. Tengo que mantenerme aprendiendo cosas nuevas. 2. Puedo opinar sobre lo que sucede. 3. Obtengo mi mayor satisfacción en la vida. 4. Puedo utilizar mis destrezas y habilidades. 5. Me tratan con respeto. 6. Tengo confianza en la gerencia. 7. Siento orgullo de trabajar en esta institución 8. Las condiciones de trabajo me permiten ser casi tan productivo(a) como puedo ser. 9. Llevo a cabo el trabajo de forma fluida y efectiva. 10. Las oportunidades de ascenso son buenas. 11. Tengo la oportunidad de desarrollar mis habilidades especiales. 12. Recibo ayuda y equipo suficiente para lograr hacer el trabajo. 13. Tengo suficiente información para lograr hacer el trabajo. 14. Tengo mucha libertad para decidir cómo hacer mi trabajo. 15. Mi supervisor(a) muestra preocupación por el bienestar de sus supervisados(as). 16. Los ascensos son manejados de manera justa. 17. Las personas con las que trabajo se interesan en mí. 18. Tengo las oportunidades de adiestramiento que necesito para desempeñar mi trabajo de manera segura y competente. 19. En general, ¿cómo describiría las relaciones entre la gerencia y los(as) empleados(as) en su lugar de trabajo? 20. Cuando usted hace bien su trabajo, ¿es probable que reciba elogios de su supervisor(a)? 21. Participa con otros(as) ayudando a establecer la forma en que se hacen las cosas. 1. Tengo que trabajar muy rápido. 2. Tengo más trabajo del que puedo hacer bien. 3. Tengo tiempo suficiente para hacer mi trabajo. 4. No hay personal suficiente para hacer todo el trabajo. 5. Las exigencias de su trabajo interfieren con su vida familiar. 6. Las exigencias de su familia interfieren con su trabajo.	1=Nunca 2=A veces 3= Casi siempre 4= Siempre

		7. ¿Cuán difícil le resulta tomar tiempo libre de su trabajo para atender asuntos personales o familiares? 1. La seguridad de los trabajadores(as) tiene una gran prioridad para la gerencia. 2. Cuando se trata de la seguridad de un trabajador(a) no se toman riesgos o atajos. 3. Los empleados(as) y la gerencia trabajan juntos para asegurar las condiciones de trabajo más seguras posibles. 4. Las condiciones de seguridad y salud son buenas. 1. ¿Se siente discriminado(a) de alguna manera por su edad en su trabajo? 2. ¿Se siente discriminado(a) de alguna manera por raza u origen étnico en su trabajo? 3. ¿Se siente discriminado(a) de alguna manera por su género en su trabajo? 1. Durante los pasados 12 meses, ¿tuvo dolor de espalda por una semana o más? 2. Durante los pasados 12 meses, ¿tuvo dolor en las manos, muñecas, brazos u hombros todos los días durante una semana o más? 3. Requiere su empleo principal que usted, ¿levante, empuje o hale objetos o que se doble repetidamente? 4. Requiere su empleo principal que usted, ¿realice regularmente movimientos manuales repetitivos o fuertes o que trabaje en posturas incómodas? 1. Mis beneficios marginales son buenos. 2. Cuando usted hace bien su trabajo, ¿es probable que reciba un bono o un aumento de salario? 3. ¿Siente que el ingreso que recibe de su trabajo es suficiente por si solo para cubrir los gastos y facturas mensuales de su familia? 1. Durante los pasados 12 meses, ¿fue usted hostigado(a) sexualmente por alguien mientras estaba usted en su trabajo? 2. Durante los pasados 12 meses, ¿fue usted amenazado(a) u hostigado(a) de alguna manera por alguien mientras estaba en su trabajo? 1. Tengo la oportunidad de hacer muchas cosas diferentes. 2. Puede cambiar sus horas de entrada y salida.	
	Discriminación		
	Ergonomía		
	Salarios y beneficios		
	Hostigamiento		
	Flexibilidad		

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Se solicitó permiso al Hospital de Huaycán para la realización del trabajo de investigación y se coordinó con los jefes de los diferentes departamentos para la aplicación de los instrumentos del estudio. Se procedió a la limpieza de datos y eliminación de sujetos de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Para el análisis de datos se empleó el programa SPSS v.24. Las variables categóricas fueron descritas en tablas de frecuencia y las numéricas en medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar). La distribución de las variables numéricas, se determinó a partir de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo un p-valor menor a 0,05. Al no contar las variables de estudio con una distribución, se optó por una regresión logística binaria para determinar la asociación entre las medidas de bioseguridad y el miedo al COVID-19 con la calidad de vida en el trabajo.

3.6. Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética del Hospital de estudio (Número 2021-CE-FCS - UPeU-00203.) Asimismo, previo a la resolución de los cuestionarios se brindó el consentimiento informado a los participantes.

4. CAPITULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

De un total de 245 profesionales de salud encuestados, el 68,2% fueron mujeres y el 31,8% varones, con una edad promedio de $38,6 \pm 8,5$ años. Asimismo, el 62% señaló estar casado o ser conviviente y el 38% se encontraba soltero o divorciado. En torno a las características laborales, el 45,7% fueron licenciados (enfermeras(os), obstetrices, tecnólogos médicos), el 59,2% contaban con un contrato CAS o de tercerización y la mayoría llevaba $7,1 \pm 5,9$ años laborando en la institución. Además, el 62,4% laboraba en unidades no críticas y 64,9% manifestó con contar con un segundo trabajo (ver tabla 1).

Tabla 1. Características sociolaborales de la población de estudio.

Variables		n=245	%
Sexo	Femenino	167	68,2
	Masculino	78	31,8
Edad (años)	Me $\pm$ DS	$38,6 \pm 8,5$	
Estado civil	Casado/Conviviente	152	62,0
	Soltero/Divorciado	93	38,0
Profesión	Médico	64	26,1
	Licenciado(a)	112	45,7
	Técnico	69	28,2
Condición laboral	CAS/Terceros	145	59,2
	Contratado/Nombrado	100	40,8
Tiempo laborando en la institución (años)	Me $\pm$ DS	$7,1 \pm 5,9$	
Área de trabajo	Unidades No Críticas	153	62,4
	Unidades Críticas	92	37,6
Segundo trabajo	Sí	86	35,1
	No	159	64,9

En el análisis descriptivo de las variables de estudio, se observa que el 61,6% de los profesionales de salud si cumple con las medidas de bioseguridad para la prevención del COVID-19, mientras que el 38,4% no las cumple. Con respecto a la calidad de vida en el trabajo, el 81,6% de los encuestados la calificó como mala y el 18,4% como buena, la misma tendencia se observa al análisis de sus dimensiones (ver tabla 2).

En relación al miedo por COVID-19, el análisis se hace por pregunta, y se encontró que el 43,7% tiene mucho miedo al COVID-19 y el 48,2% tiene miedo a perder la vida por el COVID-19. En el resto de preguntas, la mayoría señalo no tener miedo (ver tabla 2).

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables: medidas de bioseguridad, miedo al COVID-19 y calidad de vida en el trabajo en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021.

Variables		n=245	%
<i>Medidas de bioseguridad</i>	No cumple	94	38,4
	Sí cumple	151	61,6
<i>Calidad de vida en el trabajo</i>	Mala	200	81,6
	Buena	45	18,4
Condiciones de trabajo	Mala	141	57,6
	Buena	104	42,4
Exigencias trabajo-vida	Mala	204	83,3
	Buena	41	16,7
Clima hacia la seguridad	Mala	175	71,4
	Buena	70	28,6
Discriminación	Mala	231	94,3
	Buena	14	5,7
Ergonomía	Mala	216	88,2
	Buena	29	11,8
Salarios y beneficios	Mala	222	90,6
	Buena	23	9,4
Hostigamiento	Mala	237	96,7
	Buena	8	3,3
Flexibilidad	Mala	212	86,5
	Buena	33	13,5
<i>Miedo al COVID-19</i>			
Tengo mucho miedo del COVID-19	No	138	56,3

	Sí	107	43,7
Me pone incómodo(a) pensar en el COVID-19	No	215	87,8
	Sí	30	12,2
Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el COVID-19	No	232	94,7
	Sí	13	5,3
Tengo miedo de perder mi vida a causa del COVID-19	No	127	51,8
	Sí	118	48,2
Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)	No	227	92,7
	Sí	18	7,3
No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del COVID-19	No	232	94,7
	Sí	13	5,3
Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del COVID-19	No	232	94,7
	Sí	13	5,3

Al análisis bivariado, se encontró que los encuestados con una calidad de vida en el trabajo buena tuvieron una edad promedio de $36,1 \pm 9,04$ años, mientras que, el grupo con una calidad de vida mala tuvo una edad de $39,2 \pm 8,3$ años ($p\text{-valor}=0,025$). Seguidamente, se hallaron diferencias entre la calidad de vida en el trabajo y los ítems “Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el COVID-19” ($p\text{-valor}=0,008$), “Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en redes sociales me pongo nervioso” ($p\text{-valor}=0,000$) y “No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del COVID-19” ($p=0,001$) de la variable miedo al COVID-19 (ver tabla 3).

Tabla 3. Análisis bivariado de las características generales, medidas de bioseguridad y miedo al COVID-19 según la calidad de vida en el trabajo en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021.

Variables		Calidad de vida en el trabajo				p-valor
		Buena		Mala		
		n=45	%	n=200	%	
Sexo	Femenino	29	64,4	138	69	0,553
	Masculino	16	35,6	62	31	
Edad (años)	Me±DS	36,1 ± 9,04		39,2 ± 8,3		0,025
Estado civil	Casado/Conviviente	24	53,3	128	64	0,183
	Soltero/Divorciado	21	46,7	72	36	
Profesión	Médico	17	37,8	47	23,5	0,094

	Licenciado(a)	15	33,3	97	48,5	
	Técnico	13	28,9	56	28	
Condición laboral	CAS/Terceros	29	64,4	116	58	0,427
	Contratado/Nombrado	16	35,6	84	42	
Tiempo laborando en la institución (años)	Me±DS	6,6 ± 5,1		7,2 ± 6,07		0,538
Área de trabajo	Unidades No Críticas	27	60	126	63	0,707
	Unidades Críticas	18	40	74	37	
Segundo trabajo	Sí	16	35,6	70	35	0,944
	No	29	64,4	130	65	
Medidas de bioseguridad	No cumple	1	2,2	7	3,5	0,663
	Sí cumple	44	97,8	193	96,5	
<i>Miedo al COVID-19</i>						
Tengo mucho miedo del COVID-19	No	30	66,7	108	54	0,122
	Sí	15	33,3	92	46	
Me pone incómodo(a) pensar en el COVID-19	No	38	84,4	177	88,5	0,453
	Sí	7	15,6	23	11,5	
Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el COVID-19	No	39	86,7	193	96,5	0,008
	Sí	6	13,3	7	3,5	
Tengo miedo de perder mi vida a causa del COVID-19	No	24	53,3	103	51,5	0,824
	Sí	21	46,7	97	48,5	
Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso (a)	No	36	80	191	95,5	0,000
	Sí	9	20	9	4,5	
No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del COVID-19	No	38	84,4	194	97	0,001
	Sí	7	15,6	6	3	
Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del COVID-19	No	40	88,9	192	96	0,055
	Sí	5	11,1	8	4	

Al análisis multivariado, se encontró que los profesionales de salud que tienen miedo cuando ven noticias o historias sobre el COVID-19 tienen 6 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida en el trabajo (OR: 6,761; IC 95% = 1,51-30,12). De igual manera, las personas que no pueden dormir por estar preocupados por el COVID-19 tuvieron 5 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida en el trabajo (OR: 5,510; IC 95% = 1,10-27,49) (ver tabla 4)

Tabla 4. Análisis multivariado de las variables: características generales, medidas de bioseguridad, miedo al COVID-19 según la calidad de vida en el trabajo en profesionales de salud del Hospital Huaycán, 2021.

Variables	OR	IC 95%		Sig.
		Inferior	Superior	
Sexo	,883	,376	2,078	,776
Edad	,969	,915	1,026	,281
Estado civil	1,081	,505	2,317	,840
Profesión				,303
Médico	1,401	,531	3,696	,496
Licenciado(a)	,675	,278	1,635	,383
Condición laboral	1,279	,502	3,259	,606
Tiempo laborando en la institución (años)	,988	,904	1,079	,784
Área de trabajo	1,044	,475	2,297	,914
Segundo trabajo	1,132	,504	2,544	,764
Medidas de bioseguridad	2,437	,228	26,056	,461
Tengo mucho miedo del COVID-19	,440	,173	1,121	,085
Me pone incómodo(a) pensar en COVID-19	,326	,066	1,621	,171
Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el COVID-19	3,070	,447	21,065	,254
Tengo miedo de perder mi vida a causa del COVID-19	1,489	,617	3,589	,376
Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en redes sociales me pongo nervioso (a) o ansioso(a)	6,761	1,518	30,120	,012
No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del COVID-19	5,510	1,104	27,496	,037
Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del COVID-19	,470	,055	4,011	,490

4.2. Discusión

Los profesionales de la salud tienden a experimentar una peor calidad de vida debido a las pesadas cargas de trabajo, la rotación por turnos, el sufrimiento de los pacientes y muchos otros factores ocupacionales tienen un papel crucial en la protección de la salud en los nosocomios. Sumado a ello, las medidas de restricción y aislamiento dadas por el estado para el control de la infección por COVID-19 ha destapado la pésima calidad de vida en el trabajo que presentan los profesionales de la salud (48).

La investigación encontró que el 81,6% de los profesionales de la salud calificó su calidad de vida en el trabajo como mala y solo el 18,4% como buena (ver tabla 2). Resultados similares obtuvo un estudio durante el brote de Ébola en África que informó una disminución significativa en la salud física y la calidad de vida psicológica de los trabajadores de salud (49), de igual manera un estudio en Países Bajos indicó que la calidad de vida autoinformada de los trabajadores de la salud fue significativamente menor durante el pico de COVID-19 en comparación a antes del inicio de la pandemia (50). En comparación con el público, los trabajadores de la salud son altamente susceptibles a respuestas psicológicas negativas exacerbadas por el riesgo de contacto con pacientes. Además de ello, la falta de una práctica basada en la evidencia relacionada con el manejo de pacientes con COVID-19 y la desinformación sobre el tema merman la calidad de vida de los trabajadores (51).

Otro resultado importante que se encontró en esta investigación, fue que el 61,6% de los profesionales de salud si cumple con las medidas de bioseguridad para la prevención del COVID-19 dentro del Hospital, mientras que el 38,4% no las cumple (ver tabla 2). Resultados similares se encontraron en un estudio hecho en China (52), en el cual el 89,7%

de los trabajadores de salud siguió las prácticas correctas de prevención del COVID-19. A contraposición, en Brasil (53), el 95,9% de médicos odontólogos informó tener conocimiento de las normativas de prevención del COVID-19 dadas por el estado, sin embargo, en cuanto a prácticas, su nivel de acatamiento de las medidas de bioseguridad fue sólo del 28%. La literatura señala que el COVID-19 es una enfermedad muy transmisible; sus mecanismos son principalmente gotitas respiratorias, partículas aerosolizadas y por contacto. Además de ello, algunos procedimientos están asociados con la producción de aerosoles y la mayoría de los pacientes presentan síntomas leves y un 10-30% necesita hospitalización en la UCI (53). Entonces es innegable, que los profesionales de la salud tienen una alta probabilidad de contagio por el COVID-19, lo que hace necesario que los sistemas médicos garanticen la reducción del riesgo de infección entre el personal de la salud que están o no en contacto directo con los pacientes, a través de la implementación de políticas y educación para transmitir la importancia de las medidas de bioseguridad (54).

En lo que respecta al miedo por el COVID-19, se encontró que los profesionales de salud que tienen miedo cuando ven noticias o historias sobre el COVID-19 tienen 6 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida en el trabajo (OR: 6,761; IC 95% = 1,51-30,12). De igual manera, las personas que no pueden dormir por estar preocupados por el COVID-19 tuvieron 5 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida en el trabajo (OR: 5,510; IC 95% = 1,10-27,49) (ver tabla 4). Al igual, un estudio en Turquía (48) hecho en enfermeras hospitalarias, reveló que el miedo al COVID-19 afecta de forma negativa la calidad de vida laboral. Del mismo modo, un estudio en Egipto (55) reveló que el miedo percibido a la infección por COVID-19 se correlaciona negativamente con los logros

personales y todo lo que embarga la calidad de vida. Además, un estudio en Jordania (56) reveló que los trabajadores de salud tuvieron altos niveles de miedo al COVID-19 y esto se asoció positivamente a la ansiedad, depresión y estrés.

La exposición prolongada al estrés, miedo o ansiedad da como resultado un agotamiento emocional y se manifiesta como falta de entusiasmo en el trabajo, impotencia, sensación de estar atrapado y abrumado. Los profesionales de la salud pueden desarrollar una actitud negativa hacia sus colegas, tratar con indiferencia a sus pacientes o ser apartados de sus responsabilidades profesionales, lo que los lleva a un estado de despersonalización y falta de realización personal (57).

Numerosos estudios confirmaron que la calidad de vida en el trabajo se ha visto afectado durante la pandemia por el COVID-19. Esto debido a la exposición de altos niveles de angustia y miedo en el trabajo, el agotamiento emocional, angustia mental y/o física. Las consecuencias negativas de este fenómeno generan una mayor incidencia de errores médicos e insatisfacción laboral, e incluso una jubilación anticipada. Finalmente, la revisión de la literatura señala que los trabajadores de salud que no pueden tolerar las cargas de trabajo son más propensos a informar una mala calidad de vida, particularmente en los dominios físicos y psicológicos de sus vidas (58).

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Con un total de 245 profesionales de salud encuestados, donde la mayor proporción fueron mujeres a comparación de los hombres con un 68,2% y 31,8% respectivamente, siendo la edad promedio de $38,6 \pm 8,5$ años. Se identificó que el 63% señaló estar casado o ser conviviente, Entre los profesionales de salud el 45,7% fueron licenciados (enfermeras (os), obstetrices, tecnólogos médicos).
- El 61,6% de los profesionales de salud si cumple con las medidas de bioseguridad para la prevención del COVID-19, mientras que el 38,4% no las cumple.
- El 81,6% de los encuestados calificó como mala su calidad de vida en el trabajo y el 18,4% como buena, la misma tendencia se observa al análisis de sus dimensiones.
- El 43,7% de los profesionales de la salud tiene mucho miedo al COVID-19 y el 48,2% tiene miedo a perder la vida por el COVID-19. En el resto de preguntas, la mayoría señalo no tener miedo.
- Al análisis bivariado, se encontró que los encuestados con una calidad de vida en el trabajo buena tuvieron una edad promedio de $36,1 \pm 9,04$ años, mientras que, el grupo con una calidad de vida mala tuvo una edad de $39,2 \pm 8,3$ años (p-valor=0,025). Seguidamente, se hallaron diferencias entre la calidad de vida en el trabajo y los ítems “Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el COVID-19” (p-valor=0,008), “Cuando veo noticias e historias sobre el COVID-19 en redes

sociales me pongo nervioso” ($p\text{-valor}=0,000$) y “No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del COVID-19” ($p=0,001$) de la variable miedo al COVID-19.

- Al análisis multivariado, se encontró que los profesionales de salud que tienen miedo cuando ven noticias o historias sobre el COVID-19 tienen 6 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida en el trabajo (OR: 6,761; IC 95% = 1,51-30,12). De igual manera, las personas que no pueden dormir por estar preocupados por el COVID-19 tuvieron 5 veces más riesgo de presentar una mala calidad de vida en el trabajo (OR: 5,510; IC 95% =1,10-27,49).

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda al área administrativa del Hospital de Huaycán a seguir capacitando a sus trabajadores sobre la importancia de las medidas de bioseguridad para la prevención del COVID-19. Asimismo, a implementar intervenciones psicológicas en sus trabajadores ya que a estas alturas de la pandemia hay un gran grupo de trabajadores que percibe una baja calidad de vida y altos niveles de miedo al COVID-19.
- Por otro lado, se incentiva al área de recursos humanos y las jefaturas de medicina a implementar una rotación de turnos que permita al trabajador descansar y reponer energías para seguir desempeñando correctamente sus funciones ya que casi el 40% de la población de estudio cuenta con un segundo trabajo, aumentando su carga laboral.
- Por último, a los estudiantes de medicina humana, a seguir realizando investigación

en el campo de la gestión para mejorar la calidad de vida de los trabajadores e incursionar en la implementación de programas que fomenten el cuidado de la salud mental de los trabajadores de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. 23 de julio. 2020.
2. Organización Panamericana de la Salud O. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). 28 DE JULIO. 2020.
3. Ministerio de Salud M. Minsa: Casos confirmados por coronavirus Covid-19 ascienden a 371,096 en el Perú. 23 de julio. 2020.
4. OPS/OMS. Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. 2020.
5. Devica S. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedad [Internet]. Vol. 7, Ministerio de Salud. 2020. Available from: <https://www.dge.gob.pe/nindex.php>
6. Lippi G, Adeli K, Ferrari M, Horvath AR, Koch D, et al. Biosafety measures for preventing infection from COVID-19 in clinical laboratories: IFCC Taskforce Recommendations. Vol. 58, Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. De Gruyter; 2020. p. 1053–62.
7. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. J Pain Symptom Manage. 2020 Jul;60(1):e60–5.
8. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw open. 2020 Mar;3(3):e203976.
9. Foro Internacional de Medicina Interna. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Educ y Práctica la Med. 2020;45(3).
10. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Vol. 395, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2020. p. 912–20.
11. Brooks S, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. Psychological resilience and post-

traumatic growth in disaster-exposed organisations: Overview of the literature. *J R Army Med Corps*. 2018 Feb;166(1).

12. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. Vol. 7, *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd; 2020. p. 228–9.
13. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. Vol. 74, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Blackwell Publishing; 2020. p. 281–2.
14. Reardon S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa: Health-care workers struggle to help people who have been traumatized by the epidemic. Vol. 519, *Nature*. Nature Publishing Group; 2015. p. 13–4.
15. Seçer I, Ulaş S, Karaman-Özlü Z. The Effect of the Fear of COVID-19 on Healthcare Professionals' Psychological Adjustment Skills: Mediating Role of Experiential Avoidance and Psychological Resilience. *Front Psychol*. 2020 Oct;11.
16. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: A scoping review. *West J Emerg Med*. 2020;21(5):1059–66.
17. Stojanov J, Malobabic M, Stanojevic G, Stevic M, Milosevic V, Stojanov A. Quality of sleep and health-related quality of life among health care professionals treating patients with coronavirus disease-19. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Jul;002076402094280.
18. Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Chiumiento M, Del Lupo E, Dell'Oste V, et al. Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug;17(17):6180.
19. Huang F, Yang Z, Wang Y, Zhang W, Lin Y, Zeng L, et al. Health-Related Quality of Life and Influencing Factors of Pediatric Medical Staff During the COVID-19 Outbreak. *Front Public Heal*. 2020 Oct;8:565849.
20. Abdel Wahed WY, Hefzy EM, Ahmed MI, Hamed NS. Assessment of Knowledge, Attitudes, and Perception of Health Care Workers Regarding COVID-19, A Cross-Sectional Study from Egypt. *J Community Health*. 2020 Dec;45(6):1242–51.

21. Labrague LJ, De los Santos J. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among front line nurses. *Res Sq.* 2020 Jun;
22. Ruiz de Somocurcio Bertocchi JA. Conocimiento de las medidas de bioseguridad en personal de salud. *Horiz Médico.* 2017 Dec;17(4):53–7.
23. Wei J, Li Y. Airborne spread of infectious agents in the indoor environment. *Am J Infect Control.* 2016 Sep;44(9):S102–8.
24. Bourouiba L. Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19. Vol. 323, *JAMA - Journal of the American Medical Association.* American Medical Association; 2020. p. 1837–8.
25. Morawska L, Milton DK. It Is Time to Address Airborne Transmission of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis.* 2020 Jul;71(9):2311–3.
26. Díaz-Guio DA, Díaz-Guio Y, Pinzón-Rodas V, Díaz-Gomez AS, Guarín-Medina JA, Chaparro-Zúñiga Y, et al. COVID-19: Biosafety in the Intensive Care Unit. Vol. 7, *Current Tropical Medicine Reports.* Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2020. p. 104–11.
27. Ma H, Zhu J, Liu J, Zhang X, Liu Y, Yang Q. Hospital biosecurity capacitation: Analysis and recommendations for the prevention and control of COVID-19. *J Biosaf Biosecurity.* 2020 Mar;2(1):5–9.
28. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020 Mar;382(13):1199–207.
29. Howard J, Huang A, Li Z, Tufekci Z, Zdimal V, van der Westhuizen HM, et al. An evidence review of face masks against COVID-19. Vol. 118, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* National Academy of Sciences; 2021.
30. Liu X, Zhang S. COVID-19: Face masks and human-to-human transmission. Vol. 14, *Influenza and other Respiratory Viruses.* Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 472–3.
31. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord.* 2020 Aug 1;74:102258.

32. Cawcutt KA, Starlin R, Rupp ME. Fighting fear in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Vol. 41, *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Cambridge University Press; 2020. p. 1192–3.
33. Koh D. Occupational risks for COVID-19 infection. Vol. 70, *Occupational Medicine*. Oxford University Press; 2020. p. 3–5.
34. Ho SMY, Kwong-Lo RSY, Mak CWY, Wong JS. Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers. *J Consult Clin Psychol*. 2005 Apr;73(2):344–9.
35. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. Vol. 19, *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2020. p. 1967–78.
36. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Addict*. 2020;
37. Silveira Teixeira G, Da Penha Silveira RC, Aline Mininel V, Teixeira Moraes J, Da Silva Ribeiro IK. Quality of life at work and occupational stress of nursing in an emergency care unit. *Texto e Context Enferm*. 2019;28.
38. Mujchin IG. Quality of life of the health care workers in the pre-retirement period from the private sector of the primary health care from the Skopje region. *Maced J Med Sci*. 2015;3(3):514–20.
39. Kttox S. An interactive quality of work life model applied to organizational transition. Vol. 27, *Journal of Nursing Administration*. *J Nurs Adm*; 1997. p. 39–47.
40. Krueger P, Brazil K, Lohfeld L, Edward HG, Lewis D, Tjam E. Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2002 Dec;2(1).
41. Minayo MC de S, Hartz ZM de A, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet*. 2000;5(1):7–18.
42. Ministerio de Salud. Plan nacional de reforzamiento de los servicios de salud y contención del COVID-19. Lima; 2020 Mar.
43. Unidad de Seguridad y Salud en el trabajo. Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo. 2020.

44. Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa.” Plan para la Vigilancia, Prevención y Control de COVID-19 en el trabajo. Lima; 2020.
45. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020;
46. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict*. 2020;
47. Moreno I, Cuevas M, González J. Validación y adaptación del cuestionario de calidad de vida en el trabajo (QWLQ) y del cuestionario genérico de estrés en el trabajo (GJSQ) . *Rev Interam Psicol Ocup*. 2009;28(1):56–80.
48. Maslakçı A, Sürücü L, Sesen H. Fear of COVID-19 and work-quality of life among nurses: The mediating role of psychological well-being. *Manag Sci Lett*. 2021;11:1985–90.
49. Jones S, White S, Ormrod J, Sam B, Bull F, Pieh S, et al. Work-based risk factors and quality of life in health care workers providing maternal and newborn care during the Sierra Leone Ebola epidemic: Findings using the WHOQOL-BREF and HSE Management Standards Tool. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Nov 14 [cited 2021 May 25];10(11):32929. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
50. Kheiraoui F, Gualano MR, Mannocci A, Boccia A, La Torre G. Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy. *Public Health*. 2012 Jul;126(7):624–9.
51. Boluarte Carbajal A, Sánchez Boluarte A, Rodríguez Boluarte A, Merino Soto C. Working conditions and emotional impact in healthcare workers during COVID-19 pandemic [Internet]. Vol. 35, *Journal of Healthcare Quality Research*. Elsevier Espana S.L.U; 2020 [cited 2021 May 25]. p. 401–2. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-working-conditions-emotional-impact-in-S2603647920300919>
52. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 May 25];105(2):183–7. Available from:

/pmc/articles/PMC7194961/

53. Morais HG de F, Galvão MHR, Silva WR da, Barros JM de, Santos AA dos, Domingos NR da S, et al. Biosafety knowledge, actions and practices of brazilian dentists during the COVID-19 pandemic. *Res Soc Dev*. 2020;9(10):e1529108507.
54. Díaz-Guio DA, Díaz-Guio Y, Pinzón-Rodas V, Díaz-Gomez AS, Guarín-Medina JA, Chaparro-Zúñiga Y, et al. COVID-19: Biosafety in the Intensive Care Unit [Internet]. Vol. 7, *Current Tropical Medicine Reports*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2020 [cited 2021 May 25]. p. 104–11. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40475-020-00208-z>
55. Abdelghani M, El-Gohary HM, Fouad E, Hassan MS. Addressing tthe relationship between perceived fear of COVID-19 virus infection and emergence of burnout symptoms in a sample of Egyptian physicians during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 May 25];27(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00079-0>
56. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS One* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 May 25];16(3 March):e0247679. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
57. Al Dhaheer AS, Bataineh MF, Mohamad MN, Ajab A, Al Marzouqi A, Jarrar AH, et al. Impact of COVID-19 on mental health and quality of life: ¿Is there any effect? A crosssectional study of the MENA region. *PLoS One* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 May 25];16(3 March): e0249107. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249107>
58. Young KP, Kolcz DL, O’Sullivan DM, Ferrand J, Fried J, Robinson K. Health care workers’ mental health and quality of life during COVID-19: Results from a midpandemic, national survey. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2021 May 25];72(2):122–8. Available from: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.202000424>

ANEXO I

Evaluados	Items																		Σ
	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14	i15	i16	i17	i18	
1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	12
2	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	9
3	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	7
4	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	13
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
6	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	10
7	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	9
8	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	11
9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	15
10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	14
11	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	13
12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	13
13	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	11
14	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	6
15	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	9
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	15
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
19	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	12
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
21	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	12
p	0.905	0.81	0.905	0.857	0.381	0.762	1	0.81	0.571	0.333	0.333	0.619	0.952	0.81	0.619	0.667	0.952	0.19	12.48
q (1-p)	0.095	0.19	0.095	0.143	0.619	0.238	0	0.19	0.429	0.667	0.667	0.381	0.048	0.19	0.381	0.333	0.048	0.81	5.524
pq	0.086	0.154	0.086	0.122	0.236	0.181	0	0.154	0.245	0.222	0.222	0.236	0.045	0.154	0.236	0.222	0.045	0.154	2.80

$$r_u = \frac{n}{n-1} * \frac{Vt - \sum pq}{Vt}$$

En donde:

r_u = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítemes que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítemes.

$$n = 18$$

$$n-1$$

$$= 17$$

$$Vt = 12.$$

$$= 36$$

Σ	
pq	2.8
$=$	0

$$\frac{0,8}{1}$$

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Modorada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

$$KR-20 = \frac{18}{17} \times \frac{12.4 - 2.80}{12.4} = \frac{0.8}{1}$$