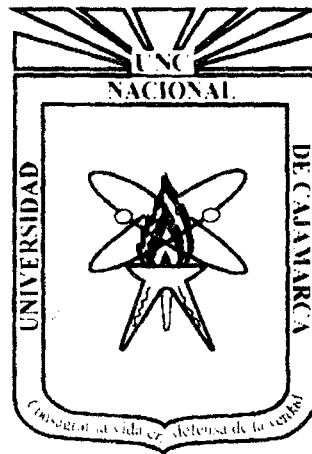


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA RELACIONADO CON EL CUIDADO A PACIENTES CON
VIH/SIDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA - 2014**

TESIS

Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADA POR:

Bach.Enf. CHAUPE SARZOZA, Milagros Marilú

ASESORA

M.Cs. Aida Cistina Cerna Aldave

CAJAMARCA - PERÚ

2014

DEDICATORIA

Ante todo a Dios nuestro Padre Celestial por permitirme ver un nuevo amanecer, de sentirme viva aun cuando estoy en problemas, de ver el mundo con una nueva mirada y por darme la fortaleza para culminar esta digna carrera de Enfermería.

A mis Padres, Juan y Rosa, hermosos seres e importantes en mi vida, por apoyarme y darme la fuerza necesaria y haciéndome recordar lo importante que soy. Gracias por estar siempre a mi lado.

A mis hermanas Rosmery y Karina, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, las quiero mucho.

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

LA AUTORA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, nuestra Alma Mater, por haberme acogido en sus aulas durante mi formación profesional y todos mis docentes de la facultad de Ciencias de la Salud, carrera profesional de Enfermería, que me enseñaron de la profesión como de la vida, impulsándome siempre a seguir adelante, por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

Agradezco de manera especial a mi asesora MCs. AIDA CERNA ALDAVE, por brindarme su apoyo, orientación, conocimiento, sus contagiosas ganas por amor a nuestro arte y conocimiento, permitiendo enriquecer mi investigación con sus anteriores experiencias, gracias a su apoyo, su valiosa colaboración al aclarar mis dudas, a su paciencia en orientación de mis instrumentos y guía metodológica.

A las Instituciones que me permitieron llevar a cabo este trabajo:

Hospital II Es Salud y Hospital Regional de Cajamarca, por darme la oportunidad de realizar mi investigación y aplicación de instrumentos.

A TODOS ELLOS MUCHAS GRACIAS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	iii
SUMMARY.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	v

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1. Definición y delimitación del problema.....	13
2. Formulación del problema.....	17
3. Justificación del problema.....	18
4. Objetivos.....	20
4.1.Objetivo general	
4.2.Objetivos específicos	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. Antecedentes del problema.....	21
2. Bases teórica.....	25
2.1.Generalidades acerca de VIH/SIDA.....	25
2.2.Protocolo del Manejo del paciente con VIH/SIDA.....	33
2.3.Conocimientos del Profesional de Enfermería.....	38
2.4.Actitud.....	41

2.5.Cuidado de Enfermería.....	44
2.6.Valores de Enfermería en el cuidado.....	46
2.7.Medidas de Bioseguridad en el VIH/SIDA.....	49
2.8.Manejo de residuos hospitalarios peligrosos.....	54
3. Hipótesis.....	59
4. Definición y operacionalización de Variables.....	59

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Tipo de investigación.....	63
2. Ámbito de estudio.....	63
3. Población y Muestra.....	63
4. Unidad de análisis.....	63
5. Criterios de selección.....	64
6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	64
7. Validez y confiabilidad del instrumento.....	66
8. Procesamiento de datos.....	66
9. Presentación de resultados.....	67

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

1. Resultados, interpretación y análisis.....	68
---	----

CONCLUSIONES.....	99
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	100
-----------------------------	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	102
--	------------

ANEXOS.....	109
--------------------	------------

TABLAS

- Tabla 1.** Factores sociodemográficas del profesional de Enfermería. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 2.** Factores laborales del profesional de Enfermería. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 3.** Nivel de conocimientos del profesional de Enfermería sobre VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 4.** Nivel de conocimientos del profesional de Enfermería sobre generalidades acerca del VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 5.** Nivel de conocimientos del profesional de Enfermería sobre el Protocolo del cuidado del paciente con VIH/SIDA (Tomado de la ONUSIDA). Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 6.** Nivel de conocimientos del profesional de Enfermería sobre normas de Bioseguridad. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 7.** Actitud del profesional de Enfermería sobre el cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 8.** Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Comunicación en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 9.** Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Acercamiento en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 10.** Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Necesidades psicológicas y espirituales en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 11.** Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Relación de ayuda en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 12.** Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Rechazo en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 13.** Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Autoconfianza en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014

- Tabla 14.** Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Trabajo interdisciplinario en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 15.** Relación entre algunos factores sociodemográficos y la actitud del profesional de Enfermería frente al cuidado del paciente con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 16.** Relación entre algunos factores laborables y la actitud del profesional de Enfermería frente al cuidado del paciente con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014
- Tabla 17.** Relación entre el nivel de conocimientos y la actitud del profesional de Enfermería en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca. 2014

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca -2014, es un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y correlacional, cuyo objetivo principal es determinar el nivel de conocimientos y actitudes que posee el profesional de Enfermería en relación al cuidado del paciente con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca 2014. La muestra, conformada por 60 Enfermeras, que laboran en los servicios de: Emergencia, Medicina y Centro Quirúrgico. Para la recolección de la información sobre nivel de conocimientos se elaboró un cuestionario con 15 preguntas abiertas, cerradas basado en los indicadores de las variables, y una escala tipo Likert con 24 ítems adaptada para medir las actitudes del profesional de Enfermería. Entre los resultados más importantes se logró identificar que variables como la edad, el sexo, el grado académico u otras variables no tienen ningún grado de relación en el conocimiento y actitud del profesional de Enfermería en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA, así mismo más de mitad de los profesionales de Enfermería posee un conocimiento regular acerca del cuidado de pacientes con VIH/SIDA. En cuanto a la actitud la mayoría presenta actitud positiva frente al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Determinándose que no existe relación entre la actitud y el nivel de conocimientos.

Palabras Claves: Conocimiento, actitud, pacientes con VIH/SIDA, profesional de Enfermería.

SUMMARY

This paper titled level of professional knowledge and attitudes related to nursing care for patients with HIV / AIDS in the Regional Hospital of Cajamarca -2014, is a quantitative, descriptive and correlational study of cross-cutting, the main objective was to determine the level of knowledge and attitudes which owns nursing professionals on the care of patients with HIV / AIDS in the Regional Hospital of Cajamarca 2014. the sample consisted of 60 nurses, who work in services: Emergency Medicine and Surgical Center. To collect information on level of knowledge a questionnaire with 15 open questions was developed, closed and mixed based on indicators of variables, and a Likert scale with 24 items adapted to measure the attitudes of professional nursing. Entre the most important results were identified that variables such as age, sex, degree or other variables have no influence on the degree of knowledge and attitude of professional nursing in the care of patients with HIV / AIDS, likewise more than half of nursing professionals has a regular knowledge about the care of patients with HIV / AIDS. As for the attitude most have positive attitude towards caring for patients with HIV / AIDS. Determined that there is no relationship between attitude and level of knowledge.

Keywords: Knowledge, attitude, patients with HIV / AIDS nursing professional.

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA es un tema de gran relevancia e importancia a nivel local, nacional e internacional, ya que es una de las enfermedades que más ha afectado al mundo y que cada día aumenta los índices de morbi – mortalidad en la Sociedad.¹

Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud 2014, el comportamiento del VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el Perú es el de una epidemia concentrado, así desde el primer caso diagnosticado del SIDA en el Perú en el año 1983 hasta el 28 de febrero de 2014, se han reportado 31 mil 299 casos de SIDA y 52 mil 752 casos notificados de VIH, pero se estima que en el Perú más de 100 mil personas estarían viviendo con el VIH hasta el año 2040.²

El SIDA se ha convertido en la última pandemia del Siglo XX y los profesionales de la salud, especialmente el profesional de Enfermería, desempeña un importante papel en esta epidemia, no sólo por la atención que pueden prestar a las personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos profesionales tienen a la hora de dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo de marginación de personas seropositivas y de enfermos de SIDA.³

El desconocimiento de la enfermedad, de los mecanismos de transmisión y aplicación de técnicas específicas en el cuidado de pacientes con diagnóstico VIH/SIDA, por parte del profesional de Enfermería, provoca ansiedad, temor, confusión y rechazo hacia estos pacientes, que día con día incrementan su ingreso en las salas de hospitalización. Se han hecho investigaciones sobre los innumerables aspectos del virus, sus consecuencias y repercusiones, pero falta aún una apertura a la sensibilidad humana y una toma de conciencia muy clara y definitiva de que el problema atañe a todos y de que se deben aunar esfuerzos y conformar actitudes correctas para enfrentar la realidad.⁴

Los pacientes con VIH/SIDA son pacientes completamente dependientes de los cuidados del profesional de Enfermería, por ello, es de gran importancia que este profesional tenga un adecuado conocimiento, para llevar a cabo las técnicas y procedimientos en beneficio tanto del paciente como de sí mismo, dado que es una obligación moral y profesional otorgar una atención de buena calidad y con calidez.⁵

Existen diferentes investigaciones y estudios que evalúan el nivel de conocimientos y actitudes en el profesional de enfermería en la atención de pacientes con VIH/SIDA, algunos estudios 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, México, España, Nicaragua o Venezuela, en el Perú, los estudios encontrados están dirigidos a los pacientes, docentes de salud o adolescentes y en muy poca cantidad; y estudios en Cajamarca en donde se evalúa al personal de enfermería no existen.

Sobre la base de lo expresado la presente investigación se realizó para determinar el nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

Para este estudio se establecieron definiciones de algunos conceptos centrales para el desarrollo del tema: actitud y conocimiento. La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.⁶ El conocimiento es la ciencia o percepción de la realidad a través del aprendizaje o la investigación.⁷ La realización de esta investigación se sustenta metodológicamente en una estructura de cuatro capítulos desarrollados de la siguiente manera:

En el **CAPÍTULO I**: Definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación, objetivos: General y Específicos,

En el **CAPÍTULO II**: Se consigna marco teórico conceptual e incluye antecedentes, bases teóricas, hipótesis, y operacionalización de variables.

En el **CAPÍTULO III**, Se presenta el diseño metodológico, tipo de investigación, ámbito de estudio, población y muestra, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos, y procesamiento de datos

En el **CAPÍTULO IV**: Se presenta las interpretaciones y análisis de los resultados representados en tablas. Finalmente se presenta las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

SIDA es acrónimo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad que afecta a los humanos infectados por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Se dice que una persona padece de SIDA cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones. Dicho síndrome se caracteriza principalmente por la presencia de infecciones oportunistas, entendiéndose como tal a infecciones producidas por gérmenes de la flora microbiana normal, que en situaciones habituales no producen cuadros mórbidos, pero ante las alteraciones como las que se producen en esta entidad nosológica, los desencadenan.⁸

El VIH es un agente infeccioso presente en todos los fluidos corporales de una persona infectada por él y está altamente concentrado (con capacidad para infectar) en la sangre (manipulación y transfusiones sanguíneas), el líquido pre-eyaculatorio, el semen, el flujo vaginal y la leche materna.

Una persona puede vivir de dos a diez años promedio con el VIH antes que se manifieste la etapa SIDA. Esto depende de su estilo de vida y de los cuidados que reciba (atención integral: medicamentos antiretrovirales (ARV), apoyo psicológico, nutrición, etc.).⁹

La epidemia del SIDA ha tocado a todos los países del mundo y es el continente africano quien alberga, en forma dramática, el mayor número de casos. De otro lado, en el sudeste asiático viene incrementándose el número de infectados en forma acelerada y en Sudamérica, el número de casos acumulados de SIDA reportados a la OMS, es mayor en Brasil y México.¹⁰

Desde 1983 que se reportó el primer caso de SIDA en el Perú que es uno de los países del mundo que también presenta un preocupante número de casos de VIH y SIDA convirtiéndose en un problema de salud pública no sólo por la carga de la enfermedad que representa para las personas, sino por su trascendencia social, económica, cultural y por la complejidad de su epidemiología frente al reto que representa su prevención y control. ¹¹

Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, en el Perú desde 1983 hasta la fecha del 2014, se han reportado un total acumulado de 52,752 casos de VIH y 31,299 casos de Sida. El 73% de los casos de SIDA pertenecen a la ciudad de Lima y Callao y el 27% corresponde al resto del país. Así las ciudades más afectadas se encuentran en la región de la Costa y la Selva; en la Sierra la prevalencia de VIH es más baja. El 97% de las personas infectadas de VIH es por vía sexual, mientras que la transmisión de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia es del 2% y por transfusión de sangre del 1%. Siendo la principal forma de transmisión la vía sexual; las relaciones sexuales no protegidas son la más importante forma de exposición al VIH en el Perú. ¹²

Desde el año 1993, en que se empezaron a registrar casos de SIDA en Cajamarca, hasta el 2012 se tiene un acumulado de 382 pacientes, siendo Jaén la provincia con mayor incidencia.

Leiva G. (2012), señaló que lamentablemente los casos en Cajamarca se incrementaron, pues se registraron diez nuevos pacientes durante el primer semestre del 2012. De los reportes registrados, un caso es de una mujer en estado de gestación, dos en la población en general y los otros siete son de hombres que tuvieron sexo con hombres. ¹³

Solo en el 2013 se han registrado 20 casos nuevos. Hay mujeres gestantes que tienen SIDA, también hay casos registrados en el grupo “HsH” (hombres que tienen sexo con hombres), y las cifras van en aumento.

Pozo P. (2013), precisó que a la fecha existen 20 nuevos casos de SIDA, haciendo un total de 195 pacientes, de ellos 97 están recibiendo un control adecuado. De estos casos 40 están recibiendo el tratamiento con terapia antirretroviral de gran actividad o TARGA y 58 personas tienen controles periódicos de tres meses. Además, informó que cuatro personas fallecieron por esta enfermedad en lo que va del año.¹⁴

Los profesionales de la salud viven actualmente, enfrentándose a tratar y cuidar con mayor frecuencia a pacientes con VIH/SIDA, muchas veces sin tener las habilidades y las herramientas necesarias para hacerlo. Se presenta el desafío a enfermeros(as) de proporcionar cuidados de alta calidad, individualizados, compasivos e imparciales a estos usuarios. Se ponen a prueba sus propios sistemas de valores, actitudes, conocimientos y percepciones acerca del VIH/SIDA, pues la naturaleza del cuidado de enfermería aspira al respeto incondicional del ser humano.¹⁵

El SIDA se ha constituido en un grave problema a nivel mundial con amplias consecuencias y 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 de Enfermería competentes, quienes olvidando la ética de su profesión, eluden responsabilidades que atentan contra el derecho del paciente con VIH/SIDA. La enfermedad en sí misma conlleva a la estigmatización que genera efectos dañinos y conduce a un agravamiento de la misma.¹⁵

La forma de proceder y actuar de una persona es entendida como “actitud”. Podremos decir que es algo que le distingue de los demás. Es una característica que nos puede hacer especial y diferente. De este modo hemos escuchado muchas veces decir: ¿te diste cuenta cómo se comportó?, reaccionó maravillosamente, o bien, espero que manifieste sus ideas sin ofensas. En todos los casos se está aludiendo a las actitudes que los seres humanos podemos asumir ante diferentes ideas, personas, eventos o contextos. Por lo tanto, la actitud que tomamos nos determina primero

ante nosotros mismos, luego en cuanto a las relaciones con los demás seres humanos y como consecuencia con nuestro entorno.

Las actitudes han sido objeto de estudio por muchos años. Antonak y Livneth, (1988), mencionan que son: aprendidas mediante la experiencia e interacción con los demás; son complejas y con múltiples componentes; pueden ser estables (debido a la resistencia al cambio natural de los seres humanos); guardan un objeto social específico, ya sea: personas, eventos, ideas, etcétera; son variables en cuanto a su calidad y cantidad, dependiendo de la motivación (intensidad) y la dirección o carga (a favor o en contra), y por tanto, son manifestaciones del comportamiento que guarda la predisposición a desenvolverse de cierta forma cuando la persona está frente al referente hacia el cual proyecta esa actitud.

Asimismo, la actitud que asume una persona en su medio social es relevante, y su alcance puede ser de gran influencia en los demás, de tal suerte que una persona con su actitud puede influir ya sea de manera positiva o negativa en los demás.¹⁶

El sector salud ha realizado grandes esfuerzos para la prevención del SIDA, que incluye una amplia difusión del conocimiento sobre la enfermedad y como evitarla. Sin embargo, no se ha logrado el convencimiento pleno, para mantener una actitud positiva y conservar la salud. Bermúdez y Buela (2000) afirman que el profesional de enfermería obtiene mayor información a través de su formación profesional, en donde se inculcan principios científicos para dar la atención de calidad al paciente y a la comunidad, sin importar su credo, situación política o económica. Sin embargo, existen factores que alteran este objetivo, entre ellos se pueden mencionar los siguientes: conocimientos insuficientes, experiencia profesional limitada, falta de apoyo emocional, inadecuada supervisión, falta de recursos humanos y materiales.¹⁷

A lo largo de la vida, las personas adquieren conocimiento y experiencias formando una red de creencias, entendiendo por creencia la predisposición a la acción; la actitud engloba un conjunto de creencias relacionadas entorno a un objeto o situación. En un estudio sobre conocimiento y actitudes hacia el paciente con VIH/SIDA por Durán, Esquivias y Gallegos, (2000), encontraron que existe un

escaso manejo de información sobre el VIH/SIDA, sin embargo, aclaran que a mayor manejo de información se presentan actitudes positivas hacia los enfermos de SIDA.¹⁸

En Enfermería existen diferentes fuentes de adquisición de conocimientos que se encuentra muy relacionado con las actitudes, es interesante como la enfermera debe basar sus acciones en las observaciones del contexto general que rodea al paciente, y en base a estas realizar un análisis de cada paciente según su situación. De esta manera se va conformado el proceso del conocer y el conocimiento en Enfermería, porque de los conocimientos dependerán no solo los cuidados que se brindan para lograr la comodidad y mejorar la calidad de vida del paciente, sino también el cambio de actitudes.¹⁹

Kaplan en 1964 definió al conocimiento como una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona”. La anterior definición nos recuerda la importancia de poseer conocimiento para dirigir el cuidado y para poder brindar orientación al paciente con VIH/SIDA y a la familia.²⁰

Todos los factores antes mencionados conforman un fundamento de las acciones como enfermeras dándole realce a la disciplina y beneficio a los pacientes lo cual es el principal objetivo de nuestro que hacer.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca - 2014?

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Debido al incremento de ingresos de pacientes con VIH/SIDA en los diferentes Hospitales, uno de ellos el Hospital Regional de Cajamarca, se hace necesario identificar el tipo de actitud del profesional de Enfermería en la atención para la satisfacción de las necesidades biopsicosociales del enfermo con VIH/SIDA, el cual requiere de ciertas consideraciones por ser una enfermedad de larga estadía hospitalaria. Por lo que es de importancia que el profesional de Enfermería se encuentre preparado con conocimientos para brindar una mejor calidad de vida mediante un cuidado integral. El conocimiento implica el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, este cambio dependerá de los conocimientos para que sean estos los que influyan positivamente en lograr una atención de Enfermería integral.²¹

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 durante mi desempeño profesional, en algunos hospitales como Essalud de Trujillo muestra que: Los enfermos con SIDA se mantienen en ambientes rigurosos en bioseguridad, las visitas de los familiares son limitadas, los medicamentos los mantienen en sus mesas de noche y los ingieren sin supervisión, 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 de orientación al enfermo y a la familia acerca de la relación interpersonal, uso y manejo de los útiles personales.

Por ello la finalidad del presente trabajo de investigación es que en el Hospital Regional de Cajamarca en los servicios de Medicina, Emergencia y Centro Quirúrgico, no se cuenta con ningún estudio específico que nos permitan determinar si los profesionales de Enfermería tienen los conocimientos suficientes

y que actitud tiene frente a los pacientes con VIH/SIDA; es por esto que es de gran importancia identificar el nivel de conocimientos del personal de Enfermería en los campos de cuidado a pacientes con VIH/SIDA, verificando sus conocimientos y actitudes, como medio para el mejoramiento de los mismos. Así mismo este estudio brindará resultados que permitan 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 profesionales de enfermería reorganizar programas educativos estableciendo planes de capacitación continuada acerca del manejo integral de los pacientes con VIH/SIDA. Y proporcionar bases científicas para la realización de otros estudios que se realicen referentes a este tema.

La factibilidad de este estudio estuvo determinada por el apoyo que brindaron las autoridades de la institución hospitalaria al permitir el acceso a la fuente primaria, que es el profesional de Enfermería de los servicios en estudio.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimientos y actitudes que posee el profesional de Enfermería en relación al cuidado del paciente con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca - 2014.

4.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Describir algunos factores sociodemográficos del profesional de Enfermería que atiende a pacientes con VIH/SIDA.
- ✓ Identificar el nivel de conocimientos que posee el profesional de Enfermería sobre VIH/SIDA.
- ✓ Describir la actitud del profesional de Enfermería en relación al cuidado del paciente con VIH/SIDA.
- ✓ Establecer la relación entre algunos factores sociodemográficos y la actitud del profesional de Enfermería frente al cuidado del paciente con VIH/SIDA.
- ✓ Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y la actitud del profesional de Enfermería en el cuidado de pacientes con VIH/ SIDA.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Peralta M., Muñoz C. (1994. México). En su estudio titulado: Conocimientos de la enfermera en el manejo de pacientes con VIH/SIDA, 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 en un 43% aceptable y un 57% no aceptable. Al relacionar el nivel de conocimientos con la escolaridad, 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, asimismo el personal con secundaria obtuvo un mayor porcentaje que el personal con licenciatura. Al evaluar el nivel de conocimientos con la antigüedad laboral, 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, observó en conclusión que el personal de base tuvo un mayor nivel de conocimientos que el eventual.²²

Prieto S. (1996. Venezuela) Se llevó a cabo un estudio titulado: Actitudes del profesional de la salud hacia los pacientes con SIDA; de acuerdo a los resultados obtenidos, 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%. 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 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. ²³

Puertas. M (2003-2004. Venezuela), en su estudio titulado: Nivel de conocimientos del VIH/SIDA del Profesional de Enfermería de Atención directa al paciente, en cuyos resultados encontró que el 61.5% tiene conocimiento, mientras 38,5% no tiene conocimiento, sobre qué es el VIH y el significado de sus siglas. 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, observo que el 92,3% contestó correctamente es decir tienen conocimiento, mientras 7,7% no tienen conocimiento. En relación al conocimiento sobre las medidas preventivas que se deben tomar en la atención de un paciente VIH positivo, evidenció que 53,9% tiene conocimiento y 46,1% no tiene conocimiento. En la solicitud realizada en relación a la opinión sobre cómo 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. En conclusión queda totalmente evidenciado que en cuanto al nivel de conocimiento de los profesionales de Enfermería de atención directa al paciente, sobre el VIH/SIDA, ninguna de las personas encuestadas contestó de forma correcta a todas las interrogantes planteadas en esta investigación. ²⁴

Merino A. (2004. España). En este estudio titulado: Actitudes y conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA, concluyo que 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 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.²⁵

Araujo A., Castillo S., Duran I. (2006. Venezuela). Realizaron un estudio titulado: Nivel de conocimientos del personal de Enfermería sobre el manejo de pacientes con VIH/SIDA. En los resultados del estudio, observaron 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 bioéticas.²⁶

Guzmán I., Vega E., Rodríguez M. (2008. Habana, Cuba). Realizaron un estudio, con el objetivo de evaluar los conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA ocupacional en el personal de Enfermería. En cuanto al grado de conocimientos, 72% tuvo resultados no satisfactorios y 28%, satisfactorios, que significa que la mayor parte del personal encuestado tiene alto grado de desconocimiento sobre el VIH/SIDA.²⁷

Montenegro M. (2009. Nicaragua). En su estudio titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, Enfermería y laboratorio; 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. 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. Al analizar la actitud se encontró que el personal que tiene más años de laborar en la institución presentan una actitud negativa en 51%.²⁸

Cuyabamba N. (2010. Tarma, Perú). En su estudio sobre: “Conocimiento sobre la transmisión ocupacional del VIH y las Normas de Bioseguridad en Profesionales de la Salud”. El nivel de conocimiento fue regular en (36,2%) casos, (30,5%) bueno, (23,2%) deficiente, (9,2%) muy bueno y (1%) excelente. Los profesionales con 1 a 5 años lograron el mejor nivel de conocimiento: (1,7%). Los bioquímicos, médicos y Licenciados en Enfermería lograron en mayor proporción un nivel de conocimiento muy bueno y excelente. Los técnicos en diálisis, odontólogos, técnicos de laboratorio y auxiliares de enfermería lograron en mayor proporción un nivel deficiente. En Conclusión: Personal de salud está muy expuesto a sufrir accidente laboral cuenta con un nivel de conocimiento deficiente en precauciones universales y formas de transmisión del VIH, es necesaria su capacitación. ²⁹

Uribel A., Orcasita L. (España. 2011). En su estudio sobre “Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en profesionales de la salud, los resultados muestra que la mayoría de los profesionales de la salud tienen conocimientos adecuados sobre la infección por VIH, una actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con el virus y una mayor autoeficacia frente al VIH/SIDA. Discusión y conclusiones: aunque los profesionales poseen conocimientos correctos, actitudes positivas y autoeficacia frente a la infección por VIH/SIDA, es necesario fortalecer estrategias que refuercen algunos conceptos y comportamientos favorables frente al VIH/SIDA ya que son necesarios para las intervenciones dirigidas a la población que accede a los servicios que prestan los profesionales de salud, con el fin de propiciar actitudes y capacidades en el autocuidado de la comunidad. ³⁰

Marroquín C. (Guatemala. 2011) En su estudio titulado: Conocimientos del personal de Enfermería sobre cuidado integral a pacientes con VIH/SIDA en fase terminal. Los resultados reflejan que: a) El personal de Enfermería confía en su fundamentación científica cuando brinda cuidado al paciente; considera al paciente con VIH/SIDA como un ser integral y es importante el uso de bata, mascarilla y guantes cuando brinda cuidados b) Los conocimientos del personal de Enfermería del servicio de Medicina de Hombres y de Mujeres del Hospital Nacional de Chimaltenango son deficientes en cuanto a la asistencia que debe brindar al

paciente en actividades como higiene personal, alimentación, cuidados de la piel y movilización.³¹

Canales Y., Morales F (Tarapoto-Perú. 2011). En su investigación titulado: Actitud del Personal de Salud Profesional Asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto - 2011; los resultados que se alcanzaron demuestran que el 57.8% del Personal de Salud muestra una actitud de miedo a infectarse por la atención de la persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% rechazaría a una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 35.6% del personal de salud profesional asistencial le negaría la atención ; el 33.3% tiene la predisposición a sentir asco hacia una persona viviendo con el VIH/SIDA; que el 51.1% tiene la predisposición a faltar a la confidencialidad sobre la condición de una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% tiene la predisposición de exagerar las medidas de bioseguridad durante la atención a las personas viviendo con el VIH/SIDA; y finalmente que la hipótesis de trabajo se confirma, ya que el 51.1% del personal de salud profesional asistencial muestra una actitud desfavorable hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA del Hospital II-2 MINSA Tarapoto 2011.³²

2. BASES TEÓRICAS

2.1. GENERALIDADES ACERCA DE VIH/SIDA

2.1.1 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:

2.1.1.1 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.

2.1.1.2 El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): El VIH, el virus de la inmunodeficiencia humana, es un lentivirus (de la familia Retroviridae), este retrovirus que afecta principalmente los linfocitos T activadores y es el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 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. Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que recibió los nombres de LAV y HTLV-III por parte de los dos equipos que estaban investigando el agente etiológico del sida durante la primera mitad de la década de 1980. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos infeccioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

2.1.2 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): El SIDA, es un trastorno clínico grave y mortal, el síndrome representa la última etapa clínica de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que por lo común daña en forma progresiva el aparato inmunitario y otros órganos y sistemas, incluso el sistema nervioso central, así lo refiere Benenson , (1997).

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.

Así mismo existe la diferencia entre VIH/SIDA, el VIH, es un virus o microbio invisible al microscopio que produce enfermedades, debido al debilitamiento del sistema de defensa del cuerpo mientras que el SIDA, es el conjunto de síntomas y signos que caracterizan una enfermedad, producto de la pérdida de la capacidad de defensa del organismo y que no se hereda, se adquiere por contacto con una persona infectada.

2.1.3 Mecanismo de transmisión: El VIH se transmite entre seres humanos al menos de 3 maneras: por vía sexual, peri natal y por exposición a líquidos corporales contaminados, sobre todo sangre. Se ha demostrado que el virus alcanza títulos muy elevados en semen y secreciones del cuello uterino, por tanto una buena parte de las infecciones se debe a contacto sexual.

La infección se facilita por pequeñas laceraciones de las superficies epiteliales, esto brinda un acceso directo a los tejidos subyacentes o al torrente sanguíneo. La fragilidad relativa de la mucosa rectal junto con una gran cantidad de contactos sexuales, contribuyeron a que predominara la enfermedad en varones homosexuales en las primeras etapas de la epidemia. La transmisión heterosexual es una proporción creciente de los casos nuevos en el mundo occidental, debido a que siempre ha sido de modo dominante de transmisión en los países subdesarrollados. La transmisión sexual es más eficiente de hombre a mujer. El riesgo de transmisión peri natal de una mujer infectada a su hijo es de 20-30%.

En la actualidad, la transmisión por infección sanguínea se relaciona con el uso de compartir agujas y jeringas en usuarios de drogas intravenosas. En algunas regiones del mundo, la prevalencia serológica de infección por VIH en usuarios de drogas intravenosas ha llegado a ser de hasta un 70%. Es rara la transmisión a trabajadores en el área de la salud y se presenta en 0.3% de las exposiciones a sangre por piquetes de aguja.

La transmisión del VIH no se produce por contactos casuales (no sexuales) con individuos infectados ni a partir de insectos vectores. Se ha detectado el virus en saliva, lagrimas, orina y leche materna, pero a excepción de esta última, los

demás líquidos no son fuente de infección.

2.1.4 Manifestaciones de la enfermedad: La infección por VIH puede producir una gran diversidad de síndromes clínicos. En general, estos síndromes se correlacionan con la duración del trastorno y la gravedad de la inmunosupresión. 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.

Los síntomas iniciales de la infección con el VIH

Cuando el VIH infecta a una persona, puede dar lugar a síntomas y signos que se presentan de una a seis semanas después de la infección y duran de dos a seis semanas. Cuando se presentan, estos síntomas iniciales son inespecíficos y similares a los de una infección vírica, como la gripe.

Entre esas manifestaciones iniciales están la hinchazón de los ganglios linfáticos, fiebre, diarrea, fatiga, dolores de cabeza y garganta y erupciones cutáneas, las que, por ser tan poco específicas, contribuyen a que a muy pocas personas se les diagnostique clínicamente la infección por el VIH en sus comienzos. Aunque inicialmente algunas personas infectadas no manifiesten síntomas, aparenten estar sanas e incluso se sientan bien físicamente, ya pueden transmitir el VIH a otras personas.

Generalmente la infección inicial es seguida por un período carente de síntomas, que puede durar desde meses hasta varios años, antes de que la enfermedad comience a manifestarse clínicamente. El período de latencia, es decir, el que transcurre entre la infección inicial y la presentación de los síntomas del SIDA, se puede prolongar con tratamientos profilácticos de prevención de infecciones, sobre todo en la etapa en que el sistema inmunitario ya no funciona en forma eficaz.

Manifestaciones clínicas del SIDA

En las personas infectadas por el VIH, las manifestaciones clínicas del SIDA se presentarán como consecuencia del daño producido por el virus al sistema inmunitario. En el 50% de esas personas, los síntomas se presentarán dentro de los 10 años siguientes a la infección inicial. En los adultos, los síntomas graves por lo común no se presentan antes de los dos años de la infección inicial.

Existen tres clases de manifestaciones clínicas del SIDA: las infecciones, distintos tipos de cánceres, y los efectos directos del virus sobre el organismo. Entre las infecciones oportunistas, la más frecuente es un tipo de neumonía o infección de los pulmones causada por un protozoo denominado *Pneumocystis carinii*. Se calcula que en casi la mitad de los pacientes de SIDA se presentará esta complicación, que es en ellos la principal causa de muerte. Además, otras infecciones pueden ser causadas por otros virus (como el citomegalovirus), bacterias (como la tuberculosis) u otros microorganismos tales como los hongos y las levaduras (por ejemplo, especies de *Cándida*).

Uno de los cánceres más frecuentes en los pacientes de SIDA es el sarcoma de Kaposi. Este se manifiesta generalmente como lesiones de la piel en los brazos y en las piernas aunque afecta también a los órganos internos y, en estadios más avanzados, se extiende por todo el cuerpo. Además de este tipo de cáncer, otros de presentación frecuente son los linfomas, que se originan en el sistema linfático del organismo, y que suelen manifestarse por un agrandamiento de los ganglios linfáticos. Estos cánceres e infecciones son solo algunas de las numerosas enfermedades que pueden afectar a una persona cuyo sistema inmunitario ha dejado de funcionar en forma eficiente.

Los efectos directos del VIH sobre el organismo incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y del tubo digestivo.

2.1.5 Detección: Existen diferentes pruebas de laboratorio para el correcto diagnóstico de la infección por HIV-1 en adultos. Para la selección de algunas de ellas debemos tener en cuenta criterios tales como sensibilidad, especificidad y

valor predictivo. La sensibilidad significa que un test detecta la menor cantidad posible de antígeno o anticuerpo, es decir que se minimiza la posibilidad de obtener resultados falsos negativos, aunque es mayor la probabilidad de obtener falsos positivos. La especificidad se refiere a la capacidad que tiene la prueba seleccionada en detectar otro anticuerpo distinto al buscado, es decir que es menos la posibilidad de falsos positivos, pero es mayor la cantidad de falsos negativos. El valor predictivo es la probabilidad de identificar correctamente la presencia o ausencia de infección.

Existen más de 100 pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-HIV-1, y debemos aclarar que todas diagnostican infección por HIV-1 y no SIDA. Existen dos niveles de pruebas serológicas:

- NIVEL I: Pruebas de screening o tamizado.

- NIVEL II: Pruebas suplementarias o confirmatorias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define tamizaje como “el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas”. Entre las pruebas de tamizaje tenemos: pruebas rápidas para detección de anticuerpos, prueba de aglutinación de partículas para detección de anticuerpos incluyendo ELISA que también se denomina análisis inmunoenzimático (abreviado, EIA). Estas pruebas son muy sensibles y pueden detectar muy bajas concentraciones de anticuerpos anti-VIH. Sin embargo, estas pruebas son menos específicas y pueden llevar a resultados falsos positivos. Por lo tanto, una prueba de detección positiva siempre debe ser validada con una prueba confirmatoria. Se realiza la prueba de ELISA y si esta prueba resulta positiva se debe hacer una prueba confirmatoria como el Western blot o la prueba de ensayo inmunofluorescente tiene un 99 por ciento de precisión.

Las pruebas llamadas de confirmación tienen como objeto verificar (confirmar) que los resultados obtenidos con las pruebas de cribado son correctos.

El Western blot, es la prueba de confirmación más común para el VIH ya que identifica los anticuerpos anti-VIH en función de su peso molecular. La prueba se realiza generalmente de tres a cinco semanas después de la exposición inicial, que es el tiempo requerido para que los anticuerpos anti-VIH aparezcan en la sangre del paciente. Este período es conocido como el "período ventana". La muestra más común para todas las pruebas confirmatorias de VIH, incluidos los de Western blot, es la sangre, aunque otros fluidos corporales, tales como fluidos líquidos y la orina se utilizan en circunstancias especiales. En promedio, requiere alrededor de una a dos semanas para procesar los resultados de una prueba de confirmación de VIH.

Los pacientes suelen tener una selección limitada, ya que la mayoría de las pruebas no están comúnmente disponibles. El Western blot es muy específico y rara vez da resultados positivos falsos. A veces puede ser concluyente, sobre todo si el paciente no tiene la concentración de anticuerpos suficientes en su sangre. En tales casos, se repite la prueba después de un mes.

2.1.6 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.

2.1.7 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.

2.1.8 Antirretrovirales: Los medicamentos antirretrovirales, que impiden la multiplicación del virus en el organismo, surgieron en la década de los ochenta. No matan al VIH el virus causante del sida, pero ayudan a evitar el debilitamiento del sistema inmunitario. Por eso, su uso es fundamental para aumentar el tiempo y la calidad de vida de los pacientes de sida. Actualmente existen más de 20 medicamentos antirretrovirales aprobados para el uso en pacientes con infección por VIH, y varios más que están a punto de ser aprobados.

Los antirretrovirales son drogas que actúan a varios niveles de la dinámica de la acción viral con la célula huésped: a nivel de la enzima transcriptasa reversa, a nivel de la enzima proteasa, y a nivel de la fusión del VIH a la célula huésped.

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.

El tratamiento antirretroviral está indicado cuando la carga viral es superior a 5.000-10.000 copias/ml. Existen distintos fármacos que actúan en fases diferentes del ciclo de replicación viral (análogos de los nucleósidos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa e inhibidores de las proteasas).

Los nuevos medicamentos pueden convertir al SIDA de una enfermedad mortal en una enfermedad crónica, como lo es actualmente la diabetes.³³

2.2. PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON VIH/SIDA: (Tomado de ONUSIDA).

2.2.1 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).

2.2.2 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.
- 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 la 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.

2.2.3 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. 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%).

2.2.4 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.

- 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 a 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 o método de amplificación de ADN proviral), teniendo en cuenta la frecuencia alta de falsos positivos y el costo. No se recomienda realizar Western Blot sin haber hecho antes las pruebas de tamizaje.

2.2.5 VIH y 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 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.

Aquellas mujeres infectadas con VIH, que presentan trabajo de parto, y que no se realizó prueba de tamizaje de VIH previa durante el embarazo, se debe realizar una prueba rápida (resultado en máximo dos horas) a la madre o al niño para decidir conducta profiláctica. Si la prueba es reactiva se debe iniciar tratamiento con ZDV o ZDV+3TC y realizar prueba confirmatoria con Western Blot. Si la prueba confirmatoria es negativa suspender los medicamentos. Si la prueba confirmatoria es positiva continuar por seis semanas.

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 progreso. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - Paraso 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.

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 Zidovudina (AZT) y Lamivudina (3TC) en el postparto (3-7 días).³⁴

2.3 CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

El conocimiento es la ciencia o percepción de la realidad a través del aprendizaje o la investigación. El conocimiento indica que la ciencia está formada por todo lo que se sabe acerca de un fenómeno que interesa de una disciplina científica.

Todo conocimiento debe basarse en información objetiva, ya que los conocimientos sobre hechos y cosas que forman los temas científicos son adquiridos a través de experimentación, esto implica la participación de uno o varios sentidos: Gusto, Olfato, Tacto, Vista y Oído el conocimiento abarca todo aquello percibido y aprendido por la mente humana, su contexto y alcance son limitados, el conocimiento puede adquirirse sin tener en consideración criterios y técnicas en tal caso podrá utilizarse en: 1) Dirección, 2) Enseñanza, 3) Coordinación y 4) Planificación de los cuidados del paciente.

Puede decirse entonces, que el conocimiento está constituido por el conjunto de datos o información que los individuos poseen acerca de algún objeto o fenómeno de la naturaleza que le rodea.

Los conocimientos son tomados de diferentes fuentes de información estas

fuentes pueden ser: adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades, cambio de actitud y aplicación de ellas. El cuerpo de conocimientos que sirve de fundamento para la práctica tiene patrones, formas y estructuras, que dan expectativa a los horizontes y ejemplifican las sendas del pensamiento y características acerca de un fenómeno, las disciplinas aceptan que es la investigación la que independientemente determina el tipo de conocimientos que las metas requieren para desarrollarse.⁷

Kaplan en 1964 definió al conocimiento como una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión de la realidad, que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona. La anterior definición nos recuerda la importancia de poseer conocimientos para poder dirigir el cuidado y para poder brindar orientación a la familia de los pacientes con diagnóstico de VIH / SIDA.²⁰

Sabino Carlos, menciona cinco necesidades de conocimiento para la enfermera las cuales son:

- Necesidad de realizar investigación.
- Necesidad de conocer el proceso de enfermería.
- Necesidad de conocer el sistema del usuario.
- Necesidad de conocer la interacción entre los sistemas del usuario.
- Necesidad de conocer la salud y los estilos de vida.

Es importante como enfermera basar sus acciones en las observaciones del contexto general que rodea al paciente, y en base a estas realizar un análisis de cada paciente según su situación, de esta manera se va conformando el proceso de conocer y el conocimiento de la enfermería. El conocimiento en todos los seres humanos proviene de diferentes fuentes según su entorno y desarrollo.¹⁹

2.3.1 TIPOS DE CONOCIMIENTOS

Se refiere a los tipos de conocimientos que el individuo tiene u obtiene de su relación con el medio que le rodea.

2.3.1.1. CONOCIMIENTO OBJETIVO

Este conocimiento se forma de todo aquello que se acepta como cierto o existente. Refleja la realidad de los fenómenos susceptibles a ser conocidos. El hombre en su constante relación con el universo que le rodea aprehende todo aquello que le es necesario para desarrollarse como tal.

2.3.1.2 CONOCIMIENTO ESPECULATIVO

Es aquello que comprende las teorías, los principios generales que se proponen para explicar los fenómenos, las opiniones o conceptos y el contexto de áreas de interés especiales como las ciencias naturales, las ciencias sociales y las humanidades.

2.3.1.3 CONOCIMIENTO PRÁCTICO

Consiste en saber cómo aplicar los conocimientos objetivos y especulativos a las situaciones cotidianas y en el quehacer profesional. Tanto la enfermera como el auxiliar de enfermería cuando brinda atención al paciente, pone en práctica los conocimientos adquiridos. La enfermera fundamenta científicamente todas sus acciones, ella sabe por qué, para que y como debe realizar una acción de cuidado al paciente y es quien orienta, dirige supervisa al auxiliar de enfermería cuando se le delegan algunas acciones de cuidado.³⁵

2.4 ACTITUD

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Eiser define la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

Las actitudes, se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual).

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 cognitivo 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.⁶

2.4.1 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 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.³⁶

2.4.2 Actitudes del Profesional de enfermería 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.

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 psicoinmunológicos. 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.

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 cualquier otro paciente, pero tomando el máximo cuidado y extremando las medidas preventivas y de autoprotección.³⁷

2.5 CUIDADO DE ENFERMERÍA

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”.³⁸

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 hacerlo. Dentro de los valores que el profesional de enfermería debe luchar por desarrollar para brindar un excelente cuidado, se encuentran muchos.³⁹

2.5.1. 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.

Watson 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 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.⁴⁰

2.5.1.1. Dominios del Cuidado de Watson

La base de la teoría de Watson es la práctica en factores o Dominios de cuidados, que tiene un componente fenomenológico implicado en la relación que abarca la enfermería. En el trabajo continuo de la experiencia clínica los Dominios propuestos por esta autora han sido valorados, redefinidos y

planteados, basados en su misma validación.

1. Formación de una comunicación constante con el paciente.
2. Asistencia a las necesidades espirituales y psicológicas del paciente. La enfermera dentro de su desarrollo de su función, debe respetar todas las religiones y creencias, y a su vez, debe facilitar la asistencia necesaria.
3. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza con el paciente y familia. Proceso de acompañamiento a una persona que tiene bloqueadas sus capacidades de reacción para superar un conflicto. Se trata de crear un cierto tipo de relación, en que la otra persona pueda descubrir por si misma su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esta manera producir el cambio y el desarrollo personal.
4. Acercamiento al paciente. Es la aproximación que tiene el profesional con el paciente en momento de la atención.
5. Trabajo interdisciplinario. Es la relación que se establece entre todos los miembros del equipo de salud para brindar el cuidado y toma de decisiones con respecto a los pacientes.
6. Rechazo y provisión de un entorno de apoyo, de protección al paciente. Enfrentamiento u omisión a una idea, acción o situación, no aceptación, no admisión o resistencia a algo.
7. Autoconfianza en la atención al paciente. Convencimiento mínimo de que uno es capaz de realizar con éxito una determinada tarea o misión. ⁴⁰

2.6 VALORES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO

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).

La responsabilidad, es sinónimo de autonomía y libertad, solo el ser libre es responsable. 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.

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.

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.

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:

2.6.1 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.

2.6.2 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.

2.6.3 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.

2.6.4 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.

2.6.5 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.

2.6.6 Valor de la Justicia: considerar los principios morales y legales inherentes a las personas. Actitudes y cualidades personales: coraje, integridad, moralidad, objetividad.⁴¹

2.7 MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON VIH/SIDA

2.7.1 Definición de Bioseguridad

“Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la

salud y la seguridad del personal, de los usuarios y de la comunidad frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos”.

2.7.2 Principios Básicos de Bioseguridad

✓ Universalidad

Se asume que toda persona es portadora de algún agente infeccioso hasta no demostrar lo contrario. Las medidas de bioseguridad son universales, es decir deben ser observadas en todas las personas que se atiende.

Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para TODAS las personas, independientemente de presentar o no patologías.

✓ Uso de barreras protectoras

Para evitar el contacto directo entre personas y entre personas y objetos potencialmente contaminados o nocivos, se debe utilizar barreras químicas, físicas o mecánicas.

Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.

La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.

✓ Control de residuos

Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

2.7.3 Normas de bioseguridad en el manejo del paciente con VIH-SIDA

Las normas de bioseguridad para el uso en establecimientos de salud fueron aprobadas por Resolución Secretarial No. 228/93,1999 incorporadas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Las normas han sido elaboradas teniendo en cuenta lo dispuesto, donde se declara de interés nacional la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estas precauciones deben ser aplicadas en forma universal permanente y en relación con todo tipo de pacientes; a los fines de su manejo, toda persona, debe ser considerada como un potencial portador de enfermedades transmisibles por sangre.

No se justifica, bajo ningún aspecto, la realización de testeos masivos como estudio prequirúrgico o previo a procedimientos invasivos, dado que las normas de bioseguridad no deben cambiarse según la serología del paciente.

Es de especial importancia que todo el personal que este informado de su existencia, conozca las razones por las que debe proceder de la manera indicada y que se promueva su conocimiento y utilización a través de metodologías reflexivas y participativas. Tan importante como lograr su efectiva implementación es conseguir la continuidad en su utilización.

Todos los trabajadores de la salud deben utilizar rutinariamente los métodos de barrera apropiados cuando deban intervenir en maniobras que los pongan en contacto directo con los materiales, la sangre o los fluidos corporales de los pacientes.

Dicho contacto puede darse tanto en forma directa, atendiendo un paciente, como durante la manipulación de instrumental o de materiales extraídos para fines diagnósticos como la realización de procedimientos invasivos, incluyendo en ellos a las venopunturas y extracciones de sangre. En todos los casos es necesario el uso de guantes o manoplas.

2.7.4 Normas de seguridad para las enfermeras que atienden a pacientes con VIH/SIDA

El riesgo de adquirir el VIH de pacientes infectados es sumamente bajo.

En los rarísimos casos en que una enfermera ha contraído una infección por el VIH en el curso de su trabajo, las vías de infección han sido la parenteral o la exposición de mucosas o lesiones cutáneas a la sangre infectada por el VIH.

La exposición parenteral se produce cuando una enfermera se pincha con una aguja hipodérmica o se corta con un bisturí u otro instrumento cortante contaminado con sangre de un paciente infectado. El riesgo de infección consecutivo a esa exposición suele depender de dos factores: a) el volumen de sangre a que haya estado expuesta la enfermera, y b) la contagiosidad del paciente. Aunque el VIH puede estar presente por igual en casos asintomáticos y sintomáticos, ciertos estudios recientes hacen pensar que los sujetos con SIDA sintomático o en una fase avanzada de la infección por el VIH, tienden a ser más contagiosos. Según varios estudios prospectivos, el riesgo de adquirir la infección por el VIH por un pinchazo de aguja hipodérmica u otra exposición parenteral al VIH es inferior al 1%.

El riesgo de adquirir la infección por el VIH por exposición de mucosas o lesiones cutáneas a la sangre infectada es muy bajo, aunque más difícil de cuantificar. Sin embargo, en casos individuales, se ha visto que existe un riesgo cuando las enfermeras se contaminan con sangre infectada por el VIH a través de heridas abiertas, abrasiones o exposición de mucosas (bucal o labial, conjuntiva).

El personal de enfermería tanto como el personal sanitario de primera línea en contacto directo con las personas infectadas por el VIH, sus familiares y su entorno social, se están enfrentado con un problema que requiere creatividad, energía y recursos sin precedentes. La medida en que dicho personal quiera y pueda hacer frente a ese problema puede tener un profundo impacto en la evolución futura de la epidemia causada por el VIH.

Entre las medidas a aplicar se pueden mencionar las siguientes:

- ✓ Uso de guantes si existe contacto con sangre, fluidos manchados con sangre, secreciones vaginales y semen.
- ✓ Lavado de las manos con agua y jabón a menudo y siempre después de quitarse los guantes.
- ✓ Utilización de una mezcla de agua y lejía (cloro) a 10% durante 20 minutos para lavar los utensilios, recipientes y superficies que estén manchados de sangre o secreciones corporales.
- ✓ Protegerse la boca y la nariz con mascarilla y los ojos con gafas para evitar la exposición a salpicaduras de sangre o vómito.
- ✓ No compartir objetos de higiene personal que pudieran estar manchados de sangre (cepillo de dientes, hojas de afeitar...)
- ✓ Cuando se utilizan agujas o jeringas en el cuidado del paciente infectado por el VIH no manipular la aguja; ni tratar de taparla con el capuchón a no ser con una sola mano, no doblar, romper o sacar la aguja de la jeringa. Desecharla en un recipiente rígido (lata, plástico...) o mejor aún solicitar un recipiente especial del centro de salud.
- ✓ La eliminación de residuos contaminados (toallas de papel, vendas de heridas, compresas, tampones vaginales y otros objetos manchados de sangre, semen o fluidos vaginales que no pueden tirarse por el inodoro) se llevará a cabo en una bolsa doble de plástico eliminándola con el resto de la basura. Si se produce un accidente y la persona que lo atiende se pincha con la aguja usada, se recomienda lavar con agua y jabón y pedir la opinión del médico sobre profilaxis post exposición. Además es muy importante cumplir con lo siguiente:
- ✓ Asegurarse que el hospital cuente con procedimientos adecuados para la atención de rutina, limpieza y desinfección de superficies ambientales, camas, barandales, equipo al lado de la cama y otras superficies que se tocan con frecuencia.
- ✓ Asegurarse que se sigan los procedimientos.
- ✓ Manejar, transportar y procesar las sábanas sucias manchadas con sangre,

líquidos corporales y secreciones de una manera en que se evite exposición de piel y mucosas contaminación de la ropa y transferencia de microorganismos a otros pacientes y al ambiente.⁴²

2.8 MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS DE PACIENTES CON VIH/SIDA

Precauciones Generales

Benenson, plantea que todavía no se dispone de la vacuna contra el VIH, por tanto prevenir la infección se basa en el control de la transmisión del virus. El control implica consejos sobre la prevención y pérdidas profilácticas posteriores a la exposición.

El personal de salud debe usar guantes de látex, protectores para ojos y otro equipo personal de protección para evitar el contacto con sangre o líquidos visiblemente sanguinolentos; cualquier gota de sangre del paciente que entre en contacto con la piel del personal de salud, debe limpiarse con agua y jabón inmediatamente.

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.

2.8.1 Etapas básicas para el manejo de desechos hospitalarios

2.8.1.1 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.
- ✓ 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.

2.8.1.2 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).

2.8.1.3 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.

2.8.1.4 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:

2.8.2 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 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.

2.8.3 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 a al personal responsable de estas actividades.

2.8.4 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.

2.8.5 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.

2.8.6 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 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.
- El proceso de tratamiento de los materiales contaminados sigue los siguientes pasos: descontaminación, cepillado y enjuague, secado, desinfección y/o esterilización.
- 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.

2.8.7 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.⁴³

3. HIPÓTESIS

- **Hipótesis alterna (Ha):** Existe relación entre el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y actitudes del profesional de Enfermería frente al cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca - 2014.
- **Hipótesis Nula (Ho):** No existe una relación entre el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA y actitudes del profesional de Enfermería frente al cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca - 2014.

4. DEFINICIÓN Y OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS
Variable Dependiente: ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO A PACIENTES CON VIH+/SIDA	La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. ⁶	1. Actitud Conductual Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. ⁶	- Comunicación - Acercamiento - Relación de ayuda - Trabajo interdisciplinario	- 1-3 - 4-8 - 12-15 - 18
		2. Actitud Emocional Referida a los sentimientos hacia la evaluación del objeto, persona, tema o suceso. ⁶	- Rechazo - Necesidades psicológicas y espirituales	- 16-17 - 9-11
		3. Actitud Cognitiva Denota el conocimiento, opinión, creencias, y pensamientos acerca del objeto del cual toma su actitud. ⁶	- Autoconfianza	- 19-24
Variable Independiente: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL VIH+/SIDA	El conocimiento es la ciencia o percepción de la realidad a través del aprendizaje o la investigación. ⁷	1. Conocimientos sobre Generalidades del VIH/SIDA Conjunto de información obtenida mediante la experiencia o el aprendizaje acerca de etiología, fisiopatología, diagnóstico, y tratamiento del VIH/SIDA	- Generalidades del VIH/SIDA	- 1,2,3,5

		<p>2. Conocimientos sobre el Protocolo del cuidado del paciente con VIH/SIDA</p> <p>Guías que establecen como debe ser la atención y el manejo de pacientes con VIH/SIDA en el medio hospitalario y las precauciones generales para prevenir la transmisión por el VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consideraciones generales - VIH y embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> - 4,6,7,8,9,10,11,12
		<p>3. Conocimientos sobre Normas de Bioseguridad</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definición - Principios básicos - Tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - 13,14,15

VARIABLES INTERVINIENTES: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales, que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles. ⁴⁴	Factores sociales. Se refiere a los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno. ⁴⁴	- Salario - 3 - Religión - 5
		Factores Demográficos La demografía es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, sexo, raza, ocupación y otros datos estadísticos. ⁴⁴	- Edad - 2 - Sexo - 1 - Grado académico - 4
		Factores Laborables Características del trabajo en el que se ve envuelto una persona. ⁴⁴	- Tiempo Vinculado a la Institución. - 6 - Tiempo de dedicación al paciente. - 7 - Número de Pacientes asignados. - 8 - Pausas activas - 9 - Tiempo de trabajo por turno. - 10 - Jornada Laboral - 11 - Numero de ocupaciones - 12

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio, descriptivo, transversal, cuantitativo y correlacional.

Este estudio es descriptivo porque describe los conocimientos del personal de enfermería sobre cuidados a pacientes con VIH+/Sida, es de corte transversal debido a que la investigación se realizó en un periodo establecido de tiempo, en el mes de agosto -setiembre 2014 y su abordaje es cuantitativo ya que permitió el análisis estadístico de la información obtenida y es correlacional porque mide el grado de relación existente entre las variables de estudio.

2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Personal de enfermería de los servicios de Medicina, Emergencia, Centro Quirúrgico del Hospital Regional de Cajamarca.

3. POBLACIÓN Y MUESTRA

A. POBLACIÓN: La población de estudio estuvo constituida por las enfermeras(os) que trabajan en los servicios de Medicina, Emergencia y Centro quirúrgico del Hospital Regional de Cajamarca durante el mes de agosto-setiembre 2014 que son 60.

B. MUESTRA: conformada por toda la población.

4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Estuvo dada por cada una de los profesionales de enfermería de los servicios de medicina, emergencia y centro quirúrgico del Hospital Regional de Cajamarca.

5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

- ✓ Enfermeros(as) que laboran en los servicios de Medicina, Emergencia y Centro Quirúrgico.
- ✓ Aceptar participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Profesionales de Enfermería que no deseen participar voluntariamente.
- ✓ Profesionales de Enfermería que laboran en otros servicios.

6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó un instrumento de recolección, que comprende un cuestionario con tres secciones:

- a. Datos sociodemográficos, para poder caracterizar la muestra en estudio (Edad, sexo, grado académico, religión, salario, tiempo vinculado a la institución, tiempo de dedicación al paciente, n° de pacientes asignados, pausas activas, jornada laboral, y servicio hospitalario).
- b. Preguntas para evaluar los conocimientos sobre VIH/SIDA. (Generalidades del VIH/SIDA, protocolo de manejo del paciente con VIH/SIDA, normas de bioseguridad)
- c. Escala Likert para medir las actitudes del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente con VIH, a partir de una estructura de dominios, a saber:
 - Comunicación con el paciente
 - Acercamiento al paciente
 - Relación de ayuda con el paciente y familia
 - Atención a las necesidades espirituales y psicológicas.
 - Trabajo interdisciplinario

- Rechazo al paciente
- 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.

Para evaluar los conocimientos: se utilizó como instrumento un cuestionario con 15 preguntas abiertas, cerradas y mixtas basado en los indicadores de las variables.

Cada ítem contestado correctamente corresponde a un punto (01) en la escala vigesimal y el puntaje se obtuvo sumando el total de ítems respondidos (15 puntos en total). Se utilizó una escala de valores con amplitud de un rango de tres niveles:

- **Nivel de conocimiento Bueno:** Mayor o Igual a 11 puntos.
- **Nivel de conocimientos Regular:** Menor o igual que 10 puntos.
- **Nivel de conocimientos Malo:** Menor o igual a 5 puntos.

Para evaluar las actitudes: se construyó un cuestionario con 24 ítems tipo Likert con las opciones de respuesta a 3 (En desacuerdo=1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo=2 y muy de acuerdo=3) con un puntaje de 1 a 3. Esta escala fue modificada en tres categorías como sugiere LIKERT de acuerdo a la población en estudio, clasificándose en actitud positiva o actitud negativa.

En la escala de Likert se calificó el promedio obtenido mediante la sencilla fórmula PT/NT

PT= 72 puntos (puntuación total)

NT= 24 (número de Ítems)

24	48	72
1	2	3
Actitud negativa	Valor medio	Actitud positiva

- **Actitud Positiva:** de 48 – 72 puntos de la escala de Likert.
- **Actitud Negativa:** de 24- 47 puntos de la escala de Likert.

Las puntuaciones de la escala de Likert se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada frase. Por ello se denomina Escala aditiva.

7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Validez. La validez del cuestionario fue sometido al “juicio de expertos”, cuya evaluación de la claridad y coherencia fue realizada por ellos, quienes dieron sugerencias antes de la realización de la prueba piloto.

Confiabilidad. La confiabilidad del instrumento se determinó aplicando una prueba piloto a diez (10) profesionales de enfermería de la unidad de Medicina y Emergencia y Centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Cajamarca. Considerándose esta muestra representativa, ya que reúne las características similares a la población en estudio.

La consistencia interna del cuestionario se examinó mediante el análisis estadístico Alfa de Chronbach. Se examinó la confiabilidad de los 24 ítems de los dominios del test.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.762	24

Finalmente se realiza la validación con el coeficiente de α Cronbach de los 24 ítems por medio del cual se obtuvo un α de 0.762, comprobando la confiabilidad del instrumento en la escala de Likert la valoración de las actitudes en este estudio.

8. PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó en forma mecánico por medio computarizado. Se usaron los paquetes estadísticos de EXCEL 2012 para tabulación y creación de la base de datos y el software SPSS versión 20, para la tabulación, procesamiento de variables y análisis estadístico.

9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La presentación de los resultados se realizó a través de tablas simples y de doble entrada en que se detallara los indicadores de estudio. La interpretación y el análisis se realizó a través de:

- ✓ Estadística descriptiva: medidas de frecuencia (porcentaje), medidas de tendencia central (promedio, media).
- ✓ Estadística inferencial: prueba de Pearson (χ^2), para probar la relación entre variables, cuando tenemos tablas de contingencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Se realizó la descripción de los resultados obtenidos en el estudio, luego se procedió al análisis, la revisión y confrontación de los resultados con la literatura y otros estudios similares. Para ello se utilizaron fuentes primarias y secundarias.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado al Profesional de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, de acuerdo a los objetivos a través de tablas estadísticas simples y de doble entrada.

**Tabla 1. Factores sociodemográficas del profesional de Enfermería.
Hospital Regional de Cajamarca 2014**

Sociodemográficas		N°	%
Sexo			
Masculino		8	13.3
Femenino		52	86.7
Edad			
De 25-30		19	31.7
De 31-40		23	38.3
De 41-60		18	30.0
Salario			
750-1500		25	41.7
1600-2500		23	38.3
2600-3500		12	20.0
Título y Grado Académico			
Licenciado	Si	60	100.0
Doctorado	No	59	98.3
	Si	1	1.7
Magister	No	50	83.3
	Si	10	16.7
Especialidad	No	32	53.3
	Si	28	46.7
Diplomado	No	57	95.0
	Si	3	5.0
Religión			
Católico		47	78.3
No católico		13	21.7
TOTAL		60	100,0

Fuente: Cuestionario elaborado por Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca-2014.

La tabla 1, nos muestra que el profesional de Enfermería en su mayoría son del sexo femenino en un 86,7%, los demás varones.

Dentro de las edades del profesional de Enfermería, la edad mínima fue 25 años y la máxima de 60 años, la edad que predomina oscila entre los 31-40 años (38,3%), en conclusión se puede afirmar que los profesionales que laboran en este hospital en su mayoría son adultos jóvenes.

En cuanto al tipo de salario que perciben los profesionales de Enfermería, el que más predomina está comprendido entre 750-1500 soles (41,7%), y solo 20%

alcanzan el monto 2600-3500 soles, esto se puede deber a que el mayor porcentaje de profesionales recién se están iniciando en el desempeño de su profesión.

El 78,3% del profesional de enfermería encuestado profesan la religión católica.

El 100% es Licenciado(a) en Enfermería, la mayoría tienen un grado académico de estudios de postgrado en el programa de especialidad (46,7%). Con esto podemos afirmar que el profesional de Enfermería está capacitándose continuamente para laborar en cualquier servicio.

El profesional de Enfermería debe estar en constante preparación, superación profesional, capacitación, educación continuada y permanente, porque de esta manera puede superar cualquier obstáculo y así ser un profesional competente, dispuesto a asumir cualquier responsabilidad en cualquier momento y lugar, con el dominio que le compete. Esta figura académica permite a los enfermeros(as) desarrollar una alta competencia y desempeño profesional y avanzadas capacidades para la docencia, el liderazgo y la investigación científica, técnica y humanística.

MSc. Barazal A. define: "Para quienes estamos dedicadas a la enfermería, nuestra profesión es algo en lo que si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, estamos, os lo aseguro, retrocediendo." ⁴⁵

Tabla 2. Factores laborables del Profesional de Enfermería. Hospital Regional de Cajamarca- 2014

Laborables	N°	%
Tiempo vinculado institución		
0-6 meses	12	20.0
1-5 años	29	48.3
De 6 años a más	19	31.7
Tiempo de interacción con el paciente		
0-5 min.	12	20.0
6-10 min.	30	50.0
>10 min.	18	30.0
N° de pacientes por turno		
1-6 pacientes	29	48.3
7-12 pacientes	13	21.7
>12 pacientes	18	30.0
Pausas activas durante el turno		
Nunca	14	23.3
Algunas Veces	45	75.0
Siempre	1	1.7
N° de horas por tuno		
6 horas	16	26.7
12 horas	39	65.0
Más de 12 horas	5	8.3
Turnos asignados		
Diurnos	20	33.3
Nocturnos	6	10.0
Diurnos/Nocturnos	34	56.3
N° de instituciones donde labora		
1 institución	43	71.7
2-3 instituciones	15	25.0
>3 instituciones	2	3.3
TOTAL	60	100,0

Fuente: Cuestionario elaborado por Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

En la presente tabla se observa que la mayoría de los profesionales de Enfermería lleva más de un año vinculado en la institución hospitalaria donde se encuentra laborando actualmente (80%) mientras que el (20%) lleva solo 6 meses. La jornada laboral para la mayoría es de 12 horas (65%) y en menor porcentaje son hasta 6 horas (26,7%), y a la mayoría se le asignan hasta 6 pacientes por turno (48,3%) y más de 12 pacientes (30%). Durante los turnos el (75%) toman pausas activas y se observa que la gran mayoría dedica de 6 a 10 minutos a la interacción con el paciente (50%). A su vez un gran porcentaje labora solo en el Hospital Regional de Cajamarca (71,1%).

Tabla 3. Nivel de conocimientos del Profesional de Enfermería sobre VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

CONOCIMIENTOS GLOBAL	Nº	%
Conocimiento Bueno	29	48.3
Conocimiento Regular	31	51.7
Total	60	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

En la tabla 3, se observa que más de la mitad de los profesionales encuestados poseen conocimiento regular 51,7 %, sin embargo el 48,3% si tienen un conocimiento bueno.

Estos resultados coinciden con estudios realizados por Peralta M., Muñoz C. (1994). Determinó que el personal de Enfermería tiene un nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en un 43% aceptable y un 57% no aceptable. Puertas. M (2003-2004), observó que ninguna de las personas encuestadas contestó de forma correcta a todas las interrogantes planteadas en su investigación. Guzmán I., Vega E., Rodríguez M. (2008). Determinaron que el nivel de conocimientos del personal de Enfermería, 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. Montenegro M. (2009. Nicaragua), encontró un nivel de conocimiento bueno en 24% de la muestra, 66% regular y 9% malo. Lo que confirma aún más que las enfermeras no poseen realmente un conocimiento adecuado sobre la atención de estos pacientes. ^{20, 24, 27,28}

Al analizar los resultados obtenidos, nos damos cuenta que es necesario insistir en la capacitación continua y evaluación periódica al profesional de Enfermería que labora en este hospital, para beneficio tanto del paciente como de sí mismo.

Tabla 4. Nivel de conocimientos del profesional de Enfermería, sobre generalidades acerca del VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014

CONOCIMIENTOS		Nº	%
1. ¿Cuál es la diferencia entre VIH/SIDA	Conoce	36	60.0
	Desconoce	24	40.0
2. ¿Cuál es el tipo de linfocito T que se afecta principalmente en el VIH?	TD4	24	40.0
	LD4	2	3.3
	CD4	17	28.3
	N.A.	2	3.3
	No conoce	15	25.0
3. Tan pronto como una persona se infecta con el VIH, ésta desarrolla el SIDA	Falso	52	86.7
	Verdadero	8	13.3
5. ¿Cuáles son las pruebas de tamizaje para la detección del VIH?	Conoce	45	75.0
	Desconoce	15	25.0
TOTAL		60	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del Profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

En la tabla 4 se aprecia que el profesional de Enfermería conoce la diferencia que existe entre el VIH y SIDA (60%), y solo el 40% no conoce, que el VIH, es el Virus de Inmunodeficiencia Humana es un virus o microbio invisible al microscopio que produce enfermedades, debido al debilitamiento del sistema de defensa del cuerpo mientras que el SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es el conjunto de síntomas y signos que caracterizan una enfermedad, producto de la pérdida de la capacidad de defensa del organismo y que no se hereda, se adquiere por contacto con una persona infectada.³³

En lo que se refiere al Tipo de Linfocito T que se ve afectado en el VIH solo el 28,3% contestaron acertadamente que es el Linfocito CD4 y el 40% contestaron

incorrectamente con la respuesta Linfocito TD4, y un 25% que desconoce acerca del tipo de célula que se ve afectado en el VIH, lo que nos hace pensar que aun el personal de enfermería no tiene conocimiento sobre cuál es el tipo de células que se ven afectados por el VIH/SIDA en nuestro organismo. Los linfocitos T forman parte del sistema de defensa del cuerpo, contra organismos que le son extraños y dañinos, 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.³³

Del mismo modo en referencia a la respuesta de la pregunta 3, el 86,7 % contestaron correctamente y solo el 13,3% contestaron incorrectamente, según la bibliografía afirma que una persona puede vivir de dos a diez años promedio con el VIH antes que se manifieste la etapa SIDA.³³

En lo referente a las pruebas de tamizaje para detección de VIH, el 75% del profesional encuestado tiene conocimiento de las diferentes pruebas que existen y solo el 25% aun no conocen. Según la bibliografía se afirma que las pruebas para determinar la presencia de VIH son prueba serológicas de ELISA y las “pruebas rápidas” para detectar anticuerpos contra el VIH es una prueba de tamizaje que produce resultados muy rápidos, generalmente en 5 a 30 minutos.³³

Estos resultados coinciden con el estudio de Puertas. M (2003-2004. Venezuela), indicó que Nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA del Profesional de Enfermería; sobre qué es el VIH y el significado de sus siglas, el 61.5% tiene conocimiento, mientras 38,5% no tiene conocimiento. Asimismo, Araujo A., Castillo S., Duran I. (2006. Venezuela). Observaron que el personal de enfermería tiene conocimiento sobre definición y diferencia del VIH/SIDA.^{24,25}

Tabla 5. Nivel de conocimientos del Profesional de Enfermería sobre el Protocolo del cuidado del paciente con VIH/SIDA. (Tomado de la ONUSIDA). Hospital Regional de Cajamarca- 2014

CONOCIMIENTOS		Nº	%
	La confidencialidad y el consentimiento informado	26	43.3
4. Los principios generales que deben respetarse para la asesoría y actividades dirigidas a la detección del VIH son	La confidencialidad y pruebas diagnósticas	22	36.7
	La educación y el consentimiento informado	12	20.0
	Cada mes	4	6.7
6. ¿Cada qué tiempo 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?	Cada 3 meses	8	13.3
	Cada 6 meses	29	48.3
	Cada año	9	15.0
	Cada 5 años	1	1.7
	B y C	9	15.0
		Antibióticos	3
7. ¿Qué son los medicamentos antirretrovirales?	Antipiréticos	1	1.7
	Evitan la replicación del VIH en las células humanas	36	60.0
	a y c son correctas	20	33.3
		Realizar prueba de tamizaje	7
8. ¿Cuál es el protocolo a seguir cuando una mujer presenta trabajo de parto y no tienen prueba de tamizaje previa durante el embarazo?	Iniciar terapia farmacológica	8	13.3
	Realizar prueba rápida	45	75.0
		Falso	12
9. Se debe realizar pruebas de tamizaje a recién nacidos o lactantes en hijos de mujeres infectadas	Verdadero	48	80.0
		Falso	59
10. El VIH puede transmitirse cuando se comparten alimentos, utensillos, toallas o ropa de cama con una persona infectada	Verdadero	1	1.7
		A,D y E	60
11. El VIH puede transmitirse	Falso	56	93.3
	Verdadero	4	6.7
TOTAL		60	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

En la tabla 5, en respuesta a la pregunta 4, el 43,3% contestaron correctamente que es la confidencialidad y el consentimiento informado lo que concuerda con el Protocolo de manejo VIH/SIDA (Tomado de la ONUSIDA): 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).³⁴ Por otro lado el 36,7% marcaron la confidencialidad y pruebas diagnósticas y el 20% marcaron como opción la educación y el consentimiento informado.

En respuesta a la pregunta 6, el 48,3% de los profesionales de Enfermería contestaron acertadamente, lo cual se refleja en la guía de manejo VIH/SIDA (Tomado de la ONUSIDA): 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.³⁴

En respuesta a la pregunta 7. El 60% de los sujetos de estudio conocen qué son los medicamentos antirretrovirales. Un 33.3% consideran que los antirretrovirales son antibióticos y que evitan la réplica del virus del VIH, un 5 % consideran que son antibióticos. Esto nos demuestra que en menor porcentaje no conocen con exactitud la acción de los antiretrovirales. Es importante que el personal de enfermería identifique la función de estos medicamentos para la concientización de la administración correcta de los mismos. En el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana es necesario el empleo de fármacos que evitan la replicación del VIH en las células humanas, es también importante mantener medicado al paciente para combatir las infecciones oportunistas.³³

En respuesta a la pregunta 8, el 75% de los encuestados marcaron que se realiza una prueba rápida que es la respuesta afirmativa, el 13,3 % respondieron que se deberá realizar una prueba de tamizaje y el 11,7 % respondieron que se debe iniciar terapia farmacológica.

Según la ONUSIDA, el recién nacido de madre a quien no se realizó prueba de VIH, se debe realizar una prueba rápida (resultado en máximo dos horas) a la madre o al niño para decidir conducta profiláctica, ya que en estudios realizados en animales, la profilaxis iniciada 24 a 36 horas después del nacimiento es ineficaz para prevenir la transmisión. La infección generalmente se establece entre la primera y segunda semana de edad, por lo que iniciar la profilaxis después de las 48 horas de vida puede ser inoficioso.³⁴

En cuanto a la respuestas de las preguntas 10 y 11 sobre los modos de transmisión del VIH/SIDA. El 100% conoce acerca del modo de transmisión del VIH que se encuentra presente en la sangre y diversos fluidos corporales de las personas infectadas, siendo posible su transmisión por distintas vías de contagio: sanguínea, sexual y materno perinatal.³⁴ Lo que también se evidencia en cuanto a la pregunta 12 si los mosquitos pueden transmitir el VIH a las personas el 93,3% contestaron correctamente y solo un 6,7% contestaron incorrectamente, ya que la transmisión del VIH no se produce por contactos casuales (no sexuales) con individuos infectados ni a partir de insectos vectores. Se ha detectado el virus en saliva, lagrimas, orina y leche materna, pero a excepción de esta última, los demás líquidos no son fuente de infección.³⁴

Es necesario que el personal de enfermería identifique con claridad o exactitud los modos de transmisión ya que de esta manera podrá brindar orientación a la familia del paciente con VIH/SIDA y aplicar las medidas de protección correctamente.

Este resultado son similares a los obtenidos por: Puertas. M (2003-2004. Venezuela), Sobre el conocimiento que tienen los profesionales de Enfermería relativo a las vías de transmisión del VIH, observo que el 92,3% contestó correctamente es decir tienen conocimiento, mientras 7,7% no tienen conocimiento.²⁴

Tabla 6. Nivel de conocimientos del profesional de Enfermería sobre normas de Bioseguridad. Hospital Regional de Cajamarca-2014

CONOCIMIENTOS		Nº	%
Las normas de Bioseguridad se definen como:	Conjunto de medidas preventivas que protegen la salud y seguridad de personal, paciente y comunidad.	25	41.7
	Conjunto de normas para evitar la propagación de enfermedades de interrumpir el proceso de transmisión de infecciones	15	25.0
	Conjunto de medidas para eliminar, inactivar o matar gérmenes patógenos por medios eficaces, simples y económicos	20	33.3
Los principios de Bioseguridad son	Protección, Aislamiento y Universalidad	7	11.7
	Universalidad, Barreras protectoras y Control de residuos	45	75.0
	Barreras protectoras, Universalidad, y Control de infecciones	8	13.3
El proceso de tratamiento de los materiales contaminados sigue los siguientes pasos	Descontaminación, desinfección, cepillado, enjuague y esterilización	23	38.3
	Cepillado, descontaminación, secado, enjuague y esterilización	7	11.7
	Descontaminación, cepillado, enjuague, secado, desinfección y/o esterilización	30	50.0
TOTAL		60	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por Arana. J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca-2014.

En la tabla 6 se observa que el 41,7% del profesional de Enfermería tienen conocimientos buenos sobre lo que es bioseguridad y el 58,3% tienen conocimientos deficientes. Así mismo el 75% presentan un conocimiento bueno acerca de los principios de bioseguridad y el 25% no.

Respecto al proceso de tratamiento de material contaminado el 50% conoce sobre los pasos a seguir según protocolo, y el 50% desconocen.

Según el MINSA (1998), Bioseguridad “Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los usuarios y de la comunidad frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos”. Y los principios de bioseguridad son: Universalidad, Barreras protectoras y Control de residuos.⁴²

Es importante que cuando se realicen cuidados a un paciente, como nadie puede garantizarnos su inocuidad frente a cualquier infección, deba 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, así también ante un caso diagnosticado ciertamente de VIH positivo, los cuidados de enfermería deben ser iguales como a cualquier otro paciente, pero tomando el máximo cuidado y extremando las medidas preventivas y de autoprotección.

Marroquín C, en su trabajo de tesis afirma que “a pesar de la excepcionalidad de la transmisión en el cuidado de una persona infectada por el VIH o en la convivencia con ella, se deben aplicar las medidas de precaución universales de la misma manera que se debería hacer para el cuidado de cualquier paciente”.³¹

Al respecto podríamos decir que es necesario que el Profesional de Enfermería conozca y emplee las medidas de bioseguridad para disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos en los servicios de salud vinculados a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales, y así proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes con VIH/SIDA, y de la comunidad en general, con comportamientos encaminados a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo de contraer infecciones de riesgo profesional en el medio en donde labora.

Tabla 7. Actitud del Profesional de Enfermería sobre el cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

ACTITUD TOTAL	Nº	%
Actitud Negativa	8	13.3
Actitud Positiva	52	86.7
Total	60	100.0

Fuente: Escala de Likert elaborado por Arana. J, et.al. Marzo- Mayo 2010, modificada.

En la tabla 7, en cuanto al análisis de las actitudes el 86,7% del profesional de Enfermería, tiene una actitud positiva frente al cuidado de los pacientes con VIH/SIDA, y solo el 13,3% no lo tienen.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Montenegro M (2009. Nicaragua), encontró que la actitud fue positiva en el 52% y negativa en 48%. Asimismo Uribel A., Orcasita L., (España. 2011). Determinó que la mayoría de los profesionales de la salud tienen una actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con el virus y una mayor autoeficacia frente al VIH/SIDA.^{28,30}

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. Las actitudes constituyen la manera de comportarnos en una situación determinada. Y las consecuencias o resultados va ha depender de nuestros actos. Por ello con una buena actitud logramos resultados positivos. 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.

Tabla 8. Actitud del Profesional de Enfermería sobre el Dominio Comunicación en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

DOMINIO	ITEM	RESPUESTAS						TOTAL	
		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Muy de acuerdo		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Comunicación	1. Me cuesta tratar el tema de la enfermedad con los familiares de los pacientes	26	43.3	26	43.3	8	13.3	60	100.0
	2. Fomento la comunicación constante entre el paciente y yo	2	3.3	19	31.7	39	65.0	60	100.0
	3. Procuero utilizar un lenguaje que facilite la comprensión del paciente.	4	6.7	10	16.7	46	76.7	60	100.0

Fuente: Escala de Likert elaborado por Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada.

En la tabla 8, se puede observar los resultados obtenidos en cuanto al dominio Comunicación que tiene el profesional de Enfermería.

Los datos permiten exponer que en el ítem 1 un 43,3% de los profesionales de Enfermería, no les cuesta tratar de la enfermedad del paciente con VIH/SIDA con sus familiares, pero al 3, 3% si les cuesta.

Ítem 2, el 65% de los resultados indican que el profesional de Enfermería fomenta la comunicación constante entre el paciente y ella (el), lo que significa que le ponen atención cuando este lo necesita y esto a su vez favorece al personal para informarse de aspectos importantes del paciente que pueden ayudarle al planificar el cuidado a brindar y cabe mencionar que el 13,3% del profesional encuestado no fomenta la comunicación constante con el paciente.

Ítem 3, el 76,7% del profesional de Enfermería utilizan un lenguaje sencillo al comunicarse con el enfermo con VIH/SIDA para explicar los procedimientos a los que se le va a someter. Mientras que el 6,7% no utiliza un lenguaje apropiado.

Al respecto Kozier, B (1998) plantea que cuando se escogen las palabras, los profesionales de Enfermería tienen que tener presente la sencillez.... “la sencillez incluye el uso de palabras comprensibles de la brevedad y perfección”...

El lenguaje del profesional de Enfermería debe ser cotidiano, comprensible y coloquial, elemento de gran importancia para el establecimiento de un contacto empático. Se entiende como capacidad empática, la facultad de darse cuenta de los sentimientos de otros. Es experimentar cómo debe sentirse la otra persona en una circunstancia específica. Para ello el profesional debe estar abierto al diálogo y con habilidades de comunicación.

Tabla 9. Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Acercamiento en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014

DOMINIO	ITEM	RESPUESTAS						TOTAL	
		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Muy de acuerdo		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Acercamiento	4. Demuestro interés al momento de recibir a los pacientes con VIH/SIDA	2	3.3	14	23.3	44	73.3	60	100.0
	5. No juzgo al paciente con VIH/SIDA por el estilo de vida que solía llevar.	25	41.7	6	10.0	29	48.3	60	100.0
	6. Entiendo el comportamiento y reacciones emocionales del paciente en relación con la situación de salud que está viviendo.	4	6.7	14	23.3	42	70.0	60	100.0
	7. Saludo de forma amable al paciente cada vez que ingreso a su habitación.	0	0.0	7	11.7	53	88.3	60	100.0
	8. Tiendo a referirme al paciente por su enfermedad más que por su nombre.	32	53.3	22	36.7	6	10.0	60	100.0

Fuente: Escala de Likert elaborado por Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada.

En la tabla 9, se observa en cuanto al ítem 4, los datos reflejan que el 73,3% de los profesionales de Enfermería demuestran interés al momento de recibir a los pacientes con VIH/SIDA y solo un 3,3 % no demuestra este interés para con estos pacientes.

El ítem 5, refleja que el 48,3% de los profesionales de Enfermería juzgan al paciente con VIH/SIDA por el estilo de vida que solía llevar, y el 10% no se siente seguro en juzgar a estos pacientes. No se debe emitir juicios sin conocer las causas por las que el paciente ha contraído la enfermedad.

El ítem 6, refleja que el 70%, del profesional encuestado entiende el comportamiento, reacciones emocionales del paciente en relación con la situación de salud que está viviendo, y solo el 6,7% no comprende las reacciones que pueda estar pasando este paciente, es muy importante ponerse siempre en el lugar de la otra persona saber escuchar, estar pendiente de las necesidades para poder así evitar reacciones negativas por parte de dichos pacientes y así darle la fuerza necesaria que necesitan para sobrellevar su enfermedad.

En el ítem 7, el 88,3 % del profesional, saluda de forma amable al paciente cada vez que ingresa a su habitación, y solo el 11,7% no se siente seguro en cuanto a brindar un saludo amable, lo que nos hace pensar que estos profesionales no tienen una buena ética profesional.

Asimismo en el ítem 8, el 53,3% del profesional no tiende a referirse al paciente por su enfermedad sino por su nombre, y el 6% si tiende a referirse al paciente por su enfermedad más que por su nombre, y esto sucede mayormente en los servicios en estudio por lo que se ha podido observar, que se dirigen a ellos como “código blanco” en vez de sus nombres y apellidos de dicho paciente.

Tabla 10. Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Necesidades psicológicas y espirituales en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca-2014.

DOMINIO	ITEM	RESPUESTAS						TOTAL	
		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Muy de acuerdo		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Necesidades psicológicas y espirituales	9. Le brindó apoyo emocional y psicológico al paciente cuando éste lo necesita	1	1.7	20	33.3	39	65.0	60	100.0
	10. Brindo al paciente actividades que fomenten sus creencias religiosas	5	8.3	24	40.0	31	51.7	60	100.0
	11. Me enojo con facilidad cuando el paciente se encuentra irritable o deprimido.	47	78.3	11	18.3	2	3.3	60	100.0

Fuente: Escala de Likert elaborado por Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada.

En la tabla 10, en el ítem 9, el 65% del profesional de Enfermería encuestado responde que brinda apoyo emocional y psicológico al paciente en todo momento cuando este lo necesita, pero no debe pasarse por alto que el 33,3% del profesional de enfermería esta ni de acuerdo ni en desacuerdo en cuanto al apoyo emocional que le pueden brindar.

Así mismo respetan las creencias religiosas y fomentan actividades de acuerdo a su creencia en un 51,7% y un 8,3% no lo hace (Ítem 10)

En el ítem 11 el 47% no se enojan con facilidad cuando el paciente se encuentra irritable o deprimido, pero el 3,3 % si se molesta.

Al respecto, se evidencia que el profesional de Enfermería muestra respeto al enfermo con VIH/SIDA en cuanto a costumbres religiosas. Al brindar respeto se debe considerar los deberes y derechos del ser humano como enfermo, brindándole la oportunidad de que éste pueda tomar sus propias decisiones asumiendo su responsabilidad.

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.

Ya que 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. Por ende el profesional de enfermería debe ser eficaz en sus actuaciones 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 y así 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.

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.

Tabla 11. Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Relación de ayuda en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

DOMINIO	ITEM	RESPUESTAS						TOTAL	
		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Muy de acuerdo		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Relación de ayuda	12. Fomento a los familiares la importancia de brindar apoyo emocional al paciente con VIH/SIDA.	2	3.3	17	28.3	41	68.3	60	100.0
	13. Considero importante las charlas educativas a familiares de los pacientes con VIH/SIDA acerca de la patología.	2	3.3	7	11.7	51	85.0	60	100.0
	14. Me preocupo por defender la privacidad del paciente y su familia.	2	3.3	11	18.3	47	78.3	60	100.0
	15. Tiendo a apoyar al paciente facilitándole la toma de decisiones con respecto a su estado de salud.	1	1.7	16	26.7	43	71.7	60	100.0

Fuente: Escala de Likert elaborado por Arana. J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada.

En la tabla N° 11, los resultados reflejan que los profesionales de Enfermería no tienen limitaciones para la relación de ayuda que deben establecer con el paciente con VIH/SIDA en la satisfacción de sus necesidades.

En el ítem 12, el 63,8% del profesional de Enfermería encuestado fomenta a los familiares la importancia de brindar apoyo emocional al paciente con VIH/SIDA, y solo el 3,3% no lo hace. Es muy importante involucrar a la familia, que es el núcleo central de todo ser humano, y que sea esta quien ofrezca realmente apoyo, aliento y ánimo para su paciente.

En el ítem 13, el 85% de los encuestados consideran importante las charlas educativas a los familiares de los pacientes con VIH/SIDA acerca de su patología y solo el 3,3% no consideran importantes estas charlas educativas.

Es muy importante que los familiares, amigos o personas cercanas al paciente con VIH, conozcan sobre la enfermedad, para que puedan brindar el apoyo que realmente necesita el paciente y tomar las medidas preventivas y así evitar posturas de rechazo o de sobreprotección hacia estos pacientes.

En el Ítem 14, el 78,3 % del profesional de Enfermería encuestado se preocupa por defender la privacidad del paciente y su familia lo que permite al paciente sentirse seguro y confiado y solo el 3,3% no lo hace.

El personal de enfermería es el responsable de proteger el derecho del paciente y la privacidad del mismo para evitarle ocasionar un problema personal y/o emocional al paciente seropositivo.

Ya que como se menciona en el párrafo anterior, es necesario que todo personal de enfermería que atiende al enfermo con VIH/SIDA, deberían de estar capacitados para identificar cual es su estado de ánimo, sus causas de sufrimiento y los posibles problemas de relación tanto del paciente con sus familiares como con el entorno, para ayudarlo a comprender que no han perdido su condición de seres humanos, si no que deben luchar por una nueva forma de integrarse a la sociedad y organizar sus vidas.

Lo antes planteado, sirve para describir las necesidades humanas del enfermo con VIH/SIDA. Las mismas deben ser atendidas por el profesional de Enfermería a fin de lograr la satisfacción y bienestar del enfermo.

Para conseguirlo, deben favorecer la comunicación con el paciente y sus familiares, deben estar dispuestos a escucharles y brindarles las explicaciones que soliciten y a aclararles las dudas que les planteen.

En el ítem 15, el 71,7 % del profesional de Enfermería encuestado tienden a apoyar al paciente facilitándole la toma de decisiones con respecto a su estado de salud y el 1,7% no tiende a apoyar al paciente.

Tabla 12. Actitud del Profesional de Enfermería sobre el Dominio Rechazo en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

DOMINIO	ITEM	RESPUESTAS						TOTAL	
		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Muy de acuerdo		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Rechazo	16. Reflejo mis propios problemas, temores y conflictos internos al momento de acercarme y cuidar al paciente.	46	76.7	8	13.3	6	10.0	60	100.0
	17. Tiendo a no mirar a los ojos al paciente cuando me pregunta algo.	43	71.7	9	15.0	8	13.3	60	100.0

Fuente: Escala de Likert elaborado por Arana. J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada.

En cuanto a la tabla 12, el ítem 16 refleja que el 46% del profesional de Enfermería no refleja sus problemas, temores y conflictos internos al momento de acercarse y cuidar al paciente, esto evidencia la buena calidad del cuidado que proporciona el profesional de enfermería, y solo el 10% si lo hace.

Mientras que en el ítem 17, relativo al rechazo, se observa que 13,3% de las respuestas fueron afirmativas, y el 71,7% fueron negativas,

Si el paciente es bien tratado, se siente a gusto, más cómodo e importante para quienes están a su alrededor y como consecuencia se eleva su autoestima.

Tabla 13. Actitud del profesional de Enfermería sobre el Dominio Autoconfianza en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

DOMINIO	ITEM	RESPUESTAS						TOTAL	
		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Muy de acuerdo		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Autoconfianza	19. Me siento segura (o) cuando el paciente con VIH me pregunta algo sobre su enfermedad.	3	5.0	22	36.7	35	58.3	60	100.0
	20. Me siento segura (o) de saber aplicar todas las medidas de bioseguridad disponibles.	3	5.0	19	31.7	38	63.3	60	100.0
	21. Sé que cuidados debo brindar cuando me asignan un paciente con VIH/SIDA.	2	3.3	16	26.7	42	70.0	60	100.0
	22. Me pongo nerviosa (o) cuando los familiares de los pacientes con VIH/SIDA me piden información o ayuda.	29	48.3	22	36.7	9	15.0	60	100.0
	23. No me siento segura (o) acerca de mi conocimiento sobre el VIH/SIDA.	28	46.7	25	41.7	7	11.7	60	100.0
	24. Temo equivocarme al dar opiniones cuando el equipo de salud trata temas acerca de la situación del paciente.	18	30.0	36	60.0	6	10.0	60	100.0

Fuente: Escala de Likert elaborado por Arana. J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada.

En la tabla 13. En el ítem 19, el 58,3% del profesional de Enfermería se siente seguro(a) en responder cuando el paciente con VIH le pregunta algo sobre su enfermedad esta se siente segura(o) en responderle. Lo anterior mencionado, ayuda al paciente a sentirse seguro y confiado, sin embargo es necesario no obviar que el 5% no se siente seguro al explicar al paciente cuando este le pregunta sobre su enfermedad, lo que eleva más su ansiedad y por ende no habrá una buena colaboración del mismo en la realización de procedimientos.

En el ítem 20 el 63,3% del profesional de enfermería se siente seguro(a) de saber aplicar todas las medidas de bioseguridad disponibles, y solo el 3,3% no conoce. Si el personal de enfermería desconoce o no da importancia a la aplicación de medidas de bioseguridad, pone en riesgo su salud propia y la de los pacientes.

Aguilar Palma, Carolina en su trabajo de tesis afirma que “a pesar de la excepcionalidad de la transmisión en el cuidado de una persona infectada por el VIH o en la convivencia con ella, se deben aplicar las medidas de precaución universales de la misma manera que se debería hacer para el cuidado de cualquier paciente”. Entre las medidas a aplicar se pueden mencionar las siguientes: uso de guantes, bata y mascarilla; lavado de manos, eliminación de residuos según color de bolsa, manejo de material punzo cortante.

Así mismo en el ítem 21, el 70% del profesional de Enfermería encuestado sabe que cuidados brindar cuando se le asignan un paciente con VIH/SIDA, eso es bueno para el paciente y solo el 3,3% no conoce; llama la atención en el ítem 22 el 11,7% no se sienten seguras acerca de su conocimiento sobre VIH/SIDA, y solo el 46,7% si conoce. No debe pasarse por alto el 60% del personal de Enfermería encuestado no se sienten seguros y temen a equivocarse al dar opiniones cuando el equipo de salud trata temas acerca de la situación del paciente, lo que indica que no existe suficiente autoconfianza en el personal de enfermería acerca de su actuación en relación al paciente con VIH/SIDA por la falta de preparación y/o porque necesita reforzar sus conocimientos.

Tabla 14: Actitud del Profesional de Enfermería sobre el Dominio Trabajo interdisciplinario en relación al cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

DOMINIO	ITEM	RESPUESTAS						TOTAL	
		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Muy de acuerdo		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Trabajo interdisciplinario	18. Me cuesta armonizar mi trabajo con el de otros compañeros para brindar cuidado al paciente con VIH/SIDA.	24	40.0	29	48.3	7	11.7	60	100.0

Fuente: Escala de Likert elaborado por Arana. J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada.

En la tabla 14, el 48,3% del profesional de Enfermería encuestado, está en duda en cuanto si le cuesta armonizar su trabajo con otros compañeros para brindar cuidado al paciente con VIH/SIDA, y el 11,7% del profesional encuestado si les cuesta armonizar su trabajo con otros compañeros para brindar cuidado al paciente con VIH/SIDA.

Este resultado nos manifiesta que el personal de enfermería por temor o por falta de conocimientos tiende a no participar activamente con el equipo multidisciplinario de salud, y esto es algo negativo, ya que el que permanece más tiempo en la interacción con el paciente es el personal de enfermería por ello su participación es de suma importancia.

Tabla 15: Relación entre algunos factores sociodemográficos y actitud del profesional de Enfermería frente al cuidado del paciente con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

SOCIODEMOGRAFICAS	CATEGORIA	ACTITUD			TOTAL	p-valor
		N	Negativa	Positiva		
Servicio	Medicina	N	2	13	15	0,649
		%	13.3%	86.7%	100.0%	
	Centro Quirúrgico	N	1	14	15	
		%	6.7%	93.3%	100.0%	
	Emergencia	N	5	25	30	
		%	16.7%	83.3%	100.0%	
Edad	De 25-30	N	3	16	19	0,915
		%	15.8%	84.2%	100.0%	
	De 31-40	N	3	20	23	
		%	13.0%	87.0%	100.0%	
	De 41-60	N	2	16	18	
		%	11.1%	88.9%	100.0%	
Grado académico Licenciado	Si	N	8	52	60	0
		%	13.3%	86.7%	100.0%	
Grado académico Doctorado	No	N	8	51	59	0,867 Fisher
		%	13.6%	86.4%	100.0%	
	Si	N	0	1	1	
		%	0.0%	100.0%	100.0%	
Grado académico Magister	No	N	5	45	50	0,089
		%	10.0%	90.0%	100.0%	
	Si	N	3	7	10	
		%	30.0%	70.0%	100.0%	
Grado académico Especialidad	No	N	3	29	32	0,335
		%	9.4%	90.6%	100.0%	
	Si	N	5	23	28	
		%	17.9%	82.1%	100.0%	
Grado académico Diplomado	No	N	8	49	57	0,486
		%	14.0%	86.0%	100.0%	
	Si	N	0	3	3	
		%	0.0%	100.0%	100.0%	
Religión	Católico	N	7	40	47	0,499
		%	14.9%	85.1%	100.0%	
	No católico	N	1	12	13	
		%	7.7%	92.3%	100.0%	
Total		N	60	60	60	
		%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Cuestionario y Escala de Likert elaborado Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

En la tabla 15, se observa que no existe asociación significativa entre las actitudes y la edad, ya que el chi cuadrado para ambos cruces de variables fue $> 0,05$. Esto demuestra que la actitud fue en una mayor proporción positiva, para el personal de Enfermería mayores de 31 años y menores de 31 años.

En cuanto al nivel académico alcanzado con las Actitudes, la mayoría posee un grado académico alcanzado de especialización lo que corresponde a un 92,3% y en una menor proporción poseen un grado académico Doctorado. El chi cuadrado de Pearson es $>0,05$, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre la actitud y el grado académico. De igual forma en los tres servicios hospitalarios participantes en la investigación se encontró que la actitud predominante fue positiva entre el profesional que labora en cualquiera de los servicios, siendo mayor en el servicio de centro quirúrgico (93,3%) y Medicina (86,7%) y en un menor porcentaje en el servicio de Emergencia (83,3%).

La mayoría de las personas profesan la fe católica. Tanto para el grupo de los católicos como de los no católicos la actitud fue en un mayor porcentaje positiva (81,5%) y (92,3%). El chi cuadrado de Pearson es mayor a 0,05, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre la actitud 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 la religión no influye de manera negativa en la actitud asumida por el profesional de enfermería frente al cuidado del paciente con VIH/SIDA.

Tabla 16. Relación entre algunos factores laborables y actitud del profesional de Enfermería frente al cuidado del paciente con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014

LABORABLES	CATEGORIA	ACTITUD			Total	p-valor
		N	Negativa	Positiva		
Tiempo de vinculación en la Institución	0-6 meses	N	2	10	12	0,456
		%	16.7%	83.3%	100.0%	
	1-5 años	N	5	24	29	
		%	17.2%	82.8%	100.0%	
	De 6 años a más	N	1	18	19	
		%	5.3%	94.7%	100.0%	
Nº pacientes asignados por turno	1-6 pacientes	N	3	26	29	0,504
		%	10.3%	89.7%	100.0%	
	7-12 pacientes	N	3	10	13	
		%	23.1%	76.9%	100.0%	
	>12 pacientes	N	2	16	18	
		%	11.1%	88.9%	100.0%	
Cuántas horas trabaja diariamente	6 horas	N	1	15	16	0,598
		%	6.3%	93.8%	100.0%	
	12 horas	N	6	33	39	
		%	15.4%	84.6%	100.0%	
	Más de 12 horas	N	1	4	5	
		%	20.0%	80.0%	100.0%	
Turnos asignados	Diurnos	N	2	18	20	0,435
		%	10.0%	90.0%	100.0%	
	Nocturnos	N	0	6	6	
		%	0.0%	100.0%	100.0%	
	Diurnos/Nocturnos	N	6	28	34	
		%	17.6%	82.4%	100.0%	
Nº de instituciones donde labora	1 institución	N	5	38	43	0,609
		%	11.6%	88.4%	100.0%	
	2-3 instituciones	N	3	12	15	
		%	20.0%	80.0%	100.0%	
	>3 instituciones	N	0	2	2	
		%	0.0%	100.0%	100.0%	
Total	N	60	60	60		
	%	100.0%	100.0%	100.0%		

Fuente: Cuestionario y Escala de Likert elaborado Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

En la tabla 16, con respecto al tiempo de vinculación en la institución hospitalaria, la actitud del personal de enfermería es positiva tanto los que laboran de 0-6 meses (83,3%), 1-5 años (82,8%), o de 6 a más (94,7%). El chi cuadrado de Pearson es $>0,05$, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre la actitud y el tiempo laborado.

Al asociar el número de horas por turno y la actitud, la mayoría de profesionales de Enfermería que laboran hasta 6 horas como que laboran más de 12 horas la actitud fue altamente positivo para ambos grupos. El chi cuadrado de Pearson es mayor a $0,05$, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre la actitud 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 6 horas o de 12 horas por turno.

A su vez el profesional de Enfermería que realizan turnos de más de medio tiempo (Nocturnos/ Diurnos), y los que realizan turnos de medio tiempo (Nocturnos, Diurnos). El chi cuadrado de Pearson es mayor a $p>0,50$, por lo cual, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre la actitud 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.

Al cruzar el número de pacientes asignados por turno y la actitud, se observó que el profesional de Enfermería que se les asignan hasta 12 pacientes por turno (de 6 a 12 pacientes) y más de 12 pacientes por turno corresponden para ambos grupos tuvieron en su mayoría actitud positiva frente al paciente. El chi cuadrado de Pearson es $>0,05$, no hay significancia estadística, por lo tanto no existe asociación entre la actitud 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.

Tabla 17. Relación entre el nivel de conocimientos y la actitud del profesional de Enfermería en el cuidado de pacientes con VIH/SIDA. Hospital Regional de Cajamarca- 2014.

Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA		Actitudes		Total
		Negativa	Positiva	
Conocimiento Regular	N	5	26	31
	%	16.1%	83.9%	100.0%
Conocimiento Bueno	N	3	26	29
	%	10.3%	89.7%	100.0%
Total	N	8	52	60
	%	13.3%	86.7%	100.0%

Fuente: Cuestionario y Escala de Likert elaborado Arana, J, et al. Marzo- Mayo 2010, modificada. Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca-2014.

$$\alpha^2=0.434$$

Al asociar el nivel de conocimientos con las actitudes tanto para los que poseen un nivel de conocimiento bueno como para los que poseen un nivel de conocimiento regular la actitud predominante fue positiva.

El chi cuadrado de Pearson 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 los profesionales de enfermería posean un conocimiento medio o alto. En ambos casos la actitud que predominó fue positiva frente al paciente con VIH/SIDA.

Al comparar la actitud que tiene el personal de salud encuestado y sus conocimientos en el tema se encontró un 89,7% de actitud positiva con conocimientos buenos, en cambio los que tienen un conocimiento regular tienen hasta un 16,1% de actitud negativa; queda demostrado que a menor o mayor conocimiento la actitud siempre es positiva en lo que se ha podido encontrar.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de la población en estudio fueron de sexo femenino. El grado académico alcanzado, la mayor parte estuvo constituida por profesionales con estudios de especialidad, y llevan más de un año vinculados en la institución hospitalaria, su jornada laboral para la mayoría es de 12 horas, con la asignación de 6 pacientes por turno. La mayoría labora solo en el Hospital Regional de Cajamarca.
2. En cuanto al nivel de conocimientos, la mayoría de los profesionales de Enfermería posee conocimiento regular sobre el cuidado de pacientes con VIH/SIDA.
3. En cuanto a las actitudes la mayoría del profesional de enfermería presentó una actitud positiva frente al cuidado de pacientes con VIH/SIDA.
4. No existe significancia estadística entre algunos factores sociodemográficos y la actitud del profesional de enfermería.
5. Al asociar las actitudes con los conocimientos no existe relación significativa.

RECOMENDACIONES

A las Direcciones de Salud de Instituciones Hospitalarias

Se recomienda al director de las 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.

A la Jefa de Enfermeras del Hospital Regional de Cajamarca:

Promover el diseño programas de capacitación como: seminarios, foros, talleres, entre otros, sobre los avances en el manejo del paciente con VIH/SIDA.

Mantener actualizado al personal de enfermería sobre las tasas de morbi-mortalidad del Departamento de Cajamarca, los avances en el tratamiento antirretroviral y medicamentos en general con mayor énfasis en el Hospital Regional de Cajamarca

A las jefas de Enfermeras de los servicios de Medicina, Emergencia y Centro Quirúrgico del HRC

Promover la participación del personal de enfermería en la asistencia a talleres o actividades educativas sobre pacientes con VIH/SIDA.

Realizar monitoreo al personal de enfermería en aplicación de medidas de bioseguridad en las acciones de cuidado que brinda al paciente, para abordar las deficiencias evidenciadas y corregirlas inmediatamente.

Elaborar protocolos de atención al paciente con VIH, para ayudarle a tener calidad de vida y una muerte digna.

Evaluar constantemente al equipo de Salud en relación al manejo del paciente con VIH/SIDA.

Exponer los resultados obtenidos en el estudio a las autoridades competentes (Jefatura de Enfermería, Supervisoras y Coordinadoras), para tomar medidas pertinentes en cuanto a las debilidades que presente el personal y también reforzar los conocimientos y habilidades que ya poseen.

Al personal de Enfermería

Garantizar una atención de calidad a los pacientes con VIH/SIDA bajo los principios bioéticos y morales.

En general:

Al realizar este estudio se sugiere a futuras investigaciones que sean realizadas sobre esta misma temática, tener en cuenta otros Servicios del Hospital Regional de Cajamarca para la recolección de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beaglehole R, Irwin A, Prentice T. Organización Mundial de la Salud 2003. [sede Web]. Ginebra 27, Suiza, 2003. (acceso 16 de junio de 2014). Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf.
2. Reyes M. y Pun M. Análisis de la Situación Epidemiológica Del VIH/SIDA en el Perú, 2013. [sede Web]. Lima, Perú. Noviembre 2013. (acceso 16 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf>
3. Pujol C, Martínez J. Valoración de las actitudes y los conocimientos del personal de Enfermería (diplomados y auxiliares) sobre el SIDA. *Enfermería Clínica* 1994; 4(1): 34-39.
4. CONASIDA. Guía para enfermeras en la atención del paciente con VIH/sida, México, 1992; 3(1): 20-23.
5. Chacón Al. Sida. Precauciones en el cuidado de los pacientes. *Rev. Enf. IMSS* 1988; 1:52.
6. Wikipedia.com. La Actitud; actualizada el 14 Junio de 2014. (Consultado el 15 de Junio de 2014) Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>
7. DUGAS, Beverly. *El Tratado de Enfermería Práctica*. 4a Ed. Editorial Interamericana. México, 1996. P. 476, p.515
8. Wikipedia. com, El Sida; [sede Web]. (actualizada el 28 de enero de 2014; acceso 16 de junio de 2014). Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/SIDA>.
9. Brunner y Suddarth. *Enfermería Médico Quirúrgica*. 9ª. Ed. Editorial interamericana. México 1,994. Pp: 1535- 1543,1537, 2312.

10. Dermatología, [sede Web]. Epidemiología del Sida en el Mundo. Rev. Vol. 8, Suplemento 1, Diciembre - 1998. (acceso 16 de junio de 2014). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v08_sup1/epidemiologia.htm
11. Cueto M., Culpa y Coraje. [sede Web]. Historias sobre las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú. (acceso 16 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.cies.org.pe/es/publicaciones/diagnostico-y-propuesta/culpa-y-coraje-historias-sobre-las-politicas-sobre-el-vihsida>.
12. Boletín Epidemiológico Mensual. [sede Web]. Análisis de la Situación de la Epidemia del VIH-SIDA”. Perú, Febrero 2014. (Acceso el 16 de junio de 2014). Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2014/febrero.pdf.
13. RPP Noticias. [sede Web].Cajamarca reportó diez nuevos casos de VIH – SIDA. Cajamarca 01 de Agosto 2012. (acceso el 20 de junio de 2014). Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2012-08-01-cajamarca-reporto-diez-nuevos-casos-de-vih--sida-noticia_507612.html
14. Gobierno Regional de Cajamarca. [sede Web]. El Sida en Cajamarca. Rev. 29 Noviembre, 2013 - 10:52. (acceso el 20 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.hrc.gob.pe/noticias/19-casos-nuevos-de-sida-reporta-el-hospital-regional-de-cajamarca>.
15. Vidal F, Zorrilla S, Donoso C, Hevia A, Pascal R. [sede Web] Situaciones de discriminación que afectan a las personas viviendo con VIH/SIDA en Chile. Santiago: Vivo Positivo; 2002. (acceso el 20 de junio 2014). Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300005

16. Estrada A. [sede Web]. La actitud del individuo y su interacción con la sociedad. Entrevista con la Dra. María Teresa Esquivias Serrano. Rev. Unam.mx. Vol.13, N°17, julio de 2012, (Citado el 10 de diciembre de 2014). Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/>
17. Bermúdez A., Buela G. (2000). Adaptación castellana de la escala de comunicación sobre el VIH/SIDA entre el amigo y el enfermero. Salud Mental, 22(6), pp 8-12.
18. Duran L., Esquivias M., Gallegos C. Conocimientos, creencias normativas, del personal de enfermería para el SIDA (2000). Manuscrito no publicado. Facultad de Enfermería UANL. Monterrey. México
19. SABINO, Carlos. El proceso de investigación de Enfermería. Lumen 1999. p. 110
20. Kaplan, A. (1964). La Metodología de Investigación y la Construcción del Conocimiento. Rev. Ped v.23 n.66 Caracas ene. 2002
21. POTTER, P. y PERRY, A (2002), Fundamentos de Enfermería. 5ª Edición, Editorial Harcourt Brace. Barcelona, España.
22. Peralta M., Muñoz C. “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. (acceso 27 de junio de 2014). Disponible en <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/RE-1-10-1999-Conocimientos%20de%20la%20enfermera.pdf>.
23. Prieto Belisario S. “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). (Acceso 27 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21745/1/articulo6.pdf>

24. Puertas De García M. “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”. (Venezuela). Octubre 2003 – Marzo 2004”. (Acceso 27 de junio de 2014). Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/cgi-win/be_alex.exe?Acceso=T070000060768/0&Nombrebd=BM-CLA&Destacar=venezuela;
25. Merino Godoy Á. 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, n° 6, Junio 2004. (Acceso 4 de julio de 2014). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/original6.pdf>
26. Araujo A., Castillo S., Duran I., 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. (Acceso 16 de julio de 2014). Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TPEWY1535DV4N582006.pdf
27. Guzmán Roque I., Vega Nápoles E., Rodríguez González M. 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.
28. Montenegro Escobar M. 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.
29. Cuyabamba Damián N. E., “Conocimiento Sobre la Transmisión Ocupacional del VIH y las Normas de Bioseguridad en Profesionales de la Salud”. Tesis Digitales. Tarma, Perú 2010.

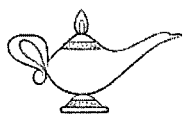
30. Uribe1 A., Orcasita L. “Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud”. Universidad de Granada, España. 2011.
31. Marroquín C., “Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidado integral a pacientes con VIH/SIDA en fase terminal hospitalizados en los servicios de medicina de hombres y mujeres del Hospital Nacional de Chimaltenango”. Guatemala, julio 2011.
32. Canales Y., Morales F., “Actitud del personal de salud profesional asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA. Del Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. Perú 2011”.
33. Ponce S., Rangel S. SIDA aspectos clínicos y terapéuticos. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000. consultado el 23 de Julio de 2014. Disponible en <http://www.aids-sida.org/sida.html>.
34. ONUSIDA. Protocolo para el manejo del VIH/SIDA. (Consultado el 23 de Julio de 2014) Disponible en: (<http://www.onusida.org.co/Publicaciones/R3442-06AnexoGuiaVIH-SIDA.pdf>).
35. Burns N., Gorve S., Investigación en Enfermería .3a ed. Editorial ELSEVIER, España, 2007 p. 15
36. Pérez Rodrigo – Psicólogo Laboral de Asimet. Actitud. Psicología Laboral (consultado el 20 de junio de 2014). Disponible en: <http://www.asimetcapacitacion.cl/actitud.htm>
37. Castillo I, Pérez M, Reyes M. Actitudes 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.

38. Acuña M. Humanización en el cuidado de Enfermería. (Consultado el 26 de Julio de 2014). Disponible en:
http://www.cymasa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Acu%C3%B1a.pdf
39. Ariza O. La excelencia del cuidado un reto para la enfermería. (acceso el 26 de Junio de 2014). Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Editorial.htm>
40. Momento del cuidado. Revista de enfermería tema libre. (acceso el 28 de junio de 2014). Disponible en:
http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Trabajo_slibres3.htm
41. Ramió Jofre Anna. Tesis Doctoral. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. (acceso el 22 de julio de 2014).
Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0329106-163645/ARJ_TESIS.pdf
42. MINSA. Bioseguridad para Puestos y Centros de Salud. Programa Salud Básica para Todos. 1998. Perú. Pp.9-16.
43. Junco R., Rodríguez D., Desechos hospitalarios: aspectos metodológicos de su manejo. Rev Cubana Hig Epidemiol 2000; 38(2):122-6. (acceso el 26 de julio de 2014). Disponible en:
<http://www.cepis.ops-oms.org/cursoreas/e/fulltext/hie06200.pdf>
44. Factores Demográficos y Sociales. [sede Web]. Agosto 2011; 13:37. (acceso el 20 de noviembre 2014). Disponible en:
http://es.slideshare.net/kmpanita_91/definiciones-1047150

45. Msc. Barazal A. Una necesidad para el desarrollo de la profesión Enfermería. Rev. habn cien med, 8(3): 66-68. (acceso el 20 de agosto de 2014) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000300020&script=sci_arttext

ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería



INVESTIGADORES DEL ESTUDIO:

Bach. Enf. Milagros Chaupe Sarzoza **Celular:** 979064464 **Dirección:** Jr. Miguel Grau 735

Asesora del Proyecto:

M.Cs. Aida Cerna Aldave

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la firma de este documento doy mi consentimiento para formar parte de la investigación titulada: "Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca - 2014".

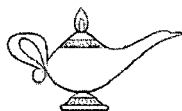
Es de mi consentimiento que el cuestionario que responderé forma parte del trabajo de campo, necesario en toda investigación, que la información recolectada será utilizada únicamente en esta investigación y será estrictamente confidencial.

Además se me ha informado con claridad los objetivos de la investigación y de que puedo retirarme en el momento que desee.

Firma o huella digital del encuestado.

Firma de la investigadora

ANEXO N° 2: CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería



CUESTIONARIO

Investigación Científica: Nivel de conocimientos y actitudes del profesional de Enfermería relacionado con el cuidado a pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Cajamarca - 2014.

Nombre de la Investigadora: Bach. Enf. Milagros Marilú Chaupe Sarzoza.

INSTRUCCIONES: A continuación presenté un cuestionario con una serie de preguntas de selección múltiple, marcando la respuesta que considere correcta, comprende de tres secciones: Datos Sociodemográficos, Preguntas sobre conocimientos acerca del cuidado de pacientes con VIH/SIDA, y la Escala Likert para exploración de actitudes hacia el cuidado de dichos pacientes, a partir de una estructura de dominios. Por lo que solicito su colaboración respondiendo en forma precisa y completa el contenido del cuestionario puesto que no ira ningún dato que le identifique ya que es de carácter anónimo. Si no entiende alguna pregunta tiene la libertad de preguntar a la investigadora para aclarar sus dudas. Gracias por su colaboración.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

FECHA: _____ SERVICIO: _____

1. Sexo: (M) (F)

2. Edad:

- a) De 25-30 ()
- b) De 31-40 ()
- c) De 41 a 60 ()
- d) De 61 a más ()

3. ¿Qué salario percibe?

- a) 750-1500 ()
- b) 1600- 2500 ()
- c) 2600- 3500 ()
- d) 3600 a más ()

4. Título y Grado académico alcanzado:

- a) Licenciado ()
- b) Doctorado ()
- c) Magister ()
- d) Especialidad ()
- e) Diplomado ()

5. ¿Qué religión profesa?

- a) Católico ()
- b) Evangélico ()
- c) Otro: _____

6. ¿Cuánto tiempo de vinculación lleva en la institución hospitalaria donde labora actualmente?

- a) 0-6 meses ()
- b) 3-5 años ()
- c) De 6 años a +. ()

7. ¿Cuánto tiempo dedica a la interacción con el paciente?

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

8. ¿Cuántos pacientes le son asignados por turno?

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

9. ¿Durante los turnos toma pausas activas (tiempo para conversar con las compañeras, contestar el celular, entre otros)?

- a) Nunca ()
- b) Algunas veces ()
- c) Siempre ()

10. ¿Habitualmente cuantas horas trabaja diariamente?

- a) 6 horas ()
- b) 12 horas ()
- c) Más de 12 horas ()

11. ¿Generalmente que turnos le asignan?

- a) Diurnos ()
- b) Nocturnos ()
- d) Diurnos/Nocturnos ()

12. ¿En cuántas instituciones labora actualmente?

- a) 1 institución ()
- b) 2-3 instituciones ()
- c) >3 instituciones ()

II. CONOCIMIENTOS

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

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

- a. TD4. ()
- b. LD4. ()
- c. CD4. ()
- d. Ninguno de los anteriores. ()
- e. No conoce. ()

3. 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 diagnósticas. ()
- 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. ¿Cada qué tiempo 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. ()

7. ¿Qué son los medicamentos antirretrovirales?

- a. Antibióticos ()
- b. Antipiréticos ()
- c. Evitan la replicación del VIH en las células humanas. ()
- d. a y c son correctas. ()

8. ¿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 ()

9. Se debe realizar pruebas de tamizaje a recién nacidos o lactantes en hijos de mujeres infectadas.

- a. Verdadero ()
- b. Falso ()

10. El VIH puede transmitirse cuando se comparten alimentos, utensilios, toallas o ropa de cama con una persona infectada.

- a. Verdadero ()
- b. Falso ()

11. 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. ()

12. Los mosquitos pueden transmitir el VIH a las personas.

- a. Verdadero. ()
- b. Falso. ()

13. 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. ()

14. 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. ()

15. 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, desinfección y/o esterilización ()

III. ACTITUDES

INSTRUMENTO PARA VALORAR ACTITUDES ESCALA DE LIKERT

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de enunciados, léalos detenidamente y responda marcando con una (x) la opción que considere conveniente.

Nº	DOMINIO	ITEM	En desacuerdo =1	Ni de acuerdo ni en desacuerdo=2	Muy de acuerdo=3
1	Comunicación	Me cuesta tratar el tema de la enfermedad con los familiares de los pacientes.			
2	Comunicación	Fomento la comunicación constante entre el paciente y yo.			
3	Comunicación	Procuro utilizar un lenguaje que facilite la comprensión del paciente.			
4	Acercamiento	Demuestro interés al momento de recibir a los pacientes con VIH/SIDA.			
5	Acercamiento	No juzgo al paciente con VIH/SIDA por el estilo de vida que solía llevar.			
6	Acercamiento	Entiendo el comportamiento y reacciones emocionales del paciente en relación con la situación de salud que está viviendo.			
7	Acercamiento	Saludo de forma amable al paciente cada vez que ingreso a su habitación.			
8	Acercamiento	Tiendo a referirme al paciente por su enfermedad más que por su nombre.			
9	Necesidades psicológicas y espirituales	Le brindó apoyo emocional y psicológico al paciente cuando éste lo necesita.			
10	Necesidades espirituales y psicológicas	Brindo al paciente actividades que fomenten sus creencias religiosas.			
11	Neces. psicológicas y espirituales	Me enoja con facilidad cuando el paciente se encuentra irritable o deprimido.			
12	Relación de ayuda	Fomento a los familiares la importancia de brindar apoyo emocional al paciente con VIH/SIDA.			
13	Relación de ayuda	Considero importante las charlas educativas a familiares de los pacientes con VIH/SIDA acerca de la patología.			

14	Relación de ayuda	Me preocupo por defender la privacidad del paciente y su familia.			
15	Relación de ayuda	Tiendo a apoyar al paciente facilitándole la toma de decisiones con respecto a su estado de salud.			
16	Rechazo	Reflejo mis propios problemas, temores y conflictos internos al momento de acercarme y cuidar al paciente.			
17	Rechazo	Tiendo a no mirar a los ojos al paciente cuando me pregunta algo.			
18	Trabajo interdisciplinario	Me cuesta armonizar mi trabajo con el de otros compañeros para brindar cuidado al paciente con VIH/SIDA.			
19	Autoconfianza	Me siento segura (o) cuando el paciente con VIH me pregunta algo sobre su enfermedad.			
20	Autoconfianza	Me siento segura (ro) de saber aplicar todas las medidas de bioseguridad disponibles.			
21	Autoconfianza	Sé que cuidados debo brindar cuando me asignan un paciente con VIH/SIDA.			
22	Autoconfianza	Me pongo nerviosa (o) cuando los familiares de los pacientes con VIH/SIDA me piden información o ayuda.			
23	Autoconfianza	No me siento segura (o) acerca de mi conocimiento sobre el VIH/SIDA.			
24	Autoconfianza	Temo equivocarme al dar opiniones cuando el equipo de salud trata temas acerca de la situación del paciente.			

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN
BENDICIONES**