

**DOCUMENTO QUE FORMA PARTE DEL
PROCESO DE REVALIDACIÓN**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES VIVEN CON
VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE AGUDO HOSPITAL CENTRAL
UNIVERSITARIO DR “ANTONIO MARIA PINEDA”
BARQUISIMETO 2013.**

PRESENTADA POR

CORDERO LÓPEZ, YUSMERY GERALDINE

ASESOR

DRA. MILAGRO PUERTAS DE G

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

MÉRIDA – VENEZUELA

2013

PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



UNIVERSIDAD CENTRO-OCCIDENTAL
LISANDRO ALVARADO
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DR. PABLO ACOSTA ORTIZ
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA
LA ATENCIÓN DE PACIENTES VIVEN CON VIH/SIDA EN LA
UNIDAD DE AGUDO HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
DR“ANTONIO MARIA PINEDA”
BARQUISIMETO 2013.**



UNIVERSIDAD CENTRO-OCCIDENTAL
LISANDRO ALVARADO
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DR. PABLO ACOSTA ORTIZ
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA
LA ATENCIÓN DE PACIENTES VIVEN CON VIH/SIDA EN LA
UNIDAD DE AGUDO HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
DR“ANTONIO MARIA PINEDA”
BARQUISIMETO 2013.**

**Autores: Cordero Yusmery.
Daza Yaritza.
Dun Diana.
Tutora: Dra. Milagro Puertas de G
Cotutora: Mireya Alejo**

Barquisimeto, Julio 2013.



**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
LISANDRO ALVARADO
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. "PABLO ACOSTA ORTIZ"
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
INVESTIGACIÓN DEL CUIDADO HUMANO II**



ACTA

Los suscritos, miembros del jurado designados por la coordinación de la asignatura Investigación en Enfermería del Programa de Enfermería para evaluar y dictar veredicto el trabajo de investigación titulado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES VIVEN CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE AGUDO HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "Dr. ANTONIO MARÍA PINEDA" BARQUISIMETO 2013.** Presentado por: **Cordero Yusmery C.I: V- 21.298.081, Daza Yaritza C.I: V- 17.874.699, Dun Diana C.I: V- 22.329.069** Luego de analizar su contenido y la sustentación realizada en acto público el día de hoy 25 de Julio de 2013 se emite el siguiente veredicto:

APROBADO

NO APROBADO

JURADO EVALUADOR

Nombre y Apellido: MIREYA ALEJO Firma: _____
C.I:5.947.899.

Nombre y Apellido: SEBASTIÁN SUAREZ Firma: _____
C.I: 10.161.128.

Nombre y Apellido: María Daniela Vargas Firma: _____
C.I: 16.277.170.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios por permitirnos cumplir esta meta por darnos fortaleza todos los días para seguir adelante.

A nuestros padres por su esfuerzo, profundo amor y sabios consejos les estaremos eternamente agradecidos.

A nuestros demás familiares por su apoyo incondicional abuelos, hermanos, tíos, primos, amigos y prometidos.

A nuestra casa de estudio por ser una de las mejor de nuestro país por su formación y vocación de cada uno de nuestros profesores.

A nuestros tutores y evaluadores por su apoyo y conocimientos impartidos en nuestra investigación.

Al personal de enfermería que labora en la unidad de agudo del hospital central Antonio María Pineda por su valiosa colaboración.

A nuestros compañeros por los momentos compartidos durante este tiempo de formación como licenciados en enfermería.

Gracias.

INDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CUADROS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN	1
ICAPÍTULOS	
EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	3
Objetivos del estudio	6
Justificación	7
Alcances y Limitaciones	8
II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes	9
Bases Teóricas	12
Bases Legales	37
Teoría de Enfermería	39
Operacionalización de la variable	41
Definición de Términos	42
III DISEÑO METODOLOGICO	
Naturaleza del estudio	44
Población y Muestra	45
Validación	46
Técnica e instrumento de recolección de datos	47
Técnica de tabulación y análisis de datos	47
IV PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	48
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Discusión de los resultados	56
Conclusiones	57
Recomendaciones	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	
A Instrumento	63
B Consentimiento Informado	69
C Validación De Instrumento	73

INDICE DE CUADRO

Nro.	título	pág.
1	Operacionalización de la variable	41
2	Nivel de Conocimiento del personal de Enfermería, sobre la definición, causas, medios de transmisión, prevención, precaución y manejo de pacientes que viven con VIH/Sida, en la Unidad de Agudos del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, Barquisimeto Estado- Lara.	48
3	Creencias del personal de Enfermería en cuanto a la atención de pacientes que vive con VIH/SIDA en la Unidad de Agudo del Hospital Central Universitario” Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto Edo- Lara.	50
4	Creencias del personal de Enfermería en cuanto a la atención de pacientes que vive con VIH/SIDA en la Unidad de Agudo del Hospital Central Universitario” Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto Edo- Lara	52
5	Actitud del personal de Enfermería en cuanto a la atención de pacientes que vive con VIH/SIDA en la Unidad de Agudo del Hospital Central Universitario” Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto Edo- Lara	54

INDICE DE GRAFICOS

Nro.	Título	Pág.
1	Conocimiento del personal de Enfermería sobre VIH/Sida	49
2	Creencias del personal de enfermería en la atención a pacientes que viven con VIH/Sida	51
3	Creencias del personal de enfermería en la atención a pacientes que viven con VIH/Sida	53
4	Actitud del personal de enfermería en la atención a pacientes que viven con VIH/Sida	55



UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
“LISANDRO ALVARADO”
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. PABLO ACOSTA ORTIZ”



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA
LA ATENCIÓN DE PACIENTES VIVEN CON VIH/SIDA EN LA
UNIDAD DE AGUDO HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
DR“ANTONIO MARIA PINEDA”
BARQUISIMETO 2013.**

Autoras: Cordero Yusmery
Daza Yaritza
Dun Diana

Tutora: Milagro Puertas de G.

Fecha: 2013

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal “Determinar los factores que influyen en el personal de enfermería en la atención de pacientes que viven con VIH/Sida en la unidad de agudo del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda”, se realizó el estudio de tipo descriptivo de corte transversal probabilística, según su diseño es de campo, su muestra estuvo conformada por 30 enfermeras que laboran en la unidad de Agudos del Hospital. Para la recolección de la información se realizó un cuestionario de 24 preguntas con respuesta de selección simple. Una apreciación de las creencias sobre VIH y una escala de positivo, negativo e indiferente para la actitud. Se concluyó que los factores que influyen en el personal de enfermería son; el conocimiento dio como resultado un nivel de conocimiento bueno según la escala propuesta, debido a que los profesionales de Enfermería tienen apreciación en relación a la definición, causas, mientras que presentan dificultad en los medios de transmisión y manejo de pacientes, con relación a las creencias se evidencia la influencia positiva, aunque un porcentaje importante todavía presentan algunas creencia que influyen al momento de atender a un paciente y en la actitud aunque en su mayoría fue positiva, persiste una negativa viéndose afectado los principios bioéticos. Se Recomendó Diseñar programas educativos (Seminarios, foros, talleres de sensibilización y conocimientos) sobre los avances en el manejo de pacientes que viven VIH/Sida y Evaluar constantemente al equipo de salud en relación al manejo de pacientes que viven con VIH/Sida.

Descriptor: VIH/Sida, Conocimiento, Creencias, Actitud, Enfermería

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA constituye una patología que afecta a un número significativo de personas adultas de acuerdo con características socioculturales que definen la naturaleza de los estilos de vida y los patrones de conducta sexual. Se deben considerar las causas fundamentales de la alta incidencia de esta enfermedad, cuyo crecimiento se hace cada vez más significativo implicando mayores exigencias a los sistemas de salud organizados en torno a las necesidades del paciente.

El virus de VIH es un agente infeccioso el cual se encuentra en todos los fluidos corporales de una persona que vive con el VIH, pero solamente está altamente concentrado (con capacidad para infectar) en la sangre, el líquido pre-eyaculatorio, el semen, el flujo vaginal y la leche materna.

El contagio del virus puede darse a través de la sangre, el semen y secreciones vaginales. Se trasmite a una persona sana cuando tiene relaciones sexuales con una persona infectada por el virus VIH, o entra en contacto con sangre infectada (manipulación y transfusiones sanguíneas). También se transmite a los fetos, cuando la madre lo padece por medio de la placenta.

La importancia que tiene un proceso de atención hacia los pacientes con VIH/SIDA, desde el momento en que ingresan a las unidades clínicas en los establecimientos hospitalarios se debe a que el personal de enfermería es el responsable de prestar una atención de calidad. Sobre la base de lo expresado, el estudio tiene como propósito Conocer los factores que influyen en el personal de Enfermería para la atención de pacientes viven con VIH/Sida en la Unidad de Agudo Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

La estructura general de este trabajo consta de cinco capítulos, El capítulo I es el problema incluye planteamiento del problema, los objetivos: General y Específicos, justificación, alcances y limitaciones, mientras el capítulo II, es el marco teórico e incluye antecedentes de la investigación, bases teóricas, definición de

términos y Operacionalización de las variables. El capítulo III, forma el diseño metodológico y está compuesto por: naturaleza de la investigación, población y técnica de muestreo, procedimiento, técnica de recolección de datos, validación por juicio de expertos y técnica de análisis de los datos, el capítulo IV constituye el análisis y resultados. Para finalizar el capítulo V incluye conclusión y recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

En el 2004, ONUSIDA estimó que en el mundo vivían 39.4 millones de personas con VIH/SIDA, aproximadamente 2.3 millones son niños y niñas menores de 15 años.

El VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad de los jóvenes, con casi 6.000 infecciones diarias ocurriendo en el mundo entre personas de 15 a 24 años. Esta epidemia se ha convertido en una gran amenaza para el desarrollo de la infancia y de la mujer en el mundo. Entre el 2001 y el 2003, el número de huérfanos en el mundo debido al VIH aumentó de 11.5 millones a 15 millones. Se prevé que el número de niños y niñas huérfanos a causa del Sida llegará a 25 millones, para el 2010.

VIH son las siglas que identifican al Virus de Inmunodeficiencia Humana, este virus, al entrar en el organismo, ataca lentamente las defensas debilitando el sistema inmunológico de nuestro cuerpo y permitiendo que otras enfermedades lo ataquen. Es decir, si una persona contrae VIH y padece, por ejemplo, gripe, podría complicarse y convertirse en una neumonía, pues el cuerpo no cuenta con su sistema de defensas para luchar de manera eficiente contra ella.

En América Latina y el Caribe, se calcula que más de 2.1 millones de personas están viviendo con el VIH. De ellos, 740.000 son jóvenes entre los 15 y los 24 años. Sólo en el 2004, se estimó que 293.000 personas fueron infectadas con el VIH, la región ha pasado de tener 54.000 huérfanos a causa del Sida en 1990, a tener más de 750.000 en el 2005. La pobreza, acompañada de una falta de educación y de recursos productivos, multiplica las probabilidades de que las niñas sean más vulnerables a la explotación sexual comercial, y por lo tanto las expone más a

contraer el VIH. A finales de 1999, las mujeres constituían el 20% de las personas adultas viviendo con VIH en América Latina y el 35% en el Caribe. Para el 2003, estos porcentajes habían aumentado a 35% en América Latina y 48.8% en el Caribe.

"En Venezuela se reporta el primer caso de VIH en el año 1982 y a partir de esta fecha la cifra de personas que viven con VIH en el país ha crecido de manera sostenida. De acuerdo a un estudio coordinado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), recogido en el documento Respuesta Nacional contra el VIH, línea base 2007, brechas y metas para el acceso universal en el 2010, se estimó la prevalencia de personas que viven con VIH a partir de las que reciben tratamientos. En base a esto, para el año 2007 vivían 104.860 personas con VIH/SIDA.

Igualmente, el estudio citado estima que la prevalencia varía desde 1,62 por 100 en el Área Metropolitana, hasta 0,08 por 100 en los estados Cojedes y Delta Amacuro. Según el Informe Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en Venezuela elaborado por Hans Salas Maronsky y José Miguel Campos Marrero (Caracas, 2003-2004), utilizado como referencia por el Programa Nacional de SIDA/ITS del MPPS:

"Para el año 2004 la estimación promedio del número de infectados por VIH es de 114.350 con límite inferior de 85.210 personas y límite superior de 159.350 personas. La prevalencia de VIH en adultos para el año 2004 oscila entre 0,56% y 1,05%, donde el escenario promedio genera una prevalencia de 0,75%. Las incidencias estimadas oscilan entre 0,08% y 0,15%, con 0,11% para el escenario promedio, y se estiman 8.710 casos nuevos de SIDA y 7.930 muertes.

Los nuevos casos oscilan entre 6510 y 12450 mientras que las muertes oscilan entre 5.930 y 11.410. El número de hombres infectados es de 81.150, oscilando entre 60.480 y 113.070 varones, mientras que las mujeres infectadas representan 33.200 personas con un mínimo de 24.720 y un máximo de 46.290 mujeres. (...) El número estimado de personas viviendo en Venezuela con VIH/SIDA hacia finales de 2003 es de 107.280 personas en un intervalo de 79.960 y 150.420 personas. En el 2004 se estiman 144.380 infectados con VIH y un total de 33.080 mujeres infectadas. Para el

año 2015, si se mantienen los supuestos, se proyectaría un total de 172.420 infectados (escenario promedio).

En lo que va de año han transcurrido 334 días y son 277 nuevos casos de VIH Positivo en el estado Lara, casi un paciente por día, de los cuales 208 son hombres. En el estado Lara existe un total de mil 570 pacientes registrados, en su mayoría entre los 29 y 39 años de edad.

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. Los rasgos propios de la enfermedad del SIDA, exigen que la enfermera posea una gran variedad de actitudes como profesional, incluso pedagógicas y de asesoramiento para proporcionar una asistencia óptima.

Como primera reacción ante un caso diagnosticado ciertamente de VIH +, 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 corresponde se debe asumirla realización del tratamiento y los cuidados como a cualquier otro paciente, pero tomando el máximo cuidado y extremando las medidas preventivas y de autoprotección.

Al margen de este problema, no se debe olvidar que este rechazo y “linchamiento silencioso” además puede influir 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 se estaría ante situaciones poco éticas o en cierta medida “racistas”, sino que con una mala “praxis” del trabajo sanitario, se estaría vulnerando los derechos del paciente a recibir una correcta atención sanitaria. Los dilemas éticos son pruebas muy duras que se presentan habitualmente en la

práctica del personal de enfermería sobre todo en aquellos que atienden a personas que viven con SIDA.

Por este tipo de discriminación en cuanto a la atención de paciente que viven con esta patología aunado a la poca familiaridad con ellos y en muchos casos con sus familiares que va desde una actitud negativa hasta la falta de conocimientos y el descuido en sus cuidados, y teniendo nosotros como principal objetivo indagar el porqué de esta situación nos hicimos la siguiente pregunta.

¿Cuáles son los factores que Influyen en el personal de Enfermería para la atención de pacientes viven con VIH/SIDA en la Unidad de Agudo del Hospital Universitario “Antonio María Pineda”

Objetivos de la Investigación

General

Determinar los factores que influyen en el personal de enfermería en la atención de pacientes que viven con VIH/SIDA.

Específicos

- Identificar el nivel cognitivo que posee el personal de enfermería sobre el VIH/SIDA.
- Indagar las creencias culturales del personal de enfermería para la atención a un paciente que viven con VIH/SIDA.
- Describir la Conducta del personal de enfermería para la atención del paciente que viven con VIH/SIDA.

Justificación

Este proyecto de investigación responde a una necesidad de identificar los factores que influyen el personal de enfermería relacionado con la atención a pacientes que viven con VIH/SIDA tomando en cuenta que el cuidado no solo se basa en la atención física del paciente, sino también, en la parte espiritual y mental.

La atención que como profesional de enfermería se brinda a los pacientes no solo debe estar basada en los conocimientos teóricos y prácticos que hemos adquirido, también se debe tener en cuenta la parte humana, dejando a un lado nuestro punto de vista y nuestras creencias para así no juzgar al paciente.

Siendo el VIH/SIDA una enfermedad de alta trascendencia a nivel mundial es importante que el profesional de enfermería no solo conozca sobre ella sino que también busquemos innovar y mejorar cada día los cuidados. A partir de los resultados que se obtengan se plantearían nuevos conceptos y modelos de atención de enfermería a pacientes que viven con VIH/ SIDA, evitando que se presenten complicaciones durante su estadía en el centro de salud.

Así como también los resultados podrán ser utilizados para diseñar programas y planes dirigidos a la capacitación del personal de enfermería en cuanto al manejo reinserción y no discriminación del paciente a la sociedad.

Mejorando la atención a dichos pacientes la estadía de estos disminuiría, lo cual generaría una ganancia económica para el estado ya que los suministros utilizados en los centros de salud serían menores.

Alcances y Limitaciones.

Alcances

Esta investigación va dirigida hacia el personal de enfermería que labora en la unidad de agudos del Hospital central Antonio María Pineda. Para esta investigación se contara con una población de 30 enfermeras que laboran en la referida unidad

El mayor alcance que obtendríamos con esta investigación es lograr conocer los factores que influyen en el personal de enfermería para así poder lograr un cambio de actitud y de atención brindada a pacientes que viven con VIH /SIDA en la Unidad de Agudo del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”.

Limitaciones

Durante la realización de esta investigación, la limitación más importante fue la del tiempo que se necesitó para realizar las encuestas debido a que se le aplico el instrumento en los tres turnos de enfermería y a veces se hizo difícil su colaboración a causa de la carga laboral que presentaban.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

El estudio de VIH/Sida es de gran importancia ya que es una enfermedad que ha afectado a una gran cantidad de personas en el mundo, cabe resaltar que el conocimiento de enfermería juega un papel importante en la recuperación de estos pacientes.

Barahona y otros (2005) en la investigación titulada: actitud del personal de enfermería en la atención al pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida hospitalizados en la unidad clínica de medicina, hospital Dr. “Pastor Oropeza Riera” Barquisimeto estado Lara, periodo abril- julio, 2005. La cual fue de tipo descriptiva, enmarcado en un diseño de campo. La muestra estuvo conformada por 22 profesionales de enfermería, que laboran en dicha unidad. Se concluyó que los profesionales de enfermería que laboran en esta unidad tiene una actitud significativamente positiva para estos pacientes tanto en la dimensión cognitiva como en la afectiva y conductual, solo se apreciaron algunas excepciones en cuanto al conocimiento de las medidas preventivas de forma de contagio, así como en la ausencia de apoyo emocional de parte de enfermería para estos pacientes. Se recomienda reforzar los conocimientos de los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de medicina, del hospital en cuestión sobre la transmisión y medidas preventivas, haciendo extensivos este aprendizaje hacia otras unidades de la institución.

Igualmente Rosas y otros (2005) realizaron una investigación titulada Como es la atención de enfermería en pacientes con VIH-sida en la unidad clínica de medicina del hospital Dr. Raúl Leoni Otero. San Félix. Estado bolívar. El diseño del

estudio fue de campo de tipo descriptivo, la recolección de la información se realizó mediante la aplicación de una guía de observación dirigida a las enfermeras(os) objeto de investigación y la misma estuvo conformada por veintinueve (29) ítems y fue válida por juicio de expertos, para la confiabilidad se le aplicó el acuerdo entre observadores con un coeficiente de 0,9 resultando altamente confiable. De los resultados obtenidos con relación al cuidado que le brinda enfermería al enfermo con VIH/SIDA para satisfacer sus necesidades de comunicación y comodidad se pudo observar que este personal no pone en práctica un buen proceso comunicacional, así mismo hay una deficiente atención en cuanto a la valoración de estilos de vida, signos y síntomas de estos pacientes. Se recomienda realizar talleres, programas educativos, conferencias y charlas que los actualice y prepare en la calidad de atención en el rol asistencial al enfermo con VIH/SIDA para estrechar más las relaciones enfermera/paciente y se logre una comunicación eficaz y segura.

De igual manera un estudio realizado por Espinosa G. en las habana Cuba (2005) titulado Actitud de enfermería en centros de atención a personas con VIH/SIDA teniendo como objetivo - Detectar rasgos propios de la enfermedad e infección, que condicionan la actuación y actitud de los profesionales de la enfermería , el cual fue de carácter cuanti-cualitativo acerca de la actitud del personal de Enfermería ante la atención de los Pacientes Viviendo con VIH-SIDA (PVVIH-SIDA), de los tres sanatorios de Ciudad de la Habana y dos policlínicos de Santiago de las Vegas, en el primer semestre del año 2005. Aplicándosele a 105 enfermeros, un instrumento, diseñado por veintitrés preguntas que comprendían varias esferas emocionales determinadas por: conducta, actitud y estrategias demostradas por los enfermeros en la práctica con las PVVIH/SIDA, obteniendo como resultados criterios que se mueven desde el desconocimiento, el miedo, el temor, la angustia y la inseguridad, siendo esto desfavorable a este paciente, por las situaciones, reacciones y respuestas a que son enfrentados con frecuencia, resultando maltratados, aislados y despreciados por algunos profesionales de la salud. Se

propone como recomendación la capacitación del personal que labora en la atención primaria de salud sobre el manejo, tratamiento y seguimiento de las PVVIH/SIDA como estrategias de las instituciones de salud.

Así mismo García y Vargas (2009) Realizaron una investigación titulada 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” fue un estudio descriptivo transversal el mismo se apoya en un diseño de campo, La población de la investigación estuvo conformada por la totalidad de los profesionales de Enfermería que desempeñan sus funciones en la Unidad Clínica de Medicina General del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto. Siendo trece (13) sujetos, los cuales representan 100% de la población a estudiar, donde se obtuvieron las siguientes conclusiones el nivel de conocimiento reflejan que un promedio de 61.5% tiene conocimiento, mientras 38,5% no tiene conocimiento, con 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 conocimientos, sobre el conocimiento que tienen los profesionales de Enfermería relativo a las vías de transmisión del VIH, se observa 92,3% contestó incorrectamente es decir no tiene conocimiento, mientras 7,7% tiene conocimiento.

Según un estudio realizado por Marroquí (2011) titulado 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 de mujeres del hospital nacional de Chimaltenango, fue realizado en el mes de mayo de 2011, cuyo objetivo fue Describir los conocimientos del personal de enfermería, del servicio de medicina de hombres y mujeres del Hospital Nacional de Chimaltenango, sobre el cuidado. Integral a pacientes con diagnóstico de VIH/Sida en fase terminal. Es un

estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. .Previo a realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo un estudio para el cual se obtuvo el permiso respectivo, con personal de enfermería de los servicios de medicina de hombres y de Mujeres del Hospital Roosevelt de Guatemala, lo que permitió identificar el tiempo que necesitaba el personal para responder el instrumento y la necesidad de reelaborar algunas preguntas del instrumento.

Para la realización de ambos trabajos se contó con la aprobación de las autoridades respectivas 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.

Estos antecedentes son de suma importancia ya que ha sido base para la investigación al igual que sus conclusiones las cuales se espera que sirva de sustento para de análisis.

Bases teóricas

Según Concepción J. A (2004) la enfermería es una ciencia y un arte que tiene se propio conjunto basados en la teoría científica y está enfocada hacia la salud y bienestar del paciente la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona, se centra en las respuestas globales de las personas que interactúan con el entorno estas respuestas puedan incluir en las experiencias antiguas, el ambiente físico, la situación social y la dinámica de la familia.

La Enfermería es una de las carreras más humanísticas que puede existir en el mundo, por ello al momento de realizar la labor se debe tener en cuenta que la ideologías política, las creencias religiosas, o la cultura sobre determinado tema debe quedar a un lado, porque eso puede afectar tanto al personal de salud como al paciente. En relación a la investigación sobre los factores que influyen en el personal de enfermería se destacan 3 aspectos fundamentales:

El conocimiento de la enfermera ante un paciente con VIH/SIDA

Arias. E. F (1997) "El conocimiento es un proceso en el cual se relacionan el sujeto que conoce, que percibe mediante sus sentidos, y el objeto conocido y percibido".

El conocimiento es la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema. Según Arias. E. F (1997)

El conocimiento puede ser interpretado y entendido por seres humanos e incluso por máquinas a través de agentes inteligentes, esto se logra mediante bases de conocimiento o conjuntos de entrenamiento e inferencia lógica.

Tipos de que Conocimiento

Científico: Este es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos, investigaciones, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar solución a un determinado problema. Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e información abstracta con el fin de determinar y explicar por qué suceden las cosas. Todos los resultados que se adquiera del conocimiento científico son fundamentados en la realidad y en las investigaciones.

Empírico: Según Vega D. (2008) el conocimiento Empírico es el que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en

su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de la rutina. Este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimiento del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos.

Según Montesino G. (2002) Los conocimientos, también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento.

En ese sentido el conocimiento del personal de enfermería ante un paciente con VIH /SIDA es importante debido a que podemos evitar cualquier tipo de marginación, discriminación y estigmatización, que pueda afectar psicológicamente al paciente de esta forma, la atención que se da a pacientes diagnosticados de VIH/SIDA se debe fundamentar en aspectos éticos que permitan ofrecer a estos pacientes una atención integral, completa, equitativa, respetuosa, sin que sean víctimas de discriminación por el personal de salud. Se puede decir que las actitudes del personal de enfermería de estigmatización hacia el VIH pueden estar dadas por el temor a la transmisión, o por las suposiciones negativas relacionadas con los valores acerca de las personas que viven con el VIH, o como también puede ser por la seguridad laboral o por la falta de insumos en nuestros hospitales, la carga de trabajo que a su vez, fomentan los prejuicios y la discriminación.

El desconocimiento de la enfermedad propicia miedo, contagio y desconfianza, estando presente al inicio de la enfermedad en el personal de

enfermería, en éstos momentos hay más confianza y menos temor ante las diversas formas de actuación con el apoyo y conocimiento de las medidas de bioseguridad.

Las creencias de la enfermera ante un paciente con VIH/SIDA

Para Ramos (2007), las creencias representan la realidad, contemplada desde nuestra perspectiva, y guían nuestra acción. Son ideas muy estables que forman parte de nuestro pensamiento y tienen un valor interpretativo y evaluativo. Tienden a estar limitadas por la cultura en la que se mueve el individuo (referida sobre todo al contexto de aprendizaje); son resistentes al cambio (parece que las más tempranas son las más estables), pero no son inamovibles; a nivel cognitivo, actúan como un filtro sobre el pensamiento y el procesamiento de información; están relacionadas entre sí, y también influyen sobre otros aspectos personales del individuo (actitudes y valores); son difíciles de medir, puesto que deben inferirse del comportamiento de las personas

Según Puchta (2000), las creencias se forman a partir del contexto cultural y de la repetición de las experiencias. En los niños, también pueden generarse por el modelado de personas significativas (padres, profesores...) a través de la interacción y la observación de la conducta: la interpretación que hace el niño de la conducta de estas personas significativas se convierte en la base de su sistema de creencias.

La mayoría de los ciudadanos acepta como verdaderos lo que se traspasa de generación en generación, pocas personas se preocupan por verificar su veracidad. Las tradiciones comprenden verdades o creencias que han sido transferidas al presente por vida oral o escrita enfocándose en creencias influyendo en el ejercicio profesional de enfermería.

Cuando un profesional de la salud se deja llevar por estas creencias populares comienzan a maltratar psicológicamente al paciente con VIH/SIDA, esto influye en gran manera en la recuperación del paciente ya que comienza a sentirse deprimido y

su sistema inmunológico comienza a decaer viéndose expuesto a cualquier microorganismo patógeno que lo pueda afectar su salud.

Las creencias son teorías que se forman por la manera de pensar de cada sociedad, unas con más bases que las sustenten que otras, pero creencias al fin, la vida está llena de ellas pero no por se puede dejar que esto limite el trabajo, en un área tan importante como la de la salud se debe tener en cuenta que en nuestras manos tenemos la vida de una persona que confía 100% en el personal de salud que lo atiende, tiene la firme convicción que está en buenas manos que no va a ser juzgado, ni menospreciado.

Cuando se labora en un área tan importante como lo es la salud se debe tener en cuenta que lo que se crea o las experiencias, no deben estar presentes si se utiliza para discriminar o hacer juicios erróneos o incensarios sobre un paciente. La mayor responsabilidad es ayudar a que el estado de salud de una persona mejore, las creencias nunca deben interponerse en esa atención integral que debe ofrecer el personal de enfermería a un paciente; nunca se debe dejar que los pensamientos o lo que se crea sobre algo afecte el trabajo ya que de ello puede depender la vida de una persona.

La actitud de la enfermera ante un paciente con VIH/SIDA

La actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Compuesta por tres elementos: componente cognoscitivo, afectivo y conductual.

Según Jiménez Burillo (1981, p.11), la actitud es: “Una predisposición a actuar aprendida, dirigida hacia un objeto, persona o situación y que incluye dimensiones cognitivas, efectivas o evaluativas y eventualmente, propiamente

conductuales. Todo ello organizado no caóticamente, sino de una forma estructurada, sistemática, esto es, con unos elementos relacionados entre sí, de forma tal, que el cambio de uno de ellos influye en los demás”

Según Ramírez. (2010) Cuando hacemos referencia a la actitud podemos decir que 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, La actitud del profesional de enfermería ante un paciente con VIH, debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología. Lo importante en este caso es demostrar seguridad en lo que se hace, y si fuese necesario buscar un apoyo especializado y con esto brindar los cuidados integrales al paciente.

Es importante que como profesionales de la salud al enfrentarse a un paciente con SIDA se comience por una revisión personal de las creencias, valores y actitudes; esto a su vez va a ayudar a modificar las conductas que puedan entorpecer el trabajo con los pacientes.

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

Como primera reacción ante un caso diagnosticado ciertamente de VIH +, 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 les corresponde asumir la realización del tratamiento y los cuidados como a cualquier otro paciente, pero tomando el máximo cuidado.

En el diagnóstico del SIDA plantea un posible conflicto de intereses: por una parte, saber si una persona padece la enfermedad es fundamental para poder tratarle adecuadamente, y evitar el riesgo de contagio a terceros, especialmente el equipo sanitario que le atiende. Por otra, el paciente puede considerar que el hecho de que se sepa que padece dicha enfermedad puede suponer que dicho dato se difunda, con el consiguiente desprestigio social para su persona, sólo la garantía de un secreto profesional estrictamente guardado permite el ámbito de confianza necesario para un tratamiento correcto del paciente.

La actitud es fundamental para la recuperación de dicho paciente además de formar parte de la ética profesional tiene mucho que ver con lo que realmente es la esencia de la enfermera y la calidez humanas que se tenga, se da a entender que cuando se enfrenta a dicho paciente no solo se está probando cuanto conocimiento se tiene si no también cual es nuestra verdadera vocación.

VIH/SIDA

El VIH/SIDA, se debe a un virus llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH), capaz de destruir un tipo específico de leucocitos llamados linfocitos T colaboradores. Se piensa que una vez que el individuo adquiere el virus lo aloja por el resto de su vida, el organismo reacciona a la invasión del virus produciendo un anticuerpo específico contra él (anticuerpo VIH), desafortunadamente el anticuerpo al parecer no neutraliza el virus en la forma viral, y en consecuencia, el individuo puede contagiar a otros. La mayoría de las personas infectadas enferman poco o nada, pero algunas evolucionan hasta desarrollar el SIDA pleno. Hasta la fecha no se comprenden los mecanismos precisos de evolución de la enfermedad por los que un individuo VIH positivo desarrolla la misma.

A si mismo se explica que el VIH solo alcanza concentraciones suficientes para transmitirse en los siguientes líquidos orgánicos de las personas infectadas: sangre, semen, exudado vaginal, leche materna. De lo descrito, se puede inferir que para que se establezca el contagio es preciso que el virus se introduzca en el organismo receptor atravesando la superficie cutánea o mucosa y entrando en contacto con la sangre. Castillo J.A. (2004)

Patogenia

Es importante conocer las características de los virus que producen la infección-enfermedad por VIH. Se trata de un retrovirus de reciente descubrimiento (en el pasado siglo XX, década del 80), acerca de los cuales son cada vez más amplios los conocimientos sobre sus efectos patógenos: a-) Enfermedades autoinmunes (síndrome de Sjögren), b-)Linfocitopenia idiopática de células T 1990 Espumaviridae Enfermedad de Graves La familia de los retrovirus está dividida en 3 subfamilias, entre ellas los lentiviridae, causantes de inmunodeficiencia y destrucción de las células que infectan lentamente, pero de forma progresiva. En este subgrupo figuran los que provocan la enfermedad en los seres humanos: el VIH- I, descubierto en 1983; y el VIH-2, en 1986. A pesar de ser 2 virus diferentes, comparten ciertas características biológicas en común, tales como: 1-) Mismo tropismo celular, 2-) Igual modo de transmisión, 3-) Mecanismos similares de replicación, 4-) Producción de estados de inmunodeficiencia La característica más importante de estos virus es la riqueza de genes y proteínas reguladoras, que van a condicionar la complejidad de la interacción virus-células y, de ahí, la patogenia de la enfermedad.

Serotipos del VIH-1

Los serotipos del VIH-I se clasifican en 2 grandes grupos: el M (main) y el O (outlier), el primero causante de la gran mayoría de las infecciones existentes hoy día

y del cual se conocen los siguientes serotipos: A, B, C, D, E, F, G y H; el segundo localizado en cierta parte de África y no sensible a las pruebas de laboratorio para su detección. De los mencionados, el que más circula en Cuba es el B.

Serotipos del VIH-2

El VIH-2, por ser de menor circulación mundial, tiene pocos serotipos: A, B, C Y E. En general, esta familia de los retrovirus se asocia cada vez más con distintos procesos patológicos, tales como enfermedades autoinmunes (síndrome de Sjögren), afecciones neurológicas (paraparesia espástica tropical) y otras.

Epidemiología

Como se expuso anteriormente, hasta hoy se han identificado 2 virus causantes de esta enfermedad: VIH-I y VIH-2. La mayoría de las personas infectadas en el mundo y en nuestro país portan el primero, el cual es más agresivo que el segundo.

Por tal razón, el período que media entre la infección con el virus y el desarrollo del SIDA es más largo en el caso del VIH-2; sin embargo, como los aspectos clínicos y epidemiológicos son muy similares entre, en lo adelante se hará referencia a ellos de forma conjunta. Una vez identificada la afección, la Organización Mundial de la Salud reconoció 3 patrones epidemiológicos de infección por el VIH, que actualmente no se toman en cuenta, pues de forma general el número de infectados se ha incrementado en todas las áreas.

El comportamiento sexual bisexual ha venido experimentando un aumento muy cercano al heterosexual en todos los países, así como el de los casos por uso de drogas endovenosas. También la mortalidad por SIDA ha ido disminuyendo como consecuencia del progreso de la terapéutica antirretroviral y el empleo más racional

de la quimioprofilaxis de las infecciones oportunistas que más inciden en estos pacientes. Las vías de transmisión descritas en toda la literatura son: a-) Vía sexual: Representa la principal vía de infección en nuestro país y en el mundo. Incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral, b-) Uso de sangre y hemoderivados contaminados: Esta vía pudo ser controlada en Cuba y sobre ella se mantiene una estricta vigilancia epidemiológica; sin embargo, no es posible eliminar por completo la posibilidad de transmisión a través de ella, dada la existencia del período de ventana (corresponde a los primeros meses de la infección, cuando los resultados de las pruebas serológicas son negativos por la ausencia de anticuerpos), c-) Drogadicción: En nuestro medio no constituye una vía de contagio importante. Se impone señalar que el virus del VIH no está en el aire, como otros agentes (*Mycobacterium tuberculosis*), de modo que el contacto con las secreciones infectadas resulta potencialmente contaminante, y sobre esto se toman las medidas de protección para que el personal sanitario no se contamine. Los momentos de mayor transmisibilidad del VIH, según la evolución de la enfermedad, son: el estadio inicial (fase aguda retroviral) y la última fase (fase SIDA), ya que en estos estadios existe una mayor viremia y, por tanto, más concentración del agente infectante en las vías ya mencionadas.

d-) Transmisión de la madre al feto o transmisión vertical. Incluye 3 momentos:

- 1) Último trimestre del embarazo
- 2) En el trabajo de parto por contaminación en el canal
- 3) e) Durante lactancia materna.

El riesgo de transmisión al feto varía entre 15 y 25 %, pero hoy en día se puede reducir a 4 % con la administración de AZT a partir de las 14 semanas de gestación, en el parto y luego durante 6 semanas al recién nacido, así como la ejecución de la operación cesárea y la no lactancia materna.

Situaciones clínico diagnósticas de sida

- Candidiasis traqueal, bronquial pulmonar
- Candidiasis esofágica
- Carcinoma de cérvix invasivo
- Coccidioidomicosis diseminada (en una localización diferente, además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes
- Infección por Citomegalovirus en un órgano diferente de hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente mayor de un mes.
- Retinitis por Citomegalovirus
- Encefalopatía por VIH
- Infección por virus del herpes simple (que causa una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente mayor de un mes de edad)
- Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente, o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares)
- Isosporidiasis crónica (más de un mes)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt o equivalente
- Linfoma inmunoblástico o equivalente
- Linfoma cerebral primario
- Infección por M. kansasii diseminada o extrapulmonar
- Tuberculosis pulmonar
- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada
- Infección por otras micobacterias, diseminadas o extrapulmonar
- Neumonía por Pneumocystis carinii

- Neumonía recurrente
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Sepsis recurrente por especies de salmonelas diferentes de *Salmonella Typha*
- Toxoplasmosis cerebral en un paciente mayor de un mes
- Wasting syndrome (síndrome de desgaste)

Fisiopatología

Este es sin duda uno de los puntos más discutidos sobre la enfermedad. En esencia, se está de acuerdo en que la infección por VIH tiene una acción sistémica por los variados efectos que ejerce sobre las distintas células, tejidos, órganos y sistemas, en forma directa e indirecta, debido a los efectos de la inmunosupresión.

Manifestaciones clínicas

El término SIDA es con frecuencia mal empleado, ya que la infección a causa del VIH se caracteriza por una amplia variedad de fases clínicas, con sus respectivas manifestaciones, una de las cuales es la del SIDA, que representa el estadio final de esta infección. Las fases clínicas de la infección-enfermedad por VIH/SIDA son:

1. Infección aguda retroviral o retrovirosis aguda
2. Período de portador asintomático
3. Fase de complejo relacionado con el SIDA
4. Fase de caso SIDA De todas estas, conviene detallar fundamentalmente la primera.

Fase de infección aguda retroviral Se corresponde con la llegada del virus al sujeto y se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por 2 situaciones:

- Puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los pacientes o sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, a saber:

- a) Síntomas generales: fiebre, faringitis, linfadenopatías (cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa), artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso.
- b) Síntomas dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia
- c) Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas
- d) Síntomas neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré. En su mayoría, como son manifestaciones tan inespecíficas, es frecuente que médicos y pacientes no les concedan importancia y a su vez se dificulte determinar con exactitud la frecuencia de este cuadro clínico agudo; no obstante, en diferentes estudios se describen como las más comunes: la fiebre asociada a fatiga, la erupción eritematosa maculopapular y el síndrome adénico parecido al de la mononucleosis infecciosa. De forma general, estos síntomas se manifiestan aproximadamente durante 6 a 8 semanas y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Mientras más sintomática y duradera sea esta fase, peor pronóstico tendrá la evolución clínica del paciente, caracterizada por una gran viremia inicial, con destrucción de las células del sistema inmunológico y disminución transitoria de su número. Lentamente se produce una respuesta inmune contra el virus, por lo que se reduce el volumen de partículas virales en la sangre, pero continúa su replicación en los órganos linfáticos (sobre todo en ganglios linfáticos y bazo, que constituyen el principal reservorio del virus); o sea, la respuesta inmune inicial no basta para eliminar el

Virus. Durante esta etapa existe el inconveniente de que el resultado de la serología del VIH es negativo, aunque los antígenos virales sean positivos.

Fase o período de portador asintomático Después de la primera, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad: la de portador asintomático, que en nuestro país tiene una duración promedio de 11,5 años, aunque los nuevos tratamientos la han ido prolongando.

El enfermo puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico, con las siguientes características: más de 3 meses de evolución, ganglios firmes pero no leñosos, móviles e indoloros, sin cambios en la piel que los recubre y ubicados en 2 ó más regiones contiguas. Comúnmente se excluyen las adenopatías de localización inguinal, por la diversidad de causas que las producen; pero cuando son de gran tamaño, deben evaluarse junto con las de otras regiones y tenerlas en cuenta, sobre todo en individuos con factores de riesgo para ser infectados por el VIH.

Se denomina linfadenopatía generalizada persistente y de manera general se considera como un esfuerzo o lucha del sistema inmunológico para vencer la infección. Puede o no haber esplenomegalia. Estos pacientes, aunque asintomáticos, representan un gran problema epidemiológico, ya que a través de relaciones sexuales desprotegidas transmiten la enfermedad e infectan a nuevas personas. A pesar de ello prosigue la replicación del virus, aunque muy baja, por lo cual no hay tal estado de latencia o de no replicación; esto se asocia con altos títulos de anticuerpos, por lo que el diagnóstico en dicha fase es serológico.

Fase de complejo relacionado con el SIDA a medida que pasan los años y progresa la enfermedad, le sigue la fase conocida como complejo relacionado con el SIDA, que representa una fase intermedia entre la portadora sintomática y la de caso SIDA o final. Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, por lo que estos pacientes ya no estarán como en la fase anterior, pero los problemas serán menos graves que en la siguiente.

Esta fase se conoce también como SIDA menor o presida y clínicamente se reconoce por distintos síntomas:

- Generales: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado y pérdida de peso
- Hematológicos: anemia y trombocitopenia (con síndrome purpúrico o sin él)
- Linfadenopáticos: con las características descartadas anteriormente

- Respiratorios: tos seca persistente
- Digestivos: diarrea
- Dermatológicos: candidiasis oral (heraldo), dermatitis seborreica, herpes simple recurrente (anal o genital), herpes zoster y verrugas genitales
- Neurológicos: polineuropatía, síndrome ansioso- depresivo y meningitis aséptica.

La duración de esta fase depende de factores como:

- Tipo de cepa viral infectante
- Respuesta inmunológica del huésped
- Tratamiento impuesto, tanto antirretroviral como de cada una de las situaciones clínicas.
- Tratamiento inmunomodulador (factor de transferencia e interferón). Durante esta fase hay tendencia al aumento progresivo de la replicación viral y a una disminución de las funciones inmunes del organismo.

Fase sida o caso sida

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una grave inmunodepresión, con una depleción notable del número de linfocitos CD4, cuya importante participación en la respuesta inmune es bien conocida. Hay una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico. Clínicamente se considera que un paciente es un posible caso SIDA cuando tenga alguna de las afecciones relacionadas en la fisiopatología, las que se han extendido con el tiempo a medida que los centros para el control de enfermedades van informando una alta incidencia de una determinada enfermedad asociada a la infección por el VIH.

Suele ser frecuente que un enfermo en esta fase padezca varias afecciones indicadoras de SIDA. Actualmente, además de las enfermedades indicadoras de

SIDA, también se ha incluido para el informe de caso SIDA a pacientes con recuento de células CD4 < de 200 por mm³, con independencia del estado clínico en que se encuentren. Esto se conoce como SIDA inmunológico. Otros autores 15, 16 clasifican la infección por VIH desde el punto de vista clínico en las 3 fases siguientes:

- Fase precoz o aguda
- Fase intermedia o crónica
- Fase final o de crisis.

En cada una de ellas se describen los mismos elementos clínicos ya citados. Es evidente que la primera es la que mejor nos ubica en la evolución natural de la enfermedad.

Examen físico

Las alteraciones que se encuentran en el examen físico son de variada naturaleza, pero las más frecuentes en la práctica clínica y que apuntan hacia la infección por VIH, son:

- Generales: pérdida del tejido adiposo, que llega incluso a la caquexia.
- En la boca: candidiasis oral, leucoplasia vellosa oral y sarcoma de Kaposi.
- En la piel: sarcoma de Kaposi, herpes zoster, lesiones de molusco contagioso y dermatitis seborreica.
- En el fondo de ojo: retinitis por Citomegalovirusy exudados blanquecinos algodonosos

Clasificación

Enfermería y cuidado humano (2009) Al respecto los autores señalan que hay un gran grupo de individuos VIH positivos entre diversos grupos de riesgo: homosexuales, hemolíticos, toxicómanos que usan drogas intravenosas y solo el tiempo revelará la proporción de estas personas que desarrollan SIDA. El período de

incubación del virus varía de seis (6) meses a seis (6) años o más, con un promedio de veintiocho (28) meses. Según los autores precitados los individuos contagiados con VIH pueden clasificarse en cuatro categorías generales: a-) Portadores asintomáticos sin signos de inmunosupresión, b-) Linfadenopatía generalizada persistente (LGP) con tumefacciones ganglionares, c-) Complejo relacionado con SIDA, sintomático, con fatiga, fiebre y a menudo deterioro del sistema inmunológico.

Entre estos grupos hay varios subgrupos, que se clasifican de la A la E según las afecciones y alteraciones de laboratorio que concommiten con la infección por VIH. El grupo I no tiene subgrupo; los grupos II Y III poseen cada uno 2 subgrupos: A y B; y el grupo IV incluye 5 subgrupos: A, B, C, D y E. Esta clasificación, a pesar de utilizarse en la práctica clínica, es de tipo epidemiológico y por medio de ella se informan los casos a la Organización Mundial de la Salud.

Es de carácter decreciente y una vez que el paciente cambia de grupo clínico, no regresa al anterior, aunque mejore. Hoy en día existe otra clasificación realizada en 1993, que incluye el recuento de células CD4 y aspectos clínicos del enfermo; sin embargo, aunque es la más actualizada, no se ha podido generalizar, pues no todos los países disponen de la técnica para el recuento sistemático de CD4, por lo que la OMS informa los casos sobre la base de la anterior (1987).

Nueva clasificación de la infección-enfermedad por VIH. Nueva definición de caso SIDA según la OMS (1993)

Categoría A. Personas asintomáticas, con adenopatías persistentes generalizadas, con infección aguda o sin ella.

Categoría B. Pacientes con síntomas, pero que no forman parte de la categoría A ni C y corresponden a diferentes condiciones patológicas, entre ellas:

- Candidiasis orofaríngea
- Candidiasis vaginal persistente y frecuente, con pobre respuesta al tratamiento
- Displasia cervical

- Fiebres y diarreas por más de un mes
- Enfermedad inflamatoria pélvica, especialmente complicada con absceso tubo ovárico
- Neuropatía periférica
- Carcinoma in situ
- Leucoplasia vellosa oral
- Herpes zoster
- Angiomatosis bacilar.

Categoría C. Concuerda con la definición de caso SIDA en todos aquellos pacientes que al menos presenten una de las afecciones relacionadas en una larga lista y entre las cuales figuran:

- Candidiasis esofágica y broncopulmonar
- Otras micosis profundas extrapulmonares
- Citomegalovirus generalizada
- Sarcoma de Kaposi
- Linfomas
- Neumonía por *Pneumocistiscarinii*.
- Neumonía bacteriana recurrente
- Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar
- Septicemia por *Salmonella* no typhirecurrente

Diagnóstico

El desarrollo de los métodos de laboratorio necesarios para el diagnóstico definitivo de la infección por VIH, ha sido un gran paso de avance, pues las manifestaciones clínicas, aunque sugestivas, no son específicas en ningún estadio de la enfermedad. Conviene recordar que después de la infección con el VIH se

producen una aguda viremia y antigenemia, pero con una respuesta demorada de anticuerpos.

Las pruebas de laboratorio empleadas para diagnosticar la infección por retrovirus humanos, se clasifican en directas e indirectas.

Pruebas directas: Facilitan el diagnóstico precoz de la infección, pues permiten detectar la presencia del virus o sus constituyentes (proteínas y ácido nucleico), aun antes de desarrollarse la respuesta de anticuerpos contra ellos, pero son muy costosas, entre ellas:

- Antigenemia P24
- Cultivo viral
- Reacción en cadena de la polimerasa Estas dos últimas se usan para diagnosticar la infección en los niños, junto al western blot, por la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre al recién nacido.

Pruebas indirecta: Revelan la respuesta inmune por parte del huésped y están basadas en pruebas serológicas para la detección de anticuerpos en el suero. La presencia de anticuerpos anti VIH, lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus en el pasado, significa el estado de portador actual.

Las pruebas serológicas son específicas para cada retrovirus (VIH-1, VIH-2), por lo que deben hacerse de forma independiente y son a su vez de varios tipos:

1. Prueba de screening. Serología VIH (ELISA o micro ELISA)
2. Prueba confirmatoria. Serología western blot
3. Pruebas suplementarias
4. Pruebas inmunológicas.

Exámenes complementarios para el seguimiento evolutivo de la infección por VIH Es vital conocer cómo evoluciona la infección por VIH, pues aun desde la fase

asintomática puede predecirse hasta dónde ha progresado la enfermedad y, por tanto, el grado de inmunodepresión. Para ello se utilizan las pruebas siguientes:

1. Pruebas que miden el nivel de replicación viral.
2. Pruebas de resistencia genotípica y fenotípica.
3. Pruebas que miden el nivel inmunológico del huésped ante el virus.
4. Pruebas para determinar la repercusión de la infección en los diferentes órganos y sistemas (radiografía de tórax y senos perinasales, pruebas de función hepática, examen de heces fecales, serología, punción lumbar, tomografía axial computarizada (TAC), endoscopia)

Complicaciones

Como ya se expuso, la infección por VIH produce complicaciones en todos los aparatos y sistemas, pero los más afectados son: el respiratorio, el digestivo y el sistema nervioso central (SNC).

Principales complicaciones respiratorias

1. Neumonía por *Pneumocystis carinii*. Tos seca, disnea, fiebre; puede evolucionar hacia una insuficiencia respiratoria. Cianosis, polipnea, auscultación normal, ruidos crepitantes o roncocal diseminados, hipoxemia y otras manifestaciones clínicas.
2. Tuberculosis pulmonar. Los pacientes VIH positivos tienen 50 % de riesgo de evolucionar hacia una tuberculosis mientras vivan, con predominio de las formas extrapulmonares (ganglio, pleura, pericardio, meninges). Las lesiones aparecen con mayor frecuencia en la parte media e inferior de los pulmones.
3. Sinusitis de repetición.

Principales complicaciones digestivas

1. Las diarreas por lesión del intestino delgado suelen ser de tipo alta (voluminosa; acuosa); distensión abdominal, gran repercusión ponderal, escasa fiebre, no leucocitos o hemáties en el examen de las heces. Hay malabsorción intestinal. Las lesiones del colon producen un síndrome diarreico bajo, dado por deposiciones pequeñas y frecuentes, y dolor de tipo cólico; las heces tienen moco, pus y sangre. Son comunes agentes en nuestro medio: *Entamoeba histolytica* y *Escherichia coli*.
2. Enteropatía por VIH. Diarrea crónica en la que no se descubre una causa infecciosa después de una evaluación completa del intestino delgado en pacientes con infección avanzada por VIH.
3. Disfagia

Principales complicaciones neurológicas

A. Por infección primaria del VIH

1. Encefalitis por VIH (demencia por SIDA, atrofia cerebral)

- Manifestaciones cognitivas: alteraciones de la atención, reducción de la concentración, trastornos de la memoria.
- Alteraciones motoras: lentitud de los movimientos, ataxia, paraplejía.
- Alteraciones del comportamiento: apatía, trastornos de la personalidad, mutismo.

2. Meningitis aséptica típica y mielopatía vascular

B. Por infecciones consecutivas a la inmunodepresión

1. Meningoencefalitis por *Cryptococcus Neoformans* Puede ser asintomática; fiebre, cefalea, signos meníngeos y fotofobia como algo característico. A veces adopta una forma tumoral (criptococoma).

2. Neurotoxoplasmosis. La forma clínica más común es la de un absceso único o múltiple, cefalea, fiebre, signos de focalización neurológica (hemiplejía, hemiparesia,

ataxia, parálisis de nervios craneales), convulsiones. TAC de cráneo con contraste: lesiones nodulares o anulares múltiples o únicas; LCR: moderada hiperproteorraquia y ligera reacción celular de tipo mononuclear; serología antitoxoplasma con resultados positivos.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento de la infección-enfermedad por VIH es disminuir la replicación del virus y restablecer el sistema inmunológico, por lo que descansa en los siguientes pilares:

1. Drogas antirretrovirales
2. Terapia inmunomoduladora
3. Tratamiento de las infecciones oportunistas y tumores
4. Quimioprofilaxis primaria y secundaria
5. Apoyo nutricional
6. Educación para la salud de forma paulatina y continuada
7. Apoyo psicológico y social

¿Cuándo se debe iniciar el tratamiento antirretroviral?

Este es otro punto polémico de la enfermedad, pues las diferentes escuelas se basan en criterios no uniformes. Así, hay una controversia entre los que se inclinan por tratar tempranamente la afección y los que defienden hacerlo en la fase tardía o sintomática. Los criterios más utilizados son:

1. Todos los pacientes sintomáticos o con infecciones oportunistas, independientemente del recuento de CD4 y de la carga viral, deben ser tratados.
2. Todos los asintomáticos con recuento de CD4 < 500 células/mm³ y alta carga viral, deben recibir tratamiento.

3. Todos los asintomáticos con recuento de CD4 < 500 células/mm³ y baja carga viral, deben ser seguidos evolutivamente, sin tratamiento.
4. Todo paciente que desee recibir tratamiento, con independencia de su estado clínico, inmunológico y de su carga viral, debe ser tratado.

Fase aguda

- Anfotericin B, 0,7 a 1 mg/kg/día
- Fluconazol, 400 mg diarios, vía oral
- Flusitosina, 100 mg kg día, vía oral
- Itraconazol, 200 mg cada 12 horas, vía oral.

Fase de mantenimiento

- Fluconazol, 200-400 mg diarios
- Anfotericin B, vía oral

Neurotoxoplasmosis:

- Sulfadiazina, 4 a 6 g diarios (en 4 tomas) + pirimetamina, 50 mg diarios + ácido fólico, 10 mg diarios (6 semanas), o clindamicina, 600 mg cada 6 horas por vía oral pirimetamina, 50 mg diarios (6 semanas).

Sarcoma de Kaposi

- Cirugía y radioterapia en las lesiones (mi cas)
- Interferón a intralesional o sistémico
- Talidomina (disminuye la angiogénesis)
- Quimioterapia sistémica, preferentemente con vincristina, bleomicina o doxorubicina
- AZT (zidovudina)

Wastingdisease. Síndrome del desgaste:

- Suplementos nutricionales
- Megestrol acetato (suspensión de 40 mg/mL) 800 mg

- Dronabinol (marinol) 2,5 mg, vía oral antes de las comidas
- Hormona del crecimiento, 0,1 mg/kg diario, subcutáneo
- Testosterona, 200 mg por vía intramuscular cada 2 semanas
- Nandrolona.

Herpes zoster multidermatoma

- Interferón intralesional
- Aciclovir tópico cada 4 horas
- Aciclovir oral, 200-400 mg cada 8 horas o EV, 5 a 10 mg/kg por dosis, cada 8 horas, disuelto en 300 mL de suero fisiológico a pasar en 1 hora.
- Analgésicos.

Candidiasis oral

- Nistatina, buchadas 4 veces/día o chupar óvulos otrociscos 3 veces/ día.
- Ketoconazol (200 mg) 1 ó 2 tabletas/día, o
- Fluconazol, 200 mg diarios/vía oral, o
- Itraconazol, 200 mg diarios/vía oral

Quimioprofilaxis primaria y secundaria

La quimioprofilaxis también ha influido en la prolongación de la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes. Se denomina quimioprofilaxis primaria cuando el enfermo no ha presentado aún la infección oportunista específica y, por tanto, puede prevenirse la afección.

Quimioprofilaxis secundaria es la que se realiza cuando ya el individuo padece la infección oportunista específica y, por consiguiente, su objetivo es evitar la recurrencia. La infección por VIH predispone, a su vez, a múltiples infecciones oportunistas, por lo que es imposible desarrollar esquemas de quimioprofilaxis (primaria o secundaria) para todas ellas, si bien hay algunos que han logrado reducir la mortalidad por esa causa.

Apoyo psicológico y social

No puede olvidarse la repercusión psicológica de la enfermedad en la persona, pues los estados anímicos desfavorables contribuyen al progreso de este cuadro morboso, según estudios de psiconeuroinmunología. En la medida en que sean atendidos los problemas sociales de estos pacientes, mayor será su cooperación con los planes terapéuticos.

Apoyo nutricional

Una dieta balanceada no cura el sida, pero ayuda a evitar que avance orgánicamente. La intervención nutricional debe hacerse desde los estadios tempranos de la infección para prevenir los efectos negativos de la mala nutrición y en las fases finales para dar soporte en forma de alimentación enteral o parenteral. También se impone adecuar los regímenes dietéticos según la presencia de complicaciones asociadas a la enfermedad, para lo cual deben consultarse documentos que aborden el tema.

Educación para la salud de forma paulatina y continuada

Conviene acentuar que a estos pacientes se les debe de enseñar todo lo relacionado con su padecimiento, pues ello incrementa su nivel de cooperación, tan necesario para poder seguir la evolución de la enfermedad y lograr que participen activamente en las tomas de decisiones junto a su médico. Según Castillo J.A. (2004) Ante esta situación se plantean las siguientes interrogantes ¿Tiene conocimiento el personal de enfermería sobre los cuidados a un paciente que vive con VIH/Sida? , ¿La motivación del personal de enfermería en la atención a un paciente con VIH/Sida se debe al miedo a infectarse con el virus del VIH?

Bases legales

Esta declaración se apoya en las recomendaciones emitidas, entre otros, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea (UE), la UNESCO y la Organización Internacional del Trabajo (OTI):

1. Cualquier acción que vulnere los derechos de las personas con VIH/Sida y que limite, impida o niegue su participación en actividades laborales, escolares, sociales o de cualquier otra índole, por su condición de infectados/as o enfermos/as, es discriminatoria y debe ser sancionada.
2. La discriminación en el trabajo debe ser combatida. La infección por el VIH no es motivo de cese laboral ni causa legal de despido, y el trabajador/a no está obligado/a informar al empresario de su infección.
3. A ningún/a alumno/a o profesor/a, se le puede negar el derecho de asistir a clase y participar en las actividades escolares por el hecho de estar infectado/as o enfermo/a de Sida.
4. Negar el derecho al alojamiento o vivienda por causa del Sida es una violación del Art. 47 de la Constitución.
5. Las personas afectadas por el VIH/Sida tienen el mismo derecho a la asistencia médica que el resto de los ciudadanos.
6. El derecho a la confidencialidad y a la intimidad debe ser escrupulosamente observado. Cualquier referencia a la condición de la infección por el VIH o a la enfermedad, sin el consentimiento de la persona afectada, viola los derechos recogidos en el art. 18 de la Constitución.
7. La prueba para conocer la condición, o no, de infectado/a por el VIH, así como cualquier tipo de examen médico, son voluntarios y no pueden realizarse sin el consentimiento de la persona afectada.

8. A falta de una vacuna, la única forma de evitar la transmisión del virus del Sida es la puesta en práctica de las medidas preventivas, que son: no compartir jeringuillas ni el resto de útiles de inyección, usar el condón en las penetraciones anales y/o vaginales, no ingerir ni tener en la boca semen o flujo vaginal y evitar el embarazo si estás infectada.

9. Por la forma de actuar el virus, muchas personas pueden no conocer su condición de seropositividad hasta transcurrido cierto período de tiempo y durante el cual puede transmitir el virus. Por tanto la responsabilidad de la puesta en práctica de las medidas de prevención no es solamente de las personas con VIH/Sida sino de todos los ciudadanos/as, afectados/as y no afectados/as.

10. Apoyar a las personas con VIH/Sida, no es sólo una forma de ser solidario con ellas sino con nosotros mismos, y defender sus derechos supone defender también nuestros derechos y los de todos/as los/as ciudadanos/as.

De acuerdo al conocimiento adquirido y lo observado en la unidad clínica, se puede decir que los pacientes se encuentran aislados, en algunos casos se comenta su diagnóstico tanto con el personal como con los demás pacientes, al realizar los cuidados el personal se encuentra desinteresado.

Se tiene que conocer que en estos pacientes solo por ser seres humanos tienen derechos que como profesionales no se debemos violentar, pero se debe tener en cuenta que existen profesionales de enfermería que por miedo, falta de conocimiento o por diversas causas que no conocemos maltratan de manera silenciosa al paciente con VIH, porque un maltrato no es solo golpear, sino también aislar a este paciente no porque su estado de salud lo amerite sino también por el miedo a infectarse con el virus.

Este tipo de actitud no debe ser propia de un personal de la salud ya que nuestro deber es cuidar y ayudar al paciente no solo realizando cuidados, sino también

ayudándolo a cuidar su parte psicológica que como sabemos en los pacientes con VIH es tan importante ya que su vida se ve afectada no solo por su estado patológico, sino también por el rechazo y la desconsideración que tienen las personas hacia ellos.

Teoría de enfermería

Enfermería y Cuidado Humano (2009) **Jean Watson Teoría del cuidado humano.** Se encuentra dentro del grupo de las teorías filosóficas.

En la Teoría de Jean Watson se considera a la persona como "un ser en el mundo". Se considera 3 esferas: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta.

Watson se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, se centra en las relaciones transpersonales de la persona.

Esta teoría del cuidado humano se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, el trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos.

Conceptos de metaparadigma de enfermería en la teoría del cuidado humano de Jean Watson

Persona: Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como un ser en el mundo, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

Medio ambiente: Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

Salud: De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Enfermería: La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.

Esta teoría se adapta a la investigación porque Jean Watson basa su teoría en tres esferas mental, espiritual y el cuerpo y como el daño que se les pueda causar a alguna de ella puede afectar en la recuperación del paciente o sino no se sabe tratar puede llevar a que el paciente empeore su condición.

Operacionalización de Variables

Variable: Son aquellos factores en relación a la motivación que pueden representar un obstáculo en la atención integral que el personal de enfermería debe prestar a un paciente con VIH/SIDA o a cualquier paciente que se encuentre hospitalizado en un centro de salud.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Factores de que influyen sobre la atención del paciente que vive con VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none">• Cognitivo• Cultural• Conductual	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento Adquirido• Creencias • Actitud	1,2,3,4,5,6,7, 8,9 10,11,12,13,14,15,16,17 18,19,20,21,22,23,24

Definición de Términos

Coccidioidomicosis: Es una enfermedad producida en personas y animales por hongos dimórficos del género *Coccidioides*. Se caracteriza por lesiones granulomatosas en pulmón con posterior diseminación a tejido óseo, piel o sistema nervioso central, aunque se tienen reportes de identificación en prácticamente cualquier órgano del cuerpo humano.

Criptosporidiasis: Es una enfermedad oportunista causada por el parásito *Cryptosporidium*, presente en algunas comidas o en agua contaminada. El primer caso reportado se presentó en 1972, y a partir de entonces es uno de los patógenos a nivel de vía entérica más comunes en el mundo (además de la Giardiasis).

Displasia: (del griego *δυσ-* "mal" y *πλάσσω* "formar") es una anormalidad en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas. Las células displásicas h proliferación y alteraciones atípicas que afectan a su tamaño, forma y organización.

Histoplasmosis: Es una micosis sistémica, conocida como la Enfermedad de las Cavernas, caracterizada por lesiones necrogranulomatosas, que afecta a carnívoros, equinos y humanos por la infección con una de las tres subespecies del hongodimórfico *Histoplasma capsulatum*. No se trata de una enfermedad contagiosa que se pueda transmitir entre personas o animales.

Idiopático: Del griego *ἴδιος*, *idios* (propio, particular) + *πάθος*, *pathos* (padecimiento, sufrimiento), con el sentido de «una enfermedad de un tipo particular o propio». Idiopático es un adjetivo usado primariamente en medicina, que significa de irrupción espontánea o de causa oscura o desconocida. La combinación de raíces del griego significa "una enfermedad de etiología desconocida."

Isosporidiasis: Es una enfermedad provocada por el protozoo *Isospora belli*. Este organismo infecta la pared del intestino delgado y puede ocasionar diarrea grave y mala absorción (incapacidad de absorber nutrientes).

Leucoencefalopatía: Es una inflamación viral en avance de la materia blanca del cerebro. Las personas inmunosuprimidas son más susceptibles a este trastorno que la población general. Una evidencia de la enfermedad puede ser la pérdida reciente de la coordinación y debilidad en una persona, seguida por pérdida del lenguaje, problemas visuales y dolores de cabeza.

Patógeno: (del griego *pthos*, enfermedad y *gainein*, engendrar) o también llamado agente biológico Patógeno es un agente(o cualquier "ente" en otras áreas fuera de la biología) que pueden producir enfermedades o daños a la biología de un huésped (humano, animal, vegetal, etc.).

Quimioprofilaxis: Es la utilización de sustancias químicas para prevenir la aparición de una enfermedad.

Retrovirus: Es una familia de virus que comprende los retrovirus. Son virus con envoltura que presentan un genoma de ARN monocatenario de polaridad + y se replican de manera inusual a través de una forma intermedia de ADN bicatenario.

Serotipos: Es un tipo de microorganismo infeccioso clasificado según los antígenos que presentan en su superficie celular. Los serotipos permiten diferenciar organismos a nivel de subespecie, algo de gran importancia en epidemiología.

Tropismo: Movimiento o atracción de un organismo en una dirección o hacia algún estímulo determinado. En el caso del VIH se dice que es la cualidad de atacar a las células CD4 y a los macrófagos.

Viremia: Se refiere a la invasión inicial del virus en la sangre desde el primer punto de infección.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Naturaleza de la Investigación

Según el alcance de los objetivos esta Investigación es descriptiva, “La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere.” En el presente trabajo se busca describir cuales son la variables q influyen en la motivación del personal de enfermería, además es tipo de transversal porque estudia las variables en determinado momento haciendo un corte en el tiempo. En este tiempo no es importante con la forma como se van dando los hechos.

De igual forma, el estudio se fundamenta en un diseño de campo, Bavaresco (2001) “La investigación realizada en el propio sitio donde se encuentra el objeto en estudio.

Asimismo, el paradigma a utilizar en la presente investigación es de tipo cuantitativo o positivista. Según Molero (1985) Para el positivismo, la única fuente del conocimiento es la percepción sensible y la ciencia es nomotética es decir, dirigida al establecimiento de leyes generales y para ello utiliza métodos cuantitativos y sus funciones son describir, explicar, controlar y predecir bajo qué condiciones se producirán acontecimientos futuros con un cierto grado de probabilidad.

Población y muestra

Población

Personal de enfermería de la unidad de agudo del Hospital Central Antonio María Pineda, Según Arias (2006) la población es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Esta queda delimitada por el problema y por el objetivo del estudio. Para esta investigación se contara con una población de 30 enfermeras que laboran en la referida unidad.

Muestra

En vista de que la población es pequeña se decide realizar un muestreo intencional este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Es necesario determinar el método de recolección de datos y tipo de instrumento que se utilizó es de suma importancia ya que de esto dependerá la calidad de información, siendo la base para las etapas subsiguientes. La técnica, se define como el conjunto de reglas y procedimientos que permitan al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación.

“La técnica de recolección” de datos se define como las distintas formas o maneras de obtener la información, según Fidéas (2006).

El método será la encuesta cuya técnica es el cuestionario, se le denomina cuestionario auto administrado por el que debe ser llenado por el encuestado, sin la intervención del encuestador, según Fidéas (2006)

Se aplicara un formulario que consta de 3 partes y 22 ítems de preguntas con respuestas de selección simple. La tercera parte consta de unos reactivos para medir actitud con una escala de Totalmente de acuerdo, En desacuerdo, De acuerdo, Totalmente en desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo

Validación del instrumento

La validación del cuestionario para determinar los factores que influyen en el personal de enfermería en la atención de pacientes que viven con VIH/Sida, se solicitó para la revisión a tres profesores del Decanato de Ciencias de la Salud, del Programa de Enfermería de la Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”, los resultados de esta validación fueron impresos en una matriz elaborada para tal fin, se realizó de cada matriz para determinar cuáles fueron las observaciones de los mismos. Los resultados fueron los siguientes: los expertos coincidieron que los ítems tenían claridad, coherencia y no presentaban tendenciosidad, sin embargo, sugirieron incluir más opciones en las respuestas de algunas preguntas, no se aplicó prueba piloto pero se consideró la sugerencia de los expertos.

Procedimiento para recoger los datos

Se enviara una notificación a la coordinadora de la unidad de agudo con la finalidad de obtener la colaboración necesaria para la aplicación del instrumento y el levantamiento de la información.

Se realizara la aplicación del instrumento tipo cuestionario al personal de enfermería de la unidad el cual representara la población en estudio, durante los tres turnos de trabajo.

Tabulación y análisis de los datos

Se procesaran los datos obtenidos, de forma manual y computarizada, para obtener los resultados de las respuestas de los encuestados. Se realizara el análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

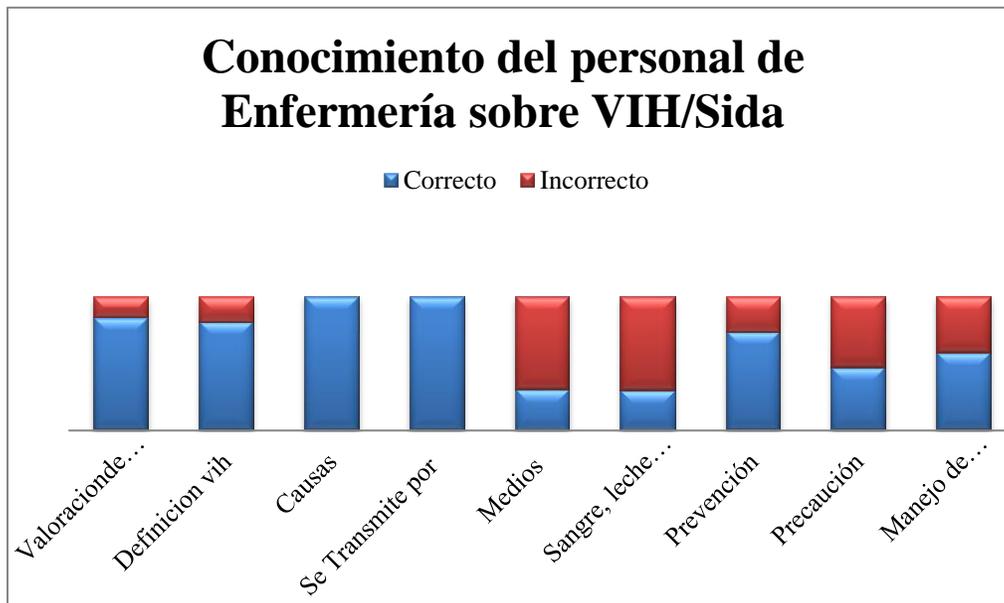
Luego de haber aplicado en instrumento y de haber analizado los datos obtenidos se obtuvieron los siguientes resultados

Cuadro 1

Nivel de Conocimiento del personal de Enfermería, sobre la definición, causas, medios de transmisión, prevención, precaución y manejo de pacientes que viven con VIH/Sida, en la Unidad de Agudos del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, Barquisimeto Estado- Lara.

Preguntas	Correcto	Incorrecto
Valoración de Conocimiento	85%	15,00%
Definición	81,00%	19%
Causas	100%	0%
Se Transmite por	100%	0%
Medios	31%	69%
Sangre, leche materna	70%	30%
Prevención	74%	26%
Precaución	47,00%	53,00%
Manejo de Pacientes	58,00%	42,00%

Grafico 1



En el grafico 1 se presentan los resultados acerca de la dimensión sobre conocimiento de VIH, al indagar sobre los conocimientos el 85% personal de enfermería cree poseer buenos conocimientos los cuales serán contrastados con el resto de la preguntas para verificar su veracidad.

En ítem 2 se indago sobre definición de VIH el 80% respondió correctamente. En el ítem 3 y 4 el 100% de la muestra posee conocimientos acerca de los medios de trasmisión y las causas del VIH. En el ítem 5 y 6 el 70 % de la muestra respondió de manera incorrecta sobre los medios de transmisión.

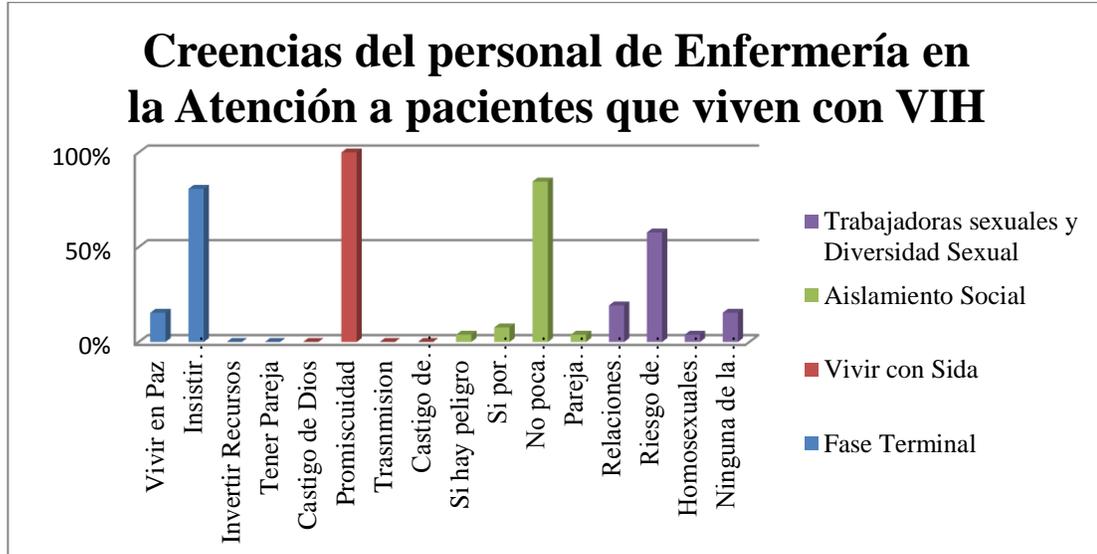
En el ítem 7 se indago sobre cómo prevenir la infección de VIH sida en el área hospitalaria y el 74% respondió de manera correcta, en los ítem 7 y 8 se indago sobre la precaución y manejo de paciente con VIH y el 53% contestó de manera correcta

Cuadro 2

Creencias del personal de Enfermería en cuanto a la atención de pacientes que vive con VIH/SIDA en la Unidad de Agudo del Hospital Central Universitario” Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto Edo- Lara.

Fase Terminal		Vivir con Sida		Aislamiento Social		Trabajadoras sexuales y Diversidad Sexual	
Vivir en Paz	15%	Castigo de Dios	0%	Si hay peligro	3,84%	Relaciones Sexuales	19,23%
Insistir tratamiento	81%	Promiscuidad	100%	Si por convivencia	7,69%	Riesgo de Contraer	57,69%
No vale la pena Invertir Recursos	0%	Transmisión	0%	No poca Posibilidad	84,61%	Homosexuales y Trabajadoras Sexuales	3,84%
Tener Pareja	0%	Castigo de Dios y Promiscuidad	0%	Pareja Contagiada	3,84%	Ninguna de la Anteriores	15,38%

Grafico 2



Análisis en el ítem 10 un 85% cree que en una persona que vive con sida en fase terminal se debe insistir para que no abandone el tratamiento mientras que un 15% opina que hay que dejarlos vivir en paz.

En el ítem 11 un 100% de la muestra cree que vivir con VIH/SIDA se debe por la promiscuidad sin protección. En el ítem 12 un 84.61% cree que un enfermo que vive con VIH/SIDA no debe ser aislado socialmente ya que no hay posibilidad de contagio en la vida cotidiana mientras que un 7.69% cree que si, ya que es difícil evitar el uso compartido casual de la vida cotidiana. Y el otro 3.84% cree que si tiene pareja ya está contagiada.

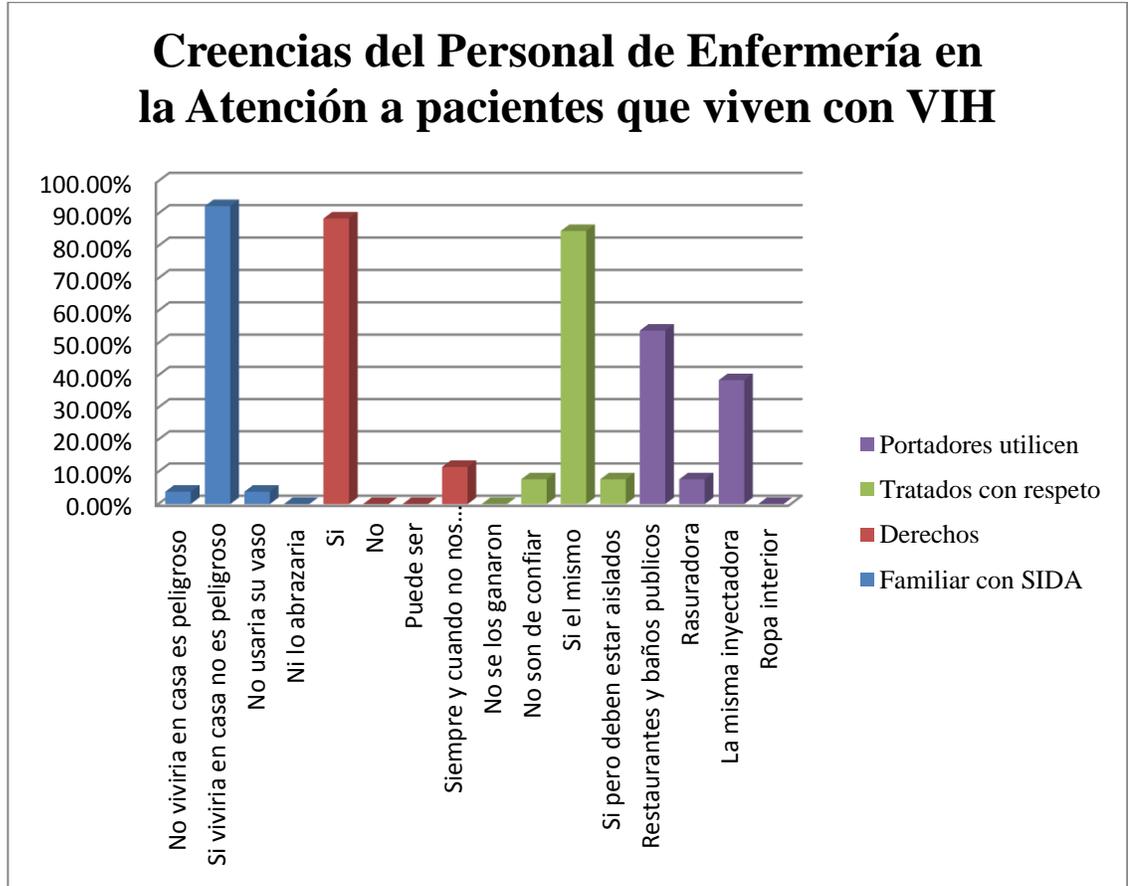
Ítem 13 un 57.69% cree que todos estamos en riesgo de contraer VIH/SIDA que no es una enfermedad que afecte solo a trabajadoras sexuales o personas con diversidad sexual un 19.23% cree que es una enfermedad que puede afectar a todo aquel que ha tenido relaciones sexuales un 3.84% cree que los trabajadores sexuales y homosexuales tienen conducta de riesgo y un 15.38% cree que ninguna de las respuestas anteriores son correctas.

Cuadro 3

Creencias del personal de Enfermería en cuanto a la atención de pacientes que vive con VIH/SIDA en la Unidad de Agudo del Hospital Central Universitario” Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto Edo- Lara

Familiar con SIDA		Tienen los mismos Derechos		Tratados con respeto		Portadores utilicen	
No viviría en casa es peligroso	3,84%	Si	88,46%	No se los ganaron	0%	Restaurantes y baños públicos	53,84%
Si viviría en casa no es peligroso	92,30%	No	0%	No son de confiar	7,69%	Rasuradora	7,69%
No usaría su vaso	3,84%	Puede ser	0%	Si el mismo	84,61%	La misma inyectora	38,46%
Ni lo abrazaría	0%	Siempre y cuando no, nos infecte	11,53%	Si pero deben estar aislados	7,69%	Ropa interior	0%

Grafico 3



Ítem 14 92.30% cree que si alguien de su familia tuviese VIH/SIDA viviría en la misma casa ya que no es peligroso un 3.84% cree que no viviría en la misma casa ya que es peligroso y un 3.84% cree que no bebería en el mismo vaso ya que se contagiaría.

Ítem 15 un 88.46% cree que una persona con VIH/SIDA tienen los mismos derechos que una persona sana un 11.53% cree que tienen los mismos derecho siempre y cuando no infecten a otras personas.

Ítem 16 84.61% de la muestra cree que los pacientes con VIH/SIDA deben ser tratados con el mismo respeto que una persona que no esté contagiada mientras que

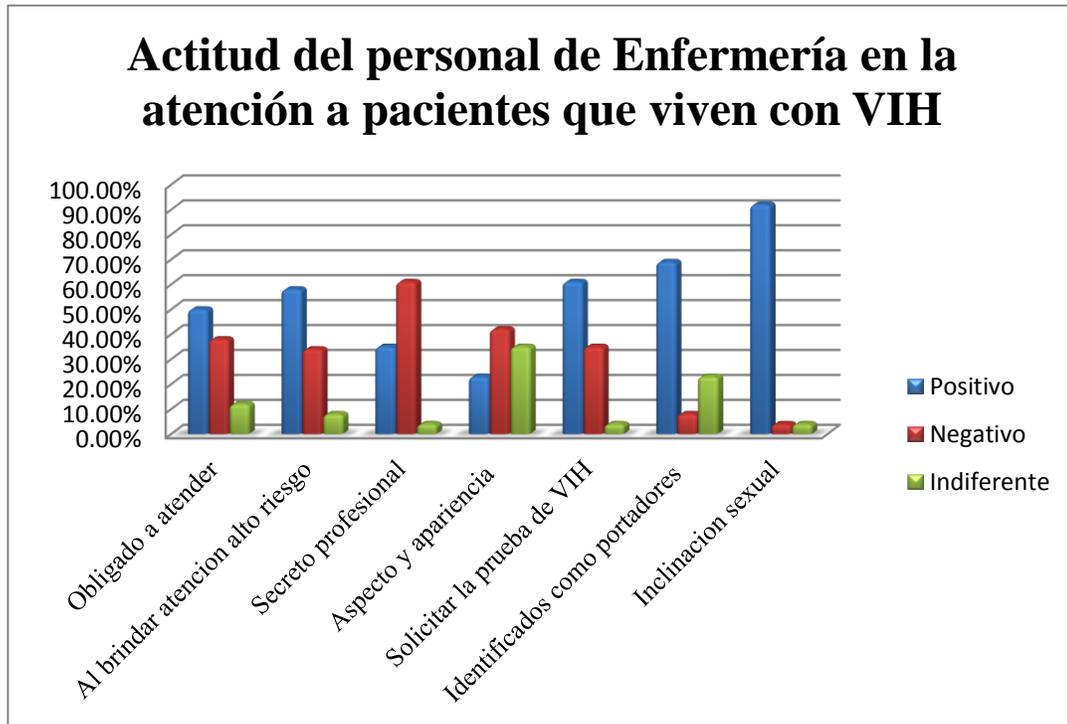
6.69% cree que ellos no son de confiar y otro 6.69% cree que si pero que debe estar aislados. Ítem 17 un 53.84% cree que no existe riesgo de contagio cuando un portador de VIH/SIDA utiliza el mismo baño público y restaurantes mientras que 38.46% cree que no existe riesgo de contagio si utiliza la misma inyectadora y un 7.69% cree que no existe riesgo de contagio si utilizan la misma rasuradora.

Cuadro 4

Actitud del personal de Enfermería en cuanto a la atención de pacientes que vive con VIH/SIDA en la Unidad de Agudo del Hospital Central Universitario” Dr. Antonio María Pineda”, Barquisimeto Edo- Lara.

	Obliga do atender	Al brindar atención	Secreto profesional	Aspecto y apariencia	Solicitar la prueba de VIH	Identific ados como	Inclinaci ón sexual
Positivo	50,00%	58,00%	35,00%	23,00%	61,00%	69,00%	92,00%
Negativo	38,00%	34,00%	61,00%	42,00%	35,00%	8,00%	4,00%
Indiferente	12,00%	8,00%	4,00%	35,00%	4,00%	23,00%	4,00%

Grafico 4



En el grafico 4 se presentan los resultados acerca de la dimensión sobre la Actitud del personal de enfermería en la atención a pacientes que viven con VIH, arrojando que el 55% de la muestra tiene un actitud positiva para la atención de pacientes, mientras que el 33% de la muestra tiene una actitud negativa frente a la atención a pacientes con VIH y el 13% se muestra indiferente ante la atención de dichos pacientes.

Discusión de resultados

Luego de haber analizado los datos obtenidos en la investigación se pudo apreciar que al igual que el estudio realizado por Barahona (2005) y García y Vargas (2009) los profesionales de enfermería presentan poco conocimiento sobre los medios de transmisión, prevención y manejo de pacientes que viven con VIH/SIDA.

En relación a las creencias este factor se contrasta con los resultados obtenidos por Espinosa (2005) ya que se aprecia que sus creencias influyen al momento de brindar los cuidados de enfermería, como profesionales deben tener presente que su opinión o visión sobre un tema debe estar desligada al abordar a un paciente.

Con respecto a el factor actitud los resultados obtenidos se relacionan con la investigación realizada por Barahona (2005) en el cual se evidencia una actitud positiva al momento de atender a un paciente no obstante se puede apreciar un gran porcentaje presenta actitud negativa y de indiferencia al tratar a un paciente con esta condición.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Debido a la importancia del tema y lo expuesto anteriormente se decidió realizar esta investigación cuyo objetivo principal fue determinar los factores que influyen en el personal de enfermería para la atención de pacientes que viven con VHI/SIDA en la unidad de agudo del hospital central universitario “Dr. Antonio María Pineda “ 2012- 2 - 2013-1.

Luego de haber analizado los datos obtenidos en la investigación se pudo apreciar que los factores que influyen en el personal de enfermería son; el conocimiento dio como resultado un nivel de conocimiento bueno según la escala propuesta, debido a que los profesionales de Enfermería tienen apreciación en relación a la definición, causas, mientras que presentan dificultad en los medios de transmisión y manejo de pacientes. Con relación a las creencias se evidencia la influencia positiva, aunque un porcentaje importante todavía presentan algunas creencia que influyen al momento de atender a un paciente y en la actitud aunque en su mayoría fue positiva, persiste una negativa viéndose afectado los principios bioéticos

Finalmente los factores que influyen en el personal de enfermería para la atención de pacientes que viven con VHI/Sida son el conocimiento, las creencias que trae cada personal a su unidad y la actitud, se puede hacer énfasis en lo necesario que es reforzar y actualizar los conocimientos que poseen, y proporcionar información, veras y precisa sobre los puntos que desconocen y que fueron nombrados anteriormente. Ya que quien está de manera constante con el paciente es el personal de enfermería por tal motivo sus conocimientos y trato debe ser los más adecuados,

además de orientar en el proceso de salud y enfermedad y suministrar una atención de calidad digna eficiente, eficaz justa y oportuna.

Recomendaciones

A las autoridades Sanitarias

Solicitar recursos financieros para desarrollo de trabajos de investigación lo cual hace que facilite dar a conocer cuáles son las debilidades del personal de Enfermería para que estén sean reforzadas.

A la coordinadora Docente del Hospital

Diseñar programas educativos (Seminarios, foros, talleres de sensibilización y conocimientos) sobre los avances en el manejo de pacientes que viven VIH/Sida.

A la Jefa de Enfermera

Promover la participación del personal de enfermería a la asistencia a (Seminarios, foros, talleres de sensibilización y conocimientos) sobre los avances en el manejo de pacientes que viven VIH/Sida.

Evaluar constantemente al equipo de salud en relación al manejo de pacientes que viven con VIH/Sida.

Exponer los resultados obtenidos en el estudio a las autoridades competentes jefatura de enfermería, supervisores y coordinadoras para tomar medidas pertinentes en cuanto a las debilidades que presenta el personal y también reforzar los conocimientos y habilidades que ya poseen.

Al personal de enfermería

Garantizar un Atención de calidad y con calidez humana a los pacientes que viven con VIH/Sida bajo los principios éticos y bioéticos de nuestra profesión.

REFERENCIAS

- Arias. E. Fidiás G. (1997) **El proyecto de investigación** (5 a Ed.) Caracas: Venezuela.
- Barahona y otros (2005) **Actitud del personal de enfermería en la atención a pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida [tesis en línea]** Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Consultada el 24 de enero 2013
en:<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TPEWY1535DV4N582006.pdf>
- Bavaresco de Prieto, A. M. (2001) **Proceso Metodológico en la Investigación: Cómo hacer un Diseño de Investigación**. Editorial: Maracaibo Ediluz, VENEZUELA. 4ta Edición. Fecha: 2001
- Castillo Lamotte J.A. (2004) **Infección-Enfermedad por VIH/SIDA** [libro en línea]. Consultado el día 25 de enero 2013 en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm
- Concepción J. A. **Diferentes enfoques de la relación Ciencia y Tecnología**. Universidad de Las Villas. 2004
- Enfermería y cuidado humano** (2009) [blogger en línea]. Disponible en:
<http://consejospracticosemergencia.blogspot.com/2009/04/teoria-del-cuidado-humano-jean-watson.htm>
- Espinosa. (2005) **Titulado Actitud de enfermería en centros de atención a personas con VIH/Sida** [tesis en línea] Santiago de las Vegas- Habana Cuba consultado el 15 de enero de 2013 en:
<http://www.ilustrados.com/tema/9774/Actitud-enfermeria-centros-atencion-personas-Sida.html>
- García de Puertas M. y Vargas E. (2009) **Nivel de conocimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA del Profesional de Enfermería**. [Tesis en línea]. Medicina preventiva y salud pública. Consultada 07 de abril 2013 en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1719/1/Nivel-de-conocimiento-del-Virus-de-Inmunodeficiencia-Humana-y-el-Sindrome-de-Inmunodeficiencia-Adquirida-VIH%7B47%7DSIDA-del-Profesional-de-Enfermeria>.
- Jiménez Burillo, F. **Psicología Social**. UNED, 2 vols. Madrid. 1987.

- Marroquí C. (2011) **Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidado integral a pacientes con VIH/SIDA en fase terminal** [tesis en línea] universidad de san calos Guatemala. Consultada el 25 de enero 2013 en: <http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/Tesis%20Clara%20Luz%20Marroquin.pdf>
- Montesinos Jiménez, G. **El conocimiento y la enfermería** RevMexEnferCardiol2002
- Molero, M. F. «**Las taxonomías de los objetivos y el control de la calidad en la enseñanza**», en VI jornadas Nacionales AFYDE-86 Madrid, AFYDE, 1985.
- ONUSIDA** (2001). [Página web en línea]. Disponible en <http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unaidstrategygoalsby2015/>
- Puchta, H. (2000). **Creación de una cultura de aprendizaje a la que el alumno quiera pertenecer: aplicación de la programación neuro-lingüística en la enseñanza de idiomas**. En J. Arnold (ed.) (2000). La dimensión afectiva en el aprendizaje de idiomas (pp.263-275). Madrid: Cambridge UniversityPress.
- Ramírez A. **HTML** (2010) [base de datos en línea]. Consultada el 18 de enero 2013 en: <http://html.rincondelvago.com/>
- Ramírez, T. (1999). **Como hacer un Proyecto de Investigación**. . Caracas Editorial panapo.
- Ramos, C. (2007). **El pensamiento de los aprendientes en torno a cómo se aprende una lengua: dimensiones individuales y culturales**. Madrid: ASELE-CIDE.
- Rosas A. (2005) **Atención de enfermería en pacientes con VIH/SIDA** [tesis en línea] Universidad Central de Venezuela. Consultada el 15 de enero 2013 en: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/324/1/TESIS%2520BECKER-ROSAS-ZORRILLA%5B1%5D.pdf>
- Vega D. **tipos-de-conocimiento** (2008) [base de datos en línea] consultada en 18 de enero 2013 en <http://danielvn7.wordpress.com/2008/07/09/>

Anexos

ANEXO A
Instrumento



**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL
LISANDRO ALVARADO
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



La información a ser recopilada por este instrumento tiene como objetivo principal: Determinar los factores que influyen en el personal de enfermería relacionado con la motivación en la atención de pacientes con VIH/Sida.

El instrumento consta de tres partes cada una con un total de entre 9 a 8 ítems para un total de 24 ítems. Por favor no deje ninguna pregunta sin responder. Lea con detenimiento cada escala para responder como se le pide.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PARTE I: NIVEL DE CONOCIMIENTO

1_ ¿Cómo valoraría sus conocimientos sobre VIH/Sida?

- A_ () Muy buenos
- B_ () Buenos
- C_ () Escasos
- D_ () Nulos

2_ ¿Qué es el VIH/Sida?

- A_ () Una enfermedad causada por un virus que ataca el sistema inmunológico
- B_ () Es una enfermedad infectocontagiosa causada por bacterias que ataca el sistema inmunológico
- C_ () Una Enfermedad en la que el paciente debe ser aislado por completo
- D_ () Enfermedad gastrointestinal, de fácil control con medicamentos

3_ El VIH/Sida es causado por un

- A_ () Espiroqueta.
- B_ () Vibrión Choleare.
- C_ () Un virus.
- D_ () Una bacteria.

4- EL VIH Se puede transmitir por

- A_ () Abrazar y besar en la mejilla un persona seropositiva
- B_ () Un pinchazo con agujas infectadas con el virus y relaciones sexuales sin protección.
- C_ () Visitar y comer en la misma habitación que un paciente con VIH
- D_ () lavarle los utensilios y la ropa a un paciente

5_ Uno de los medios de transmisión

- A_ () Homosexualidad masculina
- B_ () Homosexualidad femenina
- C_ () Heterosexualidad
- D_ () Semen

6_ La leche materna, la sangre y los fluidos vaginales son:

- A_ () Métodos de transmisión
- B_ () Formas de contagio
- C_ () Medios de transmisión
- D_ () Riesgo de contagio

7_ Entre las medidas de prevención para la atención del paciente VIH/SIDA están

- A_ () Utilización de Guantes, bata, lentes al momento de realizarle algún procedimiento a un paciente con seropositivo.
- B_ () Colocarse mascarillas al hablarle al paciente
- C_ () Utilizar material médico-quirúrgico estéril
- D_ () lavado de manos con jabón antiséptico

8_ Entre las medidas de precaución para el manejo de la sangre contaminada derramada está

- A_ () Colocarle alcohol
- B_ () Agregarle Bethadine
- C_ () Colocarle vinagre
- D_ () Verterle hipoclorito de sodio

9_ Son prácticas universales para el manejo de pacientes potencialmente infectado.

- A_ () Colocarse mascarilla
- B_ () Usar guantes de nitrilo
- C_ () Usar lencería descartable
- D_ () Utilizar bolsas de poliuretano

PARTE II: CREENCIAS

10_ Según su opinión una persona que vive con VIH/SIDA en fase terminal

- A_ () Hay que dejarlo vivir en paz
- B_ () Insistir en que no abandone el tratamiento
- C_ () Ya no vale la pena invertir recursos
- D_ () Que tenga su pareja.

11_ Cree usted que el vivir con VIH/ SIDA es:

- A_ () Un castigo de Dios por haber cometido un pecado
- B_ () Promiscuidad sin protección
- C_ () Transmisión de madre a hijo
- D_ () A y B son correctas

12_ ¿Cree usted que debe aislarse socialmente al enfermo de Sida?

- A_ () Sí, su vida de relación constituye un peligro de transmisión del virus
- B_ () Sí, porque es difícil evitar el uso compartido de utensilios, sanitarios, Toallas, etc.
- C_ () No, porque no hay posibilidad de contagio casual en la vida cotidiana
- D_ () No, porque si son parejas ya hubo contagio.

13_ ¿Cree usted que el VIH es una enfermedad que afecta solamente las trabajadoras sexuales y personas con diversidad sexual?

- A_ () El VIH es una enfermedad que puede afectar a todo quien ha tenido relaciones sexuales
- B_ () Todos estamos en riesgo de contraer el VIH.
- C_ () Sí porque los homosexuales y las trabajadoras sexuales tienen conducta de riesgo.
- D_ () Ninguna de las anteriores.

14_ ¿Si alguien de tu familia viviera con VIH/ Sida, aceptarías?

- A_ () No viviría en la misma casa porque es peligroso
- B_ () Si viviría en la misma casa porque no es peligroso
- C_ () No bebería en el mismo vaso porque me contagio
- D_ () Ni lo abrazaría porque es un riesgo

15_ Tienen los mismos derechos las personas que viven con VIH/sida

- A_ () Si
- B_ () No
- C_ () Puede ser
- D_ () siempre y cuando no nos infecten

16_ ¿El paciente con VIH debe ser tratado con respeto?

- A_ () No, ellos no se lo ganaron
- B_ () Ellos no son de confiar
- C_ () Si, el mismo que todos tenemos.
- D_ () Si solo que deben estar aislados.

17_ No existe riesgo de contagio cuando los portadores del VIH/SIDA utilicen

- A_ () Restaurantes y baños públicos
- B_ () Rasuradora
- C_ () La misma inyectadora
- D_ () Ropa interior

PARTE III: ACTITUD

A continuación se le presenta una escala del 1 al 5 Marque con una X el número que se ajuste a su respuesta, teniendo en cuenta que el 1 es la mayor puntuación y el 5 la menos.

- 5. TA=Totalmente de acuerdo 2. ED=En desacuerdo
- 4. A= De acuerdo 1. TD=Totalmente en desacuerdo
- 3. NN= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

Ítems	REACTIVO	TA 5	A 4	NN 3	ED 2	TD 1
18	Me siento obligado a atender a las personas que viven VIH/SIDA					
19	Al brindar atención de enfermería continua a pacientes con VIH/Sida siento que es muy alto el riesgo contagio					
20	No me importa si es necesario guardar el secreto profesional con un paciente con VIH/SIDA					
21	Yo reconozco a las personas que viven con VIH/Sida por su aspecto o apariencia					
22	A todo paciente atendido en servicios de salud públicos y privados, por reglamento se le debe solicitar la prueba de VIH					
23	Me gustaría atender en el servicio a pacientes que se hayan identificados como portadores de VIH/Sida					
24	No me importa la inclinación sexual de mis pacientes					

ANEXO B
Consentimiento Informado



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL LISANDRO ALVARADO
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. PABLO ACOSTA ORTIZ”
PROGRAMA DE ENFERMERIA
ASIGNATURA: INVESTIGACIÓN DEL CUIDADO HUMANO II



Consentimiento informado.

Estimado(a) _____

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre: **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES VIVEN CON VIH/SIDA EN LA UNIDAD DE AGUDO HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARIA PINEDA” BARQUISIMETO- EDO – LARA PERIODO 2012 -2 2013 -1.** Esta investigación es realizada por: **Cordero Yusmery C.I V-21298081 Daza Yaritzza C.I V-17874699 Dun Diana. C.I V-22329069.**

El objetivo de esta investigación es: Determinar los factores que influyen en el personal de enfermería en la atención de pacientes que viven con VIH/SIDA.

Usted fue seleccionado para participar en esta investigación, Se espera que en este estudio participen aproximadamente 30 enfermeras. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitara llenar un instrumento sobre el conocimiento, creencias y actitud del personal de enfermería para la atención de pacientes que vive con VIH/SIDA. El participar en este estudio le tomara aproximadamente 10 minutos. Gracias por su apoyo.

Riesgos y beneficios

No existen riesgos asociados con este estudio. Los beneficios esperados de esta investigación son; valorar sus conocimientos sobre el área permitiendo fortalecer sus debilidades.

Confidencialidad

Su identidad como participante será protegida pues el instrumento es anónimo. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Solamente tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento las Cordero Yusmery. Daza Yaritza. Dun Diana. Estos datos serán almacenados por un periodo de un año una vez concluya este estudio.

Derechos de garantía de salida

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir copia de este documento. Así mismo tiene derecho de acceder a los resultados, de disfrutar de los beneficios que esta investigación genere. Si tiene alguna pregunta y desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Cordero Yusmery. Daza Yaritza. Dun Diana. Y a los números de teléfonos. 04245687796. De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la coordinadora de la asignatura del cuidado humano II, VIII semestre. Prof.: Milagro Puertas de García. Departamento de enfermería del decanato de ciencia de la salud de la UCLA.

ANEXO C
Validación del instrumento.