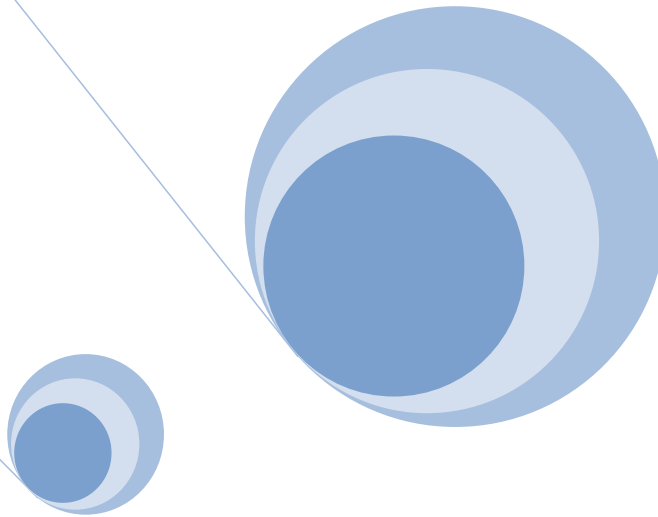
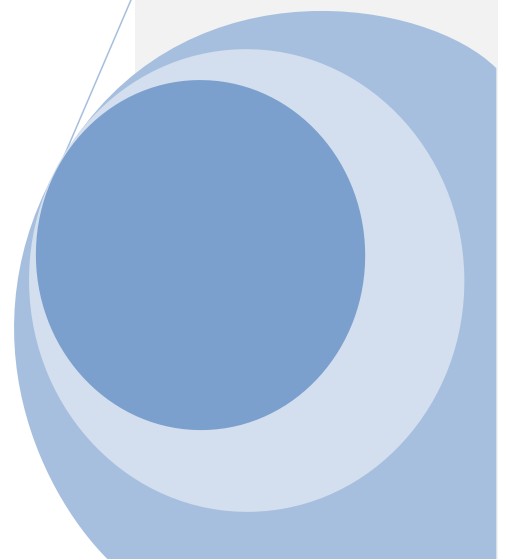


**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS  
Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL  
CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.  
HOSPITALES, ESE CARI, NIÑO JESUS, UNIVERSIDAD  
DEL NORTE. BARRANQUILLA. MARZO-MAYO DE 2010.**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS Y  
AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA. HOSPITALES, CARI  
ESE, NIÑO JESUS, UNIVERSIDAD DEL NORTE. BARRANQUILLA.  
MARZO-MAYO DE 2010.**

**YESSICA ARANA RAMIREZ  
PAOLA ANDREA CORREDOR ANGARITA  
TANIA MILENA RAMOS DOMINGUEZ  
ANDREINA PATRICIA VALLEJO CERRA  
MAIRA LUZ VÁSQUEZ BADILLO**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE  
PROGRAMA DE ENFERMERIA VII SEMESTRE  
BARRANQUILLA  
2010  
TRABAJO DE GRADO**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS Y AUXILIARES DE  
ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON  
VIH/SIDA. HOSPITALES, CARI ESE, NIÑO JESUS, UNIVERSIDAD DEL NORTE.  
BARRANQUILLA. MARZO-MAYO DE 2010.**

**YESSICA ARANA RAMIREZ  
PAOLA ANDREA CORREDOR ANGARITA  
TANIA MILENA RAMOS DOMINGUEZ  
ANDREINA PATRICIA VALLEJO CERRA  
MAIRA LUZ VÁSQUEZ BADILLO**

**Asesor Metodológico:**

**MARTHA PEÑUELA EPALZA**

**Asesor de Contenido:**

**SARA CARO RIOS**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE  
PROGRAMA DE ENFERMERIA VII SEMESTRE**

**BARRANQUILLA**

**2010**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**PÁGINA DE ACEPTACIÓN**

Asesor Metodológico

---

---

Asesor de Contenido

---

---

Jurado

---

---

Barranquilla, 15 de Junio del 2010

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**DEDICATORIA**

Este trabajo de grado nos ha dado la oportunidad de abrir nuestras mentes para el principio de un nuevo futuro, para continuar el constante cambio a los cuales rutinariamente nos vemos enfrentados como seres humanos sin mediar obstáculos pues gracias a ellos hoy somos nuevas personas con una visión integral para afrontar nuevas metas y propósitos por eso le damos gracias...

*Ante todo a Dios nuestro padre celestial por permitirnos ver un nuevo amanecer, de sentirnos vivas aun cuando estamos en problemas, de ver el mundo con una nueva mirada... Que gracias a su sabiduría nos permitió superar barreras que a lo largo de este proceso hemos sabido alcanzar, por darnos la fortaleza necesaria cuando nos sentíamos agotadas, de iluminar nuestros caminos en medio de la tempestad.*

*A nuestros padres hermosos seres e importantes en la vida de cada una de nosotras, nuestras madres que siempre han estado apoyándonos y dándonos la fuerza necesaria en aquellas noches de desvelo recorriendo libros y haciéndonos recordar lo importantes que somos.*

*A nuestros padres que gracias a sus apoyos emocionales han sido nuestras bases sólidas para ver nuestros sueños tan cerca.*

*Gracias por estar siempre a nuestro lado.*

*A nuestros hermanos que siempre están para reírnos, para llorar en cualquier momento de nuestras vidas.*

*A nuestras compañeras de curso que de una u otra forma han sido componente agradable resaltando nuestros esfuerzos y también nuestras debilidades.*

*A todas aquellas personas que han hecho de nuestros anhelos un logro posible de realizar.*

*Así como las estrellas podemos alcanzar las nubes tan solo pensado que los límites son sólo una aventura.*

*Yessica Arana  
Paola Corredor  
Tania Ramos  
Andreina Vallejo  
Maira Vázquez*

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**AGRADECIMIENTOS**

**SARA CARO RIOS**, docente de la Fundación Universidad del Norte, asesora de contenido teórico; por brindarnos su apoyo, orientación, conocimiento, sus contagiosas ganas por amor a nuestro arte y conocimiento, permitiendo enriquecer nuestra investigación con sus anteriores experiencias.

**MARTHA PENUELA EPALZA**, docente de la Fundación Universidad del Norte, mujer luchadora y paciente que gracias a su apoyo, su valiosa colaboración al aclarar nuestras dudas, a su paciencia en orientación de nuestros instrumentos y guía metodológica.

**A las Instituciones que nos permitieron llevar a cabo este trabajo:**

**Hospital ESE CARI**, Por darnos la oportunidad de realizar nuestra investigación y aplicación de instrumentos.

**Hospital Universidad del Norte**, Por brindarnos siempre una cálida atención oportuna en nuestras solicitudes por permitirnos su participación en esta investigación.

**Hospital Niño Jesús**, Por darnos a conocer ante todo sus valores y por permitirnos alcanzar nuestro logro.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

TABLA DE CONTENIDO

**Contenido**

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	14
2. RESUMEN.....	17
3. INTRODUCCIÓN.....	18
4. MARCO TEÓRICO .....	25
4.1 GENERALIDADES ACERCA DE VIH/SIDA .....	25
4.1.1 VIH/SIDA .....	25
4.1.2 SIDA: .....	25
4.1.3 El ARN .....	25
4.1.4 Manifestaciones de la enfermedad: .....	26
4.1.5 Detección:.....	26
4.1.6 Conteo de células.....	26
4.1.7 Carga viral: .....	26
4.1.8 Antirretrovirales: .....	27
4.2 GUIA DE MANEJO VIH/SIDA: (Tomado de ONUSIDA). .....	27
4.2.1 Detección precoz:.....	27
4.2.2 Consideraciones generales: .....	27
4.2.3 Pruebas para la detección: .....	28
4.2.4 Interpretación de pruebas .....	28
4.2.5 VIH/Embarazo: .....	29
4.2.6 Situación cotidiana frente al VIH/SIDA .....	31
4.3 CUIDADO/ CUIDADO HUMANIZADO .....	33
4.3.1 Definición de cuidado .....	33
4.3.2 Cuidado humanizado:.....	35
4.3.3 Supuestos de Watson Relacionados con los Valores del Cuidado Humano .....	36
4.3.4 Elementos del Cuidado de Watson.....	37
4.4 RELACIÓN DE AYUDA.....	39

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

4.5 ACTITUD.....	40
4.5.1 Actitudes positivas y negativas .....	40
4.6 CREENCIAS Y CONDUCTA EN ENFERMERÍA .....	41
4.6.1 Ternura: .....	43
4.6.2 Rechazo:.....	43
4.6.3 Gestos:.....	44
4.7.1 Valores estéticos: .....	46
4.7.2 Valor Altruista:.....	46
4.7.3 Valor de Igualdad: .....	46
4.7.4 Valor de Libertad: .....	46
4.7.5 Valor de la Dignidad Humana .....	47
4.7.6 Valor de la Justicia .....	47
4.8 MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS .....	47
4.8.1 Etapas básicas para el manejo de desechos hospitalarios.....	47
4.8.2 Exclusividad .....	48
4.8.3 Seguridad: .....	49
4.8.4 Higiene y saneamiento:.....	49
4.8.5 Recolección y transporte externo .....	49
4.8.6 Tratamiento: .....	49
4.8.6 Disposición final.....	50
4.9 INSTRUMENTO PARA LA MEDICION DE ACTITUDES .....	50
4.9.1 Construcción de una Escala Aditiva tipo Likert: .....	50
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	53
5.1 TIPO DE ESTUDIO .....	53
5.2. MARCO MUESTRAL .....	53
5.2.1 Población diana .....	53
5.2.2 Población accesible: .....	53
5.2.3 Población elegible .....	53
5.3 TAMAÑO MUESTRAL .....	53
5.4. MUESTRA .....	53



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

5.5. VARIABLES.....	54
5.6. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:.....	54
5.6.1 Técnicas e instrumentos: .....	54
5.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y PRESENTACION DE INFORMACIÓN: .....	59
5.7.1 Tipo de procesamiento:.....	59
5.8 ESCALA DE VALORACIÓN .....	61
5.8.1 Conocimientos:.....	61
5.8.2 Actitudes:.....	61
5.9. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	61
6. RESULTADOS .....	62
7. DISCUSIÓN.....	97
8. CONCLUSIONES .....	99
9. RECOMENDACIONES.....	100
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	101
11. ANEXOS.....	104
11.1 ANEXO 1. ENCUESTA. ....	104
11.2 ANEXO 2. ESCALA DE LIKERT.....	107
11.3 ANEXO 3.CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.....	110
11.4 ANEXO 4. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	115
11.5 ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO. ....	123
11.6 ANEXO 6. DOMINIOS DE LA ESCALA DE LIKERT.....	126
11.7 ANEXO 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	127
11.8 ANEXO 8. RECURSOS. ....	128
11.8.1 RECURSOS HUMANOS .....	128
11.8.2 RECURSOS FISICOS:.....	129
11.8.3 RECURSOS FINANCIEROS: .....	129

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**LISTAS ESPECIALES**

• **TABLAS:**

**Tabla 1.** Análisis Alfa de Cronbach del Instrumento Escala De Likert.

**Tabla 2.** Análisis del Alfa de Cronbach y Datos descriptivos del Instrumento Escala De Likert. Eliminando los ítems A13, A18, A29, A4, A14, A22, A2, A34, A43, A35, A10, A19 Y A25.

**Tabla 3.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según características sociodemográficas.

**Tabla 4.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según características laborales.

**Tabla 5.** Enfermeras y Auxiliares de enfermería según conocimientos. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús y Uninorte. Barranquilla, Marzo-Mayo 2010

**Tabla 6.** Enfermeras y Auxiliares de enfermería según Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús y Uninorte. Barranquilla, Marzo-Mayo 2010.

**Tabla 7.** Población de enfermeras y auxiliares de enfermería según características socio demográficas y conocimientos sobre VIH/SIDA. Hospitales ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo 2010.

**Tabla 8.** Población de enfermeras y auxiliares de enfermería según características socio demográficas y actitudes frente al paciente con VIH/SIDA. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo 2010.

**Tabla 9.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Estrato Socioeconómico y nivel de escolaridad. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010

**Tabla 10.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre la edad y el tiempo laborado durante su profesión. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

• **GRÁFICOS:**

**Grafico 1.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según edad. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 2.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según sexo. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 3.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según estrato socioeconomico. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Grafico 4.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según nivel de escolaridad. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 5.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según Profesión. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 6.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según creencias religiosas. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 7.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según Tiempo de Vinculación a la Institución. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 8.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según experiencia laboral. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 9.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según No. Horas por turno. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 10.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según jornada laboral. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 11.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según Instituciones Hospitalarias. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 12.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según servicio Hospitalario. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 13.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según No. Pacientes por turno. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 14.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según pausas activas durante el turno. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 15.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según No. De Instituciones donde labora. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 16.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según Tiempo de interacción con el paciente. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 17.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 18.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 19.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre edad y Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Grafico 20.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre estrato socioeconómico y Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 21.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Nivel de escolaridad y Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 22.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Profesión y Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 23.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre el tiempo de vinculación a la institución hospitalaria y Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 24.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Institución Hospitalaria y Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 25.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Servicio Hospitalario y Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 26.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre estrato socioeconómico y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 27.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre edad y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 28.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre **nivel de escolaridad** y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 29.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Profesión y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 30.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Institucion Hospitalaria y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 31.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre servicio hospitalario y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 32.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre experiencia laboral y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Grafico 33.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Religión y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 34.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Horas por turno y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 35.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre tipos de turno asignados y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 36.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre No, Pacientes asignados por turno y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 37.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Nivel de conocimientos y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 38.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre estrato socioeconómico y Nivel de escolaridad. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**Grafico 39.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre edad y experiencia laboral. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**1. GLOSARIO DE TÉRMINOS**

- **NIVEL DE ESCOLARIDAD** Grado de conocimiento teniendo en cuenta en nivel de educación.
- **ESTRATO SOCIOECONOMICO** Clasificación de inmuebles residenciales teniendo en cuenta el nivel de ingresos de los propietarios, la dotación de servicios públicos domiciliarios, la ubicación (urbana, rural), asentamientos indígenas, entre otros.
- **RELIGION** Es un elemento de la actividad humana que suele componerse de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. Se habla de «religiones» para hacer referencia a formas específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos.
- **TIEMPO VINCULADO A LA INSTITUCIÓN** Tiempo actual de servicio en la institución
- **EXPERIENCIA LABORAL** Tiempo laborado durante su vida.
- **JORNADA LABORAL** Momentos del día en el cual se le asignan los turnos de trabajo en los servicios de la institución.
- **SEXO** La palabra "sexo" (desciende del Latín: cortar, dividir) originalmente se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a sexos. La persona es o de sexo uno de estos grupos, a uno de los dos femenino o masculino.
- **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA** Lugar o institución dinámica proyectada a la comunidad que sirve, bajo una filosofía acorde con los conceptos de atención médica moderna (O.M.S.) según el cual, ésta se concibe como: el conjunto de medidas de protección, fomento y restitución de la salud, puestas a disposición del individuo y de la colectividad, dentro de un programa de servicios -en el cual se da debida participación a la influencia de los factores ambientales.
- **PROFESIÓN** Empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente. Las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

- **SERVICIO HOSPITALARIO** Áreas del hospital que tienen una función asistencial, es decir atención directa del paciente por parte de profesionales del equipo de salud, en una rama de la medicina específica.
- **CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE VIH/SIDA** Conjunto de información obtenida mediante la experiencia o el aprendizaje acerca de etiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y protocolo de atención del VIH/SIDA.
- **CONOCIMIENTO SOBRE NORMAS DE BIOSEGURIDAD** Normas que están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales.
- **CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO DE MANEJO DE VIH/SIDA** Guías que establecen como debe ser la atención y el manejo de pacientes con VIH/SIDA en el medio hospitalario y de consulta externa y las precauciones generales para prevenir la transmisión por el VIH.
- **CREENCIAS** Sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera.
- **VALORES** Estados a los que las personas dan importancia. Por ejemplo, éxito, seguridad, amor, felicidad, etc. Un valor es una palabra que indica algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses. Los utilizaremos continuamente, en muchos casos de forma inconsciente, para juzgar lo que está bien y lo que está mal.
- **RELACION TERAPEUTICA** Encuentro, o contacto en el que dos personas inician una comunicación, una relación, en la que se pone en marcha un determinado proceso terapéutico, centrado principalmente en tratamiento.
- **AUTOCONFIANZA** Convencimiento mínimo de que uno es capaz de realizar con éxito una determinada tarea o misión.
- **TRABAJOINTERDISCIPLINARIO** Relación que se establece entre todos los miembros del equipo médico para brindar el cuidado y toma de decisiones con respecto a los pacientes.
- **TIEMPO DE DEDICACIÓN AL PACIENTE** Número de minutos dedicados al cuidado integral del paciente.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

- **NUMERO DE PACIENTES ASIGNADOS** Cantidad de pacientes asignados al personal de enfermería por servicio.
- **PAUSAS ACTIVAS** Momentos de esparcimiento durante su turno laboral (contesta celular, charlar con las compañeras-os de trabajo, otras actividades).
- **TIEMPO DE DESCANSO** Número de minutos dedicados a la alimentación.
- **RELACION DE AYUDA** Proceso de acompañamiento a una persona que tiene bloqueadas sus capacidades de reacción para superar un conflicto. No es una "intervención", sino una recepción del mundo del otro, en clima de respeto y centrado en sus necesidades. Se trata de crear un cierto tipo de relación, en que la otra persona pueda descubrir por sí misma su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera producir el cambio y el desarrollo personal.
- **AMABILIDAD** Forma de tratar por parte del profesional de una manera cariñosa y servicial al paciente en momento de la atención.
- **EMPATIA** Capacidad que tiene el ser humano de verse reflejado en la situación del otro.
- **ESCUCHA** Capacidad de atender, aceptar, respetar lo que la otra persona esta expresando de forma negativa o positiva.
- **COMPROMISO MORAL** Capacidad de la enfermera en proteger y realzar con dignidad humana con el más profundo/más alto yo.
- **CONFIDENCIALIDAD** Capacidad de guardar reserva sobre las informaciones que afectan a la vida privada de los pacientes.
- **NUMERO DE OCUPACIONES** Numero de lugares de trabajo actuales.
- **TIEMPO DE TRABAJO POR TURNO** Número de horas laboradas en un turno.



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

## **2. RESUMEN**

En Colombia, actualmente el 0.7 % de la población vive con VIH y es un porcentaje que según estudios va en aumento. Debido a esto se han establecido programas para evitar el contagio y disminuir el riesgo de infección.

Respecto al cuidado de estos pacientes es importante tener en cuenta que el deber del personal médico es brindar un tratamiento oportuno y eficaz para controlar los síntomas de la enfermedad y prevenir enfermedades concomitantes que puedan poner en mayor riesgo la vida del paciente. Por su parte el personal de enfermería, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético, creativo y solidario a las personas en el proceso salud-enfermedad, especialmente a los enfermos con Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), a sus familiares y a la sociedad en general, que precisa una atención adecuada. Este tiene la finalidad de fortalecerlo emocional y espiritualmente, proporcionando así unos cuidados de enfermería de calidad integral.

Esta investigación busca Determinar los conocimientos, y actitudes por parte de enfermeras y auxiliares de enfermería relacionado con el cuidado de pacientes con VIH/SIDA en la ciudad de Barranquilla, en el primer periodo de 2010.

La técnica empleada fue la encuesta autodiligenciada. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario con preguntas sobre conocimientos acerca del manejo de pacientes con VIH/SIDA basado en la guía de atención que nos ofrece ONUSIDA, y la de Escala Likert para exploración de actitudes hacia el cuidado del paciente con VIH con previa validez de contenido por juicio de expertos, la validez interna se midió mediante el test de alfa Cronbach.

Los resultados del análisis de este abordaje arrojaron que la gran mayoría de los participantes poseen conocimientos inadecuados acerca del VIH/SIDA y su manejo sin distinción entre enfermeras y auxiliares de enfermería. En cuanto a la actitud la mayoría presenta actitud positiva frente a este tipo de pacientes.

Este estudio permitirá la planificación de estrategias educativas mediante la información adecuada, introduciendo los cambios en valores y actitudes que se estimen para brindar un cuidado con calidad y humanizado.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

### **3. INTRODUCCIÓN**

La epidemia mundial de SIDA ha venido mostrando un comportamiento creciente en gran parte de la población mundial, especialmente en países en desarrollo. Según los reportes estadísticos de ONU/SIDA en la última década, hay indicios preocupantes de que en algunos países, que hasta fechas recientes tenían tasas de infección por el VIH estables o en retroceso, éstas vuelven a aumentar (1). Sin embargo, también se observa un descenso en las tasas de infección en algunos países como Estados Unidos y Europa Occidental, así como tendencias positivas en el comportamiento sexual de los jóvenes.

Los nuevos datos publicados en el informe *Situación de la epidemia de Sida 2009* ponen de manifiesto que en los últimos ocho años se ha reducido en un 17% el número de nuevas infecciones por el VIH. En el África subsahariana esta cifra ha caído en cerca de un 15% desde 2001, año en que se firmó la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas en la lucha contra el VIH/Sida, lo que supone alrededor de 400 000 nuevas infecciones menos en 2008. Durante el mismo periodo la incidencia del VIH se ha reducido en cerca de un 25% en Asia oriental y en un 10% en Asia meridional y sudoriental. Los datos recogidos también demuestran que la cifra de 33,4 millones [31,1 a 35,8 millones] de personas que viven con el VIH es la más alta registrada hasta ahora, lo que se explica por los efectos benéficos de la terapia antirretroviral, que prolonga la vida del enfermo, y por el aumento de la población. Y sin embargo el número de defunciones relacionadas con el VIH/SIDA ha caído en más del 10% en los últimos cinco años, pues cada vez más gente ha podido acceder a un tratamiento que le ha salvado la vida. El ONUSIDA y la OMS calculan que, desde el advenimiento de tratamientos eficaces en 1996, se ha salvado la vida a cerca de 2,9 millones de personas. (2)

En 2008, el número de personas que viven con el VIH en todo el mundo continuó aumentando, hasta alcanzar aproximadamente 33,4 millones [31,1 millones–35,8 millones]. El número total fue más de un 20% superior que la cifra publicada en el año 2000 y la prevalencia de la infección, en líneas generales, fue tres veces superior a la de 1990. (3).

En Colombia, actualmente el 0.7% de la población vive con VIH y es un porcentaje que según estudios va en aumento. 160 mil son hombres y 45 mil son mujeres. De cada cinco casos de VIH, uno padece la enfermedad de SIDA. En el país las zonas de mayor incidencia son el Litoral Caribe y el Pacífico. (4) En 2006, se registraron prevalencias del VIH del 3,3% y 5% en Barranquilla, en la costa caribeña y el departamento del Atlántico. Esta cifra es considerablemente mayor que la prevalencia del 0,7% registrada en un estudio de 2002 entre profesionales del sexo de la capital, Bogotá. (5).

Teniendo en cuenta estas cifras, el aumento de casos de VIH/SIDA en el mundo, en el país y en el departamento del Atlántico son considerables. Es deber del personal médico

## **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

brindar un tratamiento oportuno y eficaz para controlar los síntomas de la enfermedad y prevenir enfermedades concomitantes que puedan poner en mayor riesgo la vida del paciente.

El personal de enfermería, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético, creativo y solidario a las personas en el proceso salud-enfermedad, especialmente a los enfermos con Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), a sus familiares y a la sociedad en general, que precisa una atención adecuada. Este tiene la finalidad de fortalecerlo emocional y espiritualmente, proporcionando así unos cuidados de enfermería de calidad integral.

Un estudio realizado en México, en 1994 cuyos resultados muestran que el personal de enfermería asume actitudes negativas y de rechazo frente a los pacientes con VIH/SIDA, ya sea por miedo o falta de conocimientos, ejemplo de se observa en un estudio que evaluó el nivel de conocimientos de este personal, en abril de 1994, en Tlalnepantla, Estado de México. Al evaluar el nivel de conocimientos se encontró un 43% aceptable y un 57% no aceptable. Al relacionar el nivel de conocimientos con la escolaridad, se encontró que a mayor escolaridad mejor nivel. Llama la atención que el personal con estudios de posgrado obtuvo en promedio 61% de conocimientos, que se interpreta como aceptable. Se observó, el personal con secundaria obtuvo un mayor porcentaje que el personal con licenciatura. Al evaluar el nivel de conocimientos con la antigüedad laboral, se obtuvo que el personal con 15 a 19 años de labor presenta un mejor nivel de conocimientos (71%), comparado con los demás grupos. En relación con el nivel de conocimientos y el tipo de contratación, se observó que el personal de base tuvo un mayor nivel de conocimientos que el eventual. (6)

En 1996 se llevó a cabo un estudio en la ciudad de Merida de Venezuela, a médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos, estudiantes del área de la salud y otras profesiones. La muestra estuvo constituida por 287 profesionales de la salud, distribuidos de la siguiente manera: 86 médicos, 91 enfermeras, 25 bioanalistas, 27 odontólogos y 58 estudiantes del área de la salud. Además fueron encuestados 35 sujetos, tomados de la población en general, de diferentes niveles de educación formal (amas de casas, obreros, técnicos de nivel medio y superior y profesionales universitarios), los cuales tenían como única condición, no tener ninguna relación con el desempeño en el área de la salud. Se evaluaron las Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA; de acuerdo a los resultados obtenidos se pudo apreciar que el mayor puntaje en actitud negativa hacia el paciente con SIDA fue obtenido por los odontólogos con un 35,78% en el factor Rechazo. En el factor Discriminación, el puntaje mayor fue obtenido por la muestra de enfermeras, con 56,02%, seguido por los odontólogos 55,78%, los bioanalistas 43,00% y los médicos 42,22%. Se asume que la actitud de los odontólogos obedece, quizá, a la mayor probabilidad sentida de contagio y riesgo derivada de su actividad clínica y posiblemente también al tipo de relación que se plantea con el paciente. En cuanto a la actitud discriminatoria de las enfermeras, es posible que exista un

#### **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

interactivo del nivel cultural y educativo de las mismas, además de que también podría obedecer al contacto continuo y estrecho a que se ven obligadas en su profesión con respecto a cualquier tipo de paciente, sintiéndose por ello más sensibles a un posible contagio y por lo tanto más temerosos, lo cual haría que tiendan a una mayor discriminación del paciente con SIDA. (7)

Milagro Puertas de García, realizo en Barquisimeto, Venezuela, un estudio transversal, descriptivo en Octubre 2003 – Marzo 2004, donde se evaluó el Nivel de conocimiento del VIH/SIDA del Profesional de Enfermería; una vez analizado los datos en este estudio se encontró que de los profesionales, sobre qué es el VIH y el significado de sus siglas, el nivel de conocimiento reflejan que un promedio de 61.5% tiene conocimiento, mientras 38,5% no tiene conocimiento. Respecto al conocimiento que tienen los profesionales de Enfermería sobre las medidas preventivas para evitar el contagio de VIH, se refleja que 92,3% tiene conocimiento y solo 7,7% no tiene. Sobre el conocimiento que tienen los profesionales de Enfermería relativo a las vías de transmisión del VIH, se observa 92,3% contestó incorrectamente es decir no tiene conocimiento, mientras 7,7% tiene conocimiento. En relación al conocimiento sobre las medidas preventivas que se deben tomar en la atención de un paciente VIH positivo, se evidencia que 53,9% tiene conocimiento y 46,1% no tiene conocimiento. En la solicitud realizada en relación a la opinión sobre como no se transmite el VIH, el nivel de conocimiento reflejado por los profesionales de enfermería encuestados, 76,9% tiene conocimiento y 23,1% no tiene conocimiento. En cuanto al conocimiento sobre las medidas de protección para atender a pacientes en general y los fluidos que transmite el SIDA, un promedio 34,6% tiene conocimiento y 65,4% no tiene conocimiento. Queda totalmente evidenciado que en cuanto al nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería de atención directa al paciente, sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA, ninguna de las personas encuestadas contestó de forma correcta a todas las interrogantes planteadas en esta investigación.(8)

En este mismo sentido otro estudio realizado en Huelva, España en el año 2004, donde la totalidad de la población encuestada consideraba que existe un rechazo de la sociedad a los afectados (100%). Un 60,2% atribuyó este rechazo al miedo al contagio y un 25,9% a la falta de información sobre el tema. El 81,5% opinó que a los pacientes VIH+ /SIDA se les debe asignar las camas con los mismos criterios que a los demás pacientes, llamándonos la atención que existe un 12,3% que consideraba que se les debe asignar las camas separadas del resto de los pacientes. Sin embargo, para la categoría de SIDA: el 58% opinó que a los pacientes se les debe asignar las camas con los mismos criterios, mientras que un 30,9% consideró que se les debe asignar las camas separados del resto de los pacientes. En cuanto a los conocimientos generales se encontró que Sólo un 38,3% haya asistido alguna vez a algún curso, congreso, seminario o similar sobre el SIDA. Sólo el 33,3% consideró que su nivel de conocimiento y formación en torno al SIDA es suficiente. (9)

## **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

En el año 2006 se realizó un estudio en Barquisimeto, Venezuela, donde se evaluaron los conocimientos de las enfermeras con respecto al manejo de pacientes con VIH/SIDA. Luego de haber adquirido los resultados del estudio y al analizarlos, se observó que el personal de enfermería tiene conocimiento sobre definición y diferencia del VIH/SIDA, mecanismo de transmisión y de las precauciones a tomar, mientras presentan desconocimiento sobre signos y síntomas, tratamiento y principios bioéticos, lo que hace necesario reforzar y actualizar los conocimientos que poseen y proporcionar información, veraz y precisa, sobre los puntos que desconocen. (10).

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en un hospital de tercer nivel de atención, en la Habana Cuba, entre julio de 2006 hasta abril de 2007, con el objetivo de evaluar los conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA ocupacional en el personal de enfermería. Se aplicó una encuesta anónima a una muestra de 100 personas; 100% de las personas de la muestra eran de sexo femenino y en cuanto a categoría profesional, 50% eran licenciadas en enfermería e igual proporción, enfermeras generales. La media de edad fue 40,6 años (rango 22 a 65 años). (32).

En cuanto al grado de conocimientos, 72% tuvo resultados no satisfactorios y 28%, satisfactorios, lo que significa que la mayor parte del personal encuestado tiene alto grado de desconocimiento sobre el VIH/SIDA.

Un estudio realizado en Febrero de 2009, en Nicaragua; se encontró un nivel de conocimiento bueno en 24% de la muestra, 66% regular y 9% malo. En general, la actitud fue positiva en el 52% y negativa en 48%. En el 96% se encontró una práctica adecuada. Dato se corresponde con estudio realizado en Nicaragua en el 2004 en el que en términos generales se demostró buena práctica médica.

Al comparar la actitud que tiene el personal de salud encuestado y sus conocimientos en el tema se encontró un 28.6% de actitud positiva con conocimientos buenos, en cambio los que tienen un conocimiento regular tienen hasta un 71.9% de actitud negativa; una vez más queda demostrado que a menor conocimiento mayor es la actitud negativa que podemos encontrar. Al analizar actitud se encontró que el personal que tiene más años de laborar en la institución presentan una actitud negativa en 51%. (11)

En Colombia no se encuentran estudios específicos que nos permitan determinar si las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen los conocimientos suficientes y una actitud positiva hacia los pacientes con VIH/SIDA; es por esto que es de gran importancia evaluar el desempeño del personal de enfermería en los campos de cuidado a pacientes con VIH/SIDA, analizando los conocimientos y sus actitudes, como medio para el mejoramiento de los mismos.

Teniendo en cuenta los datos epidemiológicos antes mencionados acerca de la situación del personal de enfermería en cuanto conocimientos y actitudes en la atención de VIH/SIDA, los resultados de los diferentes estudios muestran que el personal no se

## **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

encuentra capacitado, en cuanto a los conocimientos generales sobre la enfermedad y sobre el manejo de pacientes con esta patología. También se observan resultados negativos y poco satisfactorios en cuanto a la actitud del personal de enfermería para con estos pacientes, reflejados en rechazo, discriminación, temor y poca atención a la parte espiritual y emocional del paciente y su familia, lo cual repercute sobre su estado psicológico y emocional y sobre el efecto que la enfermedad este causando sobre estos, dejando a un lado el cuidado humanizado y no tratando al paciente como un ser holístico e integral.

Las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales son propias a la condición humana. En el paciente hospitalizado con SIDA es un paciente cuya enfermedad no solo lo afecta fisiológica y físicamente sino que mental y emocionalmente se encuentra quebrantado, ante la idea o posibilidad de muerte, o ante el hecho de sentirse intocables, diferentes o incluso rechazados por sus propias familias. Es necesario satisfacer estas necesidades, ya que brindan al paciente la confianza y el apoyo necesario para sentirse reconfortados en cuerpo y alma. Enfermería como arte y ciencia del cuidado tiene el deber de satisfacer estas necesidades, mediante el apoyo no solo psicológico sino una buena preparación científica y practica que demuestre al paciente seguridad, respeto, amor, comprensión y tolerancia y disminuya las actitudes de temor, rechazo y poca preparación que se ven reflejados actualmente por parte del personal de enfermería.

Debido a la falta de preparación, no se brinda un cuidado totalmente humanizado, siendo los pacientes y su familia son los que se ven directamente afectados, esto se ve reflejado en resultados de muchos estudios como es el caso de una investigación realizada en Venezuela en 2004, ya que en los resultados obtenidos, de acuerdo a la afirmación del personal de enfermería de que satisfacen las necesidades emocionales de los pacientes con SIDA hospitalizados existió una total discrepancia con lo que señalaron los pacientes, ya que los mismos manifestaron que no obtenían una respuesta positiva cuando se trataba de obtener la satisfacción de las necesidades emocionales, que éstos únicamente se limitaban a cumplir con el tratamiento médico indicado, se puede inferir al desconocimiento de cómo se maneja el enfermo con SIDA ocasionado por el temor hacia la enfermedad. Aun cuando el personal de enfermería expresó facilitar al enfermo con SIDA, la ayuda religiosa necesaria para su tranquilidad espiritual, esta afirmación es contraria a lo que manifestaron los enfermos, 75% de estos expresaron que no obtienen respuesta alguna por parte del personal de enfermería cuando se trata de su creencia religiosa, llegándose al caso que ni le pregunta el credo que profesa o si desea la presencia de un representante de su fe religiosa, como lo evidencia el 87.5% de las respuestas obtenida por parte de los enfermos con SIDA.

Una proporción del 60%, del personal de enfermería que atiende a los enfermos con SIDA, en un estudio realizado en Marzo 2004, en el Hospital central de Maracaibo, Venezuela, no identifican, jerarquizan, planifican, ni mucho menos ejecutan, acciones de enfermería que permitan satisfacer las necesidades emocionales y espirituales de esos paciente, lo que ocasiona que no se cumpla eficaz y cabalmente, como lo exige el

## **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

Proceso de Atención de Enfermería, todos aquellos cuidados que inciden en el bienestar biopsicosocial de los pacientes afectados con esta enfermedad. El 75% de los enfermos con SIDA manifestaron que el personal no le ayuda satisfacer sus necesidades espirituales y 62,5% expresaron que no obtienen respuesta positiva por parte ellos (as) cuando solicita su atención y compañía. (12).

De misma forma en el estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense en 2009, revelo que en general, las personas con VIH refieren que el personal médico sí discrimina, da maltrato por la falta de sensibilidad y entendimiento sobre VIH, además no guardan la confidencialidad; sin embargo en este estudio el médico no se reflejó con actitud negativa, en cambio las enfermeras sí y el porcentaje de dicha actitud obtenido fue mayor que el reflejado en otros estudios. Se han comprobado que la actitud del personal de la salud se relaciona con la seguridad laboral que se les ofrece al atender a pacientes seropositivos. Esto puede explicar la actitud negativa del personal de enfermería para con los pacientes con VIH; ellas experimentan más el temor de adquirir la enfermedad, por ejemplo: a través de un pinchazo de aguja, viéndose así comprometida su seguridad laboral. (13)

Enfermería como el ente que tiene mayor contacto con el paciente no puede dejar por fuera al momento de brindar cuidados, la filosofía del cuidado, que de acuerdo al artículo publicado en la revista metas de enfermería, un café con Watson, afirma que, el cuidar es el núcleo del personal de enfermería; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservarlo dentro de nuestra práctica, de la formación, la investigación y de la gestión de los cuidados. La teoría del Cuidado Humano de J. Watson es una de las claves para lograr este empeño. Su teoría aporta como conceptos principales los factores de cuidado, el momento caring y desarrolla la relación transpersonal. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. (14)

En conclusión existen diferentes investigaciones y estudios que evalúan estos dos aspectos en el personal de enfermería o personal médico en la atención de pacientes con VIH/SIDA, unos solo indagan acerca de los conocimientos, otros solo las actitudes y algunos pocos los dos aspectos, pero la realidad es que la mayoría son estudios realizados en otros países como Cuba, España, Nicaragua o Venezuela, pero en Colombia los estudios encontrados están dirigidos a los pacientes, adolescentes y en muy poca cantidad, y estudios como este donde se evalúa al personal de enfermería no existen.

Gracias a los estudios existentes alrededor del mundo se han mejorado aspectos pertinentes al tema de investigación, sin embargo los resultados de estudios recientes como el realizado en Nicaragua en Febrero de 2009 continúan arrojando resultados negativos e insatisfactorios en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas de las enfermeras al brindar cuidados a pacientes con VIH/SIDA, ya que carecen de conocimientos o no están lo suficientemente capacitadas (os) para responder o llevar a

#### **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

cabo el manejo de estos pacientes como a su vez vigilancia y control de este tipo de eventos. Además sigue siendo creciente las actitudes negativas de temor y rechazo ante esta población vulnerable por parte de enfermería.

Actualmente las universidades y corporaciones técnicas a nivel mundial, nacional, regional y local educan a los estudiantes de enfermería y auxiliar de enfermería acerca los conocimientos y manejo en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA e inculcan acerca del cuidado humanizado e integral al momento de tratar a cada paciente no importa la situación que este presentando. También las instituciones hospitalarias mantienen la documentación y enseñanza continua del personal para brindar una mejor atención a los pacientes a su cargo. Por último se realizan investigaciones como esta que permite evaluar y determinar estos aspectos que sirven como base a otros estudios, un ejemplo de esto son las recomendaciones generadas a partir de los resultados en un estudio en Nicaragua para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de enfermería al brindar cuidados a este tipo de pacientes, como realizar campañas continuas de sensibilización sobre VIH dirigidas a todo el personal de salud incluyendo a personal de nuevo ingreso, Implementar una rotación del personal de salud por los programas de asistencia al paciente con VIH así como la capacitación continua en el tema que incluyan evaluaciones periódicas que puedan ser reflejadas en las fichas de desempeño laboral que se llenen bimensual o semestralmente, Fortalecer el conocimiento del personal de laboratorio a través de la capacitación no solo en métodos diagnósticos, sino en formas de transmisión, prevención tratamiento y marco legal. (15).

Los resultados de la presente investigación, permitirán: Identificar las necesidades de capacitación para este personal de salud en los distintos componentes que involucra el cuidado de estos pacientes, permitirá a los directivos y personal de enfermería y auxiliares de enfermería reorganizar programas educativos estableciendo planes de capacitación continuada acerca del manejo integral de los pacientes infectados y enfermos con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad del procesos de Atención de Enfermería garantizando un cuidado integral y humanizado a pacientes con VIH/SIDA, Proporcionar bases para la realización de otros estudios que se realicen referente a este tema, los resultados esperados con este estudio están dirigidos a la formación de recurso humano a nivel profesional o técnico de enfermería, realización de cursos y capacitaciones relacionados con las temáticas del estudio, y publicación científica de los resultados como medio para divulgar o transferir la información obtenida.



## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 GENERALIDADES ACERCA DE VIH/SIDA

**4.1.1 VIH/SIDA:** SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, una enfermedad hasta ahora incurable, progresiva y mortal.

Para entender mejor en qué consiste este mal, es necesario antes comprender algunos otros conceptos:

**4.1.1.1 El sistema inmunológico:** El sistema de defensa del cuerpo, contra organismos que le son extraños y dañinos, está compuesto por diferentes grupos de células, llamadas linfocitos, entre las cuales destacan las CD4, que son las que dirigen la defensa, enviando señales químicas a otros grupos linfocitarios para exterminar al agente dañino, llamado antígeno.

**4.1.1.2 El virus de la inmunodeficiencia humana:** Este virus, ataca precisamente a las células CD4, introduciéndose su código genético en el de ellas y obligándolas de esta manera a reproducir virus en lugar de células CD4, al mismo tiempo que las aniquila.

**4.1.2 SIDA:** Cuando el virus ha logrado destruir considerablemente al sistema inmunitario encabezado por las células CD4, decimos que hay una inmunodeficiencia y que es adquirida porque no es congénita, es decir no es hereditaria, aunque algunas veces se nazca con ella porque se adquirió de una madre infectada.

Esta transmisión de una madre infectada a su bebé puede ser durante la gestación, al momento del parto o en la lactancia.

Al existir una inmunodeficiencia significativa aparecen ciertos signos o síntomas que en conjunto se llaman síndrome y que son característicos de este padecimiento; por ejemplo infecciones y cánceres oportunistas.

**4.1.3 El ARN:** El ácido ribonucleico es el lugar donde se encuentra el código genético del virus, es decir sus características hereditarias, que le son necesarias para replicarse.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

Normalmente en la naturaleza el ADN o ácido desoxirribonucleico manda mensajes al ARN, pero en el caso del VIH este logra invertir el sentido de la información, enviando sus mensajes de su ARN al ADN de la célula, por esta importante característica se le llama Retrovirus. El virus inserta su información genética en el mecanismo de reproducción de la célula, gracias a la transcriptasa inversa.

El virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de los lentivirus, lo que significa que puede permanecer en estado de latencia dentro del organismo durante largos periodos de tiempo, para activarse cuando surgen las condiciones favorables para ello. Sin embargo, ahora sabemos que el VIH nunca permanece inactivo, ya que desde su ingreso al organismo empieza a reproducirse en los ganglios linfáticos, causando la muerte de miles de millones de células por día.

**4.1.4 Manifestaciones de la enfermedad:** Cuando el sistema inmunológico ha sido disminuido considerablemente por el VIH, aparecen las infecciones y los cánceres llamados oportunistas, porque aprovechan esta condición del organismo para atacar y desarrollarse.

**4.1.5 Detección:** Para tener la certeza de que el virus existe en el organismo es necesario hacerse la prueba de Elisa, que consiste en buscar los anticuerpos que el cuerpo produce para combatir al VIH. Cuando esta prueba resulta positiva, se debe hacer una confirmatoria llamada Western blot.

**4.1.6 Conteo de células:** Una vez confirmada la presencia del virus en el organismo, es conveniente hacerse un examen de laboratorio para conocer la cantidad de células CD4 que existen por milímetro cúbico de sangre. Los parámetros normales van de 500 a 1,200 células, así que el resultado indicará cuánto daño ha causado el VIH.

Hasta muy recientemente se creía que en vista de que el virus permanecía latente durante un tiempo, no era necesario dar tratamiento sino hasta que el conteo de células fuera de 500 o menos.

Ahora, sabiendo que el virus actúa desde su ingreso al organismo, lo recomendable es administrar antivirales desde el mismo momento en que es detectado.

El tratamiento para prevenir las infecciones oportunistas se recomienda iniciarlo cuando el número de células CD4 ha descendido a 200 o menos.

**4.1.7 Carga viral:** Este examen de laboratorio nos permite conocer la cantidad de partículas virales que hay en la sangre, lo cual es un indicador del daño que puede esperarse cause el virus. A diferencia del conteo de células CD4 que nos indica el daño ya causado. Es decir con base en los resultados de la carga viral, puede predecirse que tan rápido avanzará la enfermedad y desafortunadamente que tan pronto puede llegar la muerte de la persona.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

**4.1.8 Antirretrovirales:** Actualmente existen medicamentos para detener la replicación viral, dependiendo del momento de su acción se denominan Inhibidores de la transcriptasa inversa, inhibidores de la proteasa y próximamente llegarán los inhibidores de la integrasa.

Los nuevos medicamentos pueden convertir al SIDA de una enfermedad mortal en una enfermedad crónica, como lo es actualmente la diabetes. (16)

### 4.2 GUIA DE MANEJO VIH/SIDA: (Tomado de ONUSIDA).

**4.2.1 Detección precoz:** La detección precoz de la infección del VIH es crucial para el individuo y para la comunidad. Para el individuo, porque permite el seguimiento cercano y el inicio de terapias que tienen impacto favorable en la calidad y cantidad de vida. Para la comunidad, porque permite adelantar actividades de prevención secundaria de la transmisión.

Adicionalmente, las actividades inherentes al proceso diagnóstico (asesoría) pueden tener un impacto favorable en la prevención primaria de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

**4.2.2 Consideraciones generales:** Los principios generales que deben respetarse para la asesoría y actividades dirigidas a la detección del VIH son: la confidencialidad y el consentimiento informado por escrito (debe ser voluntario, libre de coerción, debe usar lenguaje sencillo y fácil de entender).

La asesoría debe ser realizada por un trabajador del sector salud con adecuada capacitación, entrenamiento y certificación, y debe incluir asesoría acorde con el sexo, edad, orientación sexual y cultural del individuo. Se recomienda que el asesor tenga las siguientes características y destrezas:

- Entrenamiento en asesoría para prevención del VIH
- Creer que la asesoría puede hacer la diferencia
- Interés genuino en el proceso de asesoría
- Saber escuchar
- Habilidad para usar preguntas abiertas-cerradas más que cerradas-cerradas
- Habilidad y comodidad para manejar un estilo de negociación interactiva más que persuasiva
- Habilidad para construir una atmósfera de ayuda y de confianza con el entrevistado
- Estar informado de los riesgos de transmisión específica del VIH

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

- Habilidad para permanecer centrado en las metas de reducción de riesgo
- Comodidad para discutir comportamientos de riesgo específicos del VIH
- Neutralidad, de forma que permita al propio consultante la toma de decisiones
- Conocer la importancia y saber obtener el consentimiento informado.

La asesoría permite realizar actividades educativas encaminadas a la prevención primaria del VIH y otras ITS.

Una vez se ha diagnosticado la infección por VIH, el paciente debe ser remitido/referido. Se define como referencia el proceso por el cual se cumplen las necesidades inmediatas de apoyo y atención para el individuo infectado. La referencia también debe incluir los esfuerzos necesarios para facilitar el contacto inicial con el equipo de salud que va a encargarse del manejo. Los tipos de referencia deben ser acordes con las necesidades de cada individuo y los sitios o el personal encargado de las consejería debe comprometerse con la orientación adecuada de las personas infectadas con el fin de evitar la pérdida de los individuos recién diagnosticados, además de garantizar una rápida y buena atención.

**4.2.3 Pruebas para la detección:** Son pruebas que muestran una sensibilidad de más del 99%. Adicionalmente, tienen una altísima especificidad (también mayor al 99%) pero a pesar de ello la frecuencia de resultados falsos positivos puede ser relevante si se realiza en poblaciones de baja prevalencia. En general, la prevalencia del VIH en Colombia es menor al 1%. Por lo tanto las pruebas de tamizaje requieren ser repetidas y confirmadas. Las pruebas de tamizaje incluyen las pruebas serológicas de ELISA y las pruebas rápidas de detección.

En general, si las pruebas rápidas se van a usar como alternativa a la prueba de ELISA, entonces la característica operativa principal debe ser una alta sensibilidad (mayor al 99%). Sin embargo, para evitar una tasa alta de falsos positivos y la realización excesiva de pruebas confirmatorias costosas, la especificidad debe ser también alta (idealmente superior al 98%).

**4.2.4 Interpretación de pruebas:** Si el resultado de la prueba de tamizaje para VIH es no reactivo (negativo) se considera que el individuo no está infectado, salvo en los casos en que se sospeche una infección reciente por posible exposición de riesgo en los seis meses previos a la prueba. Dada la altísima sensibilidad, no necesita repetirse las pruebas en individuos sin posible exposición reciente.

En individuos con una historia reciente de exposición a VIH o exposición de riesgo, no se puede excluir la infección sin hacer seguimiento hasta seis meses después de ocurrida dicha exposición.

#### CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

- Si el resultado es reactivo (positivo) se repite la prueba de tamizaje, con nueva muestra.
- Si las dos pruebas de tamizaje son reactivas se debe confirmar el resultado mediante la realización de una prueba confirmatoria.
- Si la prueba de tamizaje repetida es no reactiva (negativa), se debe repetir nuevamente la prueba de tamizaje.
- Si la tercera prueba de tamizaje es reactiva (es decir, dos de tres pruebas reactivas/positivas) se debe confirmar el resultado mediante una prueba confirmatoria.
- Si la tercera prueba resulta no reactiva (negativa), el paciente se puede manejar como presuntivo negativo y no requiere prueba confirmatoria.
- Si la prueba confirmatoria es positiva se considera al individuo como infectado por VIH. Algunas veces, individuos doblemente reactivos/ positivos por pruebas de tamizaje tienen pruebas confirmatorias indeterminadas debido a una respuesta incompleta ante la infección por VIH o reacciones inespecíficas en personas no infectadas.

La mayoría de personas con Western Blot indeterminado e infectadas con VIH desarrollan anticuerpos detectables al mes. En estos casos se debe recolectar una segunda muestra después de uno tres meses para repetir la prueba de Western Blot.

Si la prueba continúa indeterminada después de uno a tres meses es muy poco probable que el individuo tenga infección por VIH y se debe considerar como no infectado a menos que haya tenido exposiciones recientes de riesgo.

Para evitar diagnósticos equivocados como resultado de errores en el manejo de la muestra, se recomienda que se hayan tomado al 204 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – Pars menos dos muestras de sangre diferente del mismo paciente a lo largo del proceso diagnóstico (v.g. una muestra para prueba de tamizaje inicial, una segunda muestra para prueba de tamizaje repetida y prueba confirmatoria; o una muestra para prueba de tamizaje inicial y repetida y una segunda muestra para prueba confirmatoria).

Solamente en circunstancias excepcionales (neonato-lactante, síndrome retroviral agudo o agamaglobulinemia, excepcionalmente en la gestante) se debe utilizar como alternativa un método de detección de ácido nucleico (ARN viral ó método de amplificación de ADN proviral), teniendo en cuenta la frecuencia alta de falsos positivos y el costo (ver indicaciones).

No se recomienda realizar Western Blot sin haber hecho antes las pruebas de tamizaje.

**4.2.5 VIH/Embarazo:** La infección por VIH en la paciente embarazada tiene varias particularidades que la hacen una entidad en sí misma. La principal es la posibilidad de afectar al producto de la gestación con el virus propiamente dicho o con efectos tóxicos y/o teratogénicos derivadas de los medicamentos antirretrovirales. Los objetivos del manejo de la mujer embarazada con infección por VIH son, entonces, el control de la

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

infección para prevenir progresión en la madre y transmisión al producto, minimizando el riesgo de toxicidad en la madre y en el producto y el riesgo de malformaciones en el producto.

La administración de medicamentos antirretrovirales en el embarazo tiene dos objetivos: controlar la infección en la madre y disminuir la transmisión perinatal.

La quimioprofilaxis con zidovudina (AZT) sin otras drogas es una opción *únicamente* para pacientes que tienen cargas virales inferiores a 1.000 copias. La evidencia disponible contradice el temor intuitivo de favorecer la resistencia viral al administrar monoterapia en estas circunstancias.

La resistencia generada por el uso de monoterapia es de 10%, se requiere la administración por cuatro a seis meses y las cepas resistentes rara vez son transmitidas al feto.

La cesárea electiva, realizada antes del inicio del trabajo de parto o de una ruptura de membranas reduce significativamente la transmisión perinatal en comparación con la cesárea de urgencia o el parto vaginal, particularmente en pacientes con carga viral > 1.000 copias/ ml cerca al tiempo del parto. Los resultados no son tan contundentes en pacientes con carga viral menor de 1.000 copias/mL.

Sé recomienda realizar la cesárea electiva a las 38 semanas confirmadas de gestación y abstenerse de confirmar madurez pulmonar fetal a través de amniocentesis: si existe duda, debe esperarse hasta la semana 39. Para cesárea electiva, debe iniciarse zidovudina (AZT) intravenosa a las dosis ya mencionadas tres horas antes del inicio de la cirugía. Si la paciente está tomando medicación antirretroviral durante el embarazo, ésta no debe interrumpirse en el momento del parto, independientemente de la vía. El antibiótico profiláctico para cirugía debe utilizarse sin modificación alguna.

De elegirse parto por vía vaginal, está contraindicada la amniotomía y cualquier procedimiento invasivo que aumente el riesgo de exposición fetal a sangre materna, como monitoreo fetal invasivo, instrumentación, etc.

La ruptura de membranas a partir de la semana 36 debe orientarse hacia el desembarazo de la paciente (en las primeras cuatro horas luego de la ruptura), y la vía de parto deberá elegirse teniendo en cuenta el estado de la enfermedad materna, su control con medicamentos antirretrovirales, el tiempo de evolución de la ruptura y el grado de progrese Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - Parsso del trabajo de parto: muchos estudios han demostrado que el riesgo de transmisión vertical con cesárea luego del trabajo de parto y ruptura de membranas es similar al obtenido luego de parto vaginal. La ruptura de membranas antes de la semana 36 es aún motivo de gran controversia y cada caso deberá analizarse individualmente.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

En el período postparto, las guías referentes al uso de terapia antirretroviral son las mismas que para el adulto en general, con una excepción. Información reciente muestra que la resistencia a la nevirapina se puede prevenir parcialmente mediante la administración de un ciclo corto de Zidpudina (AZT) y Lamivudina (3TC) en el postparto (3-7 días). (17)

**4.2.6 Situación cotidiana frente al VIH/SIDA:** La actitud negativa hacia los enfermos, es uno de los elementos diferenciadores que hacen que el SIDA sea una enfermedad y un problema social todo unido, no está únicamente fundada en lo virulento de la enfermedad, sino que gran parte de este problema viene dado por la forma de contagio.

Como sabemos, hasta el momento los colectivos más castigados han sido los usuarios de drogas por vía venosa, homosexuales y prostitutas, produciéndose un curioso fenómeno en el que el paciente pasa de ser “víctima” a ser “culpable” y, además de esta “deshonrosa” forma de adquisición, existe la posibilidad de seguir contagiando, tanto a gente de su “calaña” como a personas “respetables”

Al margen de este problema, no debemos olvidar que este rechazo y “linchamiento silencioso” además puede influir como una pesada losa en forma de estrés y sobrecarga emocional, haciendo que el paciente pueda caer en una espiral depresiva, afectando incluso a la disminución de sus defensas, ya de por sí mermadas, por mecanismos psicoimmunológicos.

De este modo no sólo estaríamos ante situaciones poco éticas o en cierta medida “discriminatorias”, sino que con una mala “praxis” del trabajo sanitario, estaríamos vulnerando los derechos del paciente a recibir una correcta atención sanitaria.

La actitud del profesional de enfermería ante un enfermo infectado y que presenta serología positiva para el VIH, debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología.

“Hemos de destacar que no existe una uniformidad de criterios por parte de las autoridades sanitarias, para el tratamiento y cuidado del paciente VIH Positivo en cuanto a las medidas de prevención a adoptar por el personal sanitario, por otra parte es de destacar que tampoco hay uniformidad de criterios en cuanto a las medidas de prevención que cada profesional lleva a cabo. Por ello cuando se realizan cuidados a un paciente, como nadie puede garantizarnos su inocuidad frente a cualquier infección, debe tratarse como potencialmente infectado, se debe realizar el mismo trato a todos los pacientes y mantener con todos ellos las mismas medidas de prevención y precaución.”

Como primera reacción ante un caso diagnosticado ciertamente de VIH positivo, suele ser de rechazo y actitud negativa al tener que realizar cuidados de enfermería y llevar a cabo el tratamiento como a los demás pacientes, posteriormente y por la responsabilidad profesional que nos corresponde asumir realizamos el tratamiento y los cuidados como a

## **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

cualquier otro paciente, pero tomando el máximo cuidado y extremando las medidas preventivas y de autoprotección.

Debemos distinguir entre los cuidados y el trato que se realiza a este tipo de enfermos y los cuidados y trato que se deben realizar. En relación a lo que se hace debemos destacar la entrada en juego de una serie de variables que debemos tener presentes: preconceptos previos, contexto en el que se desarrolla el cuidado (cargas de trabajo, tiempo de que se dispone, equipo de trabajo), posición de la familia ante el paciente y ante la enfermedad y actitud del paciente ante la patología. En relación a lo que se debe hacer, la profesión de enfermería ante el paciente con VIH+ debe intentar cubrir las necesidades que el paciente no pueda cubrir por sí sólo, prestándole el soporte psíquico, físico y emocional que necesite, evitando posturas de rechazo o de sobreprotección hacia estos enfermos, se debe buscar una aproximación al paciente, una aproximación a la familia y un intento por establecer una relación con el paciente, como uno de los objetivos a establecer podría ser el intento de ayudar a asumir la muerte que se acerca.

Por consiguiente, el profesional de enfermería que participa en la atención al enfermo con SIDA tiene como responsabilidad ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades humanas, especialmente en las necesidades emocionales y espirituales, con la finalidad de darle sentido y significado a sus sentimientos, emociones, a su fe, esperanza, creencias e inquietudes.

Al respecto, cabe puntualizar que la misión del profesional de enfermería consiste en procurar bienestar al proporcionarle compañía, escuchado y apoyado en sus requerimientos emocionales y espirituales junto con su familia y su Dios.

“La intervención del profesional de enfermería es importante para hacer valer sus propios valores, en relación al perdón y de confianza con su DIOS y vivir hasta el final con una actitud de esperanza consigo mismo y en los demás a través de un plan de cuidado de enfermería según las necesidades afectadas que se detecten en el enfermo con SIDA”.  
(18)

De acuerdo a lo descrito en relación con el enfermo con SIDA, que sufre una enfermedad considerada como un estigma social, y la participación del profesional de enfermería al proporcionar cuidados óptimos, debe ser sustentadora. Sin embargo la situación observada en algunos hospitales como la Unidad Clínica de Medicina de Hospital Central de Maracay (HCM) muestra que: Los enfermos con SIDA se mantienen aislados, las visitas de los familiares son limitadas. Los medicamentos los mantienen en sus mesas y los ingiere sin control, porque el profesional de enfermería le da información sin verificar su entendimiento o comprensión. La habitación donde se encuentra es aseada de manera ligera y sin continuidad. La atención directa no está planificada, en los registros de enfermería se evidenció falta de acciones dirigidas a la ayuda de la satisfacción de las necesidades humanas, especialmente las emocionales y espirituales; como también falta



## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

de orientación al enfermo y a la familia acerca de la relación interpersonal, uso y manejo de los útiles personales.

La participación del profesional de enfermería en la atención al enfermo con SIDA, consiste en ayudar la compensación o suplencia de sus necesidades, especialmente las emocionales y espirituales, con la finalidad esencial de promover su bienestar y mantener su equilibrio afectivo, espiritual, para enfrentar las exigencias de la enfermedad.

En este contexto, el profesional de enfermería precisa de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, para establecer la confianza que deposita el enfermo con la finalidad de recibir una atención óptima; sustentadas en las características de segura, oportuna, apropiada y libre de riesgo, fundamentada en la condición de persona en estado de necesidad, porque los enfermos con SIDA son seres con valor y dignidad que merecen aprecio, seguridad, amor pertenencia y autoestima para reconocer y prestar apoyo a las estrategias de afrontamiento como: enseñarle los deberes y derechos que tienen como enfermo y proporcionarle la oportunidad de aprender acerca de la enfermedad, generando sentimientos de compañerismo, de amistad, ante todo ayudarlo para que no se sienta solo. También es importante integrarlo a grupos de autoayuda (sacerdotes, familiares y amigos), para aminorar el impacto de la enfermedad, la depresión, el enojo, la ansiedad, la culpa, las obsesiones y el estrés. Estas sensaciones pueden tener consecuencias físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales porque es afectado en su totalidad. Como también puede alterar las relaciones interpersonales, donde las creencias y valores individuales pierden la importancia que tienen para el enfermo.

Para la participación efectiva del profesional de enfermería en la atención al enfermo con SIDA, está implícita la ayuda en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales, el cual debe aportar los requerimientos esenciales para mantener el equilibrio afectivo y espiritual.

### 4.3 CUIDADO/ CUIDADO HUMANIZADO

**4.3.1 Definición de cuidado:** En los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

En **enfermería** tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano. Se define así al cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona”. (19)

## **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo.

No debemos detenernos siempre en lo fácil sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente y/o investigativo.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, un estadio, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.

Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse implica, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Esto exige entonces un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico. Pero el que lo consigue se recrea en ese juego de gran belleza, que si se sabe percibir, consiste en ir descubriendo, poco a poco, un ser cuya riqueza de matices, nunca se acaba de conocer del todo.

“Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre inefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería”.

La acción real y concreta de cuidado puede trascender el valor y superarlo y es dentro de esa idea que la noción de los valores y las acciones de cuidado pueden ser contagiosas en forma individual y en grupo, si se dan suficientes condiciones. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera creativa cuyo ser es trascendente.

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluyen:

- Conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad de cuidado.
- Una intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento.
- Un cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base en el bienestar de los demás.

Se puede agregar a esto que debe haber un compromiso subyacente de valores y moral para cuidar y un deseo para hacer lo. Dentro de los valores que el profesional de

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

enfermería debe luchar por desarrollar para brindar un excelente cuidado, se encuentran muchos. (20)

**4.3.2 Cuidado humanizado:** Margaret Jean Watson reconoce que “Enfermería es una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería es un humanitarismo significativo y un acto epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad; así, plantea que conservar el avance del cuidado de enfermería es importante porque dentro de la ciencia, al igual que dentro de la sociedad, el llamado es ver al ser humano en su totalidad”. Considera que el mejor modelo de enfermería para la educación, la investigación y la práctica es la de una clínica académica.

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un Bachelor of Science en Enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del Campus de Boulder.

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980) Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson fundamenta su experiencia en las ciencias humanísticas, enmarca su teoría en la corriente de pensamiento de la transformación, considerando que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea.

Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. Para una buena calidad de las intervenciones de la enfermera debe existir la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, sus necesidades, sus fuerzas y límites. Un saber reconfortar, tener compasión y empatía también contempla el desarrollo personal y profesional, el crecimiento espiritual, la propia historia de vida de la enfermera, sus experiencias anteriores, las oportunidades de estudio, sus propios valores y creencias y su relación con ella misma y con los demás.

Plantea que cuidar es el ideal moral de la Enfermería, cuyo compromiso es proteger y realzar la dignidad humana; como profesión tiene una doble responsabilidad ética y social de ser cuidadora del cuidado y de las necesidades sociales de cuidado humano en el

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

presente y en el futuro. Considera que el cuidado son las acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia transpersonal, que permite la apertura y desarrollo de las capacidades humanas; implica valores, deseos y compromiso de cuidar.

La relación transpersonal busca proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior tanto del que recibe el cuidado como del que cuida y que pueden ser influenciadas por el momento de cuidado a través de las elecciones y acciones decididas en la relación; con la influencia que de ellas recibe, las vuelve parte de su propia historia de vida.

La base de la teoría de Watson es la práctica en 10 factores de cuidados, que tiene un componente fenomenológico implicado en la relación que abarca la enfermería. En el trabajo continuo de la experiencia clínica los factores propuestos por esta autora han sido valorados, redefinidos y planteados como *Proceso de Caritas Clínico*, basado en su misma validación.

### **4.3.3 Supuestos de Watson Relacionados con los Valores del Cuidado Humano (21) (22)**

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisfacen nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
4. En principio debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y tratarnos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería-.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

**4.3.4 Elementos del Cuidado de Watson**

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.

4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras como "criadas de los médicos". El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

8. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.

9. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencialista es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.

**Fuente:** Momento del cuidado. Revista de enfermería tema libre. Disponible en (<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Trabajoslibres3.htm>).

El compromiso de formación del recurso humano en enfermería para estos tiempos requiere de una visión de futuro de la ciencia de la Enfermería, en su dimensión humanizadora y en su dimensión científica; lo cual encajaría con lo que plantea Gildemeister (2005) respecto de los nuevos tiempos en los que se debe tener en cuenta la realidad, las esferas culturales que respondan a la transcendencia de la naturaleza con el trabajo basado en el amor y que invitan a una constante reflexión en el camino.

La teoría de Watson invita a cambiar la actuación frente al paciente para volver a las raíces del cuidado, que es delicado y frágil; invita a ser creativos; a tener amor a la profesión; a vivir el momento del cuidado transpersonal. A crear una experiencia de aprendizaje desde el arte, nuevas modalidades terapéuticas, hacer visible lo invisible de Enfermería, hacer las pausas. Integrar cuidado y amor. Converger ciencia de Enfermería, el arte, espiritualidad y el cuidado.

La situación actual del sistema de salud exige buscar nuevas estrategias. Teniendo en cuenta todos los elementos descritos, y con un sistema de salud deshumanizante.

### 4.4 RELACIÓN DE AYUDA

La comunicación eficaz constituye el núcleo de cualquier relación de ayuda.

- Los objetivos incluyen que esa persona mejore su autoestima, logre aceptarse así misma, y asuma el control y la responsabilidad sobre sus decisiones y conductas.
- Es posible utilizar más de una estrategia con cada persona.
- Es necesario la evaluación continua de la propia actuación y del lugar en que se encuentra la relación.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

- La persona que ayuda debe ser consciente de sus propios valores, sentimientos y pensamientos para poder aceptar a las personas con sus propias necesidades sin imponer las suyas.
- La persona que ayuda debe ser sensible a los determinantes de género y culturales de las creencias, valores y conductas de las otras.
- Las personas que ayudan están familiarizadas con diversos enfoques y estrategias
- Empatía que genera confianza.
- Respeto a las diferencias (individualización).
- Capaz de relacionarse en los ámbitos afectivo, cognitivo y conductual.
- Renuevan el conocimiento sobre si mismos (propios valores, sentimientos.9

### 4.5 ACTITUD

El SIDA se ha constituido en un grave problema en el nivel mundial con amplias consecuencias dimensiones sociales, económicas, políticas y legales. Incluye además la discriminación, la incomprensión y el rechazo a las personas contagiadas. Esa actitud negativa es, algunas veces, practicada por los profesionales competes, quienes olvidando la ética de su profesión, eluden responsabilidades que atentan contra el derecho de todo ser humano a la vida, a la ayuda, a la asistencia médica. La enfermedad en sí misma conlleva a la estigmatización que genera efectos dañinos y conduce a un agravamiento de la misma. (23)

Las actitudes, desde un punto de vista psicológico, se expresan y se hacen tangibles a nuestros sentidos en tres dimensiones: a nivel conductual, a nivel ideativo y a nivel emocional.

A nivel conductual una actitud se expresa cuando vemos, por ejemplo, una cajera comportándose amablemente con un cliente. Pero esta amabilidad también tiene su expresión a nivel ideativo, que es el pensamiento que en ese momento la cajera tiene cuando se dice a sí misma "...es importante que seas amable con esta persona...".

Y, por último, la amabilidad como actitud se expresa también a nivel emocional, es decir, la cajera no sólo lo piensa y actúa, sino que ¡¡¡también lo siente!!! (en esta historia).

Las actitudes constituyen una guía conductual, sintetizada, que resume la manera de comportarnos en una situación determinada. Nos permiten tratar con la realidad y reducir la incertidumbre que nos separa de ella. Por tanto, si hay algo aferrado a nuestro ser son nuestras actitudes, conocerlas resulta esencial en todo camino de mejora personal y profesional.

**4.5.1 Actitudes positivas y negativas:** Las actitudes pueden resultar positivas o negativas, según faciliten u obstruyan la manera que la persona tiene de afrontar su realidad en cada momento de su vida. Así una actitud positiva al enfrentar una nueva tarea en el trabajo y de dificultad mayor, sería por ejemplo el considerarla una oportunidad



## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

de desarrollo laboral, de ser más especialista en lo que hace, de demostrar que aprende en poco tiempo y lo hace bien, un reto a las propias capacidades etc.

Mientras una actitud negativa al enfrentar la misma nueva tarea, en otra persona puede quedar reflejada en la auto-reflexión "¿¡más trabajo!? Esto no me gusta", o "se están aprovechando de mi buena voluntad".

De modo que las actitudes son la disposición con que afrontamos la realidad en todo momento, pudiendo siempre elegir qué tipo de actitud adoptaremos ante tal o cual evento. Entonces, aquí quiero decir que desde la perspectiva de las actitudes, estas importan más que la situación en particular, debido a que van a determinar de manera significativa los resultados que vamos a tener en esa situación.

Por supuesto que los buenos resultados no se logran sólo con buenas actitudes, hay allí conocimientos, habilidades, experiencia acumulada, entre otros factores. Pero si no está la actitud adecuada, y más bien esta tiene características adversas, es muy difícil que las personas logren trabajar juntas hacia mejores soluciones, y menos poder disfrutar los éxitos alcanzados.

¿Por qué? Porque las actitudes marcan pautas de comportamiento no sólo individual, sino que grupal. Una actitud negativa como un virus "infecta" a los que están alrededor en el sentido de que son altamente imitables. Afortunadamente, las actitudes positivas también son "virulentas", en el sentido que también son imitables por todos nosotros. Las personas como los equipos de trabajo necesitan encontrar la actitud adecuada para alcanzar sus objetivos y metas, como también identificar aquellas que los alejan de sus propósitos.

Bajo esta perspectiva, todos estamos llamados a reconocer y advertir con qué actitudes andamos por el mundo, y qué consecuencias están trayendo sobre nuestras vidas y las de los demás. (24)

### 4.6 CREENCIAS Y CONDUCTA EN ENFERMERÍA

El sistema de valores y creencias constituye la esencia más íntima de cada persona, su universo simbólico, se ha considerado conveniente, aunque conscientes de la dificultad que implica, abordar esta necesidad de una manera amplia y no solamente desde un punto de vista religioso.

La importancia de esta necesidad radica en que toda persona necesita de una serie de valores y creencias para poder desarrollarse como tal. Por esta razón, a lo largo de la historia se han creado numerosas doctrinas filosóficas y religiosas. Es importante definir una serie de conceptos como son:

- **Religión:** Conjunto de creencias y normas o valores que utiliza una determinada comunidad en relación con un ser absoluto.
- **Cultura:** Conjunto de conocimientos acumulados por un pueblo.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

- **Valores:** Conjunto de normas adquiridas por la comunidad que regulan el comportamiento humano en sociedad.
- **Creencia:** Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa.
- **Fe:** Creencia en algo sin necesidad de que esté probado.
- **Ideología:** Conjunto de ideas que caracteriza a una persona.

Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro.

La mayoría de las religiones establecen una serie de restricciones y prohibiciones, las cuales pueden afectar a la persona.

La enfermera dentro del desarrollo de su función, debe respetar todas las religiones y creencias, y a su vez, debe facilitar la asistencia necesaria. Para ello debe conocer los valores y creencias de la persona.

Las acciones de enfermería tienen como objetivo ayudar al usuario a conseguir los objetivos generales de fortaleza espiritual, serenidad y satisfacción personal.

Para ser eficaz en sus actuaciones las enfermeras deben haber examinado y revisado sus propias creencias y valores personales y si se siente incómoda ayudando al usuario en los aspectos religiosos debe informar sobre ello y buscar a alguien que pueda sustituirla.

Es muy importante respetar estas creencias y no juzgar ni calificarlas de buenas o malas. Para aliviar la angustia espiritual las enfermeras deben fijarse en las necesidades espirituales que nos refiere el cliente más que en la adscripción atribuida en el historial. No se debe dar por sentado que el usuario no tiene necesidades espirituales por el hecho de ser ateo

- Ayudar a encontrar un significado a lo que está pasando.
- Ayudar a que utilice sus recursos para enfrentarse a la enfermedad.
- Ayudar a que cumpla obligaciones religiosas.
- Proporcionar recursos espirituales.
- Los familiares pueden necesitar ayuda espiritual.
- Informar sobre los medios con los que cuenta el hospital para satisfacer las necesidades espirituales y procurar que se beneficien de ello en la medida de lo posible.
- Enseñar a la persona a controlar sus emociones para que sus ideales no se vean afectados de manera negativa.
- Respetar las propiedades de los pacientes que tengan un significado religioso y permitirles conservar tales artículos. (25)

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

**4.6.1 Ternura:** La ternura es una actitud que sugiere cuidado, protección, ayuda y donde uno de los elementos de la relación se muestra débil, indefenso, y el otro le presta, sin pedir nada a cambio, toda su fuerza.

El propio diccionario de María Moliner afirma que "ternura es una actitud cariñosa y protectora hacia alguien". Presupone, pues, dos cualidades: afecto y protección.

Desde la perspectiva psicodinámica, Freud, remite el origen de la ternura a esos primeros meses de la vida en que el niño, en la relación con la madre, siente satisfechas sus necesidades fisiológicas (hambre, sed, limpieza: pulsiones de conservación), por encima de otras necesidades básicas como son las "sensuales" (pulsiones sexuales), que tomarán primacía en otras épocas del individuo.

De alguna manera una actitud de ternura hacia los demás es una reproducción de esas primeras experiencias del bebé, donde lo que prima es el cuidado. Cuando de adultos actuamos con ternura es una manera de rememorar esa primera experiencia materna filial.

Se produciría, pues, a modo de una regresión infantil, sin dejar de ser adultos. De aquí podemos deducir la importancia de que los primeros años de la vida estén amasados en un clima de valoración y contacto físico entre el bebé y las imágenes paternas.

J. A. Marina afirma que "para que un objeto produzca enternecimiento debe tener una serie de cualidades: ser cuidable, acariable, protegible. La ternura es acogedora, protectora, risueña". (26)

**4.6.2 Rechazo:** No obstante, aunque ternura e indefensión suelen tener una estrecha correlación, no siempre se producen juntas. El sufrimiento del otro también puede provocar angustia, miedo o temor y entonces, más que una actitud de ayuda, se produciría el rechazo o la huida.

De alguna manera todo dependerá de la propia capacidad del sujeto ayudador para sentir ternura. Y esto no se improvisa. Para ser tiernos hemos tenido que sentir la vivencia de ternura en nuestras propias carnes.

Un niño que no ha sido acunado, tocado, acariciado, querido y valorado difícilmente puede reproducir, en su vida adulta, una actitud de ternura hacia los demás.

Pero no siempre el ser humano, a lo largo de su existencia se muestra con el mismo gradiente de ternura. Esos dos componentes básicos de toda persona (la ternura y la sexualidad) se presentan de forma diferente en cada época de la vida del sujeto.

En términos generales, podemos afirmar que en los primeros años de la existencia se produce una primacía de la ternura, para pasar a la primacía de la sensualidad en la adolescencia y juventud, evolucionando hacia un equilibrio de ambas dimensiones en la adultez, hasta llegar al retorno de la primacía de la ternura en la ancianidad.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

Esto explicaría las distintas actitudes del niño, el joven, el adulto y el anciano ante una misma situación de indefensión o enfermedad.

**4.6.3 Gestos:** El enfermo es un ser indefenso e impotente desde el primer momento en que es consciente de su pérdida de salud. A mayor gravedad de la enfermedad mayor será su grado de regresión. Sobre todo en los procesos invalidantes el enfermo necesita ayuda incluso para las tareas más sencillas.

"Es como un niño", solemos decir: impertinente, irritable, caprichoso, egocéntrico, etc. Algunas de sus manifestaciones nos recuerdan la etapa infantil: pide el contacto físico (mimos y caricias), es un sujeto desexualizado e incluso reaparecen las creencias y rituales de la infancia. La enfermedad, pues, pone al sujeto como en otra órbita.

Aquí la fuerza de la palabra deja paso al lenguaje de los gestos: un abrazo, una caricia, un regalo, una mirada comprensiva, una sonrisa, etc. es la mejor forma de comunicación.

A través de esos gestos es como transmitimos todo el apoyo, protección y cuidado que el enfermo o persona sufre necesita. En cierta ocasión, estando de guardia en un Servicio de Urgencias en un Hospital fui encargado para dar a una madre la trágica noticia de la muerte de su hijo, tras un accidente de tráfico.

Recuerdo que al salir del quirófano la mujer me miró expectante, se esperaba el desenlace fatal, no dije nada solamente la abracé y entonces supo que su hijo había fallecido.

La importancia de este contacto físico se comprueba en los momentos de crisis o de una fuerte emoción (pérdida de un ser querido, enfermedades, ruptura sentimental, etc.), donde un abrazo (¡un sentido abrazo!) sin ninguna otra expresión de dolor, puede neutralizar la fuerte angustia. (27)

## 4.7 VALORES EN ENFERMERÍA

Son valores íntimamente unidos al cuidar. Cuidar tiene en sí mismo un valor intrínseco, los cuidados son indispensables para la supervivencia, tienen un carácter universal, y están ligados a las actividades de la vida cotidiana, esto hace que solo se valoren cuando la propia persona no puede por sí misma realizarlos. Algunos autores, reflexionan sobre los valores inherentes al cuidar y a la práctica enfermera. Llegan a identificar valores y actitudes que en sí mismos no difieren de los que se describen, porque cuidar es una forma de interacción interpersonal, donde se articula la transmisión de determinados valores. Se resalta la noción de responsabilidad, unido a poder, más que culpabilidad. Cada enfermera es responsable de lo que piensa, siente, dice y hace. La palabra responsabilidad procede de la voz latina responderé (responder), está vinculada de raíz con los términos corresponder, correspondencia, corresponsales, justipreciar).

## **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

La responsabilidad, es sinónimo de autonomía y libertad, solo el ser libre es responsable. La responsabilidad es inherente a la cultura, es la responsabilidad que nace como mala conciencia o sentimiento de culpa. Sin embargo el individuo autónomo, es el ser con voluntad propia, es aquel que posee la medida del valor, que es su propia medida, y no precisa de criterios ni de pautas extrañas. La responsabilidad tiene que ver con: la libertad o autonomía, compromiso, sobre todo con otros, hasta tal punto de tener que responder de sus acciones, actitud dialógica, autoridad. En la misma línea de reflexión, se expresa que el proceso de cuidar conlleva en la misma esencia, la virtud de la responsabilidad.

El cuidado es responsabilidad compartida, es responsabilidad de previsión. La responsabilidad es la carga formal que pesa sobre toda acción causal y que se puede pedir cuentas de ella. Hay responsabilidad por palabra, por obra y por omisión. Cuidar de alguien es preocuparse por otro ser, y asumir esta preocupación como un deber moral, y no únicamente como un sentimiento de proximidad hacia esa persona. El valor de la libertad adherida al cuidar, es velar para que su libertad se realice dentro de los límites posibles, ayudar a recobrar su autonomía, su independencia, la que aquella persona pueda llegar, recuperar su identidad personal que es la base de su autonomía, reconstruir el sentido puesto que, una persona enferma padece una alteración del sentido habitual que da a su vida. La persona es un ser en busca de sentido, no el sentido de la vida en términos generales, sino el significado de la vida de cada persona en un momento dado. Las personas desean vivir, no a cualquier precio, sino que, desean vivir con sentido.

Otro término unido al cuidar es la simpatía que se refiere a la complicidad en el “pathos” anímico. Simpatía y empatía comparten la misma raíz etimológica. La simpatía no depende de la duración de la relación, si no que se trata de una intuición que resulta inmediata y está determinada por elementos de tipo no verbal. Cuidar requiere el desarrollo de la empatía. (28)

Participar de forma empática de la situación de la persona enferma significa situarse en sus coordenadas existenciales, vivir su sufrimiento, y de la necesidad de experimentar la realidad, de tomar conciencia de lo que siente, no solo de lo que piensa. En el cuidar, lo que vincula con el enfermo es la empatía. No siempre se produce espontáneamente, entonces es necesario hallar elementos de vinculación. El cuidador hace este trabajo intuitivo, al esfuerzo de situarse en el “pathos” ajeno, a pesar de la infinita distancia. Es fundamental la confianza entre la persona enferma y la persona cuidadora, pero solo es posible cobrar esta confianza en el marco de una mutua simpatía. Desde la confianza se aprende a compartir, la confianza lleva a la ternura y la solicitud. Justicia y simpatía están íntimamente conectadas, ello exige la superación de prejuicios y el reconocimiento universal de la persona enferma como prójimo.

Otro aspecto relevante en el cuidar a la persona, es el de velar para que su libertad se realice dentro de los límites posibles. Es ayudar a recobrar su autonomía, su

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

independencia que siempre es relativa. Recuperar la identidad, su identidad personal que es la fuente de su autonomía. El ser humano es un ser en busca de sentido. La persona desea vivir no a cualquier precio, sino que desea vivir con sentido. Hallar la fórmula para recrear de nuevo su vida, y encontrar espacios donde sea capaz de realizar su autenticidad, de encontrar su sentido. Se construye mediante el dialogo, intercambio de problemas desde un punto de vista personal, y vital. La reciprocidad es clave en el proceso de cuidar.

La profesión enfermera se fundamenta en el cuidar y toda concepción de cuidados enfermeros se inserta en un sistema de creencias y valores, que están influidos por un conjunto de factores sociales, culturales y económicos y políticos. La identificación de valores es de suma importancia, ya que los valores son relevantes por su relación con la identidad profesional, con la profesionalización y como guía para la acción. La American Association of Colleges Of Nursing identifica los valores esenciales de la profesión enfermera son los siguientes: Altruismo, Estético, Igualdad, Libertad, Dignidad Humana, Justicia, y Verdad (AANC, 1986). No solo enumera sino que define, y describe las actitudes que comportan. También determinan las conductas profesionales unidas a cada valor:

**4.7.1 Valores estéticos:** Proporcionan bienestar mediante la búsqueda de las cualidades de las personas, objetos, y eventos. Actitudes y cuidados personales unidos a este valor: apreciación, creatividad, imaginación, sensibilidad. Conductas profesionales: Adaptar el ambiente para que cause bienestar a las personas. Crear un ambiente de trabajo agradable. Promover una imagen positiva del cuidar.

**4.7.2 Valor Altruista:** las enfermeras y enfermeros se involucran en el bienestar de otros. Actitudes y cualidades personales: Cuidado, compromiso, compasión, generosidad, perseverancia. Conductas profesionales: Prestar toda la atención a las personas enfermas al dar los cuidados. Ayudar a otro personal a proporcionar cuidados. Incorporar las tendencias sociales en el cuidado de la salud.

**4.7.3 Valor de Igualdad:** considerar que las personas tienen los mismos derechos, privilegios o estatus. Actitudes y cualidades personales: aceptación, asertividad, transparencia, autoestima, tolerancia. Conductas profesionales: Proporcionar cuidado a las personas basado en las necesidades individuales. Actuar recíprocamente con otros proveedores sin discriminación. Expresar ideas sobre la mejora del acceso al cuidado de la salud.

**4.7.4 Valor de Libertad:** capacidad de ejercer la opción. Actitudes y cualidades personales: confianza, esperanza, independencia, franqueza, auto dirección, autodisciplina. Conductas profesionales: licencia de la persona a negarse al tratamiento. Justos soportes de otros proveedores para hacer pensar en las alternativas del plan de cuidados. Soporte al dialogo abierto de problemas en la profesión.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

**4.7.5 Valor de la Dignidad Humana:** es el valor inherente y singular de toda persona. Actitudes y cualidades personales: Consideración, empatía, humanidad, bondad, respeto, confianza. Conductas profesionales: Resguardar el derecho a la privacidad de la persona. Mantener la confidencialidad del paciente. Tratar a otros con respeto.

**4.7.6 Valor de la Justicia:** considerar los principios morales y legales inherentes a las personas. Actitudes y cualidades personales: coraje, integridad, moralidad, objetividad.  
(29)

### 4.8 MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS

Los desechos considerados peligrosos, según sus características, pueden ser: tóxicos, explosivos, inflamables, corrosivos e infecciosos.

Los desechos peligrosos generados en hospitales y centros de salud presentan riesgos y dificultades especiales debido, fundamentalmente, al carácter infeccioso de algunas de sus fracciones componentes.

Contribuyen también a acrecentar tales riesgos y dificultades la heterogeneidad de su composición, la presencia frecuente de objetos cortopunzantes y la presencia eventual de cantidades menores de sustancias tóxicas, inflamables y radiactivas de baja intensidad.

Cabe destacar que el manejo deficiente de los desechos peligrosos de hospitales no sólo puede crear situaciones de riesgo que amenacen la salud de la población hospitalaria (personal y pacientes), sino también puede ser causa de situaciones de deterioro ambiental que trasciendan los límites del recinto hospitalario, generar molestias y pérdida de bienestar a la población aledaña al establecimiento y someter a riesgo la salud de aquellos sectores de la comunidad que, directa o indirectamente, lleguen a verse expuestos al contacto con material infeccioso o contaminado, cuando los desechos son trasladados fuera del hospital para su tratamiento o disposición final.

Los desechos peligrosos generados en instituciones de salud requieren de un manejo especial para evitar la transmisión de enfermedades por esa vía, para lo cual es necesario un orden de procedimientos y medios materiales en cada unidad de salud.

#### **4.8.1 Etapas básicas para el manejo de desechos hospitalarios**

**4.8.1.1 Identificación de los desechos y de las áreas donde se generan.** Es importante separar o seleccionar apropiadamente los desechos según la clasificación adoptada (se adoptó la sugerida por el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, que permite una fácil identificación del tipo de desecho y del punto o lugar de su generación) con el objetivo de:

- Reducir los riesgos para la salud, impidiendo que los desechos infecciosos o especiales, que generalmente son fracciones pequeñas, contaminen los otros desechos generados en el hospital.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

- Disminuir costos, ya que sólo se dará tratamiento especial a una fracción y no a todos los desechos generados.
- Reciclar directamente algunos desechos que no requieren tratamiento ni acondicionamiento previo.

**4.8.1.2 Envasado de los desechos generados de acuerdo con sus características físicas y biológico-infecciosas:** Se debe contar con recipientes apropiados para cada tipo de desecho. El tamaño, peso, color, forma y material deben garantizar una apropiada identificación, facilitar las operaciones de transporte y limpieza, ser herméticos para evitar exposiciones innecesarias, y estar integrados a las condiciones físicas y arquitectónicas del lugar. Estos recipientes se complementan con el uso de bolsas plásticas para efectuar un apropiado embalaje de los desechos. Los recipientes, las bolsas y los lugares donde éstos se ubican deben tener un código de colores e impresos visibles que indiquen el tipo de desechos que representan (rojo para los infecciosos, negro o blanco para los comunes y verde o amarillo para los especiales).

**4.8.1.3 Recolección y transporte interno:** Consiste en trasladar los desechos en forma segura y rápida desde las fuentes de generación hasta el lugar destinado para su almacenamiento temporal, para lo cual se debe seguir las recomendaciones técnicas siguientes:

- Se utilizarán carros de tracción manual diseñados de forma tal que asegure rapidez y silencio en la operación, hermeticidad, impermeabilidad y estabilidad con el fin de evitar accidentes.
- Se establecerán rutas y horarios de recolección, de forma diferenciada, es decir con rutas y horarios diferentes según el tipo de desecho.
- No se recomienda la utilización de sistemas de gravedad o mecánicos; así como tampoco la utilización de carros mecánicos.
- Los carros utilizados deben lavarse y desinfectarse al final de la operación.
- El personal que efectúe la recolección deberá usar un equipo mínimo de protección.

**4.8.1.4 Almacenamiento temporal:** Se llevará a cabo en un lugar apropiado donde se centralizará el acopio de los desechos en espera de ser transportados al lugar de tratamiento, reciclaje o disposición final y deberá reunir las características técnicas siguientes:

**4.8.2 Exclusividad:** el lugar debe ser utilizado solamente para los desechos peligrosos hospitalarios y contar con letreros alusivos a su peligrosidad y bajo ningún concepto se deben almacenar otros materiales. Para los desechos infecciosos se utilizarán contenedores de color rojo y rotulados con el símbolo internacional de Riesgo Biológico. Este color no podrá utilizarse para otro tipo de desechos. Los patológicos humanos o de



## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

animales deberán conservarse a una temperatura no mayor de 4 °C y el período de almacenamiento podrá exceder las 24 h, a menos que ocurra putrefacción de éstos, sin exceder los 4 d en total.

**4.8.3 Seguridad:** el lugar debe reunir condiciones físicas estructurales que impidan que la acción del clima ocasione daños o accidentes y que personas no autorizadas ingresen fácilmente en éste. El acceso al área sólo se permitirá al personal responsable de estas actividades.

**4.8.4 Higiene y saneamiento:** el lugar debe contar con buena iluminación y ventilación, tener pisos y paredes lisos y pintados con colores claros, poseer un sistema de abastecimiento de agua fría y caliente con una presión adecuada.

Que permita llevar a cabo operaciones de limpieza rápidas y eficientes; así como contar con un sistema de desagüe apropiado.

Por último, este lugar debe estar ubicado preferentemente en zonas alejadas de las áreas de pacientes, visitas, cocina, comedor, instalaciones sanitarias, sitios de reunión, áreas de esparcimiento, oficinas, talleres y lavandería, y cerca de las puertas de servicio del local, con el fin de facilitar las operaciones de transporte externo.

**4.8.5 Recolección y transporte externo:** se llevará a cabo con los desechos que cumplan con el envasado, embalado y etiquetado o rotulado descrito anteriormente.

En esta etapa se tendrá en cuenta que:

- Los desechos peligrosos infecciosos no deberán ser compactados durante su recolección y transporte.
- Los vehículos recolectores deberán contar con sistemas de carga y descarga mecanizados.

El vehículo se deberá utilizar únicamente para el transporte de este tipo de desechos y al concluirse la jornada deberá lavarse y desinfectarse.

Estos desechos no deberán mezclarse con ningún otro tipo de desechos municipales o industriales.

**4.8.6 Tratamiento:** Generalmente se realiza fuera del centro de salud; sin embargo, algunos centros u hospitales por su complejidad y magnitud cuentan dentro de sus instalaciones con sistemas de tratamiento.

En esta etapa debe tenerse en cuenta que:

- Los desechos infecciosos deberán ser tratados por métodos físicos o químicos (la incineración es el método de elección para este tipo de desecho, pueden utilizarse la esterilización y la desinfección química) que garanticen la eliminación de

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

microorganismos patógenos. No se acepta que sean dispuestos sin tratamiento. La selección de una de las opciones requiere un estudio previo de acuerdo con las condiciones económico-ambientales del lugar. Las operaciones de tratamiento deben vigilarse constantemente a fin de evitar posible contaminación del ambiente y riesgos a la salud y serán efectuadas por personal especializado.

- Los desechos especiales, según sus características, deben ser sometidos a tratamientos específicos o acondicionados para ser dispuestos en rellenos de seguridad o confinamientos.
- Los desechos comunes no requieren un tratamiento especial y pueden ser dispuestos junto con los desechos municipales.
- Dependiendo de la composición y características de sus elementos, pueden ser reciclados y comercializados.
- Los hospitales y establecimientos que presten atención médica deberán presentar un plan de contingencia para enfrentar las situaciones de emergencia. Dicho plan debe contener las medidas necesarias que se deben tomar durante eventualidades y deben ser efectivas, de fácil y rápida ejecución. La comunidad hospitalaria en general, y principalmente el personal a cargo del manejo del sistema de limpieza, debe capacitarse para enfrentar la emergencia y tomar a tiempo las medidas previstas.

**4.8.6 Disposición final:** Se realiza fuera del centro de salud. Los desechos infecciosos peligrosos tratados mediante la incineración se eliminarán como desechos no peligrosos y los que hayan sido tratados con el método de esterilización deberán triturarse o someterse a un proceso que los haga irreconocibles. (30)

## 4.9 INSTRUMENTO PARA LA MEDICION DE ACTITUDES

**4.9.1 Construcción de una Escala Aditiva tipo Likert:** La escala de likert es una escala ordinal y como tal no mide en cuánto es más favorable o desfavorable una actitud, es decir que si una persona obtiene una puntuación de 60 puntos en una escala, no significa esto que su actitud hacia el fenómeno medido sea doble que la de otro individuo que obtenga 30 puntos, pero sí nos informa que el que obtiene 60 puntos tiene una actitud más favorable que el que tiene 30 puntos. A pesar de esta limitación, la escala likert tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.

La construcción de esta escala comporta los siguientes pasos:

1) Se recoge una larga serie de ítems relacionados con la actitud que queremos medir y se seleccionan, aquellos que expresan una posición claramente favorable o desfavorable. Estos ítems pueden ser elaborados por personas conocedoras del tema que se pretende

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

medir y conocedoras, así mismo, del colectivo de individuos que responderá a la escala definitiva.

Es conveniente partir de una colección de 100 a 150 ítems para construir una escala de 15 a 30 ítems.

En la tabla ----- se presenta un ejemplo de una tabla de likert cuyos ítems están realizados para medir la actitud hacia "La seguridad en el trabajo".

		Muy en disacuerdo	en disacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	La seguridad en el trabajo es un privilegio de ricos.					
2	La causa de los accidentes está en defectos de fabricación de las máquinas.					
3	Las normas de prevención de accidentes no sirven para nada porque la gente no las cumple.					
4	La falta de prevención de accidentes debería castigarse con la cárcel.					
5	En la vida siempre ha habido catástrofes y es inútil intentar evitarlas.					
6	Cada uno tiene su destino y si se ha de accidentar por más seguro que trabaje se accidentará.					
7	No vale la pena usar protecciones porque la faena cunde poco.					

2) Se selecciona un grupo de sujetos similar a aquél al que piensa aplicarse la escala. Estos responden, eligiendo en cada ítem la alternativa que mejor describa su posición personal.

3) Las respuestas a cada ítem reciben puntuaciones más altas cuanto más favorables son a la actitud, dándose a cada sujeto la suma total de las puntuaciones obtenidas.

4) Para asegurar la precisión de la escala, se seleccionaran el 25 % de los sujetos con puntuación más alta y el 25 % con puntuaciones más baja, y se seleccionan los ítems que discriminan a los sujetos de estos dos grupos, es decir, aquellos con mayor diferencia de puntuaciones medias entre ambos grupos.

5) Para asegurar la fiabilidad por consistencia interna, se halla la correlación entre la puntuación total y la puntuación de cada ítem para todos los individuos, seleccionándose los ítems con coeficiente más alto.

6) Con los criterios anteriores de precisión y fiabilidad se selecciona el número de ítems deseado para la escala. Para asegurar la validez del contenido, aproximadamente la mitad de los ítems deben expresar posición favorable y desfavorable la otra mitad. En ciertos casos, para obligar a los individuos a definir su posición de forma más clara, se puede suprimir la respuesta "indeciso"

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

- Forma latente.
- A pesar de la ausencia de teoría justificativa para la "escalabilidad", en la práctica, las puntuaciones del cuestionario Likert proporcionan con frecuencia la base para una primera ordenación de la gente en la característica que se mide.
- El problema está en determinar cuándo tiene consecuencias para el significado de una misma puntuación el hecho de poder ser alcanzada por distintos medios y cuando no las tiene.(31)

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, cuantitativo.

### 5.2. MARCO MUESTRAL

**5.2.1 Población diana:** personal de enfermería que esté y que haya estado a cargo del cuidado de pacientes con VIH/SIDA de la ciudad de Barranquilla.

**5.2.2 Población accesible:** personal de enfermería que esté y que haya estado a cargo del cuidado de pacientes con VIH/SIDA del ESE CARI alta complejidad, hospital niño Jesús y hospital universidad del norte.

#### 5.2.3 Población elegible

**5.2.3.1 Criterios de inclusión:** El estudio está centrado en el personal de enfermería que esté y que haya estado a cargo del cuidado de pacientes infectados con VIH/SIDA y que estén activos durante el período del estudio y que acepten participar. Se incluyó al personal de los servicios de hospitalización, medicina interna, pediatría, ginecología, Quirúrgica, clínicas integradas y maternidad del ESE CARI Alta Complejidad, Hospital Niño Jesús y Hospital universidad del Norte ya que en estos servicios el personal mantiene contacto directo con el paciente.

**5.2.3.2 Criterios de exclusión:** se excluyó aquel personal que labore en consulta externa, urgencias en el ESE CARI Alta Complejidad, Hospital Niño Jesús y Hospital Universidad del Norte ya que el número de procedimientos practicados en estos pacientes y el contacto con ellos es menor.

### 5.3 TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño muestral fue de 60 encuestados (27 Hospital CARI Alta Complejidad) (19 Hospital Niño Jesús), (14 Hospital Universidad del Norte); que componen la muestra extraída de la Población Accesible, para que los datos obtenidos sean representativos de la población.

### 5.4. MUESTRA

La población a estudiar, se eligió mediante muestreo por conveniencia.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

## **5.5. VARIABLES**

Se elaboró una tabla de operacionalización de las variables investigadas, con el objetivo de determinar las variables que fueron presentadas y analizadas individualmente. También para hacer un listado de macro variables y subvariables por ejemplo:

- Sociodemográficas (Edad, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, religión, tiempo vinculado a la institución, experiencia laboral, jornada laboral, institución hospitalaria, profesión y servicio hospitalario y sexo).
- Conocimiento (normas de bioseguridad, fisiopatología y protocolo de manejo de la enfermedad).
- Actitudes (creencias, valores, relación terapéutica, autoconfianza, trabajo interdisciplinario).
- Deseo del cuidado (relación de ayuda, tiempo de dedicación al paciente, número de pacientes asignados, pausas activas y tiempo de descanso).
- Compromiso del cuidado (amabilidad, empatía, escucha, compromiso moral, confidencialidad, número de ocupaciones, tiempo de trabajo por turno). (Ver Anexo 4).

## **5.6. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS:**

### **5.6.1 Técnicas e instrumentos:**

Las técnicas de recolección incluyeron, la encuesta autodiligenciada. (Ver Anexo 1)

El instrumento de recolección comprendió un cuestionario con tres secciones:

- a. Datos de identificación.
- b. Preguntas sobre conocimientos acerca del manejo de pacientes con VIH/SIDA.
- c. Escala Likert para exploración de actitudes hacia el cuidado del paciente con VIH, a partir de una estructura de dominios o factores, a saber:
  - Acercamiento al paciente
  - Relación de ayuda con el paciente y familia
  - Atención a las necesidades espirituales y psicológicas.
  - Trabajo interdisciplinario

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

- Autoconfianza en la atención. Para cada uno de ellos se definieron unos aspectos de exploración o ítems medidos con una escala continua de 1 a 3. (Ver Anexo 2).

**5.6.1.2. Consideraciones éticas:** Este estudio se presentó y fue aprobado para su realización por el Comité de Ética de Investigación de La Universidad Del Norte. Así mismo, se han obtuvieron permisos para su realización por parte de las direcciones científicas de las instituciones Hospitalarias participantes, además, en la documentación aportada a cada encuestado se ha solicitado su consentimiento para participar en el estudio, y se ha garantizado la confidencialidad de los datos. En cuanto a las consideraciones éticas, este estudio es de riesgo mínimo, de acuerdo a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud establecidas en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. Ver Anexo 5).

**5.6.1.3. Para evaluar los conocimientos:** se utilizó como instrumento un cuestionario con 19 preguntas de selección múltiple y algunas abiertas que nos den información sobre cuál es el grado de conocimientos de la enfermera con respecto a las normas/protocolos de manejo de enfermería del paciente con VIH/SIDA, tomado de la guía de manejo para VIH/SIDA, de ONUSIDA. (Ver Anexo 3).

**5.6.1.4. Para evaluar las actitudes:** se construyó un cuestionario con preguntas tipo Likert con cinco opciones de respuesta, el cual fue validado. Inicialmente se elaboraron 70 ítems cuya validez de contenido fue evaluada mediante: a) la confrontación de los ítems generados con los objetivos específicos y necesidades de información, b) Revisión por expertos y c) Con una prueba piloto practicada a las enfermeras y enfermeros de los distintos servicios del ESE Cari alta complejidad, para examinar el grado de comprensión de los ítems. Como resultado se seleccionaron 58 ítems que fueron sometidos a una segunda prueba en el mes de marzo en el E.S.E. Hospital Niño Jesús, Hospital Universidad del Norte, a enfermeras y auxiliares, y a docentes de enfermería que habían atendido pacientes con VIH/SIDA. Una vez analizados los resultados de dicha escala, se decidió eliminar 15 ítems por carecer de suficiente claridad para los encuestados, de 58 ítems a 43. De igual forma, se redujeron las opciones de respuesta a 3 (En desacuerdo, parcialmente de acuerdo y muy de acuerdo) con un puntaje de 1 a 3. Posteriormente se realizó validación de la consistencia de las respuestas mediante la comparación de resultados entre un primer Test y un segundo test (test--retest). En este se encontró un alto grado de homogeneidad de las respuestas.

Eliminado:

La consistencia interna del cuestionario se examinó mediante el análisis estadístico Alfa de Chronbach. Se examinó la confiabilidad de los ítems de cada uno de los dominios o factores constituyentes del test por separado. En este proceso se fueron eliminando los

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

ítems que fueron necesarios para aumentar la confiabilidad, tomando como punto de corte válido los valores de alfa mayores de 0.6.

**Tabla 1.** Análisis Alfa de Cronbach del Instrumento Escala De Likert.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos	Dominio
,781	,808	43	Todos
,338	,441	11	Relación de ayuda
,442	,531	10	Relación de ayuda eliminando A13
,539	,599	9	Relación de ayuda eliminado ítem A18
,604	,645	8	Relación de ayuda eliminando A29
,639	,645	8	Autoconfianza
,648	,652	7	Autoconfianza eliminando A4
,657	,657	6	Autoconfianza A14
,494	,510	9	Acercamiento
,513	,539	8	Acercamiento eliminando A22
,550	,568	7	Acercamiento eliminando A2



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos	Dominio
,488	,513	9	Necesidades espirituales y psicológicas
,527	,555	8	Necesidades espirituales y psicológicas eliminando A34
,571	,589	7	Necesidades espirituales y psicológicas eliminando A43
,621	,624	6	Necesidades espirituales y psicológicas eliminando A35
,431	,435	6	Trabajo interdisciplinario
,489	,504	5	Trabajo interdisciplinario eliminando A10
,610	,622	4	Trabajo interdisciplinario eliminando A19
,620	,620	3	Trabajo interdisciplinario eliminando A25

**Fuente:** Análisis alfa de Cronbach.

#### **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

Para la validación de la confiabilidad se realizó un análisis Alpha de Cronbach para los 43 ítems. Inicialmente una vez recogido los datos se tabularon en Excel creando una base de datos para la aplicación del test utilizando posteriormente el software SPSS 18. El análisis dio como resultado un coeficiente de  $\alpha$  0,781 y un  $\alpha$  tipificado 0,808. (Tabla 1)

Luego se realizó un análisis de consistencia por dominios o por extracción de componentes para aumentar la consistencia interna en donde se decidió unir el dominio relación de ayuda paciente y relación de ayuda familia para obtener un total de 11 ítems con un  $\alpha$  0,338 y un  $\alpha$  tipificado 0,441.

El alfa de Cronbach aumentaría, si se eliminaran los siguientes ítems:

Eliminando A13 quedan 10 elementos con un coeficiente de  $\alpha$  0,44 y un  $\alpha$  tipificado de 0,531. Eliminando A18 quedan 9 elementos con un coeficiente de  $\alpha$  de 0,539 y un  $\alpha$  tipificado de 0,599. Eliminando A29 quedan 8 elementos con un coeficiente de  $\alpha$  de 0,604 y un  $\alpha$  tipificada 0,645. Por lo cual se eliminaron 3 elementos quedando 8 ítems (A1, A3, A6, A9, A25, A33, A39 y A42).

El dominio de autoconfianza estaba constituido por 8 ítems, el cual al ser analizado obtuvo un coeficiente de  $\alpha$  de 0.639 y un  $\alpha$  tipificado: 0.645. El alfa de Cronbach aumentaría, si se eliminaran los siguientes ítems:

Eliminando A4 quedan siete elementos con un  $\alpha$  de 0.657 y un alfa tipificado de 0.652.

Eliminando A14 quedaron seis elementos con un  $\alpha$  de 0.657 y un  $\alpha$  tipificado de 0.657 por lo cual se eliminaron 3 elementos quedando 8 ítems (A20, A26, A24, A28, A40, A41).

El dominio de acercamiento estaba constituido por 9 ítems, el cual al ser analizado obtuvo un coeficiente  $\alpha$  de 0.494 y una  $\alpha$  tipificada de 0.510. El alfa de Cronbach aumentaría, si se eliminaran los siguientes ítems:

Eliminando A22, quedan 8 elementos con un  $\alpha$  de 0.513 y un  $\alpha$  típica de 0.539.

Eliminando A2 quedaron 7 elementos con un  $\alpha$  de 0.550 y un  $\alpha$  tipificado 0.568, por lo cual se eliminan 2 elementos quedando 7 ítems (A5, A12, A15, A17, A30, A31, A32).

Para aumentar la consistencia interna se decidió unir el dominio de las necesidades espirituales y necesidades psicológicas quedando un total de 9 ítems, con un  $\alpha$  de 0.488 un  $\alpha$  tipificado de 0.513. El alfa de Cronbach aumentaría, si se eliminaran los siguientes ítems:

Eliminando A34 quedan 8 elementos con un  $\alpha$  de 0.527 y con un  $\alpha$  tipificado de 0.555. Eliminando A43 quedan 7 elementos con un  $\alpha$  de 0.571, con una  $\alpha$  tipificada de 0.589. Eliminando A35 quedan 6 elementos con un  $\alpha$  de 0.621 y un  $\alpha$  tipificado de 0.624. Por lo cual se eliminaron 3 elementos quedando 6 ítems (A8, A11, A37, A7, A36, A38).

El dominio trabajo interdisciplinario estaba constituido por 6 elementos con un  $\alpha$  de 0.431 y un  $\alpha$  tipificado: 0.435. El alfa de Cronbach aumentaría, si se eliminaran los siguientes ítems:

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

Eliminando A10 quedan 5 ítems con un  $\alpha$  de 0.489 y un  $\alpha$  tipificada 0.504. Eliminando A19 quedan 4 ítems con una  $\alpha$  de 0.61 y un  $\alpha$  tipificada de 0.62. Eliminando A 25 quedan tres ítems con un  $\alpha$  de 0.620 y un  $\alpha$  tipificado de 0.620. Por lo cual se eliminaron 3 elementos quedando 3 ítems (A16, A21, A27).

**Tabla 2.** Análisis del Alfa de Cronbach y Datos descriptivos del Instrumento Escala De Likert. Eliminando los ítems A13, A18, A29, A4, A14, A22, A2, A34, A43, A35, A10, A19 Y A25.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,775	,798	30

Finalmente se realiza la validación con el coeficiente de  $\alpha$  Cronbach de los 30 ítems por medio del cual se obtuvo un  $\alpha$  de 0.775 y un  $\alpha$  tipificado de 0.798 y una media de 77.10, varianza 51.61, desviación típica: 7.18 comprobando la confiabilidad del instrumento en la escala de Likert la valoración de las actitudes en este estudio.

En la recolección de la información se utilizó una FUENTE PRIMARIA, ya que nos suministro una evidencia directa sobre el tema de investigación, que fue el propio personal objeto de estudio.

### 5.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y PRESENTACION DE INFORMACIÓN:

**5.7.1 Tipo de procesamiento:** Mecánico por medio computarizado. Se usaron los paquetes estadísticos de EXCEL para tabulación y creación de la base de datos y el software SPSS 18, para la tabulación, procesamiento de variables y análisis estadístico.

- Recodificación de las variables: edad, conocimientos, actitudes, nivel de escolaridad, tiempo laborado, horas de turno, tipos de turno, numero de instituciones donde labora, creencias religiosas, tiempo de vinculación a la institución, número de pacientes asignados.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

- Variables de frecuencia:
  - Edad.
  - Sexo.
  - Institución Hospitalaria.
  - Servicio Hospitalario.
  - Profesión.
  - Nivel de escolaridad.
  - Estrato socioeconómico.
  - Creencias religiosas.
  - Tiempo de vinculación a la institución hospitalaria.
  - Tiempo laborado.
  - Tiempo de interacción con el paciente.
  - Número de pacientes por turno.
  - Pausas activas durante el turno.
  - Horas laboradas por turno.
  - Numero de instituciones donde labora.
  - Nivel de conocimiento.
  - Actitudes.
- Cruce de variables:
  - Conocimientos vs profesión.
  - Conocimientos vs nivel de escolaridad.
  - Conocimientos vs servicio hospitalario.
  - Conocimientos vs institución hospitalaria.
  - Conocimientos vs estrato socioeconómico.
  - Conocimientos vs edad.
  - Conocimientos vs tiempo de vinculación.
  - Conocimientos vs Actitudes.
  - Actitudes vs Creencias religiosas.
  - Actitudes vs Horas por turno.
  - Actitudes vs tipos de turno.
  - Actitudes vs número de pacientes asignados por turno.
  - Actitudes vs nivel de escolaridad.
  - Actitudes vs tiempo laborado.
  - Actitudes vs profesión.
  - Actitudes vs institución hospitalaria.
  - Actitudes vs estrato socioeconómico.
  - Actitudes vs servicio.
  - Actitudes vs edad.
  - Nivel de escolaridad vs estrato socioeconómico.
  - Tiempo laborado vs edad.

## CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

- Esquematización de cuadros y gráficos:

CUADROS O TABLAS DE: Tablas de distribución de frecuencia y tablas de contingencia o asociación.

GRAFICOS O FIGURAS (Para variables cuantitativas continuas: diagramas diferenciales (histograma, polígonos de frecuencias), diagramas integrales (Diagramas acumulados; para variables cualitativas (barras simples o compuestas, sectores y pictogramas).

- Hacer listado de cuadros

### 5.8 ESCALA DE VALORACIÓN

#### 5.8.1 Conocimientos:

Para valorar los **Conocimientos** se utilizó una escala de valores con amplitud de un rango de dos niveles:

**5.8.1.2 Inadecuado:** si responden incorrectamente en un rango de 0 a 11 preguntas lo que equivale hasta un 57,8%.

**5.8.1.3 Adecuado:** si responden correctamente en un rango de 12 a 19 preguntas lo que equivale hasta un 63,2%.

#### 5.8.2 Actitudes:

**5.8.2.1 Positivas:** Puntaje mayor o igual de 72 lo equivale a un 80%. o más.

**5.8.2.2 Negativas:** Puntaje menor o igual de 71 lo equivale a un 78% o menos.

### 5.9. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para realizar el análisis de la información se utilizaron operaciones matemáticas que responden a objetivos específicos de descripción de variables y asociación causal; mediante el estudio descriptivo pretendimos describir las conocimientos y actitudes que poseen las enfermeras y auxiliares de enfermería en pacientes con VIH/SIDA, por lo cual utilizamos las *medidas de frecuencia* (porcentaje), *medidas de tendencia central* (promedio, mediana).

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

## 6. RESULTADOS

**Tabla 3.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según características sociodemográficas.

VARIABLE	No	%
<b>Edad</b>		
Hasta 30 años	31	51,7%
≥ 31 años	29	48,3%
Media	35	
Mediana	30	
Mínimo	19	
Máximo	70	
Desviación típica	12,25	
<b>Sexo</b>		
Femenino	57	95%
Masculino	3	5%
<b>Estrato Socioeconómico</b>		
Bajo	29	48,3%
Medio-Alto	31	51,7%
<b>Nivel de Escolaridad</b>		
Técnico	34	56,7%
Universitario	19	31,7%
Posgrado	4	6,7%
Diplomado	3	5%
<b>Profesión</b>		
Enfermera/o	20	33,3%
Auxiliar de Enfermería	40	66,7%
<b>Religión</b>		
Católica	42	70%
No Católica	18	30%

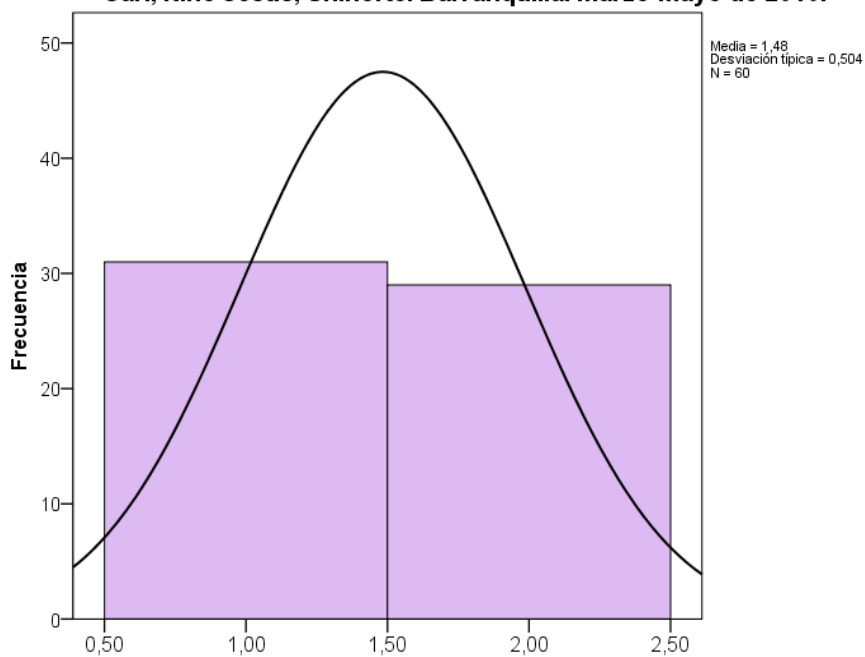
**Fuente.** Encuesta realizada por el grupo Investigador 2010.

Dentro de las edades la edad mínima fue de 19 años y la edad máxima fue de 70 años, la mayoría de las personas tienen hasta 30 años de edad. De las encuestas realizadas el 95% fueron contestadas por mujeres y el 5 % fueron contestadas por hombres. El 70% profesan la religión católica y la gran mayoría de los encuestados pertenecen al estrato socioeconómico medio alto (51,7%). Con el análisis del Nivel de escolaridad, encontramos que el 56,7% tienen un nivel de escolaridad técnico, siendo estas el mayor número de

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

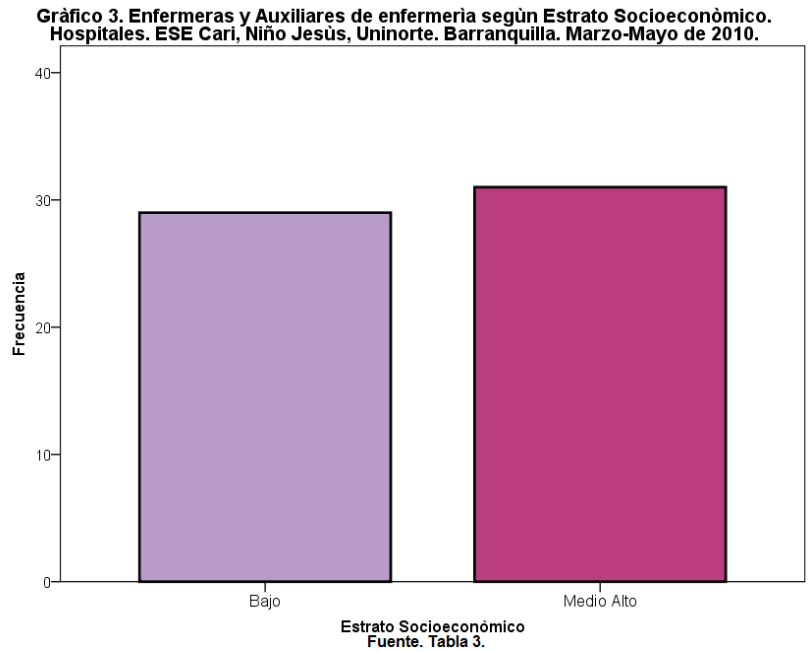
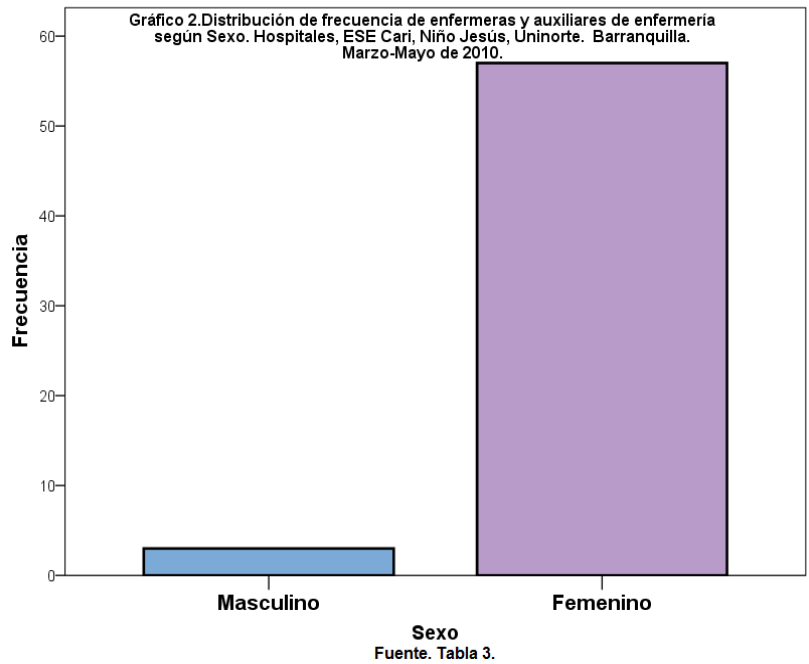
personas que participaron en la investigación. El 31,7% tienen un nivel de escolaridad, 6,7% tienen estudios de postgrado El 5% tiene estudios de diplomado. En cuanto a la profesión, el 66,7% de los encuestados fueron auxiliares de enfermería, constituyendo estas la mayor proporción de la muestra.

**Gráfico 1. Enfermeras y Auxiliares de enfermería según edad. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



**Fuente. Tabla 3**

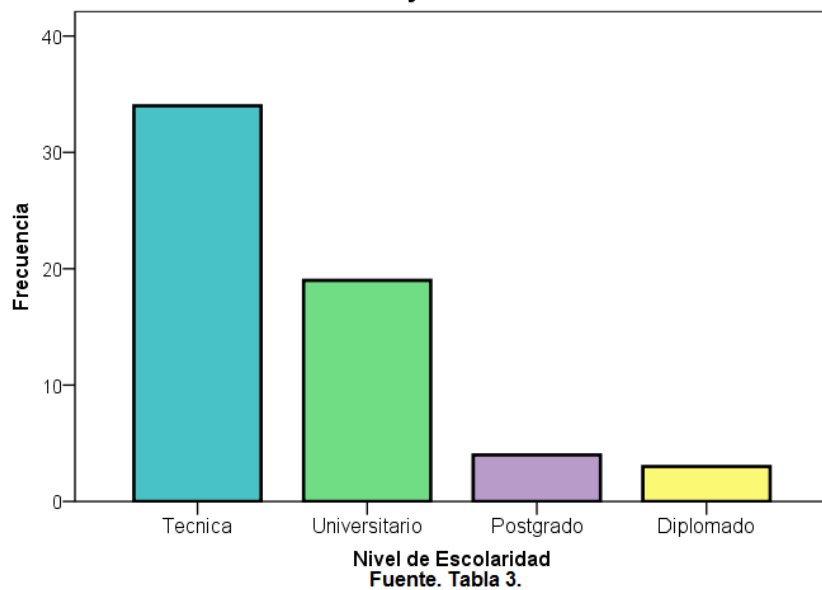
**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**



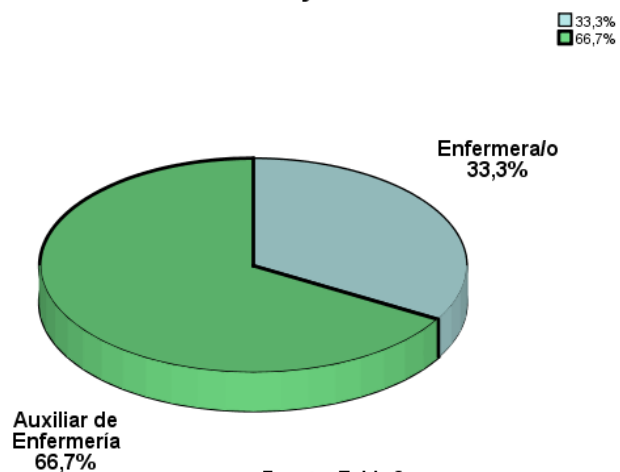


CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

**Gráfico 4. Enfermeras y auxiliares de enfermería según Nivel de Escolaridad. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**

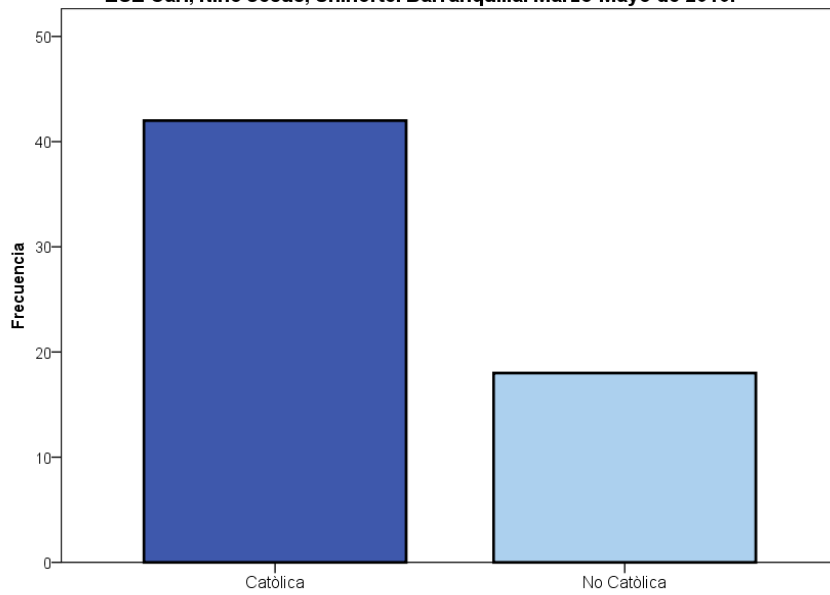


**Gráfico 5. Enfermeras y auxiliares de enfermería según Profesión. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 6. Enfermeras y Auxiliares de enfermería según creencias Religiosas. Hospitales.  
ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



**Fuente. Tabla 3.**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Tabla 4.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según características laborales.

<b>VARIABLE</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Tiempo vinculado institución</b>		
Hasta 1 años	16	26,7%
> 1 año	44	73,3%
<b>Experiencia laboral</b>		
Hasta 1 año	11	18,3%
>1año	49	81,7%
<b>No. Horas por Turno</b>		
Hasta 12 Horas	52	86,7%
>12 Horas	8	13,3%
<b>Jornada Laboral</b>		
Medio Tiempo	24	60%
>Medio Tiempo	36	40%
<b>valInstitución Hospitalaria</b>		
Institución 1	19	31,7%
Institución 2	27	45%
Institución 3	14	23,3%
<b>Servicio Hospitalario</b>		
Medicina Interna	4	6,7%
Hospitalización	14	23,3%
Pediatría	14	23,3%
Ginecología	5	8,3%
Clínicas Integradas	6	10%
Quirúrgica	11	18,3%
Maternidad	6	10%
<b>No. de pacientes por turno</b>		
Hasta 12 pacientes	33	55%
>12 pacientes	27	45%
<b>Pausas activas durante el turno</b>		
Nunca	3	5%
Algunas veces	44	73,3%
Siempre	13	21,7%
<b>No. Instituciones donde labora</b>		
1 institución	54	90%
>1 institución	6	10%

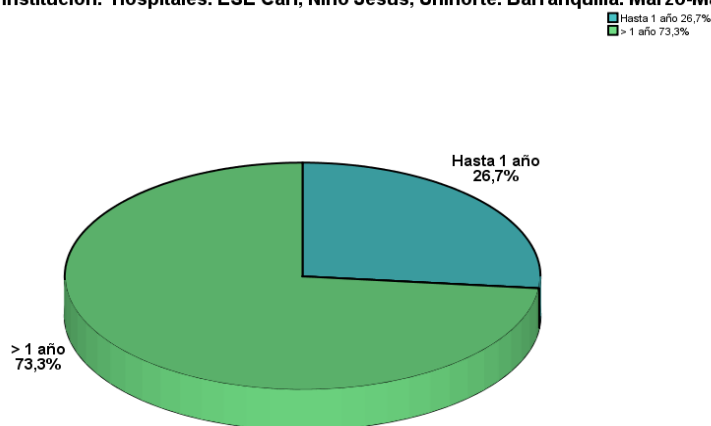
**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

<b>Tiempo de interacción con el paciente</b>		
Hasta 10 minutos	24	40%
>10 minutos	36	60%

**Fuente.** Encuesta realizada por el grupo Investigador 2010.

La mayoría de las personas encuestadas lleva más de un año vinculadas en la institución Hospitalaria donde se encuentra laborando actualmente (73,3%) mientras que el 23,3% lleva solo 6 meses en la institución Hospitalaria donde se encuentra laborando actualmente y solo un mínimo porcentaje de personas lleva vinculado a la institución hospitalaria entre 7 meses y 1 año. En cuanto a la experiencia laboral sea técnica o profesional, El 81,7% ha laborado más de 1 año en comparación a las que han laborado solo 6 meses (13,3%) o menor de 1 año (5%). La jornada laboral para la mayoría es de medio tiempo es decir 6 horas (60%) y el mayor porcentaje de turnos realizados son hasta 12 horas (86,7%). El 60% realiza turnos de medio tiempo y a la mayoría se le asignan hasta 12 pacientes por turno (55%). Durante los turnos el 73,3% tomar pausas activas y se observa que la gran mayoría dedica más de 10 minutos al paciente (60%). A su vez un gran porcentaje labora en una sola institución hospitalaria a(90%). Dentro de las encuestas realizadas el 45% se aplicaron en la institución y la menor participación la tuvo la institución 3 (23,3%). Teniendo en cuenta los servicios Hospitalarios descritos en los criterios de inclusión y exclusión el 46,6% de las encuestas se aplico en los servicios de hospitalización y pediatría siendo estos los servicios con mayor participación en la investigación (mayor numero de encuestas contestadas) y el 6,7% se aplico en el servicio de Medicina Interna, siendo este el servicio con menos participación en la investigación (menos encuestas contestadas).

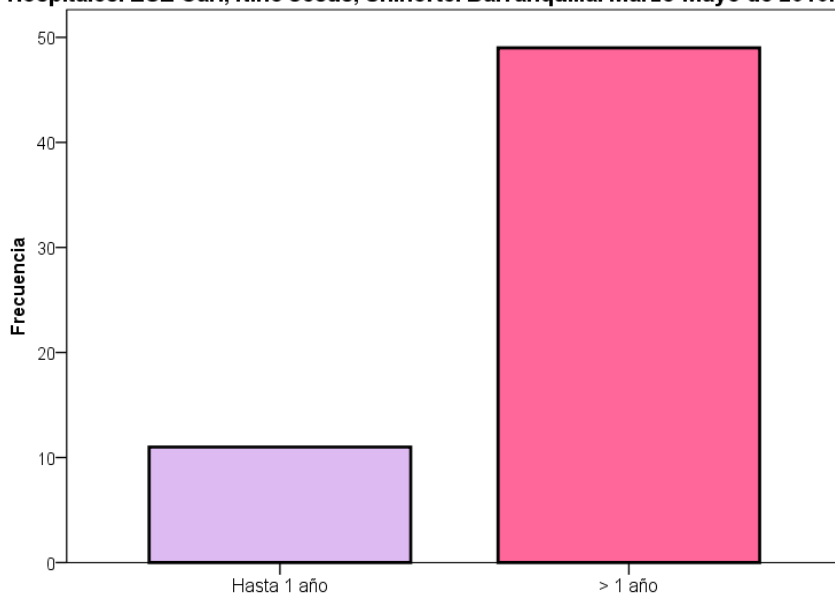
**Gráfico 7. Enfermeras y Auxiliares de Enfermería según Tiempo vinculado a la Institución. Hospitales. ESE Carl, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo. 2010.**



**Fuente.** Tabla 4.

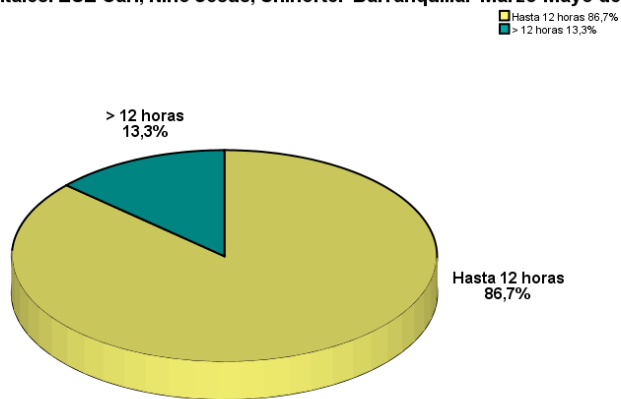
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

**Gráfico 8. Enfermeras y Auxiliares de Enfermería según experiencia laboral.**  
Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.



Fuente. Tabla 4.

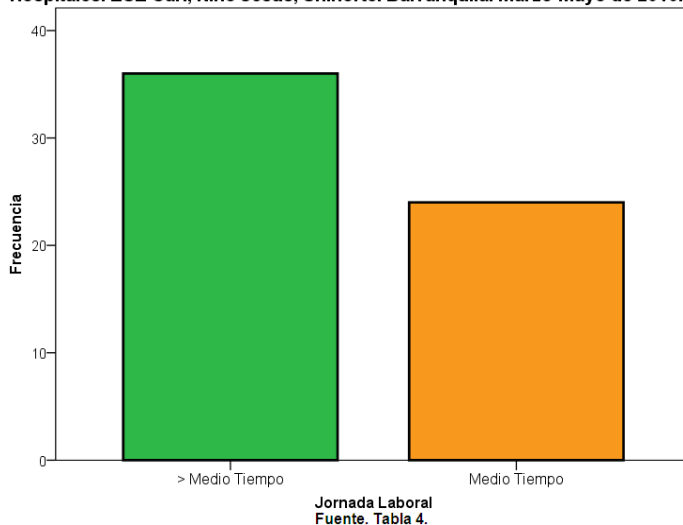
**Gráfico 9. Enfermeras y Auxiliares de Enfermería según No. de Horas por turno.**  
Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.



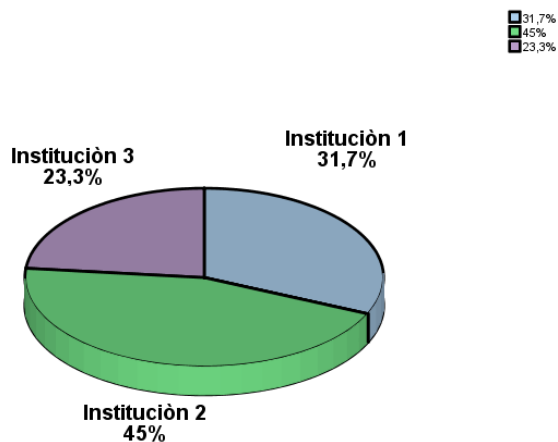
Fuente. Tabla 4.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 10. Enfermeras y Auxiliares de Enfermería según Jornada Laboral.  
Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



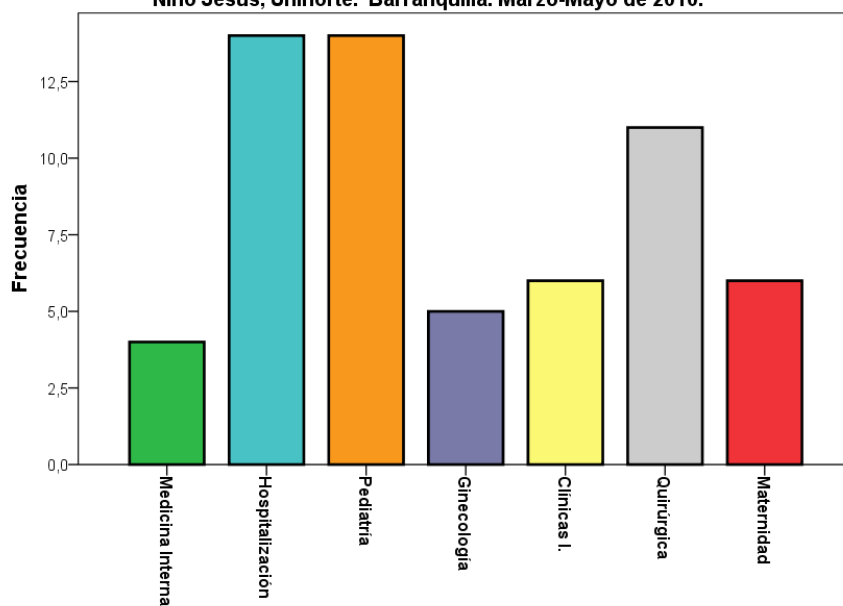
**Gráfico 11. Enfermeras y auxiliares de enfermería según Instituciones.  
Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



Fuente. Tabla 4.

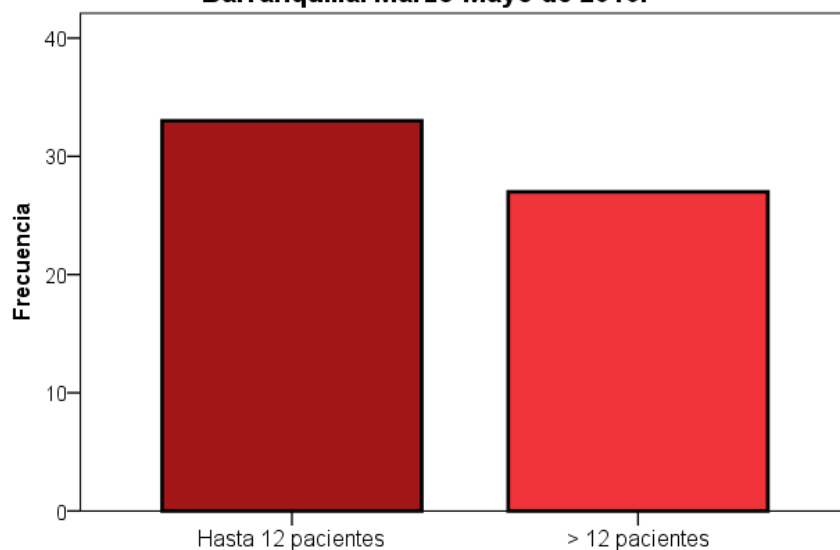
**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 12. Enfermeras y auxiliares de enfermería según Servicio. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



Servicio Hospitalario  
Fuente. Tabla 4.

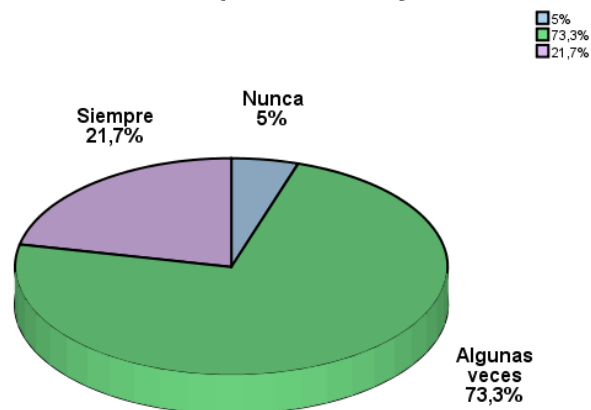
**Gráfico 13. Enfermeras y Auxiliares de Enfermería según No. de pacientes por turno. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



No. de pacientes por turno  
Fuente. Tabla 4.

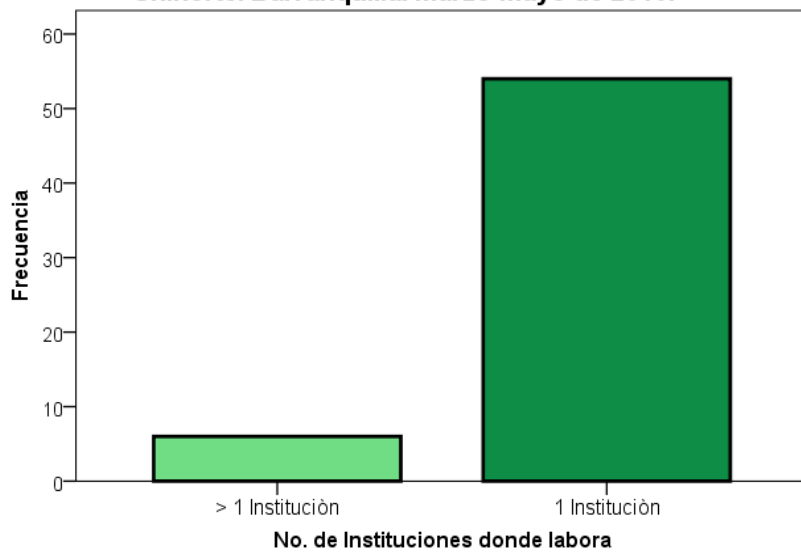
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

**Gráfico 14. Enfermeras y auxiliares de enfermería según Pausas Activas durante el turno. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



Fuente. Tabla 4.

**Gráfico 15. Enfermeras y Auxiliares de Enfermeria según el No. de Instituciones donde labora. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**

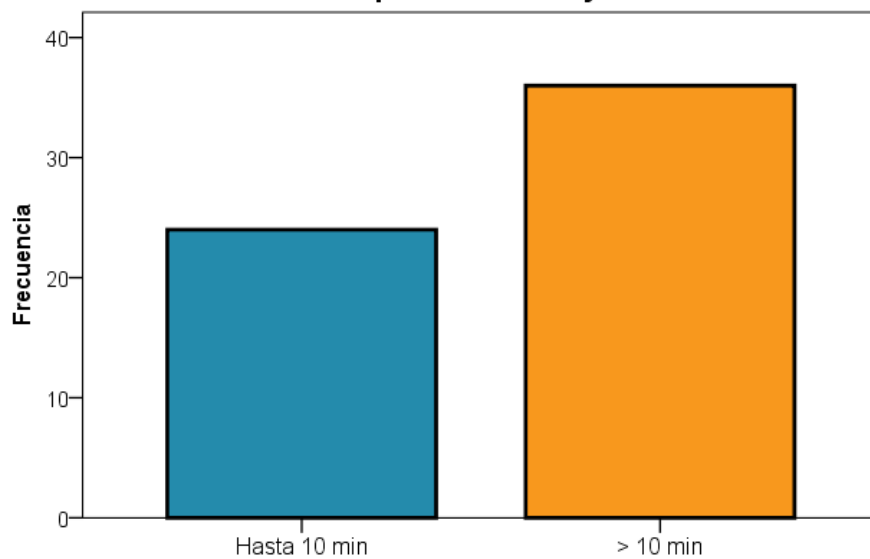


Fuente. Tabla 4.



CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

**Gráfico 16. Enfermeras y Auxiliares de Enfermería según Tiempo de interacción con el paciente. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



Tiempo de interacción con el paciente  
Fuente. Tabla 4.

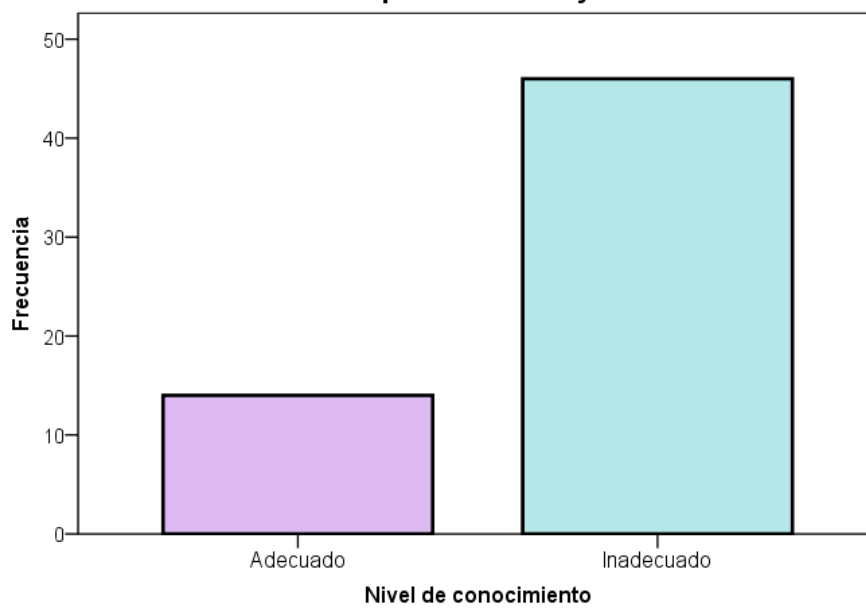
**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Tabla 5.**  
Enfermeras y Auxiliares de enfermería según conocimientos. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús y  
Uninorte. Barranquilla, Marzo-Mayo 2010

CONOCIMIENTOS			
	Adecuado	Inadecuado	Total
<b>CONOCIMIENTOS TOTAL</b>	14	46	60
<b>PORCENTAJE</b>	23,3%	76,7%	100%

**Fuente.** Cuestionario de conocimientos realizado por el grupo Investigador 2010

**Gráfico 17. Enfermeras y auxiliares de enfermería según Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



**Fuente. Tabla 5.**

# **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

En cuanto al nivel de conocimientos en el análisis se obtuvo que el 76,7% poseen conocimientos inadecuados sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA y sobre la enfermedad, siendo este un número muy alto dentro del total de encuestados, lo que demuestra que la gran mayoría del personal de enfermería no se encuentra capacitado o no posee los conocimientos suficientes para brindar cuidado o manejar pacientes con VIH/SIDA. En contraste, el análisis de las Actitudes reveló que el 81,7% manifestó una Actitud Positiva frente a los pacientes con VIH/SIDA lo que corresponde a una frecuencia, señalando que la gran mayoría del personal de enfermería asume una Actitud positiva frente a este tipo de pacientes.

Eliminado:

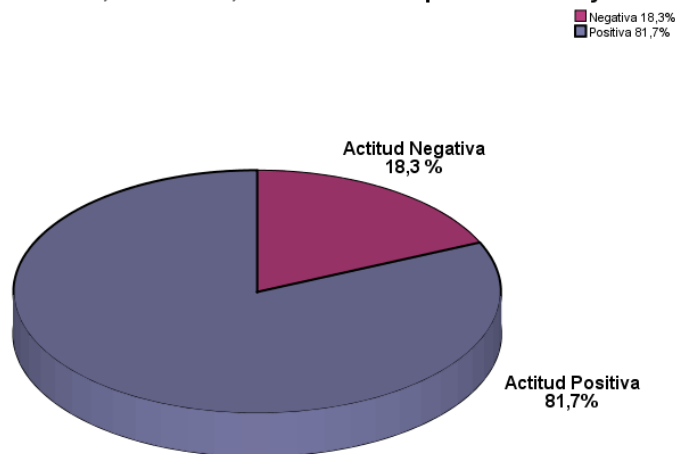
**Tabla 6.**

Enfermeras y Auxiliares de enfermería según Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús y Uninorte. Barranquilla, Marzo-Mayo 2010.

ACTITUDES			
	Negativa	Positiva	Total
<b>ACTITUDES TOTAL</b>	11	49	60
<b>PORCENTAJE</b>	18,3%	81,7%	100%

.Fuente. Escala de Likert realizada por el grupo Investigador 2010.

**Gráfico 18. Enfermeras y Auxiliares de Enfermería según Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



Fuente. Tabla 6.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Tabla 7.**

Población de enfermeras y auxiliares de enfermería según características socio demográficas y conocimientos sobre VIH/SIDA. Hospitales ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo 2010.

CONOCIMIENTOS						
VARIABLE	CATEGORIA	Adecuado	Inadecuado	Total	%	Chi 2
Edad	Hasta 30 años %	8 57,1%	23 50%	31	51,7%	0,763
	≥ 31 años %	6 42,9%	23 50%	29	48,3%	
Estrato	Medio-Alto %	7 50%	24 52,2%	31	51,7%	0,564
	Bajo %	7 50%	22 47,8%	29	48,3%	
Nivel de escolaridad	Técnico %	9 64,3%	28 60,9%	37	61,7%	0,539
	Profesional %	5 35,7%	18 39,1%	23	38,3%	
Profesión	Enfermera/o %	5 35,7%	15 32,6%	20	33,3%	0,535
	Auxiliar enfermería %	9 64,3%	31 67,4%	40	66,7%	
Tiempo vinculado institución	Hasta 1 año %	4 28,6%	12 26,1%	16	26,7%	0,552
	>1 año %	10 71,4%	34 73,9%	44	73,3%	
Institución Hospitalaria	Institución 1 %	5 35,7%	14 30,4%	19	31,7%	0,324
	Institución 2 %	4 28,6%	23 50%	27	45%	
	Institución 3 %	5 35,7%	9 19,6%	14	23,3%	
Servicio Hospitalario	Medicina Interna %	0 0%	4 8,7%	4	6,7%	0,255
	Hospitalización %	3 21,4%	11 23,9%	14	23,9%	
	Pediatría %	2 14,3%	12 26,1%	14	26,1%	
	Ginecología %	0 0%	5 10,9%	5	8,3%	
	Clínicas Integradas %	3 21,4%	3 6,5%	6	10%	
	Quirúrgica %	3 21,4%	8 17,4%	11	18,3%	
	Maternidad %	3 21,4%	3 6,5%	6	10%	

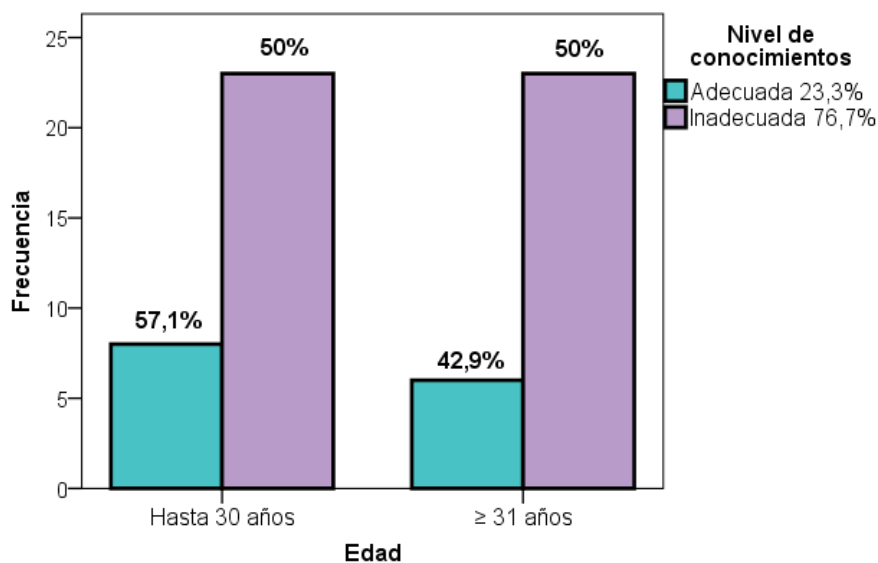
**Fuente.** Encuesta y Cuestionario de conocimientos realizados por el grupo investigador 2010.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

De las 60 personas encuestadas, la mayoría son menores de 31 años lo que equivale al 51,7 %. Tanto para el grupo de personas menores de 31 años como para los mayores de 31 años la gran mayoría posee conocimientos inadecuados.

El chi cuadrado de Fisher es mayor a 0,05, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre el nivel de conocimientos y la edad. Es decir que el nivel de conocimientos es en una mayor proporción inadecuado tanto para el personal de enfermería menor de 31 años y mayor de 31 años.

**Gráfico 19. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Edad y Nivel de conocimientos. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**

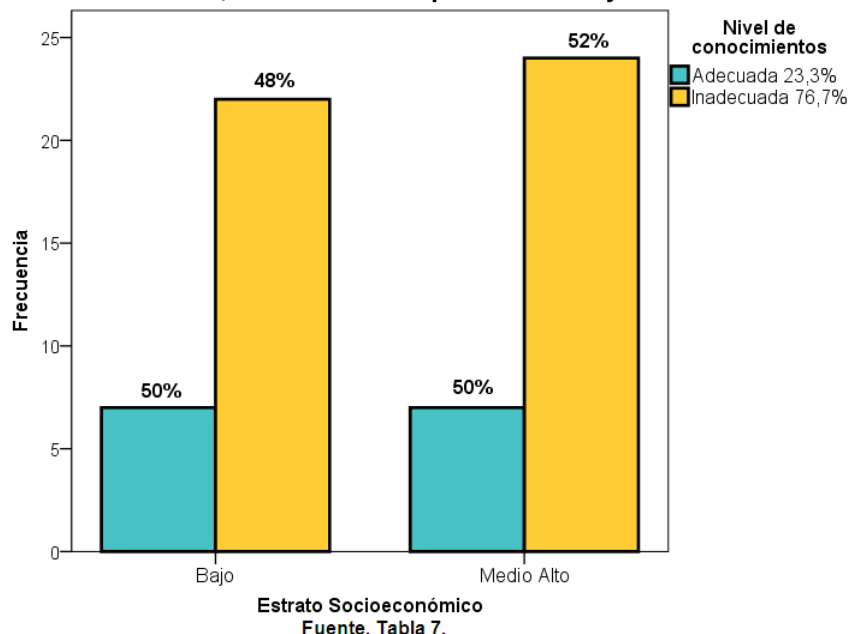


**Fuente. Tabla 7.**

Al asociar el Estrato Socioeconómico con el Nivel de conocimientos la mayoría pertenecen al de estrato socioeconómico medio alto lo que corresponde a un 51,7%. Teniendo en cuenta que el chi cuadrado fue mayor a 0,05, no existe asociación entre el nivel de conocimientos y el estrato socioeconómico. Es decir que el nivel de conocimientos es en una mayor proporción inadecuado para el personal de enfermería no importa el estrato socioeconómico al que pertenezca.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 20. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Estrato Socioeconómico y Nivel de conocimientos. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



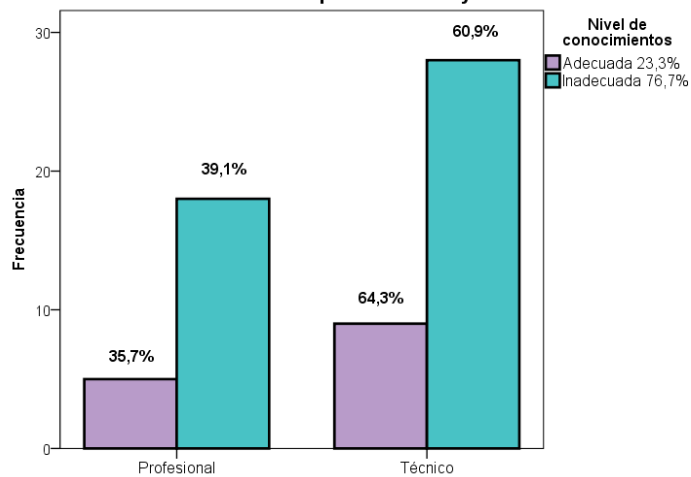
Al relacionar Profesión con nivel de conocimientos, de 60 personas encuestadas la mayoría fueron auxiliares de enfermería (67,4%). La mayoría posee un nivel de conocimientos inadecuados lo que es igual a un 76,7% y dentro de estas no existe distinción entre enfermeras o auxiliares es decir ambos grupos poseen un nivel de conocimiento pobre.

Estos resultados se complementan al asociar Nivel de escolaridad con el Nivel de conocimientos, ya que, 37 de los encuestados tienen un nivel educativo técnico (62%). El chi cuadrado de Fisher para ambos casos fue superior a 0,05 lo que indica que es igual a no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre el nivel de conocimientos, el nivel de escolaridad y la profesión. Es decir que el nivel de

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

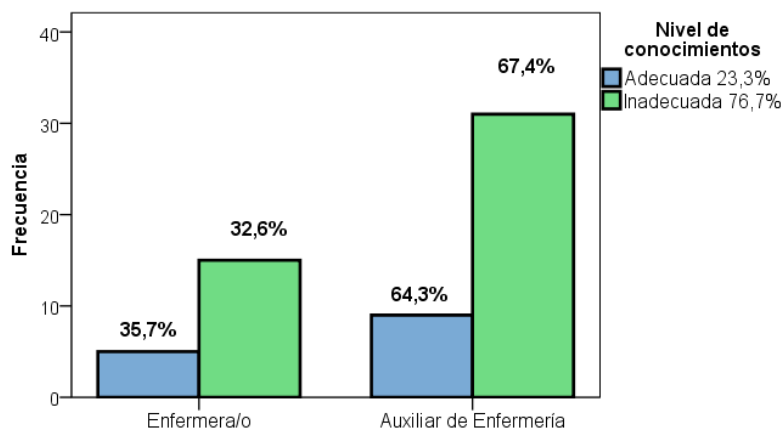
conocimientos es inadecuado tanto para personas con nivel técnico como para personas con un nivel educativo profesional, o para auxiliares como para enfermeras.

**Gráfico 21. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Nivel de escolaridad y Nivel de Conocimientos. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



Fuente. Tabla 7.

**Gráfico 22. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Profesión y Nivel de Conocimientos. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**



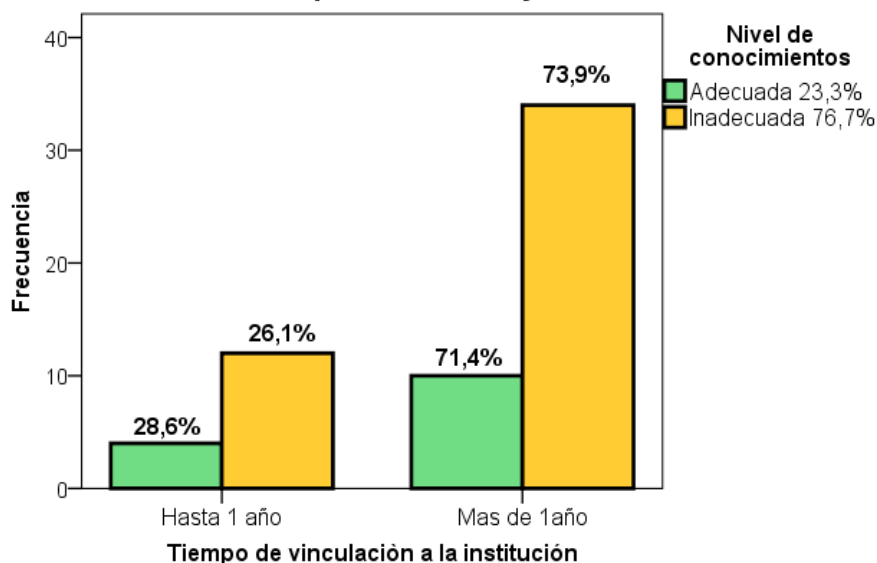
Fuente. Tabla 7.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

Con respecto al tiempo de vinculación a la institución y los conocimientos la mayoría tiene más de un año de vinculación a la institución actual (73%). Dentro de las 46 que tienen un nivel de conocimiento inadecuado, el mayor porcentaje pertenece a las que tienen más de un año de vinculación (73,9%). Pero dentro de las que tienen menos de un año de vinculación la mayoría también posee un conocimiento inadecuado.

El chi cuadrado de Fisher fue mayor a 0,05, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre el nivel de conocimientos y el tiempo de vinculación a la institución. Es decir que el nivel de conocimientos es en una mayor proporción inadecuado tanto para el personal de enfermería que lleva hasta un año laborando en la institución como para aquellos que llevan más de un año laborando en ella.

**Gráfico 23. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Tiempo de vinculación en la Institución y Nivel de Conocimientos. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**



**Fuente. Tabla 7.**

Al cruzar la Institución Hospitalaria con el Nivel de conocimientos la gran mayoría labora en la institución 2 (45%) y en un menor porcentaje en la institución 3 (23,3%). De las 46 personas que poseen conocimientos inadecuados, la mitad del personal pertenece a la institución número 2 (50%), pero hay que tener en cuenta que esta tuvo el mayor número de participantes en la investigación; y el mayor número de personas con pocos

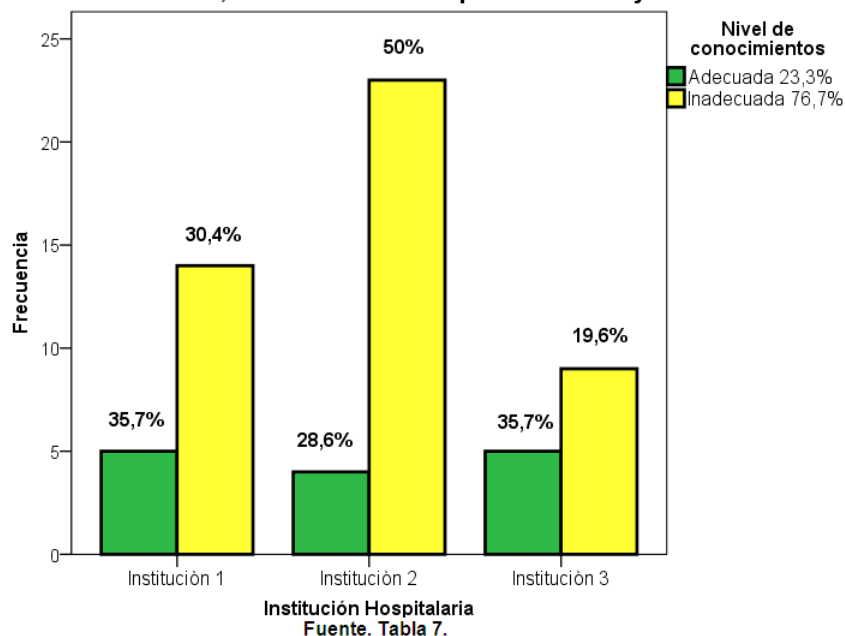


**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

conocimientos pertenece a la institución 3 (19,3%). En las tres instituciones la gran mayoría del personal posee conocimientos inadecuados.

El chi cuadrado de Fisher es  $> 0,05$ , no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre el nivel de conocimientos e Institución Hospitalaria. Es decir que el nivel de conocimientos es en una mayor proporción inadecuado para el personal de enfermería de las tres instituciones.

**Gráfico 24. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Institución Hospitalaria y Nivel de Conocimientos. Hospitales, ESE Cari, Uninorte, Niño Jesús. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



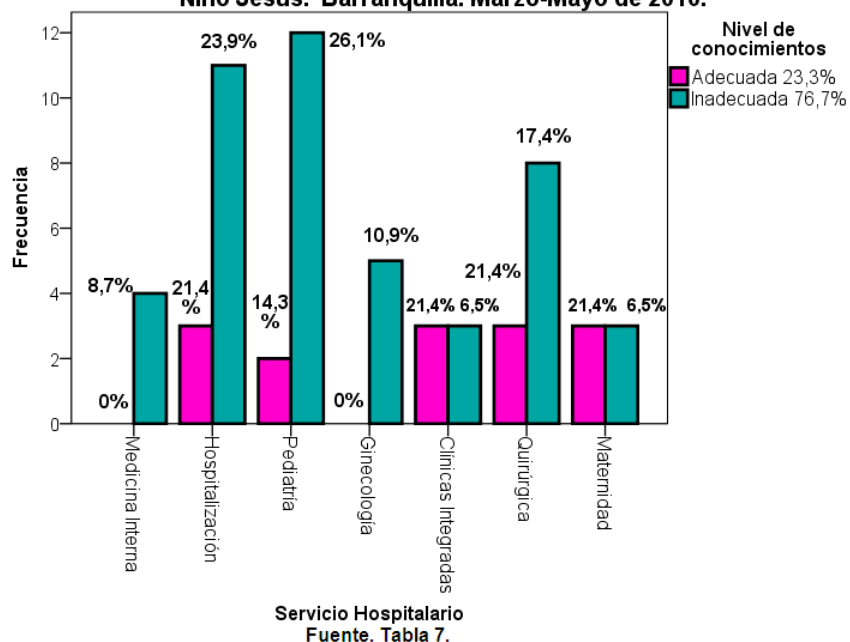
Al asociar el servicio Hospitalaria con el Nivel de conocimientos, el servicio con mayor participación fue el de medicina interna (6,7%) y los de mayor participación fueron los servicios de hospitalización y pediatría (46,6%). De esas 46 personas que poseen un conocimiento inadecuado, los servicios con mayor porcentaje fueron pediatría (26,1%) y hospitalización (23,9%) y el servicio de clínicas integradas y maternidad fueron los que tuvieron una menor frecuencia con 3 personas cada uno. En todos los servicios la mayoría poseen un conocimiento inadecuado.

El chi cuadrado de Fisher fue mayor a  $0,05$ , no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre el nivel de conocimientos y el servicio Hospitalario. Es decir

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

que el nivel de conocimientos es en una mayor proporción inadecuado para el personal de enfermería de cualquier servicio de las tres instituciones, siendo mayor en los servicios de Medicina Interna y Ginecología donde a pesar de que fueron pocas las personas encuestadas en esos servicios, el 100% posee un conocimiento inadecuado.

**Gráfico 25. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre el Servicio Hospitalario y Nivel de Conocimientos. Hospitales, ESE Cari, Uninorte, Niño Jesús. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Tabla 8.**

Población de enfermeras y auxiliares de enfermería según características socio demográficas y actitudes frente al paciente con VIH/SIDA. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo 2010.

<b>ACTITUDES</b>						
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>Negativa</b>	<b>Positiva</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Chi 2</b>
<b>Edad</b>	Hasta 30 años %	5 45,5%	26 53,1%	31	51,7%	0,745
	≥ 31 años %	6 54,5%	23 46,9%	29	48,3%	
<b>Estrato</b>	Medio-Alto %	6 54,5%	25 51%	31	51,7%	0,549
	Bajo %	5 45,5%	24 49%	29	48,3%	
<b>Nivel de escolaridad</b>	Técnico %	7 63,6%	30 61,2%	37	61,7%	0,583
	Profesional %	4 36,4%	19 38,8%	23	38,3%	
<b>Profesión</b>	Enfermera/o %	4 36,4%	16 32,7%	20	33,3%	0,536
	Auxiliar enfermería %	7 63,6%	33 67,3%	40	66,7%	
<b>Experiencia Laboral</b>	Hasta 1 año %	3 27,3%	8 16,3%	11	18,3%	0,407
	>1 año %	8 72,7%	41 83,7%	49	81,7%	
<b>Institución Hospitalaria</b>	Institución 1 %	2 18,2%	17 34,7%	19	31,7%	0,148
	Institución 2 %	4 36,4%	23 46,9%	27	45%	
	Institución 3 %	5 45,5%	9 18,4%	14	23,3%	
<b>Servicio Hospitalario</b>	Medicina Interna %	0 0%	4 8,2%	4	6,7%	0,96
	Hospitalización %	6 54,5%	8 16,3%	14	23,3%	
	Pediatría %	1 9,1%	13 26,5%	14	23,3%	
	Ginecología %	0 0%	5 10,2%	5	8,3%	
	Clínicas Integradas %	0 0%	6 12,2%	6	10%	
	Quirúrgica %	3 27,3%	8 16,3%	11	18,3%	
	Maternidad %	1 9,1%	5 10,2%	6	10%	
<b>Religión</b>	Católica %	8 72,7%	34 69,4%	42	70%	0,570

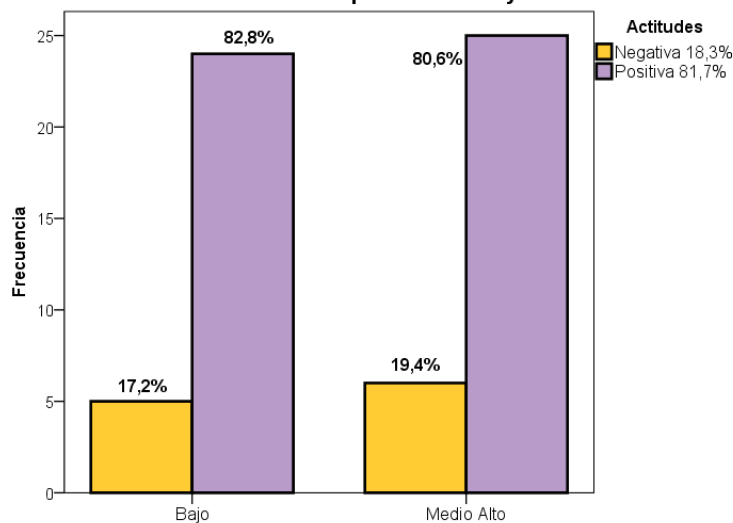
**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

	No católica %	3 27,3%	15 30,6%	18 30%		
<b>Horas de turno</b>	Hasta 12 horas %	10 90,9%	42 85,7%	52 86,7%		0,546
	>12 horas %	1 9,1%	7 14,3%	8 13,3%		
<b>Tipos de turno</b>	>Medio tiempo %	8 72,7%	28 57,1%	36 60%		0.50
	Medio tiempo %	3 27,3%	21 42,9%	24 40%		
<b>No. Pacientes turno</b>	Hasta 12 pacientes %	8 72,7%	25 51%	33 55%		0,315
	>12 pacientes %	3 27,3%	24 49%	27 45%		
<b>CONOCIMIENTOS</b>	Adecuado %	0 0%	14 28,6%	14 23,3%		0,053
	Inadecuado %	11 100%	35 71,4%	46 76,7%		

**Fuente.** Encuesta y Escala de Likert para medir Actitudes realizados por el grupo Investigador 2010.

No existe asociación entre las Actitudes y el Estrato Socioeconómico, ni entre las actitudes y la edad, ya que el chi cuadrado para ambos cruces de variables fue  $> a 0,05$ . Esto demuestra que la Actitud fue en una mayor proporción positiva, para el personal de enfermería tanto de estrato socioeconómico Medio Alto como Bajo y para los mayores de 31 años y menores de 31 años.

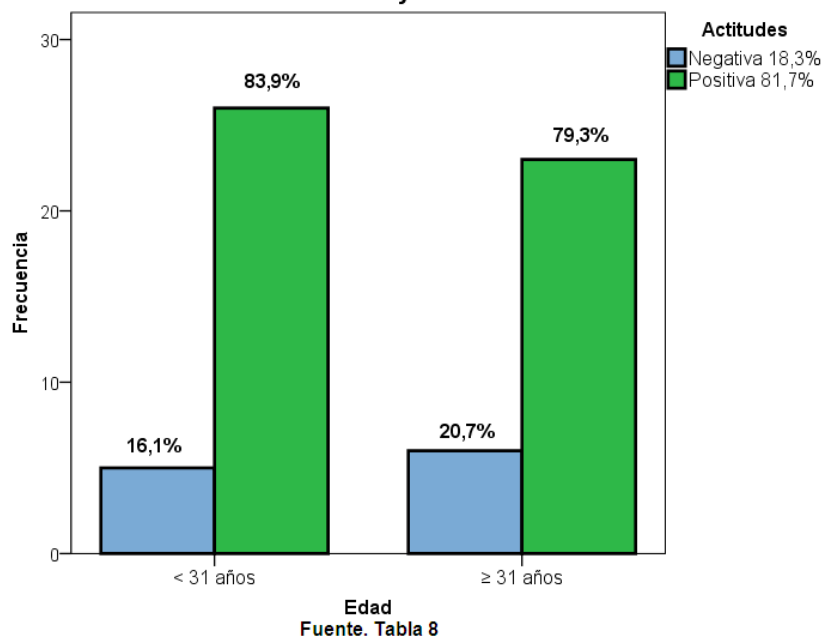
**Gráfico 26. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Estrato Socioeconómico y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**



**Fuente. Tabla 8.**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

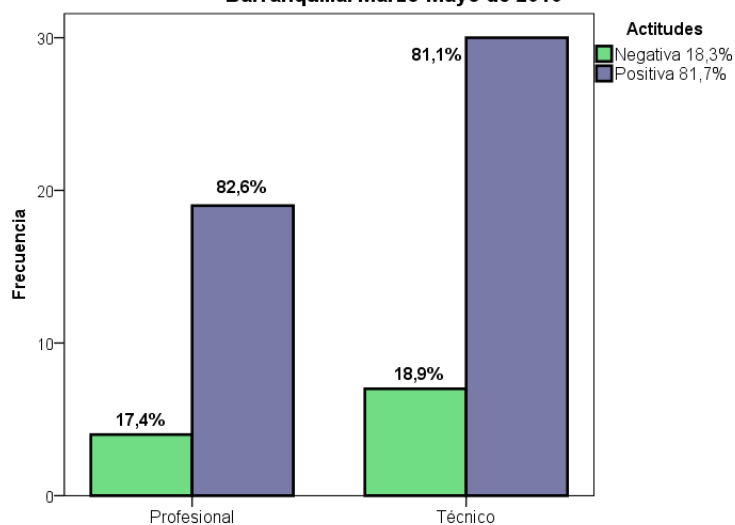
**Gráfico 27. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Edad y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**



En cuanto al nivel de escolaridad con las Actitudes, la mayoría posee un nivel de escolaridad técnico lo que corresponde a un 61,7% y en una menor proporción poseen un nivel de escolaridad profesional. Lo mismo se obtuvo al relacionar actitudes y profesión ya que un porcentaje fue de auxiliares de enfermería frente a las enfermeras. Sin embargo ambos grupos presentan actitud positiva frente al paciente en su mayoría. El chi cuadrado de Fisher es  $>0,05$ , no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre las Actitudes y el nivel de escolaridad. De igual forma en las tres instituciones hospitalarias participantes en la investigación se encontró que la actitud predominante fue positiva entre el personal que labora en cualquiera de las 3 instituciones y en cualquiera de los servicios, siendo mayor en el servicio de quirúrgica (32,6%) y pediatría /26,5%) y en un menor porcentaje en el servicio de medicina interna (8,2%). Pero hay que tener en cuenta que la distribución de la muestra no fue equitativa en las instituciones, ni en los servicios.

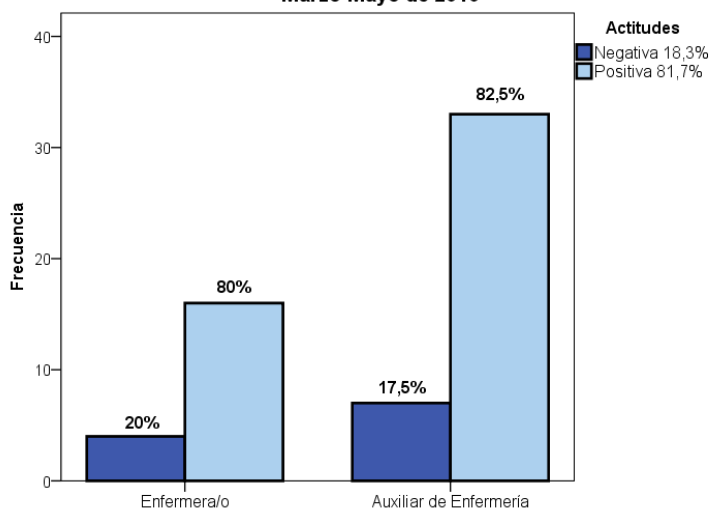
**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 28. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Nivel de Escolaridad y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**



Fuente. Tabla 8.

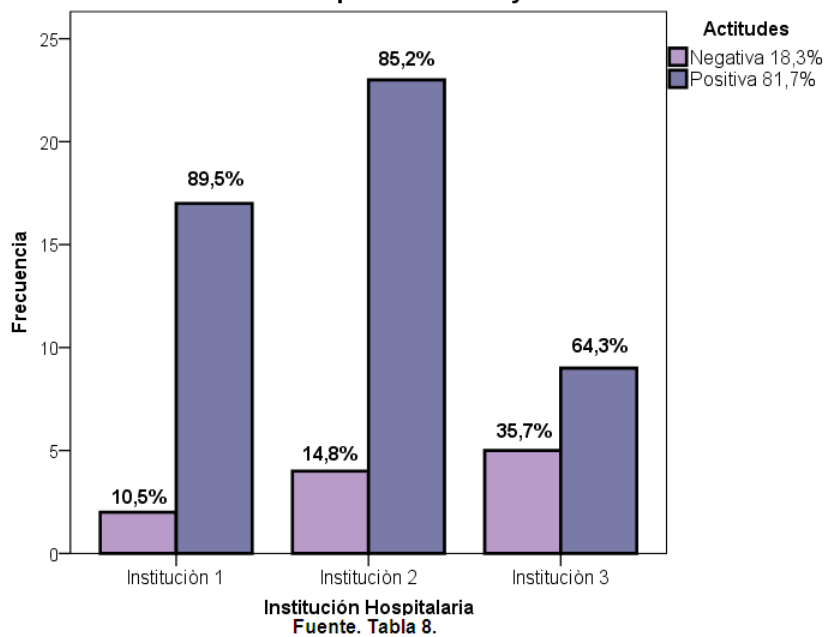
**Gráfico 29. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Profesión y Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**



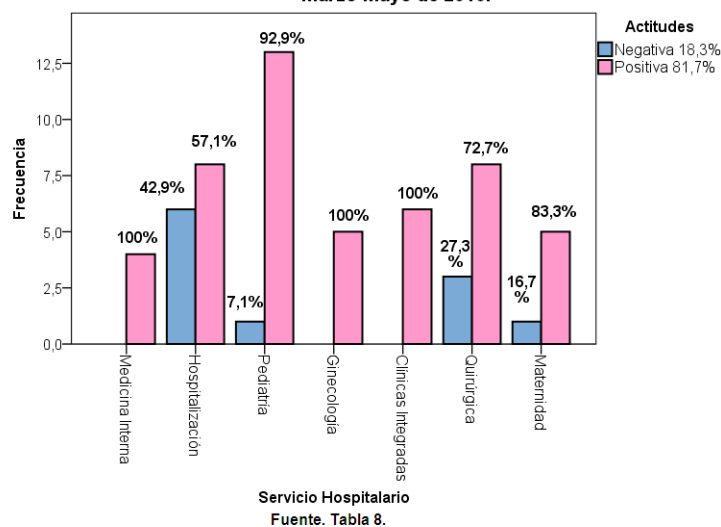
Fuente. Tabla 8.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 30. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre  
Institución Hospitalaria y Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte.  
Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**



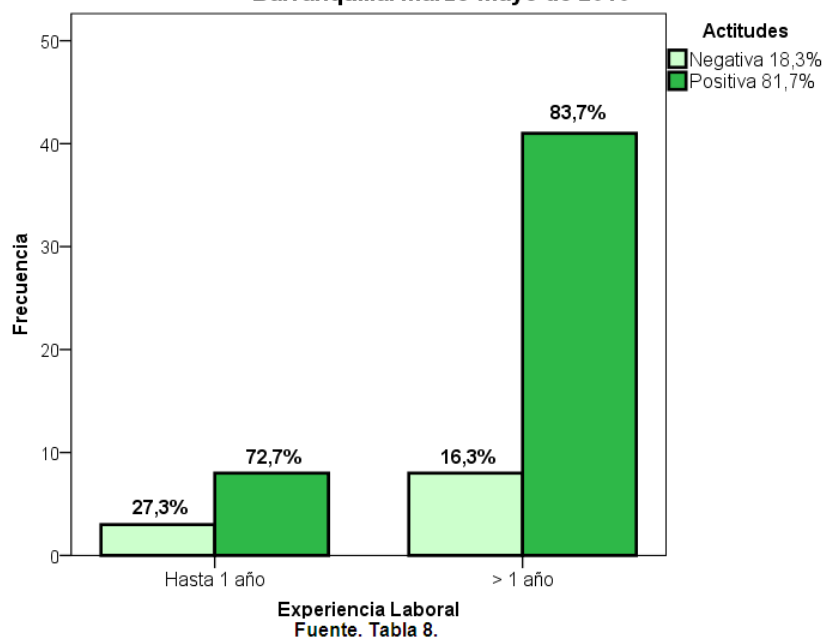
**Gráfico 31. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Servicio  
Hospitalario y Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla.  
Marzo-Mayo de 2010.**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

Con respecto a la experiencia laboral, el 81,7% ha laborado más de 1 año durante su profesión pero tanto aquellos que han laborado más de un años como los que han laborado hasta un año presentaron actitud positiva. El chi cuadrado de Fisher es igual a  $p=0,407$ , por lo cual  $p > 0,05$ , no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre las Actitudes y el tiempo laborado durante su profesión.

**Gráfico 32. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Experiencia Laboral y Actitudes. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010**

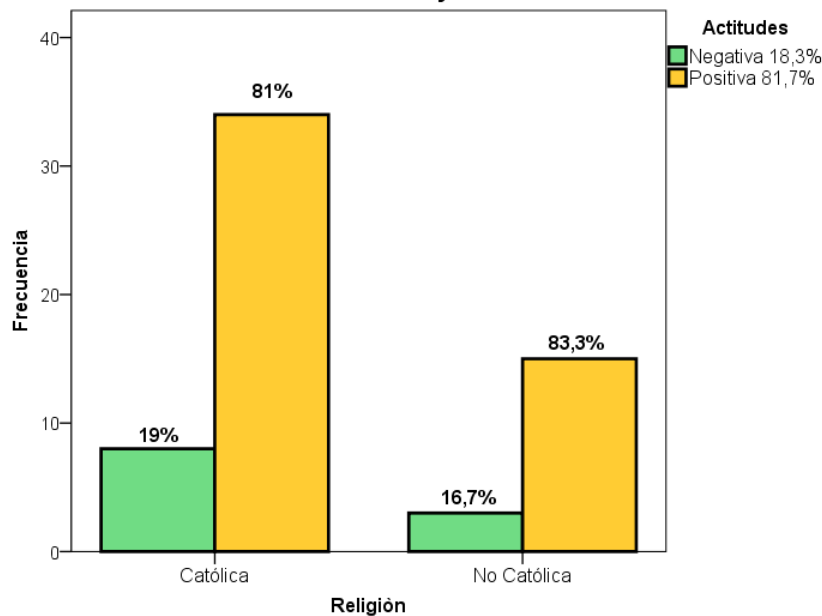


La mayoría de las personas profesan la fe católica lo que corresponde a un 72%. Tanto para el grupo de los católicos como de los no católicos la actitud fue en un mayor porcentaje positiva (81,7%). El chi cuadrado de Fisher es mayor a 0,05, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre las Actitudes y las creencias religiosas. Esto demuestra que la Actitud fue en una mayor proporción positiva independientemente a las creencias religiosas, por lo cual se infiere que en este caso las Religión no influye de manera Negativa en la Actitud asumida por el personal de enfermería frente al paciente con VIH/SIDA.



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 33. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre  
Religión y Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla.  
Marzo-Mayo de 2010**



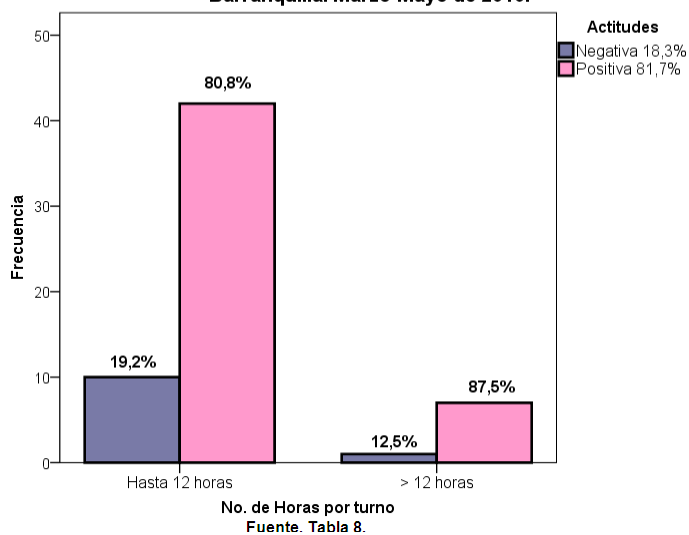
Fuente. Tabla 8.

Al asociar el número de Horas por turno y Actitudes, la mayoría labora hasta 12 horas por turno lo que equivale a un 86,7, pero también el mayor porcentaje de las personas tanto aquellas que laboran hasta 12 horas como a las que laboran más de 12 horas la actitud fue altamente positiva para ambos grupos. El chi cuadrado de Fisher es mayor a 0,05, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre las Actitudes y El número de Horas laborado por turno. Esto demuestra que la Actitud fue en una mayor proporción positiva tanto para aquellos que laboran hasta 12 horas o más de 12 horas por turno.

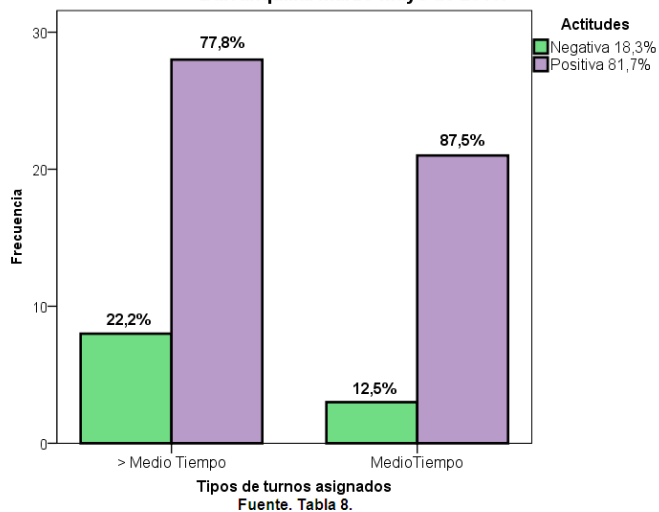
A su vez 36 personas realizan turnos de más de Medio Tiempo (Corridos, Nocturnos, Diurnos, Todos), lo que equivale al 60% y 24 personas realizan turnos de medio tiempo (Nocturnos, Diurnos). El chi cuadrado de Fisher es igual a  $p=0,50$ , por lo cual  $p > 0,05$ , no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre las Actitudes y El tipo de turno asignado. Esto demuestra que la Actitud fue en una mayor proporción positiva tanto para aquellos que realizan turnos de Medio tiempo o aquellos que realizan turnos de más de Medio tiempo.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 34. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Horas por Turno y Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



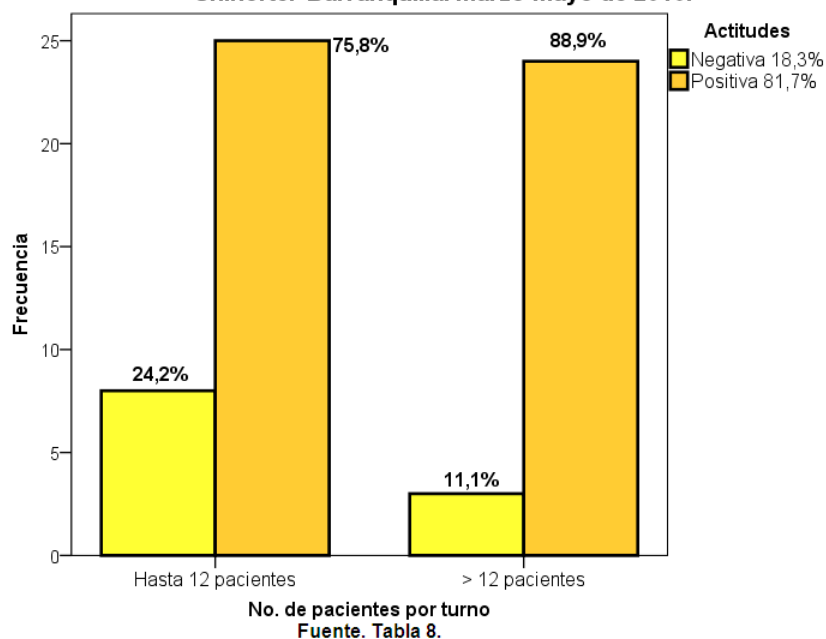
**Gráfico 35. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Tipos de Turno asignados y Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

Al cruzar el número de pacientes asignados por turno y las Actitudes, a 33 se le asignan hasta 12 pacientes por turno (de 6 a 12 pacientes) y más de 12 pacientes por turno corresponden a un 45%. Ambos grupos tuvieron en su mayoría actitud positiva frente al paciente. El chi cuadrado de Fisher es  $p > 0,05$ , no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre las Actitudes y el número de pacientes asignados por turno. Esto demuestra que la Actitud fue en una mayor proporción positiva tanto para aquellos a los cuales se les asignan hasta 12 pacientes como a los que se les asignan más de 12 pacientes por turno.

**Gráfico 36. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre No. Pacientes asignados por turno y Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



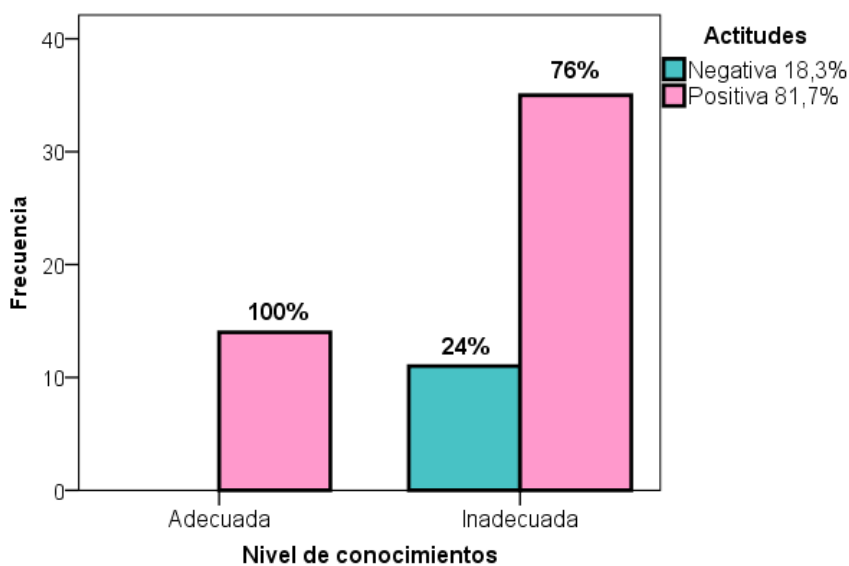
Al asociar el Nivel de conocimientos con las Actitudes tanto para los que poseen un nivel de conocimiento adecuado como para los que poseen un nivel de conocimiento inadecuado la actitud predominante fue positiva.

El chi cuadrado de Fisher es mayor a 0,05, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre el nivel de conocimientos y la Actitud. Esto demuestra que la Actitud fue en una mayor proporción positiva a pesar de que las personas posean un

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

conocimiento inadecuado o adecuado. En ambos casos la Actitud que predominó fue positiva frente al paciente con VIH/SIDA.

**Gráfico 37. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Nivel de conocimientos y Actitudes. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



Fuente. Tabla 8.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Tabla 9.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Estrato Socioeconómico y nivel de escolaridad. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010

Nivel Socioeconómico			Nivel de escolaridad		Total
			Profesional	Técnico	
Bajo	Frecuencia		6	23	29
	% dentro de Nivel Socioeconómico		20,7%	79,3%	100,0%
	% dentro de Nivel de escolaridad		26,1%	62,2%	48,3%
	% del total		10,0%	38,3%	48,3%
Medio Alto	Frecuencia		17	14	31
	% dentro de Nivel Socioeconómico		54,8%	45,2%	100,0%
	% dentro de Nivel de escolaridad		73,9%	37,8%	51,7%
	% del total		28,3%	23,3%	51,7%
Total	Frecuencia		23	37	60
	% dentro de Nivel Socioeconómico		38,3%	61,7%	100,0%
	% dentro de Nivel de escolaridad		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		38,3%	61,7%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

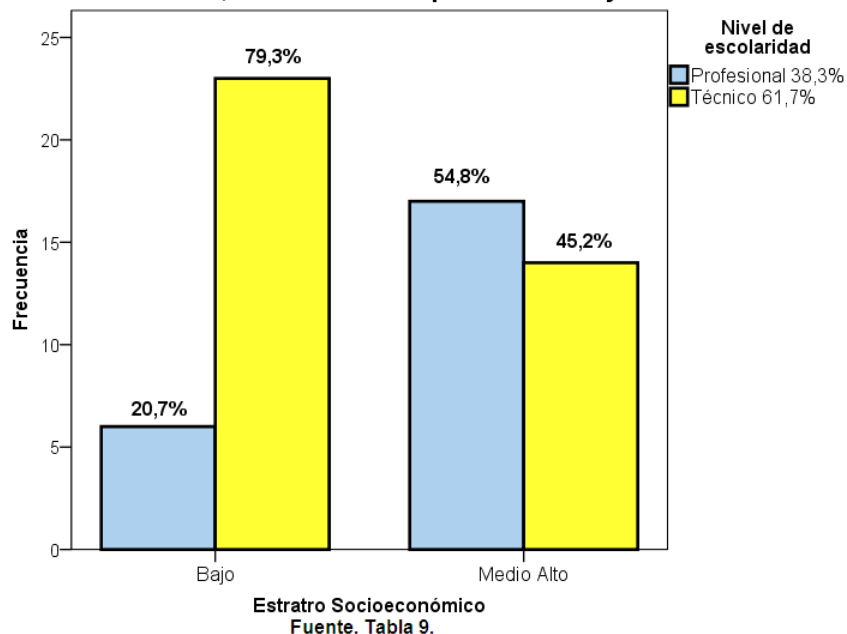
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Estadístico exacto de Fisher N de casos válidos	60			,009	,007

**Fuente:** Encuesta realizada por el grupo investigador 2010.

Al relacionar Estrato Socioeconómico con Nivel de escolaridad, la mayoría pertenece al estrato socioeconómico Medio Alto lo que es igual a un 51,7%. Y un mayor porcentaje tiene un nivel de escolaridad Técnico (61,7%). El chi cuadrado de Fisher es >0,05, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre el estrato socioeconómico y el nivel de escolaridad. Esto demuestra que la mayor proporción de personas poseen un nivel de escolaridad técnico en ambos estratos socioeconómicos. Sin embargo hay que tener en cuenta que la mayor distribución de personas participantes en la investigación son de nivel técnico, auxiliares de enfermería.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Gráfico 38. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Estrato Socioeconómico y Nivel de Escolaridad. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**Tabla 10.** Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre la edad y el tiempo laborado durante su profesión. Hospitales, ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010

Edad		Tiempo Laborado		Total
		Hasta 1 año	> 1 año	
< 31 años	Frecuencia	8	23	31
	% dentro de Numero de años cumplidos	25,8%	74,2%	100,0%
	% dentro de Tiempo Laborado	72,7%	46,9%	51,7%
	% del total	13,3%	38,3%	51,7%
≥ 31 años	Frecuencia	3	26	29
	% dentro de Numero de años cumplidos	10,3%	89,7%	100,0%
	% dentro de Tiempo Laborado	27,3%	53,1%	48,3%
	% del total	5,0%	43,3%	48,3%
Total	Frecuencia	11	49	60
	% dentro de Numero de años cumplidos	18,3%	81,7%	100,0%
	% dentro de Tiempo Laborado	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	18,3%	81,7%	100,0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

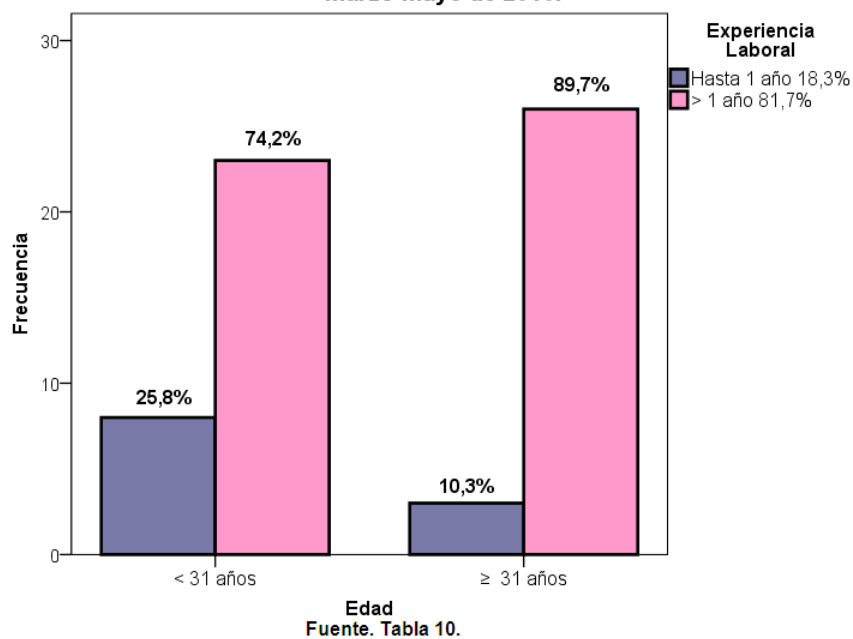
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Estadístico exacto de Fisher N de casos válidos	60			,184	,112

**Fuente:** Encuesta realizada por el grupo investigador 2010.

Por último en cuanto a la edad con tiempo laborado durante la profesión, El chi cuadrado de Fisher es >0,05, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre la edad y el tiempo laborado. Esto demuestra que la mayor proporción de personas han laborado más de 1 año independientemente de la edad.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

**Gráfico 39. Enfermeras y auxiliares de enfermería según asociación entre Edad y Experiencia Laboral. Hospitales. ESE Cari, Niño Jesús, Uninorte. Barranquilla. Marzo-Mayo de 2010.**





## **7. DISCUSIÓN**

Teniendo en cuenta los resultados se concluyo que la mayoría de la población en estudio fueron mujeres, con solo la participación de tres hombres, lo cual refleja el dominio del sexo femenino en el desempeño de la enfermería. También se debe tener en cuenta que la muestra no estuvo distribuida de manera equitativa, ya que la mayor población se concentro en la institución 2.

En cuanto a la profesión y el nivel de escolaridad, la mayor parte de la muestra estuvo constituida por personas con un nivel técnico es decir por auxiliares de enfermería en las tres instituciones.

En las instituciones Hospitalarias sujetas de estudio se encontró en cuanto al Nivel de conocimientos que el 23,3% de las 60 personas encuestadas poseen conocimientos adecuados sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA y el 76,7% poseen conocimientos inadecuados sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA, siendo este un número muy alto dentro del total de encuestados, lo que demuestra que la gran mayoría del personal de enfermería no se encuentra capacitado o no posee los conocimientos suficientes para brindar cuidado o manejar pacientes con VIH/SIDA. Estos resultados son similares a lo reportado en un estudio realizado en la Habana Cuba en 2008, donde para el grado de conocimientos, el 72% tuvo resultados no satisfactorios y 28%, satisfactorios, lo que significa que la mayor parte del personal encuestado tiene alto grado de desconocimiento sobre el VIH/SIDA. ( 32 ). Al comparar los resultados de la investigación con un estudio reciente, realizado en Febrero de 2009, en Nicaragua, se encontró en este, un nivel de conocimiento bueno en 24% de la muestra, 66% regular y 9% malo. Lo que confirma aun más que las enfermeras no poseen realmente un conocimiento adecuado sobre la atención de estos pacientes. (33).

En cuanto a las actitudes el 18,3% manifestó una Actitud Negativa frente a los pacientes con VIH/SIDA, mientras que el 81,7% manifestó una Actitud Positiva frente a los pacientes con VIH/SIDA, señalando que la gran mayoría del personal de enfermería presenta una Actitud positiva frente a este tipo de pacientes, podría ser significativo al momento de brindar cuidado, ya que a pesar de no poseer conocimientos adecuados, el personal de enfermería se muestra tolerante y evita sentimientos y actitudes de rechazo y temor con estos pacientes.

#### CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

Al asociar las actitudes con los conocimientos se encontró que la Actitud fue en una mayor proporción positiva tanto en aquellas personas que poseen un conocimiento inadecuado o como adecuado. En ambos casos la Actitud que predominó fue positiva frente al paciente con VIH/SIDA, diferente a lo obtenido en otros estudios como en el realizado en España en 2004 (34) donde el rechazo y temor al paciente se vio reflejado en una gran proporción, lo cual se relacionaba porque la mayoría de las encuestadas poseían poca capacitación sobre el VIH/SIDA. También se puede comparar con el estudio aplicado en Nicaragua donde al correlacionar la actitud que tiene el personal de salud encuestado y sus conocimientos en el tema se encontró un 28.6% de actitud positiva con conocimientos buenos, en cambio los que tienen un conocimiento regular tienen hasta un 71.9% de actitud negativa; lo que demostró que a menor conocimiento mayor es la actitud negativa. (33)

Al asociar los conocimientos con la edad, estrato socioeconómico, profesión, nivel de escolaridad, la institución hospitalaria, el tiempo de vinculación a la institución y el servicio hospitalario donde laboran, no se encontró significancia entre la asociación de estas variables, ya que independientemente de la edad, el estrato, profesión, entre otros el nivel de conocimientos obtenido fue bajo sin importar si la persona tiene una edad u otra, si es de estrato socioeconómico bajo o alto, incluso si son enfermeras o auxiliares de enfermería. Este último aspecto llama mucho la atención, porque no existió diferencia, en la falta de conocimientos entre un nivel de escolaridad técnico o profesional, entre un servicio hospitalario u otro o entre instituciones hospitalarias, ya que aunque la distribución de la muestra no fue equitativa, el nivel de conocimientos obtenido fue inadecuado para las tres instituciones.

En este mismo sentido al asociar las actitudes con las creencias religiosas, las horas por turno, tipos turno, nivel de escolaridad, profesión, número de pacientes asignados, tiempo laborado, institución, nivel socioeconómico, servicio y edad, no existió relación o significancia estadística que manifestara la influencia de cualquiera de estas variables sobre las actitudes, ya que en cualquiera de los casos, no fue relevante, si se es de estrato bajo o alto, si se le asignan más o menos pacientes o si realizan turnos de medio tiempo o más, el personal de enfermería en general, en las tres instituciones demostró presentar una actitud positiva frente al paciente con VIH/SIDA.

## **8. CONCLUSIONES**

Los resultados indican que, un alto porcentaje del personal de enfermería, carece de conocimientos acerca del manejo de pacientes con VIH/SIDA, sin embargo se identificó que esta carencia de conocimiento no influye en la actitud del personal de enfermería frente a los pacientes, ya que los resultados demostraron que la actitud es positiva.

Se logró identificar que variables como la edad, el sexo, el estrato socioeconómico u otras variables no tienen ningún grado de influencia en el conocimiento y actitud del personal de enfermería en el manejo con VIH/SIDA.

Debido a que persisten algunas falencias en los conocimientos y actitudes del personal de enfermería que laboran en las diferentes instituciones objeto de estudio, es importante que con los resultados obtenidos se establezcan estrategias que permitan aumentar los conocimientos acerca del manejo de pacientes con VIH/SIDA y que permitan seguir con una actitud positiva.

Como es evidente, en el estudio se analizaron variables de conocimientos y actitudes, con las que se realizó un cruce de variables arrojando resultados que presentaba en ocasiones inconsistencia entre los conocimientos del personal de enfermería y la ejecución de su práctica.

## 9. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Instituciones Hospitalarias tanto públicas como privadas, que el personal de enfermería reciba más capacitaciones y educación acerca del manejo del paciente con VIH/SIDA, para evitar actos negligentes por ignorancia, disminuyendo así el riesgo de presentarse eventos adversos y brindar un cuidado integral y humanizado.

### Limitaciones y Obstáculos

Al realizar este estudio se sugiere a futuras investigaciones que sean realizadas sobre esta misma temática, tener en cuenta la población a estudiar, debido a que muchas veces no cuentan con disponibilidad de tiempo para el diligenciamiento de las encuestas; además se recomienda que el instrumento realizado para la recolección de la información no sea extensa debido a las condiciones laborales (turnos, carga laboral, número de pacientes etc.) y disponibilidad de tiempo se dificulta el diligenciamiento de dichos instrumentos.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la epidemia mundial de sida 2004, cuarto informe mundial, programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (Agosto 2008)
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicado de prensa conjunto OMS/ONUSIDA El número de nuevas infecciones por VIH se reduce en un 17% en los últimos ocho años El esfuerzo por universalizar el acceso a los servicios de prevención de la infección por el VIH y de tratamiento, asistencia y apoyo a los afectados, saca del aislamiento la lucha contra el VIH/SIDA 24 DE NOVIEMBRE DE 2009, GINEBRA, SHANGHAI. (Enero 31, 2010)
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la epidemia de SIDA 2009, ONUSIDA, programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (Enero 28, 2010)
- (4) Revista Semana. Aumentan casos de Sida en Colombia, revista semana online, Basado en el reporte de la Cruz Roja Colombiana. Jueves 26 Junio 2008. (Enero 31 2010). Disponible en: URL: [http://www.semana.com/wf\\_InfoArticulo.aspx?IdArt=113028](http://www.semana.com/wf_InfoArticulo.aspx?IdArt=113028).
- (5) Organización Mundial de la Salud (OMS). América Latina, Situación de la epidemia SIDA resumen regional, 2007, ONUSIDA, programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006). (Enero 31 2010).
- (6) Peralta Arnaud María del Socorro, Muñoz Rodríguez Carlos G. Conocimientos de la enfermera en el manejo de pacientes con VIH/SIDA. Departamentos de Medicina Interna y Urgencias de los tres turnos del Hospital General Regional Núm. 72, Tlalnepantla, Estado de México. Abril de 1994. (Enero 28, 2010)
- (7) Prieto Belisario Sonia. Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. Vol.5 N°1-4. 1996 (publicado 1999). (Enero 31, 2010).
- (8) Puertas De García Milagro. Profesor Agregado, Docente de la Asignatura Investigación en Enfermería. Nivel de conocimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA del Profesional de Enfermería de Atención directa al Paciente Unidad Clínica de Medicina General Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda". Ciencias de la Educación egresada de la Universidad Santa María. Programa de Enfermería Decanato de Ciencias de la Salud Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado UCLA (Venezuela). Directora Nacional de Cooperación y Gestión de Proyectos Cruz Roja Venezolana. Octubre 2003 – Marzo 2004. (Enero 28, 2010).

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

(9)(34) (Merino Godoy Ángeles. Actitudes y conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA. Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva Juan Ramón Jiménez. Nure Investigación, nº 6, Junio 2004. (Agosto 2008).

(10) Araujo Ana Julia, Castillo Solisbeth, Duran Isabel. Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA en la unidad de emergencia general Dr. Rui Medina Hospital central Universitario Antonio María pineda Barquisimeto, Venezuela enero-junio 2006. (Enero 29, 2010).

(11) (13) (15) (33) Montenegro Escobar Michelle. *Tesis para optar a título de Médico Integral*, Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense, Enero-Febrero 2009. (Enero 27, 2010).

(12) (18) Castillo Cardozo Israel, Pérez Maritza, Reyes Martha Leonor. Participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en Unidad clínica de medicina del Hospital Central de Maracay, Venezuela , Universidad central de Venezuela, facultad de medicina, Escuela experimental de enfermería. 2004, Marzo. (Agosto 2008).

(14) Montse Guillaumet i Olives, Isabel Fargues i García, Mireia Subirana i Casacuberta, Mont Bros i Serra, Teoría del cuidado humano Un café con Watson, Metas de Enfermería, mar 2005; 8(2): 28-32. (Octubre 2008).

(16) Orzechowzki Aurora. AIDS-SIDA. Amigos contra el SIDA. Disponible en (<http://www.aids-sida.org/sida.html>) consultado el 7 de febrero de 2010).

(17) ONUSIDA. Guía para el manejo del VIH/SIDA. Disponible en (<http://www.onusida.org.co/Publicaciones/R3442-06AnexoGuiaVIH-SIDA.pdf>) consultado el de febrero de 2010).

(19) Acuña María Laura. Humanización en el cuidado de Enfermería. Disponible en ([http://www.cymsa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion\\_Acu%C3%B1a.pdf](http://www.cymsa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Acu%C3%B1a.pdf)) consultado el 7 de febrero de 2010).

(20) Ariza Olarte Claudia. La excelencia del cuidado un reto para la enfermería. Disponible en (<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Editorial.htm>) consultado el 7 de febrero de 2010.)

(21) Caro De Pallares Sara. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Revista Salud Uninorte.

(23) Momento de cuidado. Revista de enfermería tema libre. Disponible en (<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Trabajoslibres3.htm>).

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

(24)(27) Pérez Rodrigo – Psicólogo Laboral de Asimet. Actitud. Psicología Laboral (Disponible en: <http://www.asimetcapacitacion.cl/actitud.htm>, y consultado el 31 de enero de 2010.)

(25)(29) Necesidad de actuar según creencias y valores. Disponible en ([http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo\\_archivo=4463](http://www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4463)).

(26) PulevaSalud .Salud .Humanizar la salud .Ternura en la enfermedad. Disponible en: ([http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID\\_CATEGORIA=100727&RUTA=1-747-2200-100727](http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=100727&RUTA=1-747-2200-100727) )

(28) Ramió Jofre Anna. Tesis Doctoral. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Disponible en ([http://www.tdr.cesca.es/TESIS\\_UB/AVAILABLE/TDX-0329106-163645/ARJ\\_TESIS.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0329106-163645/ARJ_TESIS.pdf) ).

(30) Junco Díaz Raquel de los Ángeles, Rodríguez Sordía Doraida S. Desechos hospitalarios: aspectos metodológicos de su manejo. Rev Cubana Hig Epidemiol 2000;38(2):122-6. Disponible en: (<http://www.cepis.ops-oms.org/cursoreas/e/fulltext/hie06200.pdf> ).

(31) Fernández de Pinedo Ignacio Maquinista Naval Jefe. Ldo. Ciencias Políticas y Sociología. Construcción de una escala de actitudes Likert. CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA – BARCELONA. URL Disponible en: [http://www.jmcprl.net/ntps/@datos/ntp\\_015.htm](http://www.jmcprl.net/ntps/@datos/ntp_015.htm).

(32) Guzmán Roque Ivonne, Vega Nápoles Eddy, Rodríguez González Martha. Evaluación de Conocimientos sobre la Transmisión del VIH/SIDA Ocupacional en Personal de Enfermería de un Hospital de Tercer Nivel de Atención. La Habana, Cuba. Medwave, Año VIII, No. 7, Agosto 2008. (Enero 31, 2010).

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**11. ANEXOS**

**11.1 ANEXO 1. ENCUESTA.**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS Y AUXILIARES DE  
ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON  
VIH/SIDA. HOSPITALES, CARI ESE, NIÑO JESUS, UNIVERSIDAD DEL NORTE.  
BARRANQUILLA. MARZO-MAYO DE 2010.**

**TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**ENCUESTA**

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

1. Nivel de escolaridad alcanzado:

- a) Técnico
- b) Universitario
- c) Postgrado
- d) Diplomado

2. ¿A cuál estrato socioeconómico pertenece?

- a) Estrato 1
- b) Estrato 2
- c) Estrato 3
- d) Estrato 4
- e) Estrato 5
- f) Estrato 6



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

3. ¿Qué religión profesa?

- a) Católica
- b) Cristiana
- c) Testigo de Jehová
- d) Adventista
- e) Musulmanes
- f) Protestantes
- g) Evangélico
- h) Judíos
- i) Ateos

4. ¿Cuánto tiempo de vinculación lleva en la institución Hospitalaria donde labora actualmente?

- a) 0-6 meses
- b) 7meses-1año
- c) >1 año.

5. ¿Cuánto tiempo lleva laborando desde que termino sus estudios?

- a) 0-6 meses
- b) 7meses-1año
- c) >1 año.

6. ¿Cuánto tiempo dedicas a la interacción con el paciente?

- a) 0 minutos - 5min.
- b) 6 min – 10 min.
- c) > 10 min.

7. ¿Cuántos pacientes le son asignados por turno?

- a) 1-6 pacientes
- b) 7-12 pacientes
- c) >12 pacientes

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

8. ¿Durante los turnos toma pausas activas (tiempo para conversar con las compañeras, contestar el celular, entre otros)?
- a) Nunca
  - b) Algunas veces
  - c) Siempre
9. ¿Habitualmente cuantas horas de turno realiza?
- a) 6 horas
  - b) 12 horas
  - c) Más de 12 horas
10. ¿Generalmente que turnos le asignan?
- a) Diurnos
  - b) Nocturnos
  - c) Corridos
  - d) Todos
  - e) Diurnos/Nocturnos
11. ¿En cuántas instituciones labora actualmente?
- a) 1 lugar de trabajo
  - b) 2-3 lugares de trabajo
  - c) >3 lugares de trabajo

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**11.2 ANEXO 2. ESCALA DE LIKERT.**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL  
CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA. HOSPITALES, CARI ESE, NIÑO JESUS, UNIVERSIDAD DEL  
NORTE. BARRANQUILLA. MARZO-MAYO DE 2010.**

**INSTRUMENTO PARA VALORAR ACTITUDES ESCALA DE LIKERT**

<b>Nº</b>	<b>DOMINIO</b>	<b>ITEM</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>PARCIALMENTE DE ACUERDO</b>	<b>MUY DE ACUERDO</b>
1.	Relación de ayuda	Me cuesta tratar el tema de la enfermedad con los familiares de los pacientes.			
2.	Relación de ayuda	Puedo hablar fácilmente con los familiares acerca de su enfermedad.			
3.	Acercamiento	Demuestro interés al momento de recibir a los pacientes con VIH/SIDA.			
4.	Relación de ayuda paciente	Fomento la comunicación constante entre el paciente y yo.			
5.	Necesidades psicológicas y espirituales	Le brindo apoyo emocional y psicológico al paciente cuando éste lo necesita			
6.	Necesidades espirituales y psicológicas	Brindo fe y esperanza en la recuperación de paciente con VIH/SIDA, mediante terapias de estimulación.			
7.	Relación de ayuda	Fomento a los familiares la importancia de brindar apoyo emocional al paciente con VIH/SIDA			
8.	Necesidades espirituales y psicológicas	Brindo al paciente actividades que fomenten sus creencias religiosas			
9.	Acercamiento	No juzgo al paciente con VIH/SIDA por el estilo de vida que solía llevar			

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

10.	Acercamiento	Reflejo mis propios problemas, temores y conflictos internos al momento de acercarme y cuidar al paciente			
11.	Trabajo interdisciplinario	Me cuesta armonizar mi trabajo con el de otros compañeros para brindar cuidado al paciente con VIH/SIDA			
12.	Acercamiento	Entiendo el comportamiento y reacciones emocionales del paciente en relación con la situación de salud que está viviendo			
13.	Autoconfianza	Me siento insegura cuando el paciente con VIH me pregunta algo sobre su enfermedad			
14.	Trabajo interdisciplinario	Considero innecesario las reuniones con mis compañeros para discutir la toma de decisiones frente al cuidado del paciente			
15.	Relación ayuda	Considero importante las charlas educativas a familiares de los pacientes con VIH/SIDA acerca de la patología.			
16.	Autoconfianza	Me siento segura de saber aplicar todas las medidas de bioseguridad disponibles.			
17.	Autoconfianza	Sé que cuidados debo brindar cuando me asignan un paciente con VIH/SIDA.			
18.	Trabajo interdisciplinario	No me preocupo por buscar ayuda de otros profesionales, como medio de apoyo para la familia.			
19.	Autoconfianza	Me pongo nerviosa cuando los familiares de los pacientes con VIH/SIDA me piden información o ayuda.			
20.	Acercamiento	Tiendo a no mirar a los ojos al paciente cuando me pregunta algo.			
21.	Acercamiento	Saludo de forma amable al paciente cada vez que ingreso a su habitación			

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

<b>22.</b>	Acercamiento	Tiendo a referirme al paciente por su enfermedad más que por su nombre			
<b>23.</b>	Relación de ayuda	Me preocupa por defender la privacidad del paciente y su familia.			
<b>24.</b>	Neces. psicológicas y espirituales	Me enoja con facilidad cuando el paciente se encuentra irritable o deprimido.			
<b>25.</b>	Necesidades espirituales y psicológicas	Me preocupa por indagar sobre las creencias religiosas del paciente			
<b>26.</b>	Necesidades psicológicas y espirituales	Fomento la búsqueda de apoyo emocional a través de la interacción con otros pacientes con esta misma enfermedad			
<b>27.</b>	Relación de ayuda	Procuró utilizar un lenguaje que facilite la comprensión del paciente.			
<b>28.</b>	Autoconfianza	No me siento segura acerca de mi conocimiento sobre el VIH/SIDA			
<b>29.</b>	Autoconfianza	Temo equivocarme al dar opiniones cuando el equipo de salud trata temas acerca de la situación del paciente			
<b>30.</b>	Relación de ayuda	Tiendo a apoyar al paciente facilitándole la toma de decisiones con respecto a su estado de salud.			

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**11.3 ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS.**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS Y AUXILIARES DE  
ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON  
VIH/SIDA. HOSPITALES, CARI ESE, NIÑO JESUS, UNIVERSIDAD DEL NORTE.  
BARRANQUILLA. MARZO-MAYO DE 2010.**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS VIH/SIDA**

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

**El cuestionario consta de 20 preguntas entre abiertas y cerradas, de opción múltiple con única respuesta y de desarrollo. No es necesario que escriba su nombre. Si no entiende alguna pregunta tiene la libertad de preguntar a los investigadores para aclarar sus dudas.**

**1. ¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?**

---

---

---

---

---

---

---

**2. ¿Cuál es el tipo de linfocito que se afecta principalmente en el VIH?**

- a.** TD4.
- b.** LD4.
- c.** CD4.
- d.** Ninguno de los anteriores.
- e.** No sé no responde.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

3. Verdadero o falso: Tan pronto como una persona se infecta con el VIH, ésta desarrolla el SIDA.

- a. Verdadero.
- b. Falso.

4. Los principios generales que deben respetarse para la asesoría y actividades dirigidas a la detección del VIH son:

- a. La confidencialidad y el consentimiento informado.
- b. La confidencialidad y pruebas diagnosticas.
- c. La educación y el consentimiento informado.
- d. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuáles son las pruebas de tamizaje para la detección del VIH?

---

---

---

---

---

6. ¿Cuáles son las pruebas confirmatorias para el diagnostico del VIH y en qué consiste?

---

---

---

---

7. ¿Cuál es el protocolo a seguir cuando la prueba de tamizaje para la detección del VIH es positiva y cuando el resultado es negativo?

---

---

---

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

---

---

---

---

---

8. ¿Cada cuanto se recomienda la realización de pruebas de tamizaje para la detección del VIH a individuos que hayan tenido exposición ocupacional y no ocupacional de riesgo?

- a. Cada mes.
- b. Cada 3 meses.
- c. Cada 6 meses.
- d. Cada año.
- e. Cada 5 años.
- f. B y C.

9. Verdadero o falso: ¿A pacientes con cuadro clínico compatible con síndrome retroviral agudo o paciente con diagnóstico de agamaglobulinemia se realiza prueba de tamizaje?

- a. Verdadero.
- b. Falso.

10. ¿En qué momento se realiza una prueba de detección de VIH basada en ácidos nucleicos?

---

---

---

---

---

---

---

---



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

11. ¿cuál es el protocolo a seguir cuando una mujer presenta trabajo de parto y no tienen prueba de tamizaje previa durante el embarazo?
- a. Realizar prueba de tamizaje
  - b. Iniciar terapia farmacológica
  - c. Realizar prueba rápida
  - d. Realizar asesoría de y ofrecer una prueba rápida.
12. Verdadero o falso: se debe realizar pruebas de tamizaje a recién nacidos o lactantes en hijos de mujeres infectadas
- a. Verdadero
  - b. Falso
13. Verdadero o falso: El VIH puede transmitirse cuando se comparten alimentos, utensilios, toallas o ropa de cama con una persona infectada.
- a. Verdadero
  - b. Falso
14. El VIH puede transmitirse:
- a. Compartiendo agujas y jeringuillas para inyectarse drogas intravenosas.
  - b. Abrazando o dándole la mano a una persona que tiene el SIDA.
  - c. Sentándose en el autobús al lado de una persona infectada con el SIDA.
  - d. Teniendo relaciones sexuales sin protección.
  - e. Vía placentaria.
  - f. A ,D y E.
  - g. Ninguna de las anteriores.
15. Verdadero o falso: Los mosquitos pueden transmitir el VIH a las personas.
- a. Verdadero.
  - b. Falso.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**16.** Las Normas de Bioseguridad se definen como:

- a.** Conjunto de medidas preventivas que protegen la salud y seguridad de personal, paciente y comunidad.
- b.** Conjunto de normas para evitar la propagación de enfermedades e interrumpir el proceso de transmisión de infecciones.
- c.** Conjunto de medidas para eliminar, inactivar o matar gérmenes patógenos por medios eficaces, simples y económicos.

**17.** Los principios de Bioseguridad son:

- a.** Protección, Aislamiento y Universalidad.
- b.** Universalidad, Barreras protectoras y Control de residuos.
- c.** Barreras protectoras, Universalidad y Control de infecciones.

**18.** Según las características de los desechos hospitalarios estos pueden ser:

- a.** Tóxicos
- b.** Explosivos
- c.** Inflamables
- d.** Corrosivos.
- e.** Infecciosos.
- f.** Todas las anteriores.

**19.** El proceso de tratamiento de los materiales contaminados sigue los siguientes pasos:

- a.** Descontaminación, desinfección, cepillado, enjuague y esterilización.
- b.** Cepillado, descontaminación, secado, enjuague y esterilización.
- c.** Descontaminación, cepillado, enjuague, secado esterilización y/o desinfección.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**11.4 ANEXO 4. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

MACROVARIABLES	NOMBRE VARIABLES	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CRITERIO DE CLASIFICACION
	EDAD	No de años cumplidos	CUANTITATIVA	RAZON	No. De años
	NIVEL DE ESCOLARIDAD	Grado de conocimiento teniendo en cuenta en nivel de educación	CUALITATIVO	ORDINAL	Técnico Universitario Postgrado Diplomado Magíster
	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Clasificación de inmuebles residenciales teniendo en cuenta el nivel de ingresos de los propietarios, la dotación de servicios públicos domiciliarios, la ubicación (urbana, rural), asentamientos indígenas, entre otros.	CUALITATIVO	ORDINAL	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
	RELIGION	Es un elemento de la actividad humana que suele componerse de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. Se habla de	CUALITATIVO	NOMINAL	Católica Cristiana Testigo de Jehová

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

SOCIODEMOGRAFICA		«religiones» para hacer referencia a formas específicas de manifestación del fenómeno religioso, compartidas por los diferentes grupos humanos.			Adventista Musulmanes Protestantes Evangélico Judíos Ateos	
	TIEMPO VINCULADO A LA INSTITUCIÓN	Tiempo actual de servicio en la institución	CUANTITATIVA	INTERVAL	0-6 meses 7meses-1año >1 año.	
	EXPERIENCIA LABORAL	Tiempo laborado durante su vida.	CUANTITATIVA	INTERVAL	0-6 meses 7meses-1año >1 año.	
	JORNADA LABORAL	Momentos del día en el cual se le asignan los turnos de trabajo en los servicios de la institución.	CUALITATIVA	NOVINAL	Diurnos Nocturnos Corrido Todos Diurnos-Nocturnos	

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

	SEXO	La palabra "sexo" (desciende del Latín: cortar, dividir) originalmente se refiera nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a sexos. La persona es o de sexo uno de estos grupos, a uno de los dos femenino o masculino.	CUALITATIVA	NOMINAL	Masculino  Femenino
	INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	Lugar o institución dinámica proyectada a la comunidad que sirve, bajo una filosofía acorde con los conceptos de atención médica moderna (O.M.S.) según el cual, ésta se concibe como: el conjunto de medidas de protección, fomento y restitución de la salud, puestas a disposición del individuo y de la colectividad, dentro de un programa de servicios -en el cual se da debida participación a la influencia de los factores ambientales.	CUALITATIVA	NOMINAL	E.S.E. Hospital Niño Jesus  E.S.E. Cari alta complejidad  Hospital universidad Del Norte
	PROFESIÓN	Empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente. Las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización	CUALITATIVA	NOMINAL	Enfermera/o  Auxiliar de enfermería

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

		propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas.			
	SERVICIO HOSPITALARIO	Áreas del hospital que tienen una función asistencial, es decir atención directa del paciente por parte de profesionales del equipo de salud, en una rama de la medicina específica.	CUALITATIVA	NOMINAL	Medicina interna Hospitalización Pediatría Ginecología Clínicas integradas Quirúrgica Maternidad
CONOCIMIENTOS	CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE VIH/SIDA	Conjunto de información obtenida mediante la experiencia o el aprendizaje acerca de etiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y protocolo de atención del VIH/SIDA.	CUALITATIVA	NOMINAL	Muy buenos Suficientes Insuficientes
	CONOCIMIENTO SOBRE NORMAS DE BIOSEGURIDAD	Normas que están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos	CUALITATIVA	NOMINAL	Muy buenos Suficientes Insuficientes

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

		corporales.			
	CONOCIMIENTO SOBRE EL PROTOCOLO DE MANEJO DE VIH/SIDA	Guías que establecen como debe ser la atención y el manejo de pacientes con VIH/SIDA en el medio hospitalario y de consulta externa y las precauciones generales para prevenir la transmisión por el VIH.	CUALITATIVA	NOMINAL	Muy buenos Suficientes Insuficientes
	CREENCIAS	Sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
	VALORES	Estados a los que las personas dan importancia. Por ejemplo, éxito, seguridad, amor, felicidad, etc.  Un valor es una palabra que indica algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses. Los utilizaremos continuamente, en muchos casos de forma inconsciente, para juzgar lo que está bien y lo que está mal.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
ACTITUDES	RELACION TERAPEUTICA	Encuentro, o contacto en el que dos personas inician una comunicación, una relación, en la que se pone en marcha un determinado proceso	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

		terapéutico, centrado principalmente en tratamiento.			Muy de acuerdo
	AUTOCONFIANZA	Convencimiento mínimo de que uno es capaz de realizar con éxito una determinada tarea o misión.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
	TRABAJO INTERDISCIPLINARIO	Relación que se establece entre todos los miembros del equipo médico para brindar el cuidado y toma de decisiones con respecto a los pacientes.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
DESEO DEL CUIDADO	TIEMPO DE DEDICACIÓN AL PACIENTE	Numero de minutos dedicados al cuidado integral del paciente	CUANTITATIVA	INTERVAL	0 minutos - 5min. 6 min – 10 min. > 10 min.
	NUMERO DE PACIENTES ASIGNADOS	Cantidad de pacientes asignados al personal de enfermería por servicio.	CUANTITATIVA	INTERVAL	1-6 pacientes 7-12 pacientes >12 pacientes
	PAUSAS ACTIVAS	Momentos de esparcimiento durante su turno laboral (contesta celular, charlar con las compañeras-os de trabajo, otras actividades).	CUALITATIVA	ORDINAL	Nunca Algunas veces Siempre



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

	TIEMPO DE DESCANSO	Numero de minutos dedicados a la alimentación.	CUANTITATIVA	INTERVAL	0-10 minutos 11-20 minutos 21-30 minutos >30 minutos
	RELACION DE AYUDA	Proceso de acompañamiento a una persona que tiene bloqueadas sus capacidades de reacción para superar un conflicto. No es una “intervención”, sino una recepción del mundo del otro, en clima de respeto y centrado en sus necesidades. Se trata de crear un cierto tipo de relación, en que la otra persona pueda descubrir por sí misma su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera producir el cambio y el desarrollo personal.	CUALITATIVA	NOMINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
COMPROMISO DEL CUIDADO	AMABILIDAD	Forma de tratar por parte del profesional de una manera cariñosa y servicial al paciente en momento de la atención.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
	EMPATIA	Capacidad que tiene el ser humano de verse reflejado en la situación del otro.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO  
BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

					Muy de acuerdo
	ESCUCHA	Capacidad de atender, aceptar, respetar lo que la otra persona esta expresando de forma negativa o positiva.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
	COMPROMISO MORAL	Capacidad de la enfermera en proteger y realzar con dignidad humana con el más profundo/más alto yo.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
	CONFIDENCIALIDAD	Capacidad de guardar reserva sobre las informaciones que afectan a la vida privada de los pacientes.	CUALITATIVA	ORDINAL	En desacuerdo Parcialmente de acuerdo Muy de acuerdo
	NUMERO DE OCUPACIONES	Numero de lugares de trabajo actuales.	CUANTITATIVA	INTERVAL	1 lugar de trabajo 2-3 lugares de trabajo >3 lugares de trabajo
	TIEMPO DE TRABAJO POR TURNO	Número de horas laboradas en un turno	CUANTITATIVA	RAZÓN	6 horas 12 horas Más de 12 horas

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**11.5 ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO.  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS ENFERMERAS Y AUXILIARES DE  
ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON  
VIH/SIDA. HOSPITALES, CARI ESE, NIÑO JESÚS, UNIVERSIDAD DEL NORTE.  
BARRANQUILLA. MARZO-MAYO DE 2010.**

**Institución:** Universidad del Norte

**INVESTIGADORES DEL ESTUDIO:**

Yesika Arana Ramírez **Celular:** 3006779620 **Dirección:** Calle 96 #42f-28  
Paola Andrea Corredor Angarita. **Celular:** 3012097211 **Dirección:** Carrera 71#88ª-71  
Tania Milena Ramos Dominguez **Celular:** 3005076478 **Dirección:** Carrera 10D N°6B-04  
Andreina Patricia Vallejo Cerra. **Celular:** 3008881115 **Dirección:** Calle 33f # 2c1-41  
Maira Luz Vasquez Badillo. **Celular:** 3017275149 **Dirección:** Carrera 44 #28-17

**Directora y Codirectora del Proyecto:**

Dra. Martha Peñuela  
Lic. Sara Caro

**NATURALEZA Y PROPOSITO DEL ESTUDIO:** Se realizara un estudio observacional, descriptivo transversal tipo mixto (cualitativo y cuantitativo). Con nivel de riesgo mínimo. Este estudio se realizara con el fin de Determinar los conocimientos y actitudes por parte de enfermeras y auxiliares de enfermería en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA en las instituciones que son objeto de estudio. Los resultados obtenidos permitirán Identificar las necesidades de capacitación para este personal de salud en los distintos componentes que involucra el cuidado de estos pacientes. Permitirá a los directivos y personal de enfermería y auxiliares de enfermería reorganizar programas educativos estableciendo planes de capacitación continuada acerca del manejo integral de los pacientes infectados y enfermos con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad del procesos de Atención de Enfermería garantizando un cuidado integral y humanizado a pacientes con VIH/SIDA. Y permitirá proporcionar bases para la realización de otros estudios que se realicen referentes a este tema.

**PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO:** El estudio mixto, se realizara en el primer semestre del 2010, en los meses de Marzo y Mayo del correspondiente año .En esta investigación se aplicaran para la recolección de datos técnicas que incluyen, la encuesta, auto diligenciamiento. Los instrumentos de recolección comprenden un cuestionario con tres secciones: a) datos de identificación, b) preguntas sobre conocimientos acerca del manejo de pacientes con VIH/SIDA, y c) Escala Likert para exploración de actitudes hacia el cuidado del paciente con VIH, a partir de una estructura de dominios o factores, para los cuales se definieron aspectos o ítems medidos con una escala continua de 1 a 5.

**RIESGOS:** Este estudio se considera de riesgo mínimo para usted.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**BENEFICIOS:** Gracias a su voluntaria participación esta investigación beneficiara a personal de enfermería ya que permitirá afianzar sus conocimientos y mejorar sus actitudes al brindar cuidados a estos pacientes median programas de capacitación continua garantizando así el brindar cuidado integral humanizado.

**COSTOS:** El estudio que se realizará sin ningún costo para usted. Ninguna compensación se encuentra disponible por su participación en esta investigación. Cualquier gasto adicional que la investigación demande será cubierto por el personal a cargo.

**CONFIDENCIALIDAD:** La información suministrada por usted mientras participa en la investigación será confidencial en todo momento. Al momento de diligenciar los cuestionarios y la escala no debe registrar su nombre.

Los resultados obtenidos serán utilizados solamente con fines académicos que requieren estar disponibles para la comunidad educativa (docentes y estudiantes) y para futuras investigaciones en otro caso la información no será divulgada a terceros. Al firmar la forma de consentimiento usted acepta y permite este acceso para el estudio actual y para cualquier investigación futura que pudiera realizarse. Sin embargo, los investigadores tomarán las precauciones necesarias para proteger su información personal, y no incluirá su nombre en ningún cuestionario, reportes, publicaciones o en alguna revelación futura. Si usted decide retirarse del estudio, su información personal no seguirá siendo recopilada, pero es posible que sea necesario continuar utilizando la información ya recolectada. Los datos personales que pueden ser delicados serán recopilados y procesados, pero sólo para propósitos de investigación relacionados con este estudio.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** La opción de participar en este estudio es de carácter voluntario; es decir usted decide ser participe o no de esta investigación. Usted puede decidir no participar y tiene la libertad de retirarse de la investigación si lo considera pertinente. Cuando usted lo crea pertinente se le harán las aclaraciones acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios y otros asuntos relacionados.

**CONSENTIMIENTO:**

He leído y comprendido este documento de consentimiento. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y todas estas han sido contestadas a mi satisfacción.

Doy mi consentimiento de forma voluntaria para participar en los cuestionarios, encuestas descritas en este documento de consentimiento y permitir la observación directa por parte del personal investigador. No renuncio a mis derechos legales al firmar este formato de consentimiento. Recibiré una copia de este formato luego de haberlo firmado.

\_\_\_ Doy mi permiso para participar en este estudio, para que se guarde mi nombre en archivo o en una base de datos, se me aplique el cuestionario y me contacten para la posible participación en estudios futuros.

\_\_\_ No doy mi permiso para participar en este estudio, para que se guarde mi nombre en archivo o en una base de datos, se me aplique el cuestionario y me contacten para la posible participación en estudios futuros.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA INVESTIGADOR**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TESTIGO 1**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TESTIGO 2**

**FECHA Y HORA:** \_\_\_\_\_

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**11.6 ANEXO 6. DOMINIOS DE LA ESCALA DE LIKERT.**

**NUMERO DE ITEMS POSITIVOS:**

18 (5,12,17,31,3,6,9,23,33,39,42,7,38,8,11,37,24,26).

**NUMERO DE ITEMS NEGATIVOS:**

12 (15,30,32,1,36,16,21,27,20,28,40,41) .

<b>ACTITUDES</b>		
<b>DOMINIOS</b>	<b>ITEMS NEGATIVOS</b>	<b>ITEMS POSITIVOS</b>
Acercamiento Temor Aceptación	15,30,32.	5,12,17,31.
Relación de ayuda	1	3,6, 9, 23, 33, 39,42.
Necesidades psicológicas y Espirituales	36	7,8,11,37,38
Trabajo interdisciplinario	16,21,27	-----
Autoconfianza	20,28,40,41.	24,26.

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**11.7 ANEXO 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	AÑO 2008					
	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Planteamiento del problema	■					
Revisión de literatura		■				
Elaboración del proyecto			■			
Asesorías		■	■	■		
Anteproyecto				■	■	
Presentación del proyecto						■
Segundo fase del proyecto	AÑO 2010					
	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Asesorías	■					
Presentación ante el comité de Ética		■				
Aplicación Recolección de datos			■			
Procesamiento Tabulación y creación de base de datos				■		
Análisis de la información					■	
Presentación de resultados y trabajo completo					■	
Presentación informe científico Presentación ante jurados						■

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.

## 11.8 ANEXO 8. RECURSOS.

### 11.8.1 RECURSOS HUMANOS

#### Integrantes del grupo de investigación:

- Yesica Arana Ramírez
  - Paola Corredor Angarita
  - Tania Ramos Domínguez
  - Andreina Vallejo Cerra
  - Maira Vásquez Badillo
- } Estudiantes enfermería (VII sem. UNINORTE)

#### Director(a) del trabajo:

Martha Peñuela

#### Asesores(as):

Enfermera Sara Caro  
Dra Martha Peñuela } Consultores internos (UNINORTE)

**Colaboradores:** Encuestadores, digitadores, personal asistencial de clínicas y hospitales u otro lugar, que no siendo parte del grupo de investigadores, participa en la toma de la información o asistencia clínica o de otro tipo de la población estudiada.

Auxiliares de enfermería  
Enfermeras } Del ESE CARI alta complejidad, Hospital Niño Jesús,  
Hospital de la universidad del Norte de los  
servicios de hospitalización, medicina interna, pediatría,  
Ginecología, maternidad, quirúrgica y clínicas integradas.



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
RELACIONADO CON EL CUIDADO BRINDADO A PACIENTES CON VIH/SIDA.**

**11.8.2 RECURSOS FISICOS:**

- Equipo de computador:
- Software: (SPSS 18)
- Insumos: útiles de oficina (papelería, fotocopias, tinta, bolígrafos, etc).
- Transporte: buses.
- Recursos propios.

**11.8.3 RECURSOS FINANCIEROS:**

Presupuesto	Costo
Transporte	\$186.000
Papelería	\$80.000
Tinta de Impresión	\$35.000
Alimentación	\$80.000
Fotocopias	\$ 60.000
Horas de Internet	\$20.000
Otras	\$20.000
Total	<b>\$ 481.000</b>