00961

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



MAESTRÍA EN ENERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERNERÍA Y OBSTETRICIA

Conocimientos y Actitudes del personal de Enfermería en el Cuidado a Personas con VIH/SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
(CON ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN)

P R E S E N T A

Filiberto Gómez Mejia

Directora de tesis

Mtra. Magdalena Franco Orozco.

M. 348 959

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

México DF. Septiembre del 2005

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



MAESTRÍA EN ENERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERNERÍA Y OBSTETRICIA

Conocimientos y Actitudes del personal de Enfermería en el Cuidado a Personas con VIH/SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
(CON ORIENTACIÓN EN EDUCACIÓN)

P R E S E N T A

Filiberto Gómez Mejia

Directora de tesis

Mtra. Magdalena Franco Orozco.

Comité tutoral

Mtra. Cristina Muggenburg Rodríguez Y Vigil.

Mtra. Guadalupe Rosete Mohedano

México DF. Septiembre del 2005

AGRADECIMIENTOS

Con especial agradecimiento a la DGEP, por la beca recibida durante los estudios de Maestría.

A la coordinación de la Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México por las facilidades brindadas durante los estudios de Maestría.

A las autoridades del Hospital General Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A la Mtra. Magda Franco Orozco por todo el tiempo dedicado a para la culminación de este trabajo.

Al comité tutoral que en todo momento brindó su apoyo incondicional para el desarrollo de este trabajo.

A todos los profesores que participaron durante el desarrollo de los estudios de Maestría.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Silvano Cornejo Mesina

FECHA: 11/10/05

FIRMA:

DEDICATORIA

A mis hijos que durante este proceso demostraron apoyo y comprensión así como el entendimiento a los desvelos y ausencias constantes.

Carolina: por pedirme que siempre luche, que haga lo que a mi más me guste pero sobre todo amor por ser mi fuente de inspiración. Mi niña, espero que esto contribuya aunque sea un poco a que entiendas que nada es imposible. MI DULCE CAROLINA, TE AMO.

Fili: El hombre de la casa, el que todo lo puede, siempre dispuesto a ayudar, si papá, yo voy, si papá, yo lo hago, a ti hijo para que cuando crezcas sepas lo importante que fue para mi el poder contar contigo, TE AMO FILI.

Neil: El bebé de la casa, latoso incasable, cuando más cansado podía estar el ver tus ojotes me hacia sonreír, y tu gran frase, mi papá máximo, la cual siempre he llevado conmigo. TE AMO NEIL.

Y a LA MUJER que me dio estos tres tesoros, siempre te recuerdo con mucho amor, sabes que sin tu apoyo esto no hubiera sido posible, y gracias a tu paciencia y espera para mi realización personal, gracias Angélica, TE AMO.

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue describir el nivel de conocimientos y actitudes de enfermería en el cuidado au personas con VIH/SIDA. Mediante un estudio descriptivo/transversal en el que se contó con la participación de 72 enfermeras del Hospital General Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se usaron dos escalas, una de conocimientos, que arrojó un alpha de .7112, y otra de actitudes validada y aplicada en España por Tomas (1999), la cual mostró un alpha de .7867. Dichas escalas tienen el enfoque teórico humanista de Jean Watson sobre el "human caring", en el que se desarrolla el constructo "desarrollo de una relación de ayuda-confianza", el cual se operacionalizó mediante dos escalas una de conocimientos y otra de actitudes.

Para la escala de conocimientos se asignaron tres valores; bueno, regular y deficiente, y para la de actitudes se tomaron en cuenta cuatro dimensiones; empatia, prejuicios, rechazo y miedo, mediante una escala tipo Likert.

Los conocimientos se evaluaron en dos líneas; conocimientos generales y conocimientos sobre precauciones universales contra el VIH/SIDA.

En los conocimientos generales se obtuvo una calificación de "bueno", en tanto que para conocimientos sobre precauciones universales fue de "regular".

En la escala de actitudes, se encontró una inclinación hacia la empatia, en el cuidado a personas con VIH/SIDA. Así mismo se encontró una significancia estadística entre conocimientos de medidas de precauciones universales y actitudes con una (p)= .065.

Con esto podemos entender que si bien el nivel de conocimientos generales es aceptable, no así en cuanto a precauciones universales, lo que

supone un posible factor de riesgo en el personal de enfermería, siendo estas una herramienta en la práctica del cuidado a personas con VIH/SIDA.

En las actitudes encontramos una "regular" aceptación hacia el cuidado a personas con esta enfermedad, lo que supone una mejor práctica del cuidado en este sentido.

ÍNDICE

I	Introducción	1
II	Justificación	3
III	Planteamiento del problema	5
IV	Objetivos	5
V	Contextualización del problema	6
	5.1 Antecedentes	11
	5.2 Enfoque teórico	20
	5.3 Marco conceptual	32
VI	Metodología	35
	6.1 Universo	35
	6.2 Unidades de observación	35
	6.3 Tipo de muestreo	35
	6.4 Variables	35
	6.5 Operacionalización de variables	36
	6.6 Procedimientos en la recolección de datos	37
	6.7 Plan estadístico	40
VII	Aspectos organizativos de la investigación (Cronograma)	41
	7.1 Recursos humanos	42
	7.2 Recursos materiales	42
VIII	Aspectos éticos	43
IX	Limitaciones del estudio	45
X	Descripción de resultados	46
	10.1 Descripción de la población	46
	10.2 Hallazgos	47
XI	Discusión	55
XII	Conclusiones	63
XIII	Sugerencias	65
XIV	Referencias bibliográficas	66
XV	Anexos (instrumento)	69

I. INTRODUCCIÓN

Las estadísticas sobre el avance del VIH/SIDA, reportan que existen más de 40 millones de personas que viven con SIDA en el mundo, son hasta ahora alarmantes (ONUSIDA 2004). En amplias zonas del mundo la pandemia sigue creciendo con un aumento de casos cercano al 20% anual, lo que supone en términos generales una duplicación de casos cada cinco años. La educación, parte importante en la prevención y control de la pandemia, puede ser la clave para frenarla, aunque es importante mencionar, que las actitudes, usos, hábitos y costumbres son aspectos difíciles de modificar, más si van ligadas al ámbito sexual.

La sexualidad sigue siendo, a pesar de los innegables avances de los últimos tiempos en el sentido de una mayor liberalización y educación más responsable, un tema por demás difícil de concientizar. Además, el binomio SEXO-SIDA implica tres posibles marcos (en muchos casos íntimamente, relacionados): prostitución, homosexualidad y promiscuidad.

El VIH/SIDA, además de ser un problema de salud pública se convierte en un problema social y económico de difícil manejo para el personal de salud que no cuente con los conocimientos para atender a los enfermos que requieran de sus cuidados.

Por tal razón, conocer cuáles son los conocimientos que enfermería posee en cuanto al cuidado que brinda al enfermo de VIH/SIDA, nos permitirá a corto plazo crear programas de capacitación en busca de mejorar la calidad en el cuidado a las personas que padezca esta enfermedad.

Sin duda, la intervención de enfermería es determinante en la atención que a estas personas se brinda, la cual deberá ser de calidad humana, técnica y de conocimientos, entendiendo que el cuidado que a ellos se brinde será determinante para el bienestar de estas personas.

En este punto será importante aclarar que la población a estudiar es el personal de enfermería, por lo que debemos entender, que además de ser personas adultas, cuentan con una formación académica, lo cual en muchos casos es determinante en el cambio de actitudes o en la disponibilidad que se tenga en aprender o adoptar nuevos conocimientos en cuanto al cuidado, situación que se estudiará en este proyecto.

El presente trabajo consta de ocho apartados en los cuales se presenta, una justificación del proyecto, el planteamiento del problema, los objetivos del estudio los cuales tienen que ver con el conocimiento y actitudes de enfermería en relación al cuidado que se da a las personas con VIH/SIDA en el Hospital Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); posteriormente se trata el contexto del problema, así como los datos estadísticos que de ahí se desprenden.

El enfoque teórico que dio sustento a este estudio, fue la filosofía y ciencia del cuidado humano de J.Watson, concepto en el que basa su propuesta y de la cual se desprenden diez factores cuidativos/asistenciales, uno de ellos es el de ayuda-confianza, el cual incluye elementos cognitivos y de respuesta conductual, que serán relacionados con las actitudes y conocimientos del personal de enfermería en la asistencia de la persona con VIH/SIDA.

En el capítulo de la metodología se trata el diseño, la muestra, las variables y su definición, los procedimientos para la recolección de los datos así como los aspectos estadísticos.

En el capítulo séptimo, se desglosan los aspectos organizacionales y por último la factibilidad del estudio, así como las consideraciones éticas, referencias y anexos.

En el octavo capítulo se desprenden resultados y discusión de los mismos así como las conclusiones y sugerencias derivadas de los hallazgos en el proyecto de investigación.

II. JUSTIFICACIÓN

Destacar la importancia que tiene el personal de enfermería en el área de prevención, en contra del VIH, es importante, así como, identificar el grado de conocimiento, actitudes y factores de riesgo que el personal que labora en el área hospitalaria tiene y desde luego, saber si existen diferencias en cuanto al grado de conocimientos que enfermería tiene y cómo esto deriva en el cuidado que se brinda a estas personas.

El cuidado es, según los teóricos como Leininger y Watson, el quehacer enfermero y del cual dependen una serie de factores que finalmente intervienen en el estado de salud de los enfermos, así mismo en la percepción que ellos mismos tienen de su enfermedad y de su entorno.

La enfermería como disciplina científica, está orientada según el enfoque paradigmático a brindar un cuidado integral, tomando en cuenta no soló la enfermedad sino el entorno y demás aspectos que según la práctica avanzada de enfermería demanda la atención de los individuos.

Un caso especial son las personas con VIH/SIDA, quienes cursan por un sinfín de complicaciones fisiológicas y psicosociales que las hacen aun más vulnerables por lo que enfermería debe hacer frente a estos retos, no sólo con el conocimiento sobre la enfermedad, sino con la actitud, que representa un trato y cuidado humano, sin anteponer ningún tipo de prejuicios, fobias, o miedos que pudiesen intervenir en el cuidado que se brinda a las personas con esta enfermedad.

Por tanto, es importante reconocer la situación que se presenta en estos momentos, para la implementación de nuevos métodos de enseñanza que pudieran transformar la práctica de enfermería con un alto sentido ético y humanístico.

Estudios previos nos demuestran que enfermería tiene un conocimiento aceptable sobre el problema, pero entonces nos preguntamos ¿en dónde se

ubica el problema del tipo de atención o cuidados que se brinda a las personas infectados por el VIH/SIDA?

En busca de un mejor otorgamiento del cuidado a estas personas, es que surge la necesidad de investigar las causas que pudiesen estar interviniendo en la práctica de enfermería, para otorgar cuidados de calidad a este tipo de personas. Una de las mayores demandas que exigen las personas con VIH/SIDA, es una atención de calidad, humana, digna y sin prejuicios de parte del personal de salud y en este caso en particular del personal de enfermería.

Sabemos que el cambiar o transformar la práctica es un reto difícil, pero es necesario en la búsqueda de un bienestar y respeto a estas personas y el poder proponer este cambio a la práctica podría ser el principio de un beneficio a la relación enfermera-persona-sociedad.

Las estadísticas de ésta enfermedad a nivel nacional, ubican al IMSS como la segunda Institución en México, en casos diagnosticados desde 1983 al año 2004, lo que nos impulsó a llevar a cabo este estudio, en busca de un panorama general de la situación que enfermería guarda en la implementación del cuidado a personas con VIH/SIDA.

Además es importante mencionar que el Hospital Gabriel Mancera, ocupa el primer lugar en incidencia y notificaciones de ésta enfermedad dentro del IMSS.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes del personal de enfermería en el cuidado de la persona con VIH/SIDA en el Hospital Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)?

IV. OBJETIVOS

Generales.

1.- Determinar cuál es el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA

2.- Describir cuáles son las actitudes del personal de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA

Específico.

1.- Determinar la relación entre conocimientos y actitudes del personal de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA

V. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

La epidemia del VIH/SIDA es un problema de salud pública en el mundo y debido a la gran variedad de matices que existen alrededor de ésta, aún no se ha podido encontrar la manera de hacer conciencia en la gente sobre la problemática que esta enfermedad representa, basta con revisar los casos que a la fecha se estiman: hasta diciembre del 2004 existían poco más de 40 millones de personas viviendo con esta enfermedad, en todo el mundo, de los cuales casi 3 millones son menores de 15 años, hasta ese año se habían registrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 3 millones de muertes por esta enfermedad y medio millón de estas se registraron en niños menores de 15 años.

Las estadísticas reportan que el problema tiende a incrementarse en poblaciones jóvenes, del total de personas con VIH, el 95% vive en países en desarrollo.

De acuerdo con el último reporte sobre la salud mundial, elaborado por la (OMS), el SIDA es responsable del 5.2% de las muertes que ocurren en todo el mundo constituyendo la cuarta causa de defunción. El gran impacto de la mortalidad ha provocado en algunas regiones el descenso en la expectativa de vida sobretodo en regiones de África[1] .

De los cuarenta millones de infectados casi 30 millones están en África, en todo Europa son casi 2.5 millones, en Asia 5 millones de personas, en América del norte poco más de un millón de casos, en América latina casi 2 millones de casos.

Esto nos da un panorama muy amplio de los estragos que esta enfermedad esta causando a nivel mundial.

Durante el 2004, se registraron 14,500 casos nuevos diariamente, de los cuales 2000 se registraron en niños menores de 15 años, de los 12,450 casos

nuevos en adultos cerca del 50% son mujeres y aproximadamente el 50% oscilan en edades de entre 15 a 24 años de edad.

Según estimaciones, para fines del año 2004, casi 3 millones de niños vivirían con SIDA, así como cerca de 810,000 nuevas infecciones por VIH/SIDA y entre 500,000 y 580,000 defunciones por esta enfermedad [2].

En el contexto mundial, México ocupa el lugar 77 por incidencia de la enfermedad y el número 28 por personas infectadas.

En nuestro país, desde el inicio de la epidemia hasta el primero de noviembre del 2003, se han registrado de manera acumulada 71526 casos de SIDA. Se calcula que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH en el grupo de 15-49 años de edad.

El primer caso de SIDA en nuestro país fue diagnosticado en 1983, aunque de acuerdo con análisis retrospectivos y otras técnicas en salud pública, el inicio de la epidemia del VIH puede bien ubicarse en 1981. Después de un crecimiento lento en los primeros años; la epidemia registró un crecimiento exponencial en la segunda mitad de los años ochenta; al inicio de la década de los noventas este crecimiento se amortiguó, mostrando una desaceleración a partir de 1994 [3].

El SIDA afecta principalmente a la población en edad productiva, en ambos sexos, el 79.1% se encuentra en el grupo de 15-44 años, teniendo esto graves repercusiones en el bienestar económico de miles de familias.

El 84.8% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.2% a mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 6 a 1, sin embargo en algunas entidades se puede dar de 3 a 1 y en algunos otros estados de 9 a 1.

La transmisión sexual ha sido la causante del 89.7% de los casos acumulados de SIDA en México, el 8% se origina por vía sanguínea; la

transmisión perinatal representa el 1.8% del total de los casos; y la categoría combinada de hombres que tienen sexo con otros hombres y usuarios de drogas inyectables (HSH/UDI) ocupan el 0.5%.

Dentro de las formas de contagio más frecuentes se encuentran la sexual, sanguínea y perinatal. En México el contagio más frecuente se encuentra en las relaciones homosexuales, hombres teniendo sexo con hombres (HSH), con un peso aproximado del 57.7%, mientras que los casos con relaciones heterosexuales son representadas por un 42.3%.

En México desde 1986 existen disposiciones legales que prohíben la comercialización de sangre y que obligan de igual manera a que toda la sangre transfundida sea analizada previamente con lo que se ha logrado disminuir la incidencia del contagio por esta vía durante el periodo de 1984-2000 de 14.57% a 0.09%. En este mismo rubro, el 72% corresponde a transfusión sanguínea, el 11% están asociados con donadores, el 8.4 asociados con drogas inyectables, este mismo porcentaje se asocia a personas con hemofilia, y el 0.2% a la categoría de exposición ocupacional, en donde se encuentran las personas del sector salud que trabajan en el cuidado de personas con VIH/SIDA

En México la transmisión perinatal constituye la principal vía de contagio del VIH/SIDA en menores de 15 años, siete de cada 10 casos se deben a esta forma de contagio[3].

Por otro lado, los casos acumulados por entidad federativa señalan al Distrito Federal como la ciudad con más casos, seguida del Estado de México, Jalisco, Veracruz, Puebla y Baja California entre los de mayor relevancia por su incidencia en VIH/SIDA. Cabe mencionar que en cuanto a la mortalidad por esta enfermedad en el año 2002 el comportamiento de los números es muy similar al de los casos acumulados ocupando así los mismos lugares en la importancia de incidencia.

Con la introducción de los antirretrovirales (ARV), las cifras de mortalidad en nuestro país al igual que en el mundo han disminuido. Por ejemplo, la tasa de mortalidad en personas de 25 a 34 años que creció de 5.7 (1988) a 20.5 (1996) por 100 mil habitantes, empezó a disminuir en 1997 hasta alcanzar, según cifras preliminares, una reducción al 16.0 en el año 2001.

Esta disminución en la mortalidad esta asociada con el crecimiento en la cobertura del tratamiento antirretroviral (ARV): en 1977, únicamente las instituciones de seguridad social (IMMS e ISSSTE) proporcionaban estos medicamentos, alcanzando solo una cobertura del 54% de las personas con SIDA en todo el país. En 1978, un año después, la Secretaria de Salud inicio la cobertura a la población no asegurada, ofreciendo tratamiento ARV gratuito a todos los menores de 18 años y a todas las mujeres embarazadas. En 1999 la cobertura se extendió a varones adultos no asegurados.

Esta tendencia continuo creciendo de tal manera que se estimó que para fines del 2002, el 93% de las personas con SIDA registradas vivas estarían recibiendo tratamiento antirretroviral gratuito por parte de las Instituciones del Sector Salud, incrementando con ello de manera significativa su calidad de vida.

La Secretaria de Salud describe los casos nuevos y acumulados de SIDA según institución notificante: la Secretaria de Salud, que abarca a la población abierta que no tiene seguridad social (hospitales de gobierno), reporta 998 casos diagnosticados en el año 2000, lo que representa un 63.4% y en casos acumulados de 1983 al 2002, un total de 33451, esto significa un 49.1%; El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reporta 383 casos diagnosticados, con un 24.3% y un acumulado al 2002, de 23793 casos, lo que representa un 34.9%, por otra parte el (ISSSTE), reporta en el año 2003, un total de 151 casos diagnosticados, lo que representa un 9.6% y acumulados al 2003, la suma de 5289, representando un 7.8%, así mismo se reportan otras instituciones de gobierno como descentralizadas como (Pemex, Marina, Sedena etc.), con un total de 42 casos diagnosticados en el año 2003, con un 2.7 y casos acumulados al 2003, reportan 5612, con un 8.2%, existen otras

instituciones como organizaciones de sociedad civil y hospitales privados quienes no reportan sus estadísticas en este informe. Es de tomarse en cuenta el sobreregistro de casos, situación que en un futuro inmediato, reportará un incremento notable de casos acumulados [3].

Las estadísticas muestran al IMSS, como la segunda Institución con el mayor número de casos en México, situación que resalta la importancia de los trabajos de investigación relacionados con el VIH/SIDA en la Institución mencionada [3].

El Centro de Control de Enfermedades (CDC), esto en EEUU, publicó una serie de recomendaciones para los trabajadores de la salud que tuvieron exposiciones con fluidos corporales, cualesquiera que hayan sido, "The Public Healt Service Guidelines for the Management of Helth-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophilaxis" [4].

Desde luego, se citan recomendaciones precautorias y de profilaxis una vez que ha ocurrido la exposición a estos fluidos, así como la importancia de conocer el manejo de estas personas. La CDC llevó a cabo un estudio manera retrospectivo desde 1990 hasta 1997, en donde los riesgos de tener accidentes por contacto con fluidos decrecieron debido al conocimiento de esta enfermedad así como su tratamiento, esto ha evolucionado a la par, permitiendo con ello poder aprender en ocasiones de los propios errores y de las necesidades que surgen de la atención a estas personas

5.1 ANTECEDENTES.

En diversas partes del mundo, el personal de enfermería se ha interesado por estudiar las actitudes y conocimientos en relación al cuidado a personas con VIH/SIDA, testimonio de ello son los siguientes estudios encontrados tras una revisión bibliográfica al respecto, es importante tomar en cuenta que cada uno ha sido realizado en diferentes contextos, tanto de tiempo como espacio, dando una clara idea de lo que hasta hoy se ha investigado.

En África del Sur se realizó un estudio con la intención de conocer cuál es la actitud de los estudiantes de enfermería hacia la atención de personas con VIH/SIDA y su derecho de no brindar el cuidado a las personas con esta enfermedad.

Se examinó a los estudiantes de enfermería y a sus instructores, se entrevisto a 162 estudiantes y a 16 profesores. El resultado de este estudio indicó una relación significativa entre el conocimiento ético, el clínico y la percepción de la protección a los derechos de este tipo de personas. Lo cuál demostró actitudes negativas hacia el derecho que los estudiantes reclamaron de no atender a personas con esta enfermedad. Tal vez derivado de la gran cantidad de personas con SIDA que hay en este país y el elevado índice de enfermos que seguramente se encuentran en los hospitales[5].

En Tamatave Madagascar, se realizó otro estudio sobre las actitudes y conocimiento del personal de salud (incluido enfermería), en las prácticas del cuidado a personas con VIH/SIDA, en los centros comunitarios de salud y en el hospital de Tamatave; en este estudio se utilizó un cuestionario autoaplicable. La muestra incluyó a enfermería, médicos, personal de limpieza y auxiliares de enfermería. Algunos resultados relevantes mostraron que al preguntar sobre si es posible contagiarse del SIDA, tras vivir junto con alguien infectado sin tener sexo el 7% contestó afirmativamente, tras alimentar a un bebé infectado por el VIH con el seno materno contestaron positivamente con el 9%, al preguntar si se podía infectar alguien al usar una toalla de baño tras haber sido usada por una persona con SIDA el 13% contestó que es posible, al

preguntar sobre si es posible contagiarse del SIDA tras la donación de sangre, el 76% contestaron afirmativamente, el 79% de los entrevistados mencionan estar en riesgo de accidentes laborales por los cuales se pueden infectar con el VIH. De igual forma se observaron miedos y dudas sobre cuales eran las condiciones en que se debe trabajar en relación al cuidado de personas con VIH/SIDA [6].

Por otra parte Vázquez y cols. En el año 2001, en España, realizaron otro estudio en el que se midió el grado de ansiedad en el personal de enfermería al ofrecer el cuidado a personas con VIH/SIDA. Los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario anónimo, de autoaplicación y distribuido a 222 enfermeras. El rasgo de actitudes negativas hacia el cuidado a personas con VIH/SIDA, fue el resultado que más resalto en esta investigación, el grado de ansiedad estuvo ligado a las actitudes negativas. Los autores concluyeron que es necesario la actualización de enfermería en diferentes aspectos de esta enfermedad, incluyendo desde luego el manejo de la ansiedad en el cuidado a las personas con VIH/SIDA[7].

En España se realizó un estudio sobre actitudes y conocimientos de enfermería frente al SIDA. Fue un análisis de 1991 al 2001. Así, en 1991 se realizó una encuesta a 107 enfermeras del Hospital de Alicante para conocer su grado de información y actitud frente a los enfermos de SIDA resaltando que poseían una deficiente información y conocimientos respecto a las probabilidades de contagio ocupacional, mecanismos de transmisión y medidas de prevención así mismo, referían actitudes negativas en cuanto a que estos enfermos debían ser atendidos en áreas específicas, pedirían el cambio de unidad si hubieran de atenderlos frecuentemente y no consideraban pertinente que un enfermero(a) que fuera portador trabajase en el hospital.

Al cabo de una década, en una encuesta realizada en 2001 a 96 enfermeras, se observó un gran aumento del grado de información y conocimientos, sobre todo en los más jóvenes (menores de 30 años), posiblemente debido a los planes de estudios y a los programas de formación, pero ello no ha influido, en mejorar la actitud. Por ello se pensó que la

formación no debería limitarse a aumentar los conocimientos generales, sino que también debería potenciarse la enseñanza de aspectos psicosociales y de cursos que facilitasen cambios de comportamientos en los profesionales enfermeros [8].

En estados Unidos , the Journal of School Health, estudió a 141 maestros de preparatoria en Massachusetts, quienes respondieron una escala sobre conocimientos y actitudes relacionadas con el VIH/SIDA, en cuanto al conocimiento se encontró que el 59% de los entrevistados respondió correctamente, maestros relacionados con el área de la salud, respondieron correctamente en un 78%, en comparación con maestros de otras disciplinas quienes obtuvieron del 55 al 59%, en cuanto al nivel de conocimientos. El estudio demostró que los profesores relacionados con las áreas de la salud poseen un mejor conocimiento que los profesores de otras disciplinas. En cuanto a las actitudes que tienen los profesores hacia el SIDA se encontró una actitud positiva hacia la enseñanza para sus alumnos sobre esta enfermedad así como una actitud positiva hacia las personas con VIH/SIDA. Finalmente los autores recomendaron que los profesores entrevistados deberán en un futuro recibir mayor entrenamiento sobre los conocimientos y actitudes en relación a la educación que impartan en sus escuelas preparatorias[9].

En España, Zuazo y cols. realizaron un estudio descriptivo/transversal sobre las actitudes de los trabajadores de la salud en donde se incluyen a las enfermeras. El universo correspondió a 496 trabajadores profesionales y no profesionales. La muestra fue de tipo intencionada quedó constituida por 58 trabajadores de la salud.

Para obtener la información, los autores revalidaron y aplicaron una escala de actitudes diseñada por Stewart, V & Castellano, A (2001), validada con un índice de alpha de Cronbach de 0,68; se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,738, lo que reafirma la confiabilidad intera del instrumento. Los resultados encontrados muestran una actitud indiferente de los trabajadores de la salud hacia las personas con SIDA, se muestra una actitud indiferente de quien ha dado el cuidado a estas personas del 22.8% y una actitud positiva del 21.15%,

lo que según los autores plantean un gran desafío para enfermería en relación a la educación para lograr un cambio de actitud, llegando de esta manera a una atención humanizada para las personas con VIH/SIDA[10].

Otro estudio en España de Rodríguez y cols. Acerca de precauciones universales en enfermería, profesionales sanitarios y personas hospitalizadas, en el que se evaluó la influencia del nivel de conocimientos sobre precauciones universales de las enfermeras que atienden a personas con SIDA y la actitud que asumen ante esta problemática de Salud Pública. Se aplicó a 40 enfermeras una encuesta con 67 preguntas, diseñada para las áreas de conocimientos y actitudes para dichos procedimientos preventivos.

Para la variable de conocimientos, se establecieron cuatro categorías de evaluación: adecuado, suficiente, inadecuado y deficiente, para las variables procedimientos preventivos se utilizó una escalas de tres opciones: siempre, ocasionalmente y nunca. Se correlacionaron con datos sociodemográficos; nivel de escolaridad, años de servicio, personas atendidas con SIDA y cursos de actualización. Los hallazgos mostraron que el nivel de conocimientos fue adecuado en el 35%, suficiente con un 45% para el inadecuado el 12% y deficiente con el 10%; en procedimientos preventivos de precauciones universales el 79% los realizaba siempre, el 15% ocasionalmente y el 6% nunca. Existe una correlación directa entre el nivel de conocimientos y los procedimientos preventivos. En el renglón de actitudes se observó temor y poca comunicación, sin embargo hay discreción y confidencialidad sobre el diagnóstico[11].

En Canadá, realizaron un estudio sobre el rol de enfermería en el cuidado de personas con SIDA y la asistencia en la eutanasia en estas personas, un porcentaje considerable de las enfermeras entrevistadas estuvieron de acuerdo en la asistencia de la eutanasia pero consideran que se debe legislar sobre este tema debido a la gran importancia que para el sector salud de ese país representa esta enfermedad. Las actitudes hacia esta posibilidad parecen girar en torno a un mejor cuidado a estas personas y el apoyo de enfermería a la asistencia durante la eutanasia[12].

En Australia, en 1998, McCann TV, realizó un estudio acerca de las actitudes y conocimientos de enfermería en el cuidado a personas con VIH. Esto en The University of Newcastle, Callaghan y New South Wales. La evaluación del conocimiento fue derivada de una intervención educativa en el cuidado a personas con VIH/SIDA, para la calificación de conocimientos y actitudes de enfermería a estas personas se llevó a cabo un pre y post test durante la intervención educativa, se observó que tanto el conocimiento y las actitudes parecen tener un mejor resultado en el pre test, derivado de un mayor conocimiento en el cuidado de estas personas, aunque uno de los mayores temores es el contagio que el personal de enfermería pudiese contraer durante el contacto con estas personas. Algo importante es que una vez que se realizó la intervención el personal entrevistado esta conciente de la importancia que tiene el tomar una mejor instrucción en cuanto al manejo de las precauciones universales, así como el interés de los entrevistado en la realización de protocolos de enfermería que deriven del cuidado integral[13].

En Calcuta, en 1998, DattaC y cols. Realizaron un estudio sobre los conocimientos y actitudes de las enfermeras en la atención a personas con VIH/SIDA. Se entrevistó a setenta y cinco enfermeras mediante dos escalas diferentes una para conocimientos y otra para las actitudes. En el conocimiento se tomó en cuenta el aspecto de los mecanismos de transmisión, las medidas preventivas y las actitudes se evaluaron de acuerdo al cuidado que enfermería otorga a estas personas. Se encontró un nivel de conocimientos satisfactorio con una media del 74.3%, pero en cuanto a las medidas de prevención el porcentaje efectivo tuvo una media de 33% ; además de que el 24% de los entrevistados tuvo actitudes negativas hacia el cuidado tales como rechazo y miedo al contacto cercano. El conocimiento y las actitudes de estas enfermeras tuvieron una correlación positiva de (r=.32). Se observó que el conocimiento en ocasiones se ve influenciado por el miedo que las enfermeras pueden presentar en el contacto con estas personas[14].

Franco en 1997,en México estudió el miedo de las enfermeras al cuidar a niños con VIH/SIDA en el Hospital Infantil Federico Gómez, para lo que usó la escala elaborada por Buton y cols, con una confiabilidad Alfa de Cronbach de

.80, en donde se encontró que de los 329 sujetos que se encuestaron, el 53.2% estuvo totalmente en desacuerdo acerca de que esta enfermedad sea un problema de salud pública menor ; el 37.1% esta totalmente de acuerdo en tener miedo de contraer SIDA y el 28.6% esta totalmente de acuerdo en que el SIDA puede convertirse en una epidemia grave.

Otro dato interesante en esta tesis fue, al preguntar en qué situaciones se negaría enfermería a cuidar a un niño con SIDA, el 49.24% manifestó que lo haría si estuviera embarazada; un 19.76% que no se negaría a cuidar a los niños con esta enfermedad y porcentajes similares contestaron que se negarían al cuidado si estuvieran cansados o de mal humor[15].

En México, en el IMSS, (Peralta, 1997) realizó un estudio descriptivo/transversal sobre los conocimientos de la enfermera en el manejo de personas con VIH/SIDA, en el Hospital General Regional No. 72. Se aplicaron 86 cuestionarios y al evaluar el nivel de conocimientos con una escala porcentual se encontró que en un 43% el conocimiento fue aceptable y el 57% no aceptable.

Al relacionar el nivel de conocimientos con la escolaridad, se encontró que a mayor escolaridad, mejor fue el nivel de conocimientos.

Por otra parte, la mayoría de los participantes refirió no haber tomado cursos monográficos sobre temas generales ni específicos relacionados con el VIH/SIDA y la capacitación recibida en el servicio es escasa. Uno de los reactivos exploró la autoevaluación sobre sus conocimientos en el tema y encontraron que 57% refirió no tener los conocimientos necesarios para el cuidado de personas con esta enfermedad[16].

En Inglaterra Steele A, en 1995, realizó un estudio sobre el conocimiento y creencias de las enfermeras sobre el SIDA, en tres hospitales Robinson, Ballymoney y Northern Ireland.

Se investigó en las enfermeras; las creencias, conocimientos y percepciones que estas tienen acerca del riesgo de contagio durante el cuidado hacia estas personas. El estudio tuvo una muestra de 42 enfermeras.

Los resultados mostraron que una gran parte de las enfermeras entrevistadas tienen creencias equivocadas así como un inadecuado conocimiento acerca del riesgo de contagio durante las tareas de cuidado en una persona con VIH/SIDA. Muchas de estas enfermeras admitieron tener debilidades en cuanto al conocimiento sobre el SIDA por lo que sus creencias se vieron afectadas al respecto[17].

En España, Escobar y cols. Realizaron un estudio comparativo sobre las actitudes de los profesionales de enfermería ante personas con VIH/SIDA, fue de tipo transversal, entre enfermeras que han trabajado con personas enfermas de SIDA y otro con quienes no han tenido esta experiencia. Se utilizó una escala Likert validada. La población que se estudió fueron 120 enfermeras, 40 enfermeras que trabajan o han trabajado con personas con SIDA, (grupo I), 40 enfermeras que no han trabajado nunca con personas con SIDA (grupo II) y 40 estudiantes del tercer año de la escuela Universitaria de enfermería de Caceres (grupo III). Los resultados más relevantes indicaron que las enfermeras el grupo I y los estudiantes del grupo III, demuestran una actitud más positiva ante los cuidados a las personas con SIDA, que las enfermeras del grupo II. En la puntuación del cuestionario, al comparar las medianas, se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo I y el grupo II ($p=0.0073$) y entre los grupos II y III ($p=0.0001$), no así entre los grupos I y III ($p=1.00$). Los autores deducen que el contacto laboral se relaciona con una actitud favorable de los profesionales hacia las personas con SIDA, se diseño un plan de formación sobre esta enfermedad, debido a la facilidad de que cualquier profesional de enfermería tenga que relacionarse con personas de SIDA[18].

En México Maupome y cols. Realizaron un estudio sobre las actitudes y costumbres para el control de la infección por Hepatitis y VIH/SIDA en estudiantes de odontología, aplicaron un cuestionario a 262 estudiantes del

último año de la carrera, los datos se analizaron con la prueba t de Student y reportarcon análisis de varianza (prueba de Scheffe). Los resultados mostraron una respuesta conflictiva en muchos estudiantes, en tanto el 83% de los entrevistados pensaron tener un compromiso moral de atender a personas con VIH/SIDA, el 78% pensó que la atención a estas personas deriva de un compromiso personal, pero pocos de los entrevistados mostraron una actitud positiva a estas personas. Solo el 5% de los entrevistados había tenido la experiencia de haber atendido a este tipo de personas, en tanto el 24% de ellos había atendido a personas de alto riesgo.

Aparentemente, los estudiantes usaban barreras adecuadas de control de infecciones como guantes, cubre bocas y lentes en el ámbito clínico, pero solo el 15% se había vacunado contra el virus de la hepatitis B (VHB)[19].

Un estudio transversal en la región de Terragota realizado por Roviera Vaciana (1993), midió el comportamiento y la actitud de los profesionales de enfermería hospitalaria ante las personas de VIH positivos, con una muestra de 403 enfermeras. Los hallazgos arrojaron los siguientes resultados, el 89.7% de los entrevistados declararon haber tenido algún contacto profesional con personas VIH positivos. El 35.9% de los encuestados se habían realizado alguna vez serologia para VIH. En este sentido, el 12.1% de los encuestados declararon preferir la absoluta intimidad y confidencialidad de los resultados serológicos, mientras que el 72.1% preferían que los resultados positivos no fueran confidenciales, el 15.2% para desmitificar el tema y el 56.9% para evitar riesgos de contagio.

El 70.2% de los encuestados declararon que si pudieran elegir, desearian no tener contacto profesional con personas VIH positivas, mientras que solo el 1.4% elegirían trabajar con estas personas y al 28% restante le seria indiferente.

Finalmente solo el 7% de los encuestados declaró que la comunicación profesional de enfermería-persona VIH positivo era por que con otras personas y únicamente el 2.1% creen que los cuidados de enfermería que se les presta a

las personas de VIH positivos son cualitativamente peores que los que reciben otras personas[20].

Según los autores, habría que determinar si existen perjuicios y creencias entre los profesionales de enfermería en relación a las personas VIH positivos, por lo que seria deseable implementar medias educativas y de formación continúa en este sentido.

5.2 ENFOQUE TEÓRICO

Las actitudes

Algunos autores como Coll (1987), considera a las actitudes, valores y normas como un tipo de contenidos que pueden enseñarse y aprenderse. Sarabia (1992), define a las actitudes como tendencias o disposiciones adquiridas y relativamente duraderas, por las que se evalúa de un modo determinando un objeto, persona, suceso o situación y se actúa en consecuencia con dicha evaluación.

Todos tenemos o adoptamos posiciones ante determinados hechos sociales, hemos aprendido a dar una respuesta personal valorativa o afectiva a los procesos sociales de nuestro entorno. Estas respuestas se conocen como actitudes.

Las actitudes significan la organización de los sentimientos, de las creencias y los valores así como la predisposición de una persona para comportarse de una manera dada. Son un determinante muy importante en la orientación y adaptación del ser humano a su entorno social, dado que la actitud representa el aspecto psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, sentir y emprender de una persona, al mismo tiempo que ordena y da significado a sus experiencias. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto, significan la existencia de una motivación y una actuación para aproximarse, alejarse o evitar el objeto, forman parte e integran la personalidad del sujeto.

La respuesta conductual tiene un origen en los estudios de Pavlov, durante los años 30, él y otros psicólogos estudiaron y experimentaron la forma en que distintos estímulos se podían usar para obtener respuestas. Luego esta terminología fue adaptada por Watson, Guthrie y Skinner, dando así origen a lo que se conoce como la corriente en psicología del conductismo. Uno de los principios de esta corriente, establece que las conductas mal adaptativas son adquiridas a través del aprendizaje y pueden ser modificadas por los principios de este proceso, de hecho hay evidencia empírica de cambios efectivos al

manipular las condiciones de estímulo en el medio o sustituyendo la respuesta conductual. Al cambiar la conducta se reportan cambios en los sentimientos y en las actitudes, o cambios en las actitudes pueden de igual forma reportar cambios en la respuesta conductual [21].

Formación y componentes de las actitudes

Las actitudes no son innatas, se forman o aprenden en relación al estar en contacto con otras personas, grupos, instituciones, objetos, valores o ideologías, son creadas a través de las actitudes de otras personas, el niño (a) a través de la relación con sus padres desarrolla una serie de actitudes que se van formalizando a medida que amplía su campo afectivo/racional a lo largo de su vida social.

Las actitudes se crean, desaparecen, se transforman y forman parte de la historia del individuo de igual manera pueden cambiar en función de las experiencias personales.

Por otra parte las actitudes están organizadas por una estructura que esta formada por componentes: cognoscitivos, afectivos y del comportamiento, estos tres componentes tienden a ser congruentes entre si ya que se refieren y dirigen a un mismo objeto, esta congruencia tiene una mayor incidencia cuando la persona muestra una actitud extrema hacia algo o alguien ya sea positiva o negativa, a continuación se describen cada uno de los componentes de las actitudes:

1. El componente cognoscitivo se refiere a que exista una actitud en relación a un objeto determinado es necesario conocerlo, es decir disponer de una representación cognoscitiva. En ocasiones puede suceder que el conocimiento que se tiene no sea real. Que no se ajuste a las características propias del objeto ni a sus cualidades; sin embargo la intensidad de las actitudes no varia ya que la persona le ha otorgado una carga afectiva a favor o en contra.

2. *El componente afectivo* es el sentimiento o carga afectiva que se deposita ante un determinado objeto, para ello se precisa de una representación cognoscitiva, es decir, se debe conocerlo para investirlo de afectividad. De esta forma ambos componentes están muy vinculados entre sí y tienden a ser coherentes ya que mientras se conoce el objeto mayor carga afectiva se le otorga.

3. *El componente conductual* consiste en la tendencia a actuar o reaccionar comportamentalmente como de un cierto modo con respecto al objeto conocido y afectivo. Sin embargo no siempre este componente sigue una línea congruente con el cognoscitivo y el afectivo. Así, una persona puede tener una actitud fuertemente negativa (componente afectivo) hacia otra que conoce bien y no obstante relacionarse con ella de forma cordial en una situación dada. Ello se debe a que los componentes cognoscitivos y afectivos pertenecen a la esfera privada de la persona mientras que la conducta es pública y está se adapta a la presión social. El comportamiento no se encuentra únicamente determinado por lo que a las personas les gustaría hacer sino también por lo que deben hacer: el comportamiento muchas veces está en función de las normas sociales, las cuales han creado hábitos, costumbres y estereotipos que consolidan una conducta. Existe una compleja red de compromisos sociales que inciden en que la conducta sea en ocasiones incongruente con los procesos cognitivos y afectivos. Asi mismo, factores de personalidad hacen que algunas personas actúen más de acuerdo con los componentes cognitivos/emocionales que otras.

Con respecto a este último punto, se entiende que las actitudes son más amplias que las conductas. En este sentido se pueden llevar a cabo acciones concretas que no respondan a determinadas actitudes, por ejemplo; una persona de color blanca tendrá una actitud negativa ante las personas de color negro, pero las normas sociales le indican un comportamiento de buenos modales ante las personas, sin distinción de raza o color.

Características de las actitudes

Las actitudes son decisivas en la personalidad del individuo se forman a partir de factores internos y externos del ser humano y sirven para equilibrar las disposiciones del funcionamiento interior y del ambiente, se forman y se modifican siguiendo procesos psicológicos que operan en el individuo en función de su persona, de su historia y de la influencia que ejercen en él los grupos sociales con los que se relaciona. El aprendizaje es la base de la formación de actitudes, tienen características y funciones diversas, son relativamente estables (sobre todo las sociales), pueden ser aisladas pero normalmente tienden a organizarse en un sistema de actitudes, lo cual proporciona integridad y coherencia a la personalidad del individuo. Esta organización se extiende hasta llegar al sistema de valores y condicionan otros proceso psicológicos como por ejemplo la formación de juicios sociales, el procesamiento de la información (la percepción, la interpretación de estímulos, la comprensión, la retención , la rememoración), el aprendizaje, la organización del universo cognoscitivo, son factores que facilitan la adaptación al contexto social.

Es importante observar ésta última característica de las actitudes: el condicionamiento, se ha comprobado que las actitudes sirven para ordenar y dotar de significados a aspectos del medio social en el que la persona se mueve, para dirigir su percepción sobre aquello con lo que se relaciona. Eso implica que se pueden escoger estímulos del entorno en función de las actitudes que se tienen (se hace una selección de los mismos), la actitud también se relaciona con la retención de la información y con su recuperación en la memoria. Diversos autores afirman que la información que está de acuerdo con las actitudes propias es más fácil de aprender y de recordar que la información que las contradice. Se recuerda lo que está de acuerdo con la propia representación y se distorsiona la información que no está de acuerdo con las ideas propias.

En el caso de la teoría de J. Watson, se postula que para brindar el cuidado, es condicionante que exista una buena relación de ayuda-confianza de la

enfermera hacia la persona y esto inevitablemente deriva en elementos cognitivos y de respuesta conductual, afirmando que la actitud no puede estar condicionada al ámbito social y separada de la parte cognitiva y afectiva como algunos autores mencionan, por el contrario forman parte de un mismo eje, el cual forma parte del deber ser en la enfermera(o), el "Human Caring"

El cuidado: objeto de estudio en enfermería

Existen diversas teorías en enfermería que pueden demostrar que enfermería posee un cuerpo propio de conocimientos, así como un objeto de estudio, en el cual se basa el quehacer de esta disciplina, el cuidado. El conjunto de esos modelos o teorías constituyen el marco teórico de enfermería, los cuales nos ayudan a analizar, comprender e interpretar la práctica de enfermería ya sea en la asistencia, la docencia, o la investigación, en el entendido que para que todos estos conocimientos, representen un avance en la disciplina, deberán ser puestos en práctica en cualquiera de estas áreas tomando siempre en cuenta el objeto de estudio de enfermería.

Figuran algunas concepciones del cuidado desde diferentes visiones, hay quienes nos hablan de que el cuidado es el objeto de conocimientos de la enfermería, desde un punto de vista disciplinar, también como un proceso interactivo en el que la enfermera(o) y el cliente se ayudan mutuamente, o bien hay quien afirma que el cuidado ayuda a la enfermera a satisfacer sus propias necesidades. El cuidado también es entendido por Browe como un proceso de crecimiento y autorrealización, afirma que el cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica por tanto se concibe a la enfermería como una ciencia humana práctica.

Sin duda una de las primeras teóricas que han intentado clarificar y sistematizar el concepto del cuidado, es Leininger, quien interpretó el cuidado a través de las creencias, valores y prácticas culturales de los distintos grupos, esto para distinguir qué actos o prácticas de cuidado son especificas de una cultura y cuáles son universales.

Leininger parte de una perspectiva antropológica para identificar la esencia transcultural en un intento de determinar sus características universales. Sin duda otra exponente del estudio del cuidado es Jean Watson, quien a través de sus trabajos identificó los fundamentos filosóficos del cuidado partiendo de una perspectiva fenomenológica, existencialista y ética para establecer los factores cuidativos/asistenciales que permiten calificar de cuidado a ciertas acciones humanas [22].

Según Watson, el cuidado esta constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan "proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración"[23].

Entendido de esta forma podríamos afirmar que las perspectivas de Leininger y de Watson son complementarias, permiten conectar, articular y estructurar aspectos particulares de los cuidados enfermeros adjudicándole a la noción de cuidado una de sus principales signos de identidad: la consideración holistica de la naturaleza humana en el acto de cuidar.

Entre ambas perspectivas, construyen una visión de la acción de cuidar que es biosicosocial y espiritual. Para Leininger, el cuidado es un fenómeno transcultural y central en la acción de la enfermera, mientras que para Watson, el cuidado es la expresión de una cualidad humana que se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda y el compromiso con la experiencia humana de la enfermedad; experiencia que va más allá de un conjunto de desarreglos biológicos, se inserta en la dimensión psíquica, social, moral y cultural de la persona y colocando, por tanto, a la enfermería en una dimensión de la realidad que transciende el plano tecnológico.

Según ésta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad.

Importante es también identificar el paradigma en que ésta visión se ubica, en donde según Kerouac el paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Es importante tomar en cuenta que la orientación hacia la persona responde a un momento histórico social: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación, como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de 1930 y la segunda guerra mundial, la tendencia del mundo occidental es la de crear un sistema de seguridad social según Huffman Splane.

En la medida en que la persona es un todo formado por más que la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Las investigaciónes enfermeras se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir, la persona y su entorno, mientras que la medica se focaliza en el curar.

Desde esta visión la teoría del caring nos da la pauta para entender estos conceptos del paradigma de enfermería según la orientación hacia la persona. Las teóricas de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad según Watson y la cultura según Leininger, integrando los conocimientos vinculados a estas dimensiones[24].

Esta escuela, que tiene por conceptos centrales el caring y la cultura, se sitúa también a la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación.

En adelante se retomará la teoría del caring desde la visión de Jean Watson como marco teórico para este trabajo, así como un mapa conceptual derivado de sus factores cuidativos/asistenciales[22]

Teoría del cuidado Humano (caring)

Margaret Jean Harman Watson nació en el sudeste de Virginia Occidental en EE.UU. Después de cursar estudios en la escuela superior de Virginia, asistió a la escuela de Enfermería Lewis-Gale, en Roanote Virginia, donde se tituló en 1961.

En Boulder, Watson prosiguió sus estudios de enfermería en la Universidad de Colorado y obtuvo el título de B.S. en Enfermería en Boulder. En 1964; de M.S. en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría, en 1969, en Health Sciences campus; y Ph.D en psicología educativa en 1973 en la Graduate School, del campus de Boulder. En la actualidad es profesora de Enfermería y directora del Center for Human Caring en el Health Sciences Center de la Universidad de Colorado en Denver, el cual fue establecido por J.Watson en 1986. Su misión es explorar nuevas maneras para trabajar en el arte y ciencia del cuidado humano, conocimientos, ética y práctica clínica en el campo de la enfermería y las ciencias de la salud. La teoría del Human Caring fue desarrollada por Watson entre 1971 y 1979.

Watson propuso una filosofía y una ciencia de de la asistencia, concepto en el que cifra el ejercicio profesional de la enfermería. La orientación de Watson es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias. Los trabajos de Carl Rogers influenciaron su visión de una relación transpersonal impregnada de coherencia, empatia y calor humano, así como una gran carga en el campo de la psicología transpersonal [24].

Escritos sobre psicología individual (Alder, 1935), sobre la terapia orientada hacia el cliente (Rogers, 1951) y sobre la teoría de la motivación (Maslow, 1943; 1954) confirman un reconocimiento de la importancia del ser humano en

el seno de la sociedad. Esta diferenciación social da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera y su objeto de estudio con relación a la disciplina medica.

Carl Rogers, fue una influencia muy importante en la inclinación que Watson tiene hacia su interés sobre las cualidades interpersonales y transpersonales de congruencia, empatia y afecto[25].

Rogers quien desarrolla la teoría humanística de la personalidad, fue el primer terapeuta que vela con un gran respeto a la dignidad de la persona y quien estuvo en contra de ver a la persona como un simple objeto. Según la postura de Rogers, el núcleo del hombre tiene una esencia positiva en toda circunstancia y lo considera como un organismo digno de confianza. Este gran respeto que muestra a la persona contiene una gran carga fenomenológica que sin duda impregna a las teorías que de esta se derivan, como es el caso de la teoría del caring, desarrollada por Watson.

Según Watson para lograr el objetivo de sus planteamientos el terapeuta o enfermera(o), debe ser capaz de comprender el sentido, los sentimientos y las actitudes de la persona. Watson cree además que el estudio de las humanidades sirve para ampliar las miradas de los profesionales y favorece la reflexión y el desarrollo personal, así como el trato humano al que la persona será acreedor.

En su obra Watson reconoce además de la influencia de algunas teóricas como Nightingale, Henderson, Kructer y Hall, también expone la importancia que tuvieron Leninger y Gadow. En algún tiempo también hace referencia a Maslow, Heidegger, Erikson, Seyle y Lazarus. En el desarrollo de su sistema conceptual se baso principalmente en las ciencias y las humanidades, lo cual le confirió una orientación fenomenológica.

Watson postula que el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la supervivencia y desarrollo de la humanidad. El cuidado y el amor hacia uno mismo precede al amor y cuidado hacia los demás. El aspecto curativo de las

actividades de la enfermera no es un fin en si mismo, pero forma parte del cuidado, según esta teoría la contribución de las enfermeras en los cuidados de salud estará delimitada por la capacidad de las enfermeras(os) en traducir su ideal de cuidado en su práctica.

Bajo esa perspectiva la asistencia para Watson es un ideal moral, relacionando así los aspectos ontológicos, epistemológicos y éticos del cuidado, más que una conducta al trabajo, incluye los aspectos más evasivos de la motivación real de la asistencia como una relación transpersonal entre la enfermera y la persona. La meta que se persigue es preservar la dignidad humana y la humanidad en el sistema de asistencia sanitaria[26].

Partiremos de que la enfermería de calidad y el cuidado de la salud, actual demandan un respeto humanístico para la unidad funcional del ser humano. La definición de Watson de asistencia como concepto opuesto a curación, señala una frontera entre medicina y enfermería. Este concepto resulta útil en la clasificación de la doctrina de conocimientos de la enfermería considerada como una ciencia independiente y nos ubica en la búsqueda del quehacer enfermero, que sin duda se encuentra relacionado con el cuidado y sus dimensiones, las cuales son definidas por Watson, nos dice que el proceso del cuidado humano para los individuos, familias y grupos es el foco principal de enfermería, no solamente por la dinámica de las transacciones humano-humano, sino por los requerimientos de conocimiento, compromiso y valores humanos y por el compromiso moral, social y personal de la enfermera en el lugar y el tiempo del cuidado [27].

La tesis central de la Teoría del Human Caring es que los humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden tampoco ser separados de si mismos, de otros, de la naturaleza y el universo [28].

En otro orden de ideas, en la literatura anglosajona, se distingue entre los términos care y caring. El primero hace referencia a la acción de cuidar y el segundo incorpora además un sentido y una intencionalidad humanitaria en el cuidado. Por otro lado el adjetivo caring, significa humanitaria/o. Pero en el

contexto de enfermería se usa para designar los cuidados profesionales que la enfermera lleva a cabo y que suponen un compromiso humanista y un interés por los semejantes, con un alto componente ético moral.

Watson define a la enfermería como una disciplina interrelacionada con la calidad de vida, incluida la muerte y con la prolongación de la existencia.

Además sostiene que la enfermería se preocupa de la promoción de la salud y la preservación de la vida. Y afirma que la salud más que la ausencia de la enfermedad es un concepto ilusorio por su naturaleza subjetiva, así; salud quiere decir "unidad y armonía de mente, cuerpo, alma y espíritu, engendra un autorespeto, autoconocimiento, autocuidado y autocuración. El entorno esta constituido por el mundo físico o material y el mundo espiritual. El entorno representa todas las fuerzas del universo, así como el entorno inmediato de la persona y se asocia con el grado de congruencia entre el yo que se percibe y el que se experimenta [27].

Watson propone varios factores críticos para la realización de las investigaciónes como: marcos de trabajo donde se considere a la persona como fines y no como medios dentro de una sociedad tecnológicamente avanzada y en situaciones que favorezcan la asistencia cuando la humanidad se sienta amenazada.

Entre los constructos que esta autora propone en su teoría se encuentran; el cuidado transpersonal; el cuidado ocasional o momentáneo; el cuidado conciente y los factores cuidativos/asistenciales, los cuales fueron analizados para efectos de este proyecto; los factores cuidativos/asistenciales, se refieren según la autora a las intervenciones de enfermería o al proceso del cuidado, pero no a esas intervenciones mecánicas sino a las intervenciones con esa carga moral, ética y humanista que enfermería practica a la hora de brindar el cuidado.

A continuación se muestran los factores cuidativos/asistenciales que de esta filosofía se derivan, son diez y los establece de la siguiente manera: 1) La

formulación de un sistema de valores humano-altruista; 2) Inculpación de fe-esperanza; 3) Cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás; 4) Desarrollo de una relación ayuda-confianza; 5) Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos; 6) Uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones: 7) Promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonales; 8) Provisión de un entorno de apoyo, protección y/o corrección en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual; 9) Asistencia satisfactoria de las necesidades humanas; 10) Fomento de las fuerzas existenciales-fenomenológicas[28].

El siguiente esquema nos muestra la interacción de los factores cuidativos/asistenciales según J.Watson.

FACTORES DEL CUIDADO DESDE UNA PRESPECTIVA HUMANISTA

Adaptado por Gómez, 2003



Es importante hacer notar que esta teoría ha sido validada para su aplicación en múltiples centros especializados y con varios grupos de población, entre estos se encuentran las unidades de cuidados intensivos en neonatos y unidades de atención pediátrica y gerontológica. En los grupos de población se ha incluido a mujeres que han sufrido abortos espontáneos,

personas después de un infarto de miocardio y personas de oncología y personas con SIDA.

Por último, Watson confía en que sus trabajos ayuden a las enfermeras a desarrollar una base moral y filosófica significativa en el ejercicio de sus labores.

5.3 MARCO CONCEPTUAL

El concepto central serán los diez factores cuidativos/asistenciales de la teoría de Watson, que depende directamente de los diez factores que ella describe, en donde el núcleo central es la relación enfermera-persona, desde el enfoque humanista que tiene esta autora, siendo los resultados de la relación de cuidado son considerados a través de las percepciones y las respuestas de ambos, la enfermera y la persona. De este concepto, Watson sostiene que existen diez factores cuidativos/asistenciales de enfermería, que en párrafos anteriores fueron descritos, para este estudio se aplicó el factor: Desarrollo de una relación de ayuda-confianza, ya que se consideró el que más se acerca a la problemática de esta investigación.

Watson afirma que el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y la persona es crucial para el éxito del cuidado transpersonal. Esta relación, promueve y acepta la expresión de los sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatia y afecto no posesivo y una comunicación eficaz.

La congruencia supone una conducta real, honesta, genuina y auténtica. La empatía es la capacidad de experimentar y, por tanto de comprender las percepciones y sentimientos de la otra persona y de comunicarle esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra mediante un tono moderado al hablar, un gesto abierto y relajado y expresiones faciales congruentes con otras formas de comunicación.

La comunicación eficaz, comprende elementos cognitivos y de respuesta conductual.

El desarrollo del concepto original conduce al constructo último que será empleado en el presente trabajo, para ilustrarlo, se presenta el siguiente esquema, este ayudará a comprender cual será nuestro marco conceptual:

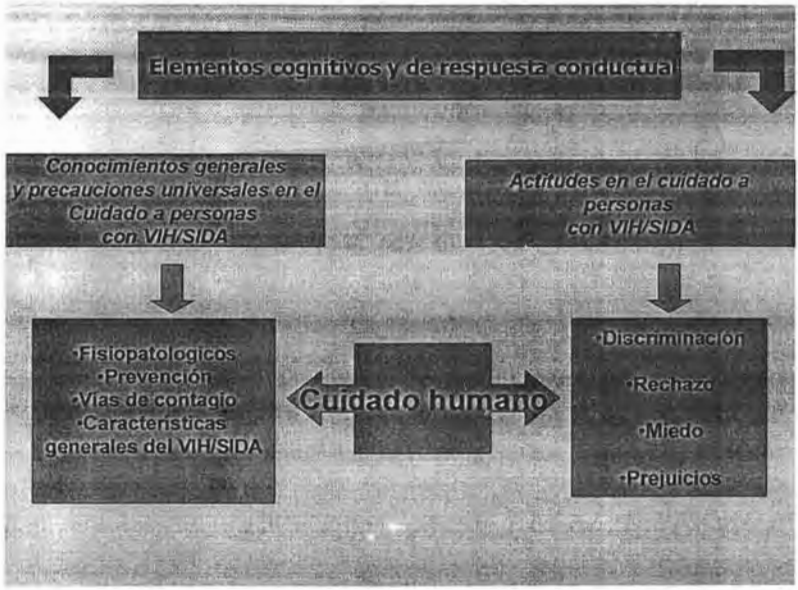
Marco conceptual

Adaptado por Gómez, 2003



Los elementos cognitivos y de respuesta conductual, que derivan del factor cuidativo, denominado desarrollo de la relación ayuda-confianza, se relacionan con los conocimientos y actitudes del personal de enfermería en el cuidado que brindan a la persona con VIH/SIDA

Estos conceptos serán integrados mediante dos escalas, una sobre los conocimientos que enfermería tiene sobre el cuidado a personas con VIH/SIDA, y otra sobre las actitudes del mismo personal de enfermería en el cuidado a las personas con esta enfermedad, como lo muestra el siguiente esquema:



VI METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

Este estudio fue de tipo Descriptivo/Transversal.

6.1 Universo o población

El universo o población lo conformaron 715 enfermeras(o) que laboran en el Hospital Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

6.2 Caracterización de las unidades de observación

Todas las enfermeras(os) que laboran en este hospital, sin importar nivel académico y categoría, descartando estudiantes o pasantes que estuvieran asignados a cualquier servicio. La intención fue describir sus conocimientos y actitudes en el cuidado a apersonas con VIH/SIDA, por lo que los participantes debieron tener un nombramiento como enfermera(o), dentro de la Institución.

6.3 Tipo de muestreo:

Este fue no probabilístico y el método a usar fue por conveniencia.

Se realizaron 72 entrevistas en total en los tres turnos de trabajo en el Hospital Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

6.4 Variables de Estudio:

1. Nivel de conocimientos de enfermería en el cuidado de personas con VIH/SIDA

2, Actitudes de enfermería que cuidan a personas con VIH/SIDA

6.5. Operacionalización de variables:

1. Nivel de conocimientos en el cuidado a pacientes con (VIH/SIDA).

- Concepto teórico. El conocimiento según Watson deberá estar seguido desde una base ontológica y epistemológica que refleje el cuidado ético y transpersonal a las personas que así lo demanden. Este concepto comprende todas las intervenciones o procesos de cuidado que enfermería lleve a cabo en cualquier etapa en la persona.

- Concepto operacional (Nivel de conocimiento)

Se refiere a la calificación derivada de las respuestas correctas que el encuestado nos de al contestar el instrumento, estas preguntas tendrán que ver con el cuidado a personas con VIH/SIDA, así como con las precauciones universales.

- Tipo de medición: Nominal y la escala fue mediante tres opciones (verdadero, falso y no sabe), con valores de 1, 2 y 3 respectivamente

2. Actitudes del personal de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA.

- Concepto teórico: Las actitudes según Watson comprenden elementos afectivos y de respuesta conductual que deben basarse en valores humanos y preocuparse por el bienestar de los demás, estas actitudes en todo momento deberán ser positivas y congruentes con los factores cuidativos/asistenciales.

- Concepto operacional (Actitudes del personal de enfermería en el cuidado a personas con VIH).

Las actitudes fueron medidas positivamente mediante una escala,, la cual se aplicó buscando como responden los encuestados a ciertos enunciados que se relacionan con las actitudes que tiene enfermería en cuanto al cuidado a las personas con VIH/SIDA.

- El tipo de medición fue ordinal y la escala que se uso es de Tomas (1999). La escala de medición: TA= Totalmente de acuerdo ;A= De Acuerdo; NA/ND= Posición neutra; D= En Desacuerdo y TD= Total Desacuerdo, Mediante una escala tipo Likert

Variables Sociodemográficas / Intervinientes:

- ✓ Género
- ✓ Edad
- ✓ Turno en que labora
- ✓ Asistencia a cursos de actualización
- ✓ Nivel o grado académico
- ✓ Consulta de revistas especializadas en salud

La medición de estas variables es nominal, la cual consiste en la asignación de números con el simple propósito de clasificar determinadas características en categorías.

6.6 Procedimientos en la recolección de los datos

Se aplicaron 72 encuestas entre el personal de enfermería que labora en los tres turnos en todos los servicios en el Hospital Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Fueron aplicados dos instrumentos para la recolección de los datos, uno sobre conocimientos y otro sobre actitudes. El primero es un instrumento con preguntas estructuradas. Es importante mencionar que la escala de conocimientos que se aplicó, se ha sido usada en otros estudios y es una escala adaptada, la cual deriva de un estudio realizado por Peralta, (1994), sobre conocimientos generales y de precauciones universales del VIH/SIDA, así como la elaborada por Franco (1997), en la tesis para obtener el grado de Maestría, dicha escala evaluó el conocimiento en tres niveles Bueno, Regular y Deficiente.

En la sección de demográficos, de la pregunta 1 a 7, son tomadas de Franco, de la 8 a la 12 son adaptadas para propósitos de la investigación. La parte II de conocimientos 1, las preguntas 1 y 3 son de Peralta y la pregunta 2 de Franco y medirán el conocimiento general sobre el VIH/SIDA. La parte III, de conocimientos 2 (precauciones universales) fueron adaptadas del instrumento de Peralta, y medirán el conocimiento sobre las precauciones universales para el cuidado en personas con esta enfermedad. (Ver anexo).

En cuanto a la evaluación del conocimiento, existen dentro del instrumento dos partes, una sobre conocimientos generales sobre VIH/SIDA, la cual cuenta con 19 reactivos, en donde se designó como conocimiento deficiente, si el encuestado obtiene menos de 9 aciertos, regular de 9 a 13 aciertos y bueno de 14 a 19 aciertos.

La otra sección es sobre medidas de precaución universales, la cual cuenta con 15 reactivos, en la que una puntuación menor a 8 aciertos fue tomada como un conocimiento deficiente, regular de 8 a 11 y de 12 a 15 como bueno.

Las preguntas antes señaladas fueron adaptadas de acuerdo a las variables de interés y se relacionaron con el concepto de cuidado del cual deriva el factor cuidativo/asistencial, desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre enfermera y persona con VIH/SIDA. En la evaluación de esta relación de conceptos se promueve y acepta la expresión de los sentimientos positivos y negativos e implica congruencia, empatia, afecto no posesivo y una comunicación eficaz, esta comprende elementos cognitivos que la enfermería debe poseer sobre el cuidado de las personas con VIH/SIDA, elementos que fueron medidos a través de la variable conocimientos.

La escala sobre Actitudes que se empleó fue elaborada por Tomas (1999) y validada por un comité de expertos, en la cual se llegó a un índice de alfa de 0.7789 con una escala de 26 ítems.

Esta escala es tipo Likert, se basó en la presentación de una serie de enunciados en sentido positivo, ante los cuales se determinó el grado de acuerdo en una escala que va desde el total acuerdo hasta el total desacuerdo, de manera que la suma de las respuestas de todos los ítems sitúo al sujeto en la variable medida. Este procedimiento "sumativo" nos permitió cuantificar la actitud ante el SIDA en un continuo desde el estrecho de la puntuación máxima, que supone la actitud más favorable caracterizada por empatia, hasta el extremo de puntuaciones mínimas que indica la actitud negativa caracterizada por miedo, conductas típicas de rechazo y existencia de prejuicios.

De tal manera que se evaluaron actitudes positivas y negativas, las primeras fueron calificadas con 11 reactivos y las segundas con 15, en el siguiente cuadro se hace la relación de cada una de acuerdo a cómo fueron manejadas en su escala de puntuación.

Ver Anexo

REACTIVO	EMPATIA	PREJUICIOS	RECHAZO	MIEDO
4,5,7,814,16,17,21,24,25,26	X			
1,3,13,15		X		
2,9,10,11,12,18			X	
6,19,20,22,23				X

Del ítem 1 al 21 fueron tomados de la escala original y del 22 al 26 adaptados en busca de la medición de nuestra variable de estudio en cuanto a las actitudes del personal de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA.

La evaluación de esta escala determinó el grado de actitudes positivas y negativas hacia el cuidado a personas con VIH/SIDA y la calificación fue desde una puntuación mínima de 26 puntos, hasta una máxima de 130, tomando en cuenta que se contó con 26 reactivos y la calificación mínima para cada uno fue de 1 y la máxima de 5

El término actitud, se relacionó con el factor de ayuda-confianza del que se derivan elementos afectivos y de respuesta conductual como las actitudes de aceptación y rechazo incluidas en las escalas de Tomas.

Antes de esto, se realizó una prueba piloto para obtener la validación interna y estimación de tiempos para contestar el instrumento y saber la comprensión de las preguntas, así como los costos del proyecto.

La encuesta fue individual y confidencial constará cada una con un consentimiento informado el cual deberá de firmar cada encuestado

6.7 Plan de Análisis Estadístico

Los datos fueron procesados con medidas de tendencia central, como moda, mediana, media y desviación estándar, además de utilizar la prueba de t de student y prueba de Person en busca de posibles asociaciones entre el nivel de conocimientos y las actitudes en el cuidado a personas con VIH/SIDA, para ello se utilizaron estadísticas descriptivas. Se empleo, el paquete estadístico para computadora llamado Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 10 (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales).

VII. ASPECTOS ORGANIZATIVOS (CRONOGRAMA)

										2003								2004					
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Formulación y delimitación del problema	X	X	X																				
Revisión de literatura sobre el tema				X	X	X																	
Creación del Marco Teórico							X	X	X														
Selección y elaboración del diseño										X	X												
Identificación de la población y especificación de los métodos											X	X											
Diseño del plan de muestreo y del plan de investigación													X	X									
Piloto y ajustes															X								
Recolección de datos																X	X	X					
Preparación de datos para análisis y análisis																			X	X			
Interpretación de resultados																					X	X	
Comunicación de resultados																						X	X

7.1 Recursos humanos

El propio investigador, fue quien llevo a cabo el proyecto, aunque para el desarrollo del análisis estadístico, fue necesaria la asesoria de un experto en la materia sobretodo con el fin de aprovechar al máximo la información que del estudio emanó, así como su simplificación en la parte metodológica para lograr una presentación enfocada al propósito principal del estudio.

También fue necesaria la colaboración de un tutor o asesor del proyecto, el cual con su experiencia y conocimiento en la materia intervino en el desarrollo del estudio.

7.2 Recursos materiales

Los propios del investigador, como papelería (hojas lápices, gomas, etc.), así como el sofware para el análisis de los datos.

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

La importancia de este proyecto radica en que el VIH/SIDA es un problema de salud pública prioritario en el país, de ahí que las actitudes en el personal de enfermería deben estar basadas en el más alto sentido ético y humano.

Se tomaron en cuenta los fundamentos que se establecen en La Ley General de Salud en la que se establecen los principios y lineamientos generales a los cuales debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, a través de: el Reglamento de la Ley de Salud en materia de investigación para la salud (Públicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987).

El artículo 13 del mencionado reglamento, establece que en la investigación en seres humanos deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Además en el articulo 14 se establecen las bases en las que se desarrolla todo proyecto de investigación, en este destacan la fracción I y V, en esta ultima menciona que es preciso establecer un consentimiento informado, el cual, derivado de los tiempos y las facilidades que se brindaron al interior del hospital Gabriel Mancera, se obtuvo de manera verbal con cada una(o) de los participantes en el estudio.

Por otra parte la fracción VII de este mismo artículo señala que todo estudio contará con el dictamen favorable de la comisiones de investigación y ética para su realización, dicho dictamen se llevó a cabo extendiéndose el consentimiento verbal de parte del Comité, condicionando la presentación y entrega de resultados durante el primer semestre del 2005.

El presente estudio no tiene riesgo alguno para los participantes, según lo establecido en el artículo 17 de dicha ley, acerca del riesgo de investigación, ya que no habrá manipulación de variables, solo se pedirá la opinión de los sujetos sobre un tema específico mediante una encuesta.

La Guía De la Buena Práctica Clínica (GCP por sus siglas en inglés): es un estándar de calidad científica para diseñar, conducir, registrar y reportar estudios clínicos que involucren la participación de seres humanos. El apego a estos estándares garantiza los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos bajo estudio, consistentes con los principios que tienen su origen en la declaración de Helsinski, que garantiza a su vez la confidencialidad y el libre consentimiento del personal, en proyectos de investigación sin que su decisión de no participar o cancelar su inclusión lo afecte en ningún sentido.

IX. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es importante declarar que los resultados del estudio solo podrán ser referidos para la población encuestada o para otras poblaciones con características similares.

Los hallazgos del estudio describen el comportamiento de la población estudiada bajo las condiciones en que fueron obtenidos, por tanto habrá que realizar mediciones en un futuro para poder determinar y comparar resultados que nos lleven a definir la situación real de enfermería ante el cuidado a personas con VIH/SIDA

La institución seleccionada para este estudio, que fue el Hospital General Gabriel Mancera que concentra el mayor número de personas con VIH/SIDA en el país y se utilizó una muestra por conveniencia.

Así mismo los reactivos que evaluaron el conocimiento tanto generales como de medidas de precaución universales deberán seguir siendo trabajados en un futuro para su confiabilidad y validez con el fin de lograr resultados aun más consistentes.

Por otro lado, la escala de actitudes aunque demostró consistencia en sus anteriores aplicaciones deberá igualmente seguir siendo probada en poblaciones similares a las de este estudio, buscando de igual forma su consistencia.

X. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

10.1. Descripción de la población estudiada.

Del total de la muestra de 72 enfermeras (os), el 18% fueron hombres y el 82% mujeres, la edad promedio fue de 36 años, con una DE de 6, la mayoría de los entrevistados son casados en un 41%; en cuanto al turno en que laboran, se encontró en turno matutino, vespertino y nocturno un 36%, 43% y 21% respectivamente. Los antecedentes académicos se muestran en el cuadro No.1

Antecedentes profesionales de enfermería

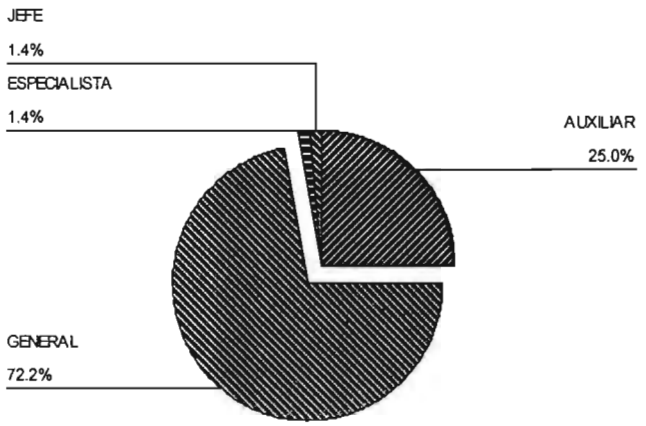
Cuadro 1

Nivel académico	No.	%
Técnico en enfermería	19	26.4
Enfermería general	44	61.1
Licenciatura	6	8.3
Posgrado	3	4.2
Total	72	100

Fuente: ECAP VIH/SIDA

La categoría laboral de los encuestados al momento de la entrevista se describe en la grafica 1 | | | | **Grafica 1**

CATEGORIA DEL TOTAL DE ENCUESTADOS



Fuente: ECAP VIH/SIDA

10.2 Hallazgos:

En cuanto a la experiencia en el cuidado a personas con VIH/SIDA, que fue medida en años, gran parte de los entrevistados la han tenido como lo muestra el cuadro 2.

Experiencia en el cuidado a personas con SIDA
Cuadro 2

Experiencia en años	No.	%
Nunca	2	2.8
Menos de un año	28	38.9
De 1 a 5 años	30	41.7
De 6 a 10 años	8	11.1
Más de 10 años	4	5.6
Total	72	100

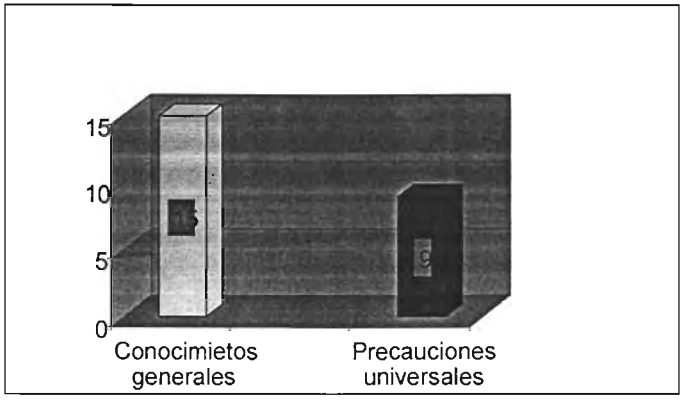
Fuente: ECAP VIH/SIDA

En la asistencia a cursos de educación continua respecto al cuidado a personas con VIH/SIDA, solo el 20% dijo haber asistido a este tipo de cursos y en la consulta de revistas especializadas en salud solo el 27% de los entrevistados ha consultado este tipo de revistas, de los cuales sólo el 5% de ellos recordó el nombre de la revista consultada.

El nivel de conocimientos fue bueno con un promedio de 15 respuestas correctas de 19 planteadas, mientras que en conocimientos sobre precauciones universales encontramos un promedio de 9 repuestas correctas de un total de 15, esto nos señala un nivel regular en este sentido, como se ilustra en la grafica 2, lo que nos muestra una efectividad en conocimientos generales y precauciones universales de 79% y 60% respectivamente en ambas escalas.

Nivel de conocimientos

Grafica 2



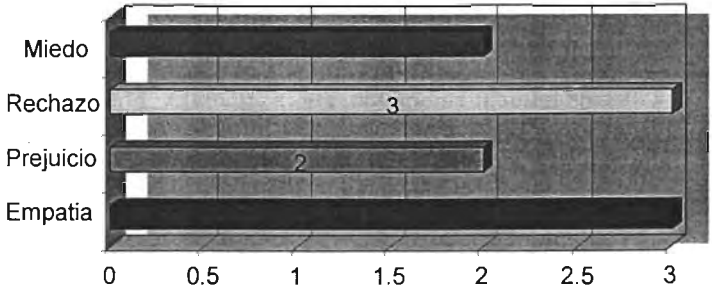
Fuente: ECAP VIH/SIDA

La escala de actitudes nos arrojó una inclinación a la posición neutra en general, el promedio de calificación en la escala fue de 72 puntos de los 130 esperados como máximo en la escala, con clara inclinación hacia el Ni en acuerdo/Ni en desacuerdo con un promedio en la respuesta de 2.75, teniendo esta un valor máximo de 3.

El resultado por dimensión, siendo estas cuatro se describe a continuación: en cuanto a empatia, se obtuvó una evaluación promedio de 3, siendo el valor máximo 5; prejuicio con 2; rechazo 3 y miedo 2, siendo para éstas de igual forma el valor 5 la puntuación máxima, ver Grafica 3.

Nivel de actitudes de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA

Gragica 3



Fuente: ECAP VIH/SIDA

Se cuestionó sobre la disposición del personal de enfermería para cuidar a personas con VIH/SIDA, encontrándose un promedio de 4 en la escala utilizada con valor máximo de 5, en la autoevaluación para el cuidado de personas con ésta enfermedad, se obtuvo un promedio de 3 en escala con valor máximo de 5 y en cuanto a estar de acuerdo en saber aplicar correctamente las medidas de precaución universales se encontró un promedio de 4, con el mismo valor máximo de 5.

En cuanto a los conocimientos y las actitudes se encontró una correlación directa entre conocimientos de medidas de precaución universales y las actitudes, con una r de Pearson negativa de (-2.19) y una significancia limítrofe de (.065), no así con la escala de conocimientos generales, como lo muestra el cuadro 3.

Correlación entre actitudes y conocimientos

Cuadro 3

Actitudes	Conocimientos generales	Conocimientos de Precauciones universales
Pearson (r)	-.028	-.219
p	.812	.065
n	72	72

Fuente: ECAP VIH/SIDA

Al realizar la prueba estadística de r de Pearson entre el conocimiento de medidas de precaución universales y la consulta de revistas especializadas en salud y si sabe aplicar estas medidas se encontró una débil correlación, que se muestra en el cuadro 4.

Correlación del conocimiento de medidas de Precaución universal

Cuadro 4

Conocimiento de Medidas de precaución universales	Consulta de revistas especializadas en salud		Sabe aplicar las medidas de precaución universales	
	r	p	r	p
	.416	.001	.248	.035

Fuente: ECAP VIH/SIDA

En el nivel de conocimientos y su relación con el turno en que laboran encontramos que el mejor nivel de conocimientos se encuentra en el turno vespertino, aunque el conocimiento general sea regular en el total de la población estudiada como lo muestra el cuadro 5.

Nivel de conocimientos generales en el cuidado a pacientes con VIH/SIDA contra el turno en que laboran

Cuadro 5

Nivel de conocimientos generales	Matutino		Vespertino		Nocturno		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Bueno	11	15	12	17	3	4	26	36
Regular	15	21	19	26	12	17	46	64
Deficiente	---	---	---	----	---	---	---	----

Fuente: ECAP VIH/SIDA

Al relacionar el nivel de conocimientos generales del cuidado a personas con VIH7SIDA, encontramos que el mejor nivel se encuentra en quien ha estudiado enfermería general como lo muestra el cuadro 6.

Nivel de conocimientos generales en el cuidado a pacientes con VIH/SIDA contra el grado académico

Cuadro 6

Nivel de conocimientos generales	Grado académico									
	Auxiliar		General		Licenciatura		Posgrado		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Bueno	3	4	21	29	1	1	1	1	26	36
Regular	16	22	23	32	5	7	2	3	46	64
Deficiente	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: ECAP VIH/SIDA

En el nivel de conocimientos generales del cuidado a personas con VIH/SIDA y la experiencia en años, se encontró que no siempre el mayor tiempo de experiencia se deduce en mayores conocimientos, en este caso quienes tuvieron mayor conocimiento, son quienes dijeron tener de de 1 a 5 años de experiencia en el cuidado a estas personas como lo muestra el cuadro 7.

Conocimientos generales contra la experiencia en años en el cuidado a personas con VIH/SIDA se refleja en el cuadro

Cuadro 7

Nivel de conocimientos generales	Nunca		Menos de 1		De 1 a 5		De 5 a 10		Más de 10		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Bueno	1	1	12	17	7	10	3	4	3	4	26	36
Regular	1	1	16	22	23	32	5	7	1	1	46	64
Deficiente	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: ECAP VIH/SIDA

Los conocimientos generales en el cuidado a personas con VIH/SIDA y la asistencia a cursos sobre educación continua sobre el tema, señalan la poca asistencia a estos cursos y con ello la posible relación en el conocimiento sobre el cuidado a estas personas, como se observa en el cuadro 8.

Conocimientos generales en el cuidado a pacientes con VIH/SIDA y su relación con cursos de educación continua sobre VIH/SIDA

Cuadro 8

Nivel de conocimientos generales	Asistencia a cursos de educación continua					
	Si		No		Total	
	No	%	No	%	No	%
Bueno	5	7	21	29	26	36
Regular	15	21	31	43	46	64
Deficiente	---	---	----	---	---	---

Fuente: ECAP VIH/SIDA

El nivel de conocimientos generales y la consulta de revistas especializadas en salud, refleja la poca consulta de enfermería a este tipo de revistas y denota de igual forma una relación significativamente estadística(.048) entre quienes las consultan y un buen nivel de conocimientos en el cuidado a personas con VIH/SIDA, cuadro 9.

Nivel de conocimientos generales en el cuidado a personas con VIH/SIDA en relación a la consulta de revistas especializadas en salud

Cuadro 9

Nivel de conocimientos generales	Consulta revistas especializadas en salud				total	
	Si		No			
	No	%	No	%	No	%
Bueno	9	12	17	24	26	36
Regular	18	25	28	39	46	64
Deficiente	---	---	---	---	---	---

Chi cuadrada .048
Fuente: ECAP VIH/SIDA

En cuanto al nivel de conocimientos de las medidas de precaución universales en relación a el turno en que laboran, se encontró que el conocimiento es de nivel regular y el turno vespertino es quien mejor nivel de conocimientos tuvo aunque es preciso mencionar que en este tipo de conocimientos existen niveles de deficiente en los tres turnos, como lo muestra el cuadro 10.

Nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales en el cuidado a personas con VIH/SIDA en relación a el turno en que laboran

Cuadro 10

Nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales	Turno en que labora							
	Matutino		Vespertino		Nocturno		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Bueno	1	1	2	3	---	---	3	4
Regular	18	25	25	35	14	19	57	79
Deficiente	7	10	4	6	1	1	12	17

Fuente: ECAP VIH/SIDA

En la relación que guarda el nivel de conocimientos de precauciones universales en relación a el nivel académico de enfermería se encontró que el mejor nivel se encuentra en quienes estudiaron enfermería general en cambio quien estudio la licenciatura, resulta con un nivel regular de conocimientos sobre esta variable, resaltando de igual forma que se siguen teniendo conocimientos de nivel deficiente como lo muestra el cuadro 11.

Nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales en el cuidado a personas con VIH/SIDA contra el nivel académico de enfermería

Cuadro 11

Nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales	Nivel académico de enfermería									
	Auxiliar		General		Licenciatura		Posgrado		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Bueno	1	1	2	3	---	---	---	---	3	4
Regular	18	25	30	42	6	8	3	4	57	79
Deficiente	---	---	12	17	---	---	---	---	12	17

Fuente: ECAP VIH/SIDA

En cuanto al nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales contra los años de experiencia en el cuidado a estas personas, encontramos un mejor conocimiento en quienes tienen menos de un año de experiencia y un conocimiento deficiente en quienes tienen de 5 a 10 años de experiencia, encontrándose el mayor porcentaje en el nivel regular de conocimientos sobre esta variable, como se observa en el cuadro 12.

Conocimientos sobre medidas de precaución universales en el cuidado a personas con VIH/SIDA contra la experiencia en años en el cuidado a personas con VIH/SIDA.

Cuadro 12

Nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales	**Experiencia en el cuidado a personas con VIH/SIDA**											
	Nunca		**Menos de 1**		**De 1 a 5**		**De 5 a 10**		**Más de 10**		**TotaL**	
	No	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**	**No**	**%**
Bueno	---	---	2	3	1	1	---	---	---		3	4
Regular	1	1	22	31	25	33	7	10	1	1	55	76
Deficiente	1	1	4	6	5	8	3	4	1	1	14	20

Fuente: ECAP VIH/SIDA

Cuando se compara el conocimiento sobre medidas de precaución universales contra la asistencia a cursos de educación continua sobre el tema encontramos que son pocas las personas quienes han asistido a estos cursos, lo que supone el conocimiento deficiente que se tiene sobre esta variable como se observa en el cuadro 13.

Conocimientos sobre medidas de precaución universales en el cuidado a personas con VIH/SIDA contra la asistencia a cursos de educación continua sobre VIH/SIDA.

Cuadro 13

Nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales	Asistencia a cursos de educación continua					
	Si		No		Total	
	No	%	No	%	No	%
Bueno	1	1	2	3	3	4
Regular	15	21	42	58	57	79
Deficiente	4	6	8	11	12	17

Fuente: ECAP VIH/SIDA

El nivel de conocimientos sobre precauciones universales y la consulta de revistas especializadas en salud, igualmente no denota un cambio en el nivel de conocimientos sobre esta variable, sigue habiendo conocimiento deficiente y el conocimiento es mayoritariamente de nivel regular como lo muestra el cuadro 14.

Nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales en el cuidado a personas con VIH/SIDA contra la consulta de revistas especializadas en salud

Cuadro 14

Nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales	Consulta revistas especializadas en salud					
	SI		NO		Total	
	No	%	No	%	No	%
Bueno	3	4	---	---	3	4
Regular	22	31	35	49	57	79
Deficiente	2	3	10	14	12	17

Chi cuadrada .010

Fuente: ECAP VIH/SIDA

XI. DISCUSIÓN

De acuerdo con Watson, el cuidado humano comprende elementos esenciales tales como el conocimiento y los valores humanos[26] , esto nos sitúa en el hecho de que no solo se necesita de buena voluntad en la implementación del cuidado, sino de un bagaje de conocimientos que permitan a enfermería la práctica del cuidado en cualquiera de las condiciones en que la persona se encuentre, esto desde luego requiere de una actitud hacia el ser humano digna y de sumo respeto, en este sentido el nivel de conocimientos y actitudes en la práctica del cuidado son determinantes para el cuidado de las personas con VIH/SIDA.

Así mismo; Watson nos plantea que la comunicación eficaz comprende elementos cognitivos y de respuesta conductual por lo tanto evaluar los conocimientos y actitudes de enfermería ante los pacientes con VIH/SIDA nos permitió medir el factor cuidativo/asistencial, la comunicación eficaz que más tarde es retomado igualmente por Medina[22]

Del total de 72 enfermeras (os), solo el 8%, tienen el nivel de Licenciatura y el 4%, de posgrado y el porcentaje mayor fue para enfermería general con el 61.1%, los hallazgos muestran una necesidad aun no cubierta, la profesionalización del personal en esta disciplina, tomando esto en cuenta, entendemos el que la categoría del personal de enfermería con mayor peso sea el de enfermera (o) general con un 72% de la población estudiada, desde luego esta condición no es privativa de este hospital, o de México, ya que al hacer la revisión bibliografía nos damos cuenta que en la mayoría de los estudios ya sea en México o el extranjero se encuentra este mismo fenómeno. Lo importante de reconocer es desde luego el compromiso que las Instituciones tienen ante este problema, para brindar educación continúa al personal de enfermería, proveerla de conocimientos que actualicen la práctica en el cuidado, esto es una constante en la mayoría de los estudios revisados, la necesidad de capacitar al personal de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA.

Un dato que puede apoyar la tesis anterior es que solo en 20%, de los entrevistados ha recibido cursos de educación continua relacionados con el VIH/SIDA, siendo esta enfermedad cada vez más latente en la población y más aun siendo el Hospital Gabriel Mancera en donde se encuentra la mayor concentración de personas con VIH/SIDA en el IMSS, debería de existir una mayor capacitación al personal de enfermería que en este hospital labora.

Un dato importante de resaltar es que solo el 27% de la población estudiada dice consultar revistas especializadas en salud, aunque solo el 5% de ellos recuerda el nombre de la revista consultada, lo que nos hace dudar del 27% que dice consultar revistas especializadas en salud.

En cuanto a conocimientos generales en el cuidado a personas con VIH/SIDA, se encontró una efectividad del 79%, lo que nos da un promedio de calificación de bueno según la escala descrita en la metodologia, aunque esto no sucede en el nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales en donde la efectividad fue del 60%, que nos da un nivel regular en cuanto a la escala de evaluación utilizadas en ambas apartados, estos resultados son semejantes a los encontrados por Peralta en un estudio sobre conocimientos del personal de enfermería del VIH/SIDA en el IMSS.

Lo anterior, desde luego nos hace pensar que si bien, en conocimientos generales en el cuidado a las personas con esta enfermedad, es bueno, una parte importante en el cuidado es la protección personal de enfermería y la de quien recibe el cuidado y ésta parte es cubierta por supuesto por un buen conocimiento de las medidas de precaución universales, las cuales son una herramienta muy importante en la práctica del cuidado, más aun en donde ésta práctica requiere de conocimientos tan específicos como estos.

Podríamos con este dato, suponer que existen factores de riesgo implícitos para el personal de enfermería en la práctica del cuidado, al menos en la población estudiada. El estudio realizado en un hospital del IMSS, demuestra de igual forma un problema en el nivel de conocimientos en donde solo el 47% de la población estudiada tiene conocimientos aceptables en cuanto el

VIH/SIDA[16], esto nos ubica, en una situación muy parecida a la encontrada en este estudio y nos invita pensar en una mejor atención en la participación tanto de las Instituciones como del mismo personal en cursos de actualización o bien educación continua.

En este sentido, es importante aclarar que el nivel académico no es una condicionante en cuanto al nivel de conocimientos generales en el cuidado apersonas con VIH/SIDA, se encontró que de las 6 enfermeras con nivel de Licenciatura 5 tienen un nivel de conocimientos regular lo que no se ve en los otros niveles académicos tan marcado. En estudios revisados no se encuentra este fenómeno, pues algunos de ellos como el de Escobar en España reporten que a mayores estudios es mejor el conocimiento del personal de enfermería sobre el VIH/SIDA..

En cuanto a nivel de conocimientos generales en el cuidado a personas con esta enfermedad, derivado del turno en que laboran, se observó un menor nivel de conocimientos en el turno nocturno, este aspecto es difícil de ubicar en cuanto a la razón de este resultado, aunque es un dato que puede en todo caso servir a las autoridades de este hospital para determinar las posibles causas de este resultado.

Al cruzar el nivel de conocimientos generales con la experiencia en años de cuidar a personas con esta enfermedad, encontramos un mejor nivel de conocimientos en las enfermeras (os), con una experiencia intermedia, es decir que los extremos de tiempos en experiencias como los son más de 10 años y menos de 1 año, no representan un buen nivel de conocimientos, no así quien tiene de 1 a 5 años de experiencia, esto puede deberse por un lado a que las personas con poca experiencia carecen del conocimiento por causas entendibles, mientras quien más tiempo tiene dedicado a esta tarea, en el cuidado a personas con esta enfermedad pude presentar el fenómeno que la Dra. Duran, reconoce como el cuidado institucionalizado, un ejemplo es el estudio realizado en Madagascar, en donde aun el personal de salud tiene conocimientos erróneos en cuanto a conocimientos generales sobre el VIH/SIDA.

Al realizar la prueba de Chi cuadrada, entre el nivel de conocimientos y la consulta de revistas especializadas en salud, se encontró una significancia estadística de 0.48, lo que nos muestra que la consulta de este tipo de revistas puede ayudar a mejorar un nivel de conocimientos generales en el cuidado a personas con VIH/SIDA, esto puede entenderse como un estimulo a la promoción de estas revistas, incluyendo la de enfermería del IMSS.

Por otro lado, en cuanto al nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales, como ya antes se mencionó, se encontró un nivel más bajo de conocimientos, lo que sin duda representa un punto de atención para la población estudiada, ya que es en esta escala en donde se encontró la evaluación de regular.

Al cruzar este nivel de conocimientos con el turno en que laboran, existe un menor nivel de conocimientos en el turno vespertino, aunque algo de subrayar es que en esta escala ya existen calificaciones de deficiente en los tres turnos con un 17% del total de la población estudiada, lo que sin duda es un dato sobre el cual se tendrá que trabajar al interior del personal de enfermería estudiado.

Dentro de esta misma escala, se nota que en el nivel académico también existen datos importantes de resaltar, aquí, las enfermeras (o), generales son quienes representan el total de calificación deficiente, que es el 17%, de estas, aunque en general la calificación preponderante es la de regular con un 79% del total de la población. En estudios anteriores como el de Rodríguez en España, se encontró algo semejante, las medidas de prevención en el cuidado a personas con VIH/SIDA, representan un problema en cuanto a los conocimientos, encontrando que solo el 79% de esa población estudiada las utiliza en el manejo de personas con esta enfermedad, en este estudio, se discute que puede ser debido al poco conocimiento que se tiene de ésta herramienta en la práctica del cuidado[11].

El mismo comportamiento se observa en la experiencia en años con este tipo de conocimientos, pues es muy claro que el 20% de esta población tiene conocimientos deficientes, mientras que el 76%, presenta un conocimiento regular, sobresaliendo en esta ocasión con menores conocimientos quien tiene experiencia de 1 a 5 años, población que en conocimientos generales resultó con la mejor calificación, lo que nos invita a reflexionar sobre cuál es la causa de esta situación.

En la asistencia a cursos de educación continua sobre VIH/SIDA y el conocimiento de medidas de precaución universales, encontramos que las personas que han acudido a este tipo de cursos tienen un mayor nivel de conocimientos, lo que nos puede dar una idea de cual seria la solución a este comportamiento, es decir que si este aspecto representa un factor de riesgo para quien cuidada a personas con esta enfermedad, la solución puede estar en la educación continua, con responsabilidad de ambas partes, tanto de la Institución como del personal de enfermería.

De igual manera los datos nos ayudan a poder entender que quien consulta revistas especializadas en salud, tiene un mejor nivel de conocimientos sobre las medidas de precaución universales, por lo que la difusión de las revistas o lecturas, así como el interés propio del personal de enfermería puede ayudar a mejorar este tipo de conocimiento y con ello una práctica del cuidado profesional y responsable, que permita proteger y protegerse en la práctica profesional. Esto desde luego apoyado en la significancia estadística que arroja la Chi cuadrada de 0.10.

En la correlación entre conocimientos generales en el cuidado y el conocimiento de medidas de precaución universales no existe correlación, aunque estudios como en de Rodríguez en España [11], habla de una correlación lineal significativa entre ambas escalas aplicadas.

Entendemos hasta aquí que la razón que lleva a diferentes investigadores al estudio de los conocimientos en el cuidado a personas con esta enfermedad, tiene el propósito de describir y después de aplicar métodos o nuevas maneras

de brindar el cuidado, por lo que en este caso no se discute sí se ésta de acuerdo o no con los resultados de otras investigaciones, ya que en México y en particular dentro del IMSS, se ha investigado poco al respecto, por lo que toda investigación realizada aporta un conocimiento y punto de vista distinto del que se presenta en este trabajo.

Las actitudes, son una parte compleja de la investigación, quien más ha estudiado este aspecto, ha sido la psicología, la escala estudiada fue ya usada por Tomas en España, la cual arrojo en esa medición un alpha semejante a la de este estudio, lo que nos hace determinar que la escala tiene una consistencia interna aceptable, la medición en España tuvo un 0.7789, mientras que en esta medición fue de 0.7112.

En este rubro de las actitudes en el cuidado a personas con VIH/SIDA, se tomaron en cuenta cuatro dimensiones: miedo, rechazo, prejuicio y empatia, que fueron derivadas del constructo desarrollo de una relación de ayuda-confianza y sobre el cual se aplicó la escala de actitudes al personal de enfermería en este estudio.

El miedo y la empatia resultaron con menor nivel de presencia, en cambio el rechazo y la empatia, resultaron con mayor nivel de presencia en el grueso de la población estudiada, si tomamos en cuenta que para evaluar las actitudes, en general la calificación esperada como mayor fue de 130 puntos en ese proceso sumativo del que se habló en la metodología y solo se obtuvieron 72 puntos, nos señala una calificación a las actitudes de intermedia, lográndose solo el 55% de actitudes positivas lo que no está muy lejos de ser comparado con estudios anteriores, como el de Franco en México, en donde se reportaron actitudes ambivalentes, aunque en este estudio se habla del miedo como algo determinante en las actitudes hacia el cuidado en pacientes de pediatría con esta enfermedad [15].

En un estudio en Calcuta por DattaC y cols. se encontró que rechazo y miedo resultaron determinantes como actitudes negativas en el cuidado a personas con esta enfermedad[14] , los resultados obtenidos en este estudio

parecen concordar con ese estudio, por lo que podemos hablar de posibles semejanzas en la práctica del cuidado a estas personas.

Watson, en su constructo determina una relación de ayuda -confianza, entre la persona y la enfermera (o), en esta deben existir elementos cognitivos y de respuesta conductual [27], por lo que podremos afirmar que debido a los resultados obtenidos, este concepto no se logra cubrir, pues al menos en las actitudes existen puntos específicos como el del miedo y el prejuicio que nos hace plantear la idea de que no se esta brindando un cuidado humano como watson lo propone.

Aunque el nivel de empatia que los resultados nos muestran que pareciera derivar del deber ser que enfermería practica, por el hecho de ser considerada como una disciplina humanista según la teoría de Watson, lo que habría que estudiar más a fondo, o tal vez replicar esta misma escala en poblaciones similares a la que en esta ocasión se aplicó, para poder entonces lograr una mayor consistencia interna de la escala aplicada en este estudio.

Cabe señalar que, el nivel de conocimientos generales no tiene una correlación directa con las actitudes, no así el nivel de conocimientos sobre medidas de precaución universales en donde si se da una correlación directa con una (p)= 0.65, limítrofe pero significativamente estadística, es importante mencionar que este aspecto no ha sido evaluado en estudios anteriores por lo que este aspecto no se puede generalizar, más que para la población estudiada.

Se puede decir que a mayor conocimientos sobre medidas de precaución universales existe una actitud más favorable o positiva hacia el cuidado a personas con VIH/SIDA, es decir, sí saben cómo protegerse existirá una actitud más favorable o positiva para brindar cuidado a estas personas.

Aunamos a esto que si la tesis central de la teoría de Watson es no tratar a los seres humanos como objetos, sino como humanos [28] y para ello J. Watson postula sus conceptos como el estudiado en esta investigación: desarrollo de

una relación de ayuda- confianza, entenderemos que se tendrá que trabajar sobre los resultados obtenidos en esta investigación en la población estudiada y poner en práctica tareas o métodos que nos lleven en un futuro a reevaluar el cuidado que se da a las personas con VIH/SIDA.

XII. CONCLUSIONES

El estudio permitió identificar que el constructo estudiado: desarrollo de una relación de ayuda-confianza del cual se derivan los conceptos: elementos cognitivos y de respuesta conductual, no se identificó en la práctica del cuidado a personas con VIH/SIDA.

Se pudo señalar que el nivel académico no es determinante en el nivel de conocimientos generales o de precaución universales en el cuidado a personas con VIH/SIDA, sino que existen otros condicionantes, como lo son la asistencia a cursos sobre este tópico, o bien la consulta de revistas especializadas en salud, aunque se puede deducir que la motivación del personal de enfermería a cuidarse así mismo es una actitud de ayuda que se traduce en un sentido humano como el propuesto por Watson.

Se acepta que las enfermeras(os), tienen un nivel bueno sobre conocimientos generales sobre el cuidado a personas con VIH/SIDA.

Se determina que las enfermeras(os), participantes en la investigación requieren de un mayor y mejor entrenamiento sobre medidas de prevención universales, situación que puede apoyar a este personal para una mejor práctica del cuidado y protección de sí mismas y de las personas que padecen esta enfermedad, frenando así otra epidemia paralela que es el miedo y rechazo a la persona con VIH/SIDA

Se entiende que las actitudes que enfermería tiene en el cuidado a personas con VIH/SIDA, requieren de un mejor estudio, así como de una mayor capacitación con el fin de evitar actitudes negativas en la práctica del cuidado a estas personas.

Se determina que si bien; este fue un estudio descriptivo, arrojó resultados sobre los que se tendrá que seguir trabajando, ya que para la elaboración del mismo, se entendió que la información existente era incipiente, es decir dentro del IMSS no se habían realizado estudios que nos dieran información al

respecto del conocimiento y actitudes de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA por lo que se optó por esta metodología, que desde luego nos dará la pauta para emprender más y mejores estudios en un futuro.

En un futuro se tendrá que sensibilizar más a enfermería en la participación de protocolos de investigación, de ello depende que se siga investigando cada vez más y poder crear así evidencia científica que nos ayude en la solución de futuros problemas en el área clínica y la practica del cuidado.

XIII. SUGERENCIAS

Realizar estudios longitudinales/comparativos, que nos permitan validar estos datos con una metodología más rigurosa aprovechando así los resultados de este estudio.

Se recomienda que la actitud de la enfermera en el cuidado a personas con VIH/ SIDA pueda ser estudiada en estudios de tipo fenomenológico.

Se necesita, que estas investigaciones se lleven a cabo con un enfoque cualitativo con el fin de estudiar otros aspectos psicosociales que no han sido estudiados en el cuidado a personas con VIH/SIDA, como son el miedo a la muerte, homofobia y estigmatización.

Que la institución considere los resultados de este estudio con el fin de actualizar al personal sobre el conocimiento en el cuidado a personas con VIH/SIDA.

La cura de esta enfermedad, al parecer esta cada vez más lejos de ser realidad, las personas que la padecen necesitan ser cuidadas por personal capacitado y sensibilizado, la esperanza de vida para estas personas se ha elevado, por lo que debe considerarse la creación de proyectos que se encarguen de brindar el cuidado bajo los conceptos de una teoría humanista como la de J. Watson y con la perspectiva de los cuidados paliativos centrados a disminuir el aislamiento social, promover el bienestar y calidad de vida y a fomentar una muerte digna en el marco de los más elementales derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA.

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] World Health Organization. The World Report 2003. Geneva: World Health Organization . 2003.

[2] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2003. Ginebra: ONUSIDA, 2003.

[3] Secretaria de Salud. Epidemiología del VIH/SIDA en México. Centro Nacional para la prevención y control del SIDA. en el año 2003.

[4] Centres for Disease Control. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. MMWR 1987; 36: 15-185.

[5] Granot. T . Nursing etudents right to refuse to treat patients and the relationship beetween year of study and altitude towards patients care. Med Law; 21(3):549-6, 2002.

[6] Hentgen V, Knowledge, attitude and practices of health personnel with regard to HIV/AIDS in Tamatave Madagascar. Bull Soc Patthol Exot; 95(2): 103-8, 2002.

[7] Vázquez N, Factores asociados al nivel de ansiedad del personal de enfermería al ofrecer cuidado al paciente. P. R. health sci. J;20(4): 395-404, 2001.

[8] Ferrer Caro, Actitudes y conocimientos de la enfermería frente al SIDA. Analisis De su evolución entre 1991 y 2001. Enfermería Científica; 238-239: 4-13, 2002.

[9] SIECUS, Sexuallity Information and Educattion Council of the United Status. Teachers Knowledge and attitudes Toward HIV/AIDS Education. 25(5): 2001.

[10] Zuazo y cols, Actitudes en personal sanitario que atienden a pacientes con SIDA en un Hospital de Alicante España, Desarrollo Científico en Enfermería; 5(4); 185-195, 2000.

[11] Villea Rodríguez, Conocimientos, actitudes y procedimientos preventivos de las enfermeras que atienden a pacientes hospitalizados por SIDA. Desarrollo Científico en Enfermería; 8(8); 239-242.

[12] Young MG, The role of nurses in AIDS care regarding voluntary euthanasia and assisted suicide: a call for further dialogue. J Adv Nurs; 31(3): 513-9, 2000.

[13] McCann TV, Educational Intervention with international nurses and cahnges in knowledge, attitudes and willingness to provide care to patients with HIV/AIDS. J Adv nurse; 27(2): 267-73, 1998.

[14] Datta C, Knowledge and attitude in relation to HIV/AIDS among in – service nurses of Calcuta. J Indian Med Assoc; 95(3): 75-7, 1998.

[15] M Franco, Sistema social y personal de la enfermera en el cuidado del niño con VIH/SIDA, Tesis Maestría,1997.

[16] MS Peralta, Conocimientos de la enfermera en el manejo del paciente con VIH/SIDA. Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social;1(2);43-47, 1997.

[17] Steele A, Nurses knowledge and beliefs about AIDS: comparing in hospital, community and hospice settings. J ADV Nurs; 22(5): 879-87, 1995.

[18] Escobar B, Estudio comparativo sobre actitudes de los profesionales de enfermería ante pacientes VIH (+)/SIDA. Enfermería Científica, 190-191: 33-35, 1995.

[19] G Moupome, Actitudes y costumbres para el control de infección por SIDA y Hepatitis B en estudiantes de Odontología. Salud Pública de México; 35(6): 35-39, 1993.

[20] Roviera Vaciana Comportamiento y actitud en los profesionales de enfermería hospitalaria, Enfermería Científica, 16(4): 78-87, 2001.

[21] Arancibia C. violeta. Psicología de la Educación. El enfoque conductista y cognoscitivista. Ed. Alfa omega, D.F. México, 1999. Universidad Católica de Chile.

[22] Medida, J 1999. La pedagogía del cuidado: El cuidado, Leartes ed. Barcelona Esp. 1, 29-33

[23] Watson, J. 1992. Nursing caring-healing paradigm as exemplar for alternative medicine? Altrnative Therapies in Health and Medicine, 1(3), 64-69.

[24] Kerouac, S.1996. El pensamiento enfermero: Grandes corrientes del pensamiento. Ed. Masson, Barcelona. España. 1999.

[25] Watson J. 1995. Cuidado Humano: Una teoría de enfermería Nacional League for Nursing.

[26] Ann Marriner T. 1999 Modelos y teorías de enfermería 4a. Edición edit. Harcourt Prace Madrid España

[27] Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and Prospective Nursing Science Quarterly, 10, 49-52.

[28] Watson, J. (1979).Nursing: The philosophy and science of caring. Boston:Little Brown.

CUESTIONARIO

XV. ANEXO

Encuesta sobre conocimientos y actitudes del personal de enfermería en el cuidado a personas con VIH/SIDA.

Instrucciones: Lea cuidadosamente y (subraye), la respuesta que más usted considere correcta. Recuerde que esto no es un examen y solo se pretende conocer su opinión., la cual será manejada confidencialmente.

Parte I. Demográficos

1. Edad: ( )
   1. 20-25 2. 26-30 3. 31-35
   4. 36-40 5. 41-45 6. MÀS DE 45
2. Sexo: ( )
   1. Masculino 2. Femenino

3. Estado civil: ( )
   1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado
   4. Viudo 5. Unión libre 6. Separado
4. Turno en que labora: ( )
   1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno
5. Servicio en que labora ( )
   ---
6. Antecedentes profesionales: (escolaridad) ( )
   1. Técnico en enfermería 2. Enfermera(o) general
   3. Lic. En enfermería 4. Posgrado
   5. Otro, especifique----------
7. Categoría (especifique)---------- ( )

8. Experiencia que ha tenido en el cuidado a personas con VIH/SIDA. ( )
   1. Nunca 2. Menos de un año 3. De 1 a 5 años

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

4. De 6 a 10 año 5. Más de 10 años

9. Ha asistido a cursos de educación continúa en el último año sobre el VIH/SIDA ( )

1. Si

2. No

10. De cuantas horas fue el curso al que asistió? ( )

1. 0-10 2. 11-20 3. 21-30

11. ¿Consulta usted regularmente revistas especializadas en salud? ( )

1. Si (cuales) ---------- ---------- ---------- ----------

2. No

12. Actualmente la vía de transmisión más frecuente del VIH/SIDA, es por: ( )

1. Contacto sexual 2. Vía perinatal

3. Por transfusión sanguínea 4. Por drogas intravenosas

Parte II. Conocimientos 1

Marque con una (X), dentro del paréntesis la respuesta "cierto o falso", según corresponda a la respuesta (recuerde no hay respuestas correctas o incorrectas solo se quiere conocer su opinión).

1. Considera usted que el SIDA es?

	CIERTO	FALSO	NOSE
1. Un tipo de cáncer	( )	( )	( )---
2. Igual a VIH	( )	( )	( )--
3. Una enfermedad que puede afectar a todos	( )	( )	( )--
4. Un padecimiento que se puede prevenir	( )	( )	( )--
5. Un padecimiento curable	( )	( )	( )--
6. Fácil infectarse con el virus del VIH, al cuidar a personas con esta enfermedad	( )	( )	( )--
7. De fácil destrucción con germicidas o antisépticos	( )	( )	( )--

2. Cree usted que el virus del sida se contagia Fácilmente?		**CIERTO**	**FALSO**	**NO SE**
1.	Por transfusiones de sangre infectada	( )	( )	( )--
2.	Por contacto directo con una persona infectada	( )	( )	( )--
3.	Por un contacto sexual con una persona Infectada por el virus del SIDA	( )	( )	( )--
4.	Por compartir agujas y/o jeringas sin esterilizar	( )	( )	( )--
5.	Al hijo durante el embarazo si la madre esta infectada	( )	( )	( )--
6.	Por ignorancia	( )	( )	( )--

3.-Cuales de las siguientes medidas son útiles para disminuir o evitar el contagio del VIH/SIDA?

		CIERTO	**FALSO**	**NO SE**
1.	Evitar Contacto con personas con SIDA	( )	( )	( )--
2.	Separar o aislar al persona con VIH/SIDA	( )	( )	( )--
3.	Hacer pruebas de sida a donadores de sangre	( )	( )	( )--
4.	Reencapuchar las jeringas después de usarlas	( )	( )	( )-
5.	Utilizar medidas de prevención universales	( )	( )	( )-

Parte III Conocimientos 2 (precauciones universales)

1.-.-Que tan dispuesto estaría usted en cuidar a personas con VIH/SIDA? ( )

Totalmente dispuesto	1
Más dispuesto que indispuesto	2
Igualmente dispuesto que indispuesto	3
Más indispuesto que dispuesto	4
Totalmente indispuesto	5

2.-Por favor autoevalué su preparación para dar cuidado a una persona con VIH/SIDA. ( )

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Deficiente	5

3.-En su opinión que tan de acuerdo esta usted en saber aplicar correctamente las Precauciones universales? ( )

Totalmente de acuerdo	1
Más en acuerdo que en desacuerdo	2
Igualmente en acuerdo que en desacuerdo	3
Más en desacuerdo que en acuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

4.-Por favor dígame ¿Cuáles de las siguientes acciones pertenecen a las ya Establecidas como precauciones universales? (recuerde que no existen Respuestas correctas o incorrectas solo nos interesa conocer su opinión)

	CIERTO	FALSO	NO SE
1. Lavado de manos antes y después de cuidar a cualquier persona	( )	( )	( )---
2. Atender al paciente a una distancia de 30 cm. Para evitar el contagio	( )	( )	( )---
3. Recomendar al paciente acudir puntualmente a sus citas	( )	( )	( )---
4. Aislamiento de pacientes infectados por el VIH/SIDA	( )	( )	( )---
5. Emplear anteojos mascaras y uniformes protectores durante manipulaciones que impliquen brotes de sangre o secreciones	( )	( )	( ) ---

6. Conocimiento del uso correcto del condón ( ) ( ) ( ) ---
7. Extremar precauciones en el cuidado a homosexuales con o sin infección por VIH ( ) ( ) ( ) ---
8. Solo personas capacitadas deberán atender a personas con diagnostico de VIH/SIDA ( ) ( ) ( ) ---
9. Limitar la transferencia de objetos punzo cortantes ( ) ( ) ( ) ---
10. Apoyo al paciente con SIDA mediante la consejeria ( ) ( ) ( ) --
11. Depositar desechos y basura en los contenedores correctos ( ) ( ) ( ) --
12. Preparar con antelación todo el instrumental requerido en cada procedimiento, a fin de evitar accidentes. ( ) ( ) ( ) ---
13. Respetar las áreas en los quirófanos ( ) ( ) ( ) ---
14. Cubrir todas las lesiones cutáneas antes de brindar cuidado a los pacientes ( ) ( ) ( )---
15. Respetar la individualidad de nuestro paciente ( ) ( ) ( )--

Parte IV. Escala de actitudes

En cada una de las siguientes preguntas marcar con una (**X**), la opción elegida, recuerde que esto no es un examen y solo se pretende conocer su opinión.

TA= Totalmente de acuerdo A= De Acuerdo NA/ND= Posición neutra
D= En Desacuerdo TD= Total Desacuerdo

1.- El sida no afecta a las personas heterosexuales. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

2.- Los fetos contagiados con el virus del sida deberán abortarse. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

3.- Existe peligro en el hecho de que los portadores del virus del sida utilicen restaurantes o baños públicos ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

4.- Debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

5.- El sida es un problema de todos. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

6.- El cuidado continuo a un enfermo de sida es sinónimo de contagio. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

7.- El portador del virus del sida tiene derecho a que se guarde el secreto de su diagnostico médico. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

8.- En las actividades del cuidado cotidianas no hay riesgo de transmisión del virus del sida. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

9.- Los enfermos del sida deben ser aislados del resto de los enfermos. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

10.-El paciente del VIH positivo debe ser identificado como tal. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

11.- Ser portador del virus del sida debe ser obstáculo para acceder a la educación y el empleo. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

12.- Deberían crearse hospitales específicos para enfermos de sida y portadores. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

13.-El sida es la mayor plaga de nuestro tiempo. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

14.- El enfermo del sida debe ser considerado una victima del sistema social. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

15.- El ser portador del virus del sida debería ser impedimento para poder adoptar a un niño. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

16.- En el hospital un portador del virus del sida debería compartir habitación con una persona no infectada. ( )

TA **A** **NA/ND** **D** **TD**

17.- Me resultaría agradable trabajar con un compañero portador del virus del sida. ( )

TA A NA/ND D TD

18.- Los niños portadores del virus del sida deberían acudir a clases especiales. ( )

TA A NA/ND D TD

19.- Como medida de precaución deberíamos evitar contacto con los enfermos de sida y portadores. ( )

TA A NA/ND D TD

20.-Siempre que toquemos a un enfermo de sida deberíamos usar guantes. ( )

TA A NA/ND D TD

21.- La prueba del sida debe ser voluntaria y anónima. ( )

TA A NA/ND D TD

22.- Al realizar las tareas del cuidado a mis pacientes me da miedo contagiarme del sida. ( )

TA A NA/ND D TD

23.- De todas las enfermedades que conozco el SIDA es a la que más le temo ( )

TA A NA/ND D TD

24.- En las tareas de cuidado con una persona con SIDA, es importante la empatia y/o afecto ( )

TA A NA/ND D TD

25.- La comunicación es una tarea de cuidado con una persona con SIDA ( )

TA A NA/ND D TD

26.- Una relación de confianza entre enfermera y persona con SIDA ayuda a mejorar el cuidado de estas personas ( )

TA A NA/ND D TD