



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



**CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO 2012**

Tesis para optar el Título profesional de

Licenciada en Enfermería

Hipólita Antonia Alarcón Rivas

Lima – Perú

2012

Hipólita Antonia Alarcón Rivas

CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DOS DE MAYO 2012

Asesor: Lic. Néstor Flores Rodríguez
Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza,
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

Lima – Perú

2012

DEDICATORIA

A la Escuela, por acogerme durante el tiempo de mi formación profesional.

A los docentes, quienes me brindaron sus conocimientos.

A cada una de las hermanas que conforman mi comunidad, por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por su infinito amor y bondad y por haberme dado salud para llegar al culmen de mi carrera profesional.

A la Escuela

Por su exigencia en mi superación y desarrollo integral.

Al Hospital Nacional Dos de Mayo

Por haberme aceptado y facilitado en la elaboración de mi tesis.

A mi asesor

Lic. Néstor Flores Rodríguez por su apoyo, paciencia y comprensión.

A mis Padres

Por sus consejos, sus valores, su cercanía a pesar de la distancia y la enfermedad por la que atraviesan.

A mis familiares

A cada uno de mis hermanos y hermanas especialmente a mi hermana Isabel por su cariño y exigencia en los momentos difíciles y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

¡Gracias a ustedes!

A mi Congregación San José de Cluny

Por permitirme culminar mi carrera profesional, a mi provincial Sor María Virginia, especialmente a cada una de las Hermanitas de mi Comunidad que me han alentado en todo momento y acompañado con sus oraciones.

INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Planteamiento y delimitación del problema.....	10
1.2 Formulación del problema:	12
1.3 Delimitación de objetivos	12
1.3.1 Objetivo General:	12
1.3.2 Objetivos Específicos:	13
1.4 Justificación del estudio.....	13
1.5 Limitación del estudio	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	15
2.1 Marco referencial histórico	15
2.2 Investigaciones Relacionadas con el tema.....	18
2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	21
2.4 Definición de Términos Básicos (Operacionales)	41
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	43
3.1 Tipo y diseño general del estudio	43
3.2 Área del Estudio	43
3.3 Población y Muestra	44
3.4 Relación de Variables	44
3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	45
3.6 Procedimientos de Recolección de Datos	46
3.7 Análisis de datos	46
3.8 Aspectos Éticos.....	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
4.1 Resultados	48
5.2. Discusión.....	66
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
5.1. Conclusiones.....	71
5.2 Recomendaciones:	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS.....	81

RESUMEN

Introducción: El SIDA es una enfermedad que se viene presentando de manera alarmante en todo el mundo como una de las enfermedades mortales más relevantes, siendo un problema que trasciende a todas las sociedades. ONUSIDA manifiesta a fines del 2010 aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretroviral, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el SIDA, especialmente en los últimos años. **Objetivo:** Determinar el cuidado integral de enfermería en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2012. **Metodología:** Es un estudio descriptivo de corte transversal no experimental, la muestra se seleccionó, mediante el tipo de muestreo no probabilístico, fue constituida por 30 pacientes de ambos sexos. La información fue recolectada a través de una entrevista y como instrumento un cuestionario de 26 preguntas dividido en cuatro dimensiones: Biológica, Psicológica, Espiritual y Social – Familiar, se ejecutó en cuatro periodos. **Resultado:** El cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo es en su mayoría regular con un 53.3% (16), seguido del nivel bueno con un 26.7% (8) y un nivel deficiente con un 20% (6). Se ha considerado los principios éticos de la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia se respetó el anonimato y la confidencialidad del paciente y no se ocasionó ningún tipo de daño físico o mental. **Conclusiones:** Se comprobó que el cuidado integral comprendido entre las dimensiones: Biológica, Psicológica, Espiritual y Social-familiar, realizado por el personal de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA es regular, por tanto es importante que la enfermera(o) debe brindar un cuidado con un enfoque integral teniendo en cuenta todas las dimensiones para ofrecer calidad de vida y humanizada.

Palabras Clave: Cuidado Integral, Enfermería, Pacientes, VIH/SIDA.

SUMMARY

Introduction: AIDS is a disease that has been occurring at an alarming rate worldwide as one of the most important life-threatening diseases, is a problem that transcends all societies. UNAIDS expresses 2010 approximately late 34 million people living with HIV worldwide, 17% more than in 2001. This reflects the continued large number of new HIV infections and a significant expansion of access to antiretroviral therapy, which has helped reduce AIDS-related deaths, especially in recent years. **Objective:** To determine the comprehensive nursing care in hospitalized patients with HIV/AIDS in the Service of Infectious and Tropical Diseases at the Dos de Mayo National Hospital in 2012. **Methodology:** A descriptive cross-sectional study is not experimental; the sample was selected by means of non-probability sampling, consisted of 30 patients of both sexes. The information was collected through an interview and a questionnaire as an instrument of 26 questions divided into four dimensions: biological, psychological, spiritual and social - Family, was executed in four periods. **Result:** The comprehensive nursing care according to the patients with HIV/AIDS of the Dos de Mayo National Hospital is mostly regular with a 53.3% (16) followed with the level good with a 26.7% (8) and a poor level with 20% (6). It has considered the ethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice are respected the anonymity and confidentiality of the patient and don't cause any type of physical or mental harm. **Conclusions:** We found that integrated care between dimensions: biological, psychological, spiritual and social-family, made by the nursing staff as hospitalized patients with HIV/AIDS is regular, so it is important that the nurse (or) must provide care with a holistic approach taking into account all dimensions for quality of life and humanized.

Keywords: Integral Care, Nursing, Patients, HIV / AIDS.

INTRODUCCIÓN

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

Las personas con VIH/SIDA son pacientes que dependen del cuidado del personal de enfermería, por lo cual debe estar capacitado y debe contar con los conocimientos necesarios para brindar una atención de calidad con calidez.

Al brindar los cuidados de manera integral es importante tener en cuenta que el paciente, como todo ser humano, es un ser con múltiples dimensiones: biológicos, psicológicos, espirituales y social – familiar, al mismo tiempo interactuar en un ambiente terapéutico en el cual se sienta seguro y confiado y se integre con el personal especializado, convirtiéndose el profesional de enfermería en el vínculo de esa integración. Dentro de este orden de ideas, con el objeto de determinar el cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se propone aportar alcances o soportes para ayudar a los pacientes en las áreas afectivas- emocionales, socio familiares y espirituales, vale decir el cuidado integral que ameritan los pacientes infectados.

Por consiguiente, el desarrollo del estudio se ha organizado en seis capítulos:

El Capítulo I, El problema y delimitación del problema, incluye la descripción de la problemática planteada, los objetivos del estudio y la justificación del mismo.

El Capítulo II, Marco teórico: se desarrollan los antecedentes del estudio, las bases teóricas que sustentan la investigación, los fundamentos conceptuales que describe cómo los profesionales de enfermería deben ayudar a los enfermos con SIDA y la descripción de las dimensiones. Se incluye la definición de términos básicos y la operacionalización de la variable.

El Capítulo III, Diseño metodológico: este capítulo se relaciona con la metodología aplicada para los pasos realizados en el diseño y tipo de estudio, en el área de estudio, en la población y muestra a utilizar con las técnicas e instrumentos aplicados para la recolección de datos y el análisis de datos y se incluyen los aspectos éticos.

El Capítulo IV, describe el análisis de los resultados obtenidos y su representación gráfica y la discusión.

En el Capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones resultantes del trabajo de investigación.

Finalmente, se presenta el material bibliográfico consultado para la realización del presente estudio y los anexos que sirven de respaldo a dicho trabajo investigativo.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento y delimitación del problema

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) es una enfermedad que se viene presentando de manera alarmante en todo el mundo como una de las enfermedades mortales más relevantes, siendo un problema que trasciende a todas las sociedades. Ha provocado el contagio de muchas personas desde recién nacidos hasta individuos adultos y en la actualidad es uno de los grandes problemas sociales, debido a las diversas formas de contagio en que presenta.¹

Según la Organización de las Naciones Unidas para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en diciembre 2001, con ocasión del Día Mundial del SIDA, manifestaron que el SIDA se ha convertido en la enfermedad más devastadora que jamás haya enfrentado la humanidad. Desde que comenzó la epidemia, más de 60 millones de personas se han infectado con el VIH y el SIDA en todo el mundo, 25 millones de personas han muerto como consecuencia del virus y es la cuarta causa de mortalidad. Cerca de una tercera parte de las personas que actualmente viven con el VIH/SIDA tienen entre 15 y 24 años.² Otro informe de la ONUSIDA en el día mundial del SIDA, mencionaron que actualmente más personas que nunca viven con el VIH, en gran parte debido al mayor acceso al tratamiento. A fines de 2010 que aproximadamente 34 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, un 17% más que en el 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretroviral, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el SIDA, especialmente en los últimos años.³

En el diario Católico L'OSSERVATORE ROMANO mencionó a fines del año 2010, sólo el 5% de las personas afectadas por el virus del SIDA en el mundo, recibían asistencia adecuada. La iglesia se ha afirmado con su magisterio autorizado sobre la vida y la salud al servicio del hombre enfermo, en todas las partes del

mundo, convirtiéndose en uno de los mayores protagonistas y dispensadores de cuidados sanitarios en el mundo. Cuidados que conciernen al hombre en su integridad psicofísica, moral y espiritual.⁴ Por otro lado, la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud del Perú, confirmó que de cada tres personas portadoras del VIH en el Perú, una es mujer y sólo el 33% conoce el condón, como ayuda parcial para prevenir el contagio de esta enfermedad.¹

La persona con VIH/SIDA es afectada biológica, psicológica, social familiar y espiritualmente al enfrentarse a una enfermedad incurable y que tiende a ser estigmatizada por la población en general. Las personas infectadas se ven abrumadas por emociones como la ansiedad y sensaciones de culpabilidad; además se enfrentan a la pérdida de seguridad económica, funciones sexuales, autoestima, intimidad, miedo, cólera, hostilidad, estrés, alteración de las relaciones interpersonales y ponen en juego sus propias creencias y valores.

Para la participación efectiva del profesional de enfermería en el cuidado al paciente con VIH/SIDA, está implícita la ayuda en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales, el cual debe aportar los requerimientos esenciales para mantener el equilibrio afectivo y espiritual tan alterado en una persona con VIH. Según De Sousa et al, los profesionales de salud que trabajan con los usuarios portadores del VIH en el ambiente hospitalario manifiestan que existen innumerables obstáculos en el proceso del cuidado. La frecuencia de internamientos de los usuarios agrava el estado de su salud, su dependencia física, las carencias sociales y la muerte frecuente, lo cual genera desgaste físico y emocional de los cuidadores.⁵

Durante el tiempo de hospitalización, el paciente con VIH/SIDA no suele recibir un cuidado integral de acuerdo a sus necesidades, por lo que se observa en diversas instituciones de salud que durante la estancia hospitalaria el acercamiento por parte de la enfermera es mínimo, ya sea por temor al contagio o por cualquier otro motivo relacionado con la enfermedad, lo cual conlleva a mostrar una actitud de indiferencia, discriminación, marginación hacia el paciente, el cual experimenta sentimientos de aislamiento y soledad.

El cuidado de enfermería que brinda es rápido, sin mayor contacto con el paciente y en otras oportunidades la espera es prolongada para ser atendido. Más aún ante preguntas que el paciente manifiesta, se observa que las respuestas por parte de la enfermera son muy cortantes y muchas veces no respondidas.

Estos hechos se evidencian a través de los testimonios recogidos de los pacientes del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo, durante las prácticas pre profesionales llevadas a cabo durante la formación profesional, lo cual incrementa la dificultad por parte del paciente en aceptar su enfermedad, convirtiéndose en un obstáculo para favorecer la recuperación y estabilidad del paciente, lo que se evidencia con sentimientos de impotencia y frustración reflejada alguna vez como conducta agresiva y rebelde. Por ejemplo los pacientes con VIH/SIDA exteriorizan: “me siento impotente cuando me tratan mal”, “soy una persona como todas”, “la enfermera no es humana, no sabe tratar”, “no puedes preguntarle porque no te dan respuesta”.

Toda esta actitud de la enfermera frente al paciente con VIH, debe cambiar por una cultura de aceptabilidad y responsabilidad profesional, realizando un cuidado integral en todas sus dimensiones.

1.2 Formulación del problema:

Debido a la problemática anteriormente presentada se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es el cuidado que brinda el profesional de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012?

1.3 Delimitación de objetivos

1.3.1 Objetivo General:

- Determinar el cuidado integral de enfermería a los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2012.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Describir el cuidado de enfermería según la dimensión biológica en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.
- Describir el cuidado de enfermería según la dimensión psicológica en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.
- Describir el cuidado de enfermería según la dimensión espiritual en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.
- Describir el cuidado de enfermería según la dimensión social familiar en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales.

1.4 Justificación del estudio

La infección por el virus del VIH/SIDA, como se demuestra en términos de desarrollo económico y social, debido al grupo etáreo que principalmente afecta, priva a la sociedad de personas que están en su mejor momento físico y mental para la realización de sus capacidades. Por tanto, representa una gran amenaza al desenvolvimiento y crecimiento productivo donde quiera que se encuentre un grupo substancial de adultos infectados por esta enfermedad.

Por otro lado, el impacto social que ocasiona la problemática por la discriminación en el entorno laboral, escolar y familiar, hacen que el VIH/SIDA, acarree un

trastorno emocional en la persona que lo padece, manifestándose a través de sentimientos de culpa, miedo irracional, ignorancia, agresividad y depresión.

Los cuidados al enfermo con VIH/SIDA, constituyen parte del quehacer diario del profesional de enfermería, en tal sentido, los aportes de nuevos conocimientos y lineamientos son necesarios para lograr actos que exigen del profesional de enfermería una permanente conciencia de propósito y dirección ante la responsabilidad de implementar los mismos.

Es conveniente realizar el estudio de la situación del enfermo con VIH/SIDA, porque aborda la satisfacción de necesidades tanto en la dimensión biológica, psicológica, espiritual y social familiar de los usuarios que padecen esta enfermedad y a la vez se destaca el papel que desempeña el profesional de enfermería en el cuidado de estos y sus familiares. Se considera también esencial el apoyo espiritual que les permita sentirse reconocidos, atendidos y respetados en su condición de persona.

Llevar a cabo la investigación es importante para el Hospital Nacional Dos de Mayo, porque los datos obtenidos servirán para mejorar la calidad del cuidado integral de enfermería en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA, sirviendo los resultados del estudio para favorecer un mejor conocimiento sobre la forma como valoran los pacientes con VIH-SIDA el cuidado de Enfermería y con ello poder desarrollar guías de cuidado enfermero que incluyan aspectos personales, emocionales y espirituales, dándole un enfoque más integral y holístico al cuidado de enfermería y con el cual la percepción del paciente mejore así como los procedimientos que se lleven a cabo con él, en función a una redirección de las políticas y protocolos de atención al paciente con VIH-SIDA.

Así mismo los resultados servirán para ampliar y consolidar la capacidad para enfrentar la realidad y encontrar soluciones prácticas en el bienestar del enfermo.

Por último, se espera que los estudiantes y profesionales de enfermería consideren el presente trabajo de investigación como un aporte que sirva de guía y orientación en su trato con enfermos que padezcan esta enfermedad.

1.5 Limitación del estudio

- Tiempo excesivo para la emisión de autorización para el desarrollo de la investigación en el Hospital, debido al trámite administrativo.
- Actitud negativa y temor a la participación en estudios de investigación por parte de los pacientes con VIH.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Marco referencial histórico

Generalidades del VIH/SIDA

Encontramos en referencia a la historia sobre la enfermedad del VIH/SIDA, siendo en 1981 cuando en Estados Unidos se diagnosticaron los primeros casos de enfermos de SIDA, que oficialmente empezó el 5 de junio de ese mismo año, cuando los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, convocó a una conferencia de prensa donde describió 5 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en los Ángeles y meses posteriores hallaron varios casos de sarcoma de Kaposi – un tipo de cáncer a la piel.

Los primeros 14 casos registrados por la OMS en 1979, en 1983 la cifra aumenta a unos 4,935, en 1988 a 75,316 y en la actualidad se calcula unos 34 millones de personas que viven con el VIH. En los mencionados años se sostuvieron distintas teorías sobre las posibles causas del SIDA, considerándola como una enfermedad epidemiológica.⁶

Al principio la comunidad homosexual fue responsabilizada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Ciertos grupos religiosos llegaron a decir que el SIDA era castigo de Dios a los homosexuales. Otros señalan que el estilo de vida desordenada de los homosexuales era responsable de la enfermedad.⁷

La Organización de las Naciones unidas (ONU), en el 2001, realizaron un período extraordinario de sesiones donde se pactó una Declaración de Compromiso en la cual se reafirma el compromiso de los Estados Miembros de hacer frente a la crisis del VIH/SIDA, por medio de la adopción de medidas teniendo en cuenta las diversas situaciones y circunstancias en diferentes regiones y países del mundo. Y el 1° de Diciembre de 1996 se declara Día Mundial del SIDA.⁸

La Iglesia se manifiesta a través de Juan Pablo II, mediante la IV Conferencia Internacional sobre SIDA "Vivir, ¿para qué?" propiciada por el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, celebrada en el Aula del Sínodo del Vaticano el 13, 14 y 15 de noviembre de 1989, donde resalta el desafío de la Iglesia frente a la enfermedad del SIDA, acogiendo la parte que le compete frente a la prevención de la enfermedad y a la asistencia prestada a quienes han quedado afectados por ella, a través de la información oportuna educar para la madurez responsable.⁹

El primer caso de SIDA en el Perú fue identificado el año 1983, por el Dr. Raúl Patrucco quien en el año 1985 publica en la Revista Diagnóstico Volumen 16, Número 5, una serie de 9 casos de SIDA. El primero de ellos fue un paciente de 37 años residente en Estados Unidos (New York), homosexual, usuario de drogas con múltiples compañeros sexuales que manifiesta la enfermedad en enero del año 1982 en los EEUU y regresa al Perú donde fue hospitalizado en mayo del año 1983. Entre los pacientes homosexuales 7 fueron peruanos, 4 de ellos residente durante mucho tiempo en el extranjero y 3 que nunca salieron fuera del país, pero que tuvieron frecuentes contactos con homosexuales extranjeros.

En estas circunstancias se confirmó la presencia de casos de SIDA en el país; sin embargo, hasta ese momento no se tenía evidencia de transmisión del VIH entre peruanos que no habían salido del país.

Durante el año 1985 el Dr. Peralta T. y colaboradores, publican en la Revista de Gastroenterología del Perú, el reporte de un caso de un paciente de 41 años, soltero, de ocupación peluquero, de nacionalidad peruana, que vivió entre los años 1969 y 1981 en la ciudad de New York y que regresa al Perú en 1981 aparentemente sano. Este paciente tenía antecedentes de sífilis en el año 1972, consumo ocasional de marihuana y pasta básica de cocaína, no usuario de drogas endovenosas. El cuadro clínico que presentó fue diarrea persistente, disfunción poderla acentuad, luego candidiasis oral y fiebre 9 meses antes de su hospitalización.¹⁰

En el Perú, cerca de 100 mil personas son víctimas del VIH/SIDA, de ellos y ellas se estima que entre 60 a 70 mil, han contraído el virus siendo asintomáticos y tres de cada mil es portador. Dentro de las estadísticas el 50% se infecta a temprana edad, considerando la mediana por infección de VIH es 31 años, estos casos se presentan en los departamentos de la costa y selva con mayor concentración urbana.¹

En febrero de 1991, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se buscó desde un inicio, conformar un equipo multidisciplinario, así como motivar entre los primeros pacientes la formación de una asociación, fundándose así a las pocas semanas el GAM Renacer. A la fecha, ha atendido más de 8000 Personas Viviendo con VIH SIDA (PVVS), 1800 en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), posee la mayor capacidad de camas hospitalarias para PVVS en el Perú y dispone de un área de aislamiento respiratorio a fin de evitar la transmisión intrahospitalaria de TB.¹¹

2.2 Investigaciones Relacionadas con el tema

Antecedentes Internacionales

Conopoima Z, Guzmán C y Valdez B. (2001)” Calidad de Atención de enfermería en pacientes con VIH/SIDA, cuyo objetivo fue determinar la calidad de la atención de enfermería que reciben los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida hospitalizados en el Hospital General de El Tigre - Venezuela. El diseño de la investigación fue descriptivo y retrospectivo. La población en estudio la constituyeron los pacientes con VIH/SIDA y cuya muestra estuvo representada por el 100% de la población en estudio los cuales eran un total de 20 pacientes. Para la recolección de la información utilizaron dos cuestionarios, los cuales fueron validados por expertos. Los resultados del análisis determinaron que los pacientes con VIH/SIDA no reciben una calidad de atención de enfermería acorde con sus necesidades fisiológicas y psicológicas.¹²

Cardozo Y, Pérez V y Reyes M. (2011). Venezuela. Tesis titulado: Participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA; cuyo objetivo fue determinar cuál es la participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en la Unidad Clínica de Medicina del Hospital Central de Maracay. La población estaba conformada por 20 profesionales de enfermería y 8 enfermos con SIDA que pudieran responder a las preguntas realizadas, tomó el 100% de la población como muestra representativa y se hizo mediante un muestreo estratificado. Es un estudio descriptivo de campo, documental, retrospectivo, no experimental y univariable. Resultados: se destaca el hecho que el profesional de enfermería se limita únicamente a cumplir el tratamiento médico, dejando a un lado la parte emocional y espiritual del paciente. Por consiguiente, las necesidades espirituales y emocionales del mismo no son satisfechas de manera sistemática, que se evidencia por un desconocimiento de la creencia religiosa del enfermo en un 87.5%; igualmente, un alto índice de los profesionales de enfermería, 60%, no identifica, jerarquizan, planifican ni mucho menos ejecutan las acciones de enfermería necesarias para ayudarlo en la satisfacción de las necesidades en estudios y aportarle los requerimientos para su equilibrio emocional y espiritual.¹³

Marroquín C. (2011), Guatemala. El presente estudio titulado: Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidado integral a pacientes con VIH/SIDA en fase terminal hospitalizados en los servicios de medicina de hombres y de mujeres del hospital nacional de Chimaltenango, cuyo objetivo fue describir los conocimientos del personal de enfermería, del servicio de medicina de hombres y mujeres del Hospital Nacional de Chimaltenango, sobre el cuidado integral a pacientes con diagnóstico de VIH/Sida en fase terminal. Es un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, previo a realizar el trabajo de campo, se llevó a cabo un estudio piloto para el cual se obtuvo el permiso respectivo, con personal de enfermería de los servicios de medicina de hombres y de Mujeres del Hospital Roosevelt de Guatemala. Los resultados reflejan que: a) El personal de enfermería confía en su fundamentación científica cuando brinda cuidado al paciente; considera al paciente con VIH/Sida como un ser integral y es importante el uso de bata, mascarilla y guantes cuando brinda cuidados b) Los conocimientos del personal de enfermería del servicio de Medicina de Hombres y de Mujeres del Hospital Nacional de Chimaltenango son deficientes en cuanto a la asistencia que debe brindar al paciente en actividades como higiene personal, alimentación, cuidados de la piel y movilización.¹⁴

Antecedentes Nacionales

Jhonston C. (2006). Lima. Investigación titulado “Actitudes del Paciente con VIH/SIDA hacia su seropositividad en el Hospital María Auxiliadora, tuvo como objetivo: Identificar y Analizar las actitudes del paciente con VIH/SIDA hacia su Seropositividad, con los resultados obtenidos se buscó incentivar al personal de Enfermería al conocimiento de las actitudes reales de este tipo de paciente con el fin de elaborar un Programa Educativo en el cual se potencialice más su estabilidad emocional. El tipo de investigación es cualitativa, nivel aplicativo, la muestra estuvo constituida por 12 pacientes cuyas edades fluctuaban entre 19 y 35 años, los cuales fueron elegidos a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. La técnica que se utilizó fue la Entrevista en profundidad y como instrumento la Guía de Preguntas directrices. Entre las consideraciones más importantes tenemos: Las personas con VIH carecen de mecanismo de afrontamiento tanto en el momento de conocer su diagnóstico como en su evolución, siendo la depresión, ira

y miedo a la muerte las manifestaciones más frecuentes las cuales conllevan a presentar una actitud desfavorable frente a su seropositividad. La gran mayoría de personas con VIH/SIDA han comprendido la importancia de llevar una vida tranquila y libre de riesgo, lo cual contribuye una actitud favorable para mejorar su calidad de vida. ¹⁵

Delgado M. (2007). Lima. Tesis titulado: Percepción del paciente con SIDA sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2007, cuyo objetivo es determinar la percepción del paciente con sida sobre el cuidado que brinda la enfermera y diferenciar la percepción del paciente según dimensión biológica, espiritual, sociocultural y emocional. En los resultados obtenidos se tomó en cuenta, la percepción positiva ante el trato y atención otorgada por el personal de Salud tanto a pacientes como a familiares, percepción de comodidad y sentimiento de agrado frente al ambiente hospitalario, afabilidad y aceptación de pacientes ante toda la atención entregada, y procedimientos practicados por el personal de salud. Teniendo en cuenta estos criterios mencionados, se encontró que los pacientes se caracterizan por ser de sexo masculino en su mayoría, solteros con un tiempo de hospitalización mayor de 7 días y en relación a los objetivos planteados se evidenció, que la mayoría de enfermeras en la atención que brindan a este tipo de pacientes y lo que estos manifiestan, es que el personal en su mayoría solo brinda el cuidado biológico dejando de lado las demás dimensiones como persona, siendo percibido de manera desfavorable en la hora de percibir su cuidado a través de los pacientes entrevistados. ¹⁶

Quispe B. (2007) Lima. Cuyo título: Presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA en Hospitales del 3er nivel C del MINSA enero-febrero 2007. Teniendo como objetivo: determinar la presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio de SIDA en hospitales del tercer nivel del MINSA. El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal, la población estuvo compuesta por 40 enfermeras de los servicios de medicina de los hospitales Nacionales Daniel Alcides Carrión y Arzobispo Loayza, los datos fueron recolectados mediante la entrevista utilizando un cuestionario tipo Likert, el instrumento constó de 29 ítems que evaluaban la personalización de la

atención, satisfacción de las necesidades biopsicosocio-espirituales del usuario y la comunicación efectiva, todo previo consentimiento de las jefas de los servicios y de las entrevistas, la recolección fue durante los meses enero y febrero 2007, en los diferentes turnos, se consideró el promedio superior a 87 puntos para determinar la presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA, en hospitales del tercer nivel del MINSA en un 52.5%, se encuentra presente, lo cual conlleva a una atención en salud basada en la dimensión Humana, pero siendo un poco más bajo en la personalización de atención y la satisfacción de las necesidades biopsicosocio-espirituales del usuario, por ello es importante concientizar al personal de enfermería sobre la importancia de la dimensión humanística a fin de mejorar la atención y propiciar una atención integral. ¹⁷

2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

2.3.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Tanto el VIH-1 como el VIH-2 causan el SIDA, pero el VIH-1 es considerada responsable de la epidemia a nivel mundial, mientras que el VIH-2 se encuentra principalmente en África occidental y raro fuera de esa región.

Es una enfermedad transmisible producida por un retrovirus que destruye el sistema inmunitario. Se produce una infección aguda inicial, cuando ésta es sintomática, pasando luego por un largo periodo de latencia clínica asintomática, hasta manifestarse en su fase más avanzada, una serie de infecciones oportunistas y/o neoplasias (SIDA).

El VIH altera y destruye lentamente el sistema inmunitario y muy especialmente a los linfocitos T4 o linfocitos CD4.

A las pocas semanas de la entrada del virus en el organismo, éste comienza a fabricar anticuerpos, que se hacen detectables de tres a seis meses después de la

infección. Tras la infección por VIH suele haber un periodo de varios años sin síntomas, aunque en esta etapa el sujeto es portador y por tanto puede transmitir la enfermedad.

Las células infectadas por el VIH mueren, el sistema inmunitario se debilita, el organismo no puede defenderse y la persona puede desarrollar infecciones oportunistas.¹⁸

2.3.2 Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

El SIDA es una enfermedad producida por un virus llamado VIH que destruye y debilita el sistema inmunológico de la persona que la padece, volviéndola más vulnerable a una serie de enfermedades oportunistas.

La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El SIDA es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH, puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, por transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Además, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.¹⁹

2.3.3 Epidemiología del VIH/SIDA

Las nuevas infecciones anuales por el VIH disminuyeron un 21% entre 1997 y 2010 y a fines de este mismo año, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años.

El número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida disminuyó a 1,8 millones en el 2010, teniendo como referencia de 2,2 millones alcanzado a mediados de los años 2000.

Según la ONUSIDA, desde 1995, se ha evitado un total de 2,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medianos mediante el tratamiento antiretrovéricos que se introdujo, gran parte de ese éxito proviene de los últimos dos años, cuando se produjo una rápida ampliación del acceso al tratamiento; solo en 2010, se evitaron 700.000 muertes relacionadas con el SIDA. El número de personas que se infectan por el VIH sigue en descenso, en algunos países más que en otros. La incidencia del VIH ha caído en 33 países, 22 de los cuales pertenecen a África subsahariana, la región más afectada por la epidemia de sida.³

Perú en el 2009, el Ministerio de Salud –MINSa, reporta en sus estadísticas 23.446 casos de SIDA y 36.138 de VIH; sin embargo, según el modelo de estimaciones desarrollado por OMS y ONUSIDA, existen aproximadamente 76.000 personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú. Lima y Callao concentran el 73% de los casos registrados. De todos los casos notificados de SIDA desde el año 1983 a la fecha, el 80% pertenece al sexo masculino y el 20% al sexo femenino. La mayoría de casos de SIDA se concentra entre jóvenes y adultos jóvenes en edad productiva (25 y 35 años). Se ha estimado que entre 11.400 - 20.200 jóvenes (15-34 años) viven con VIH, pero solamente el 55% de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo. La forma de transmisión predominante es la transmisión sexual, pues un 96% de los casos registrados se infectaron por vía sexual.²⁰

2.3.4 Teoría jerárquica de las necesidades de A. Maslow

Abraham Maslow Psicólogo humanista estadounidense, sus principales aportaciones a la psicología es la jerarquía de necesidades o Pirámide de Maslow es una teoría psicológica propuesta por él, en su trabajo de 1943 una teoría sobre la motivación humana, posteriormente ampliada. Luego formuló una jerarquía de las necesidades humanas y su teoría defiende que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más

elevados. Dentro de su teoría de las necesidades jerárquicas se describe a menudo como una pirámide que consta de 5 niveles: Los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como necesidades del déficit; el nivel superior se le denomina como una necesidad del ser. La diferencia consiste en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, las necesidades del ser son una fuerza impelente continua. La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo una vez se han satisfecho necesidades inferiores en la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento hacia arriba en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades superiores hacia abajo en la jerarquía. Según la pirámide de Maslow dispondríamos de:

Necesidades fisiológicas básicas. Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis, dentro de estas se incluyen:

- Necesidad de respirar
- Necesidad de beber agua
- Necesidad de dormir
- Necesidad de regular la homeostasis (ausencia de enfermedad)
- Necesidad de comer
- Necesidad de liberar desechos corporales
- Necesidad sexual
- Necesidad de tener dinero.

Seguridad. Surgen de la necesidad de que la persona se sienta segura y protegida. Dentro de ellas se encuentran:

- Seguridad física
- Seguridad de empleo
- Seguridad de ingresos y recursos
- Seguridad moral y fisiológica
- Seguridad familiar
- Seguridad de salud
- Seguridad contra el crimen de la propiedad personal
- Seguridad de autoestima

Afiliación. Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de asociación, participación y aceptación. En el grupo de trabajo, entre estas se encuentran: la amistad, el afecto y el amor. Se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas.

Reconocimiento. Se refieren a la manera en que se reconoce el trabajo del personal, se relaciona con la autoestima.

Autorrealización. Son las más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, a través de su satisfacción personal, encuentran un sentido a la vida mediante el desarrollo de su potencial en una actividad.

Maslow definió en su pirámide las necesidades básicas del individuo de una manera jerárquica, colocando las necesidades más básicas o simples en la base de la pirámide y las más relevantes o fundamentales en el ápice de la pirámide, a medida que las necesidades van siendo satisfechas o logradas surgen otras de un nivel superior o mejor. En la última fase se encuentra con la "auto-realización" que no es más que un nivel de plena felicidad o armonía. En su teoría, sólo define las necesidades básicas de un individuo, no del individuo hecho sociedad, es decir, un modelo de necesidades básicas para una sociedad, las cuales ya dejan de ser básico más no simples, serían necesidades fundamentales de la humanidad más allá de una básica "auto-realización".²¹

2.3.5 Cuidado de enfermería

Etimológicamente cuidar significa, asistir, guardar o conservar. La historia de la humanidad evidencia con toda claridad que la especie humana siempre ha tenido la necesidad de cuidar. El cuidado es una actividad permanente y cotidiana durante todo el proceso de la vida.

El concepto "cuidado" está caracterizado por su enfoque holístico en el que se engloba los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales, que se sustenta en la interacción y la transformación.

El cuidado enfermero se sitúa en el contexto de las necesidades básicas del ser humano en relación con la salud, la enfermedad y la muerte y se sustenta en el conocimiento científico, y está basado en:

- Código deontológico.
- El principio de autonomía.
- Principio de beneficencia.
- Principio de justicia.
- Principio de no maleficencia.¹⁸

El cuidado es la herramienta principal de la atención de enfermería. Al brindar el cuidado es importante que el personal de enfermería tenga presente que el paciente es un ser con múltiples dimensiones que lo componen y por esta razón también sus cuidados deben ser integrales para lograr el mayor éxito en la recuperación del paciente.²²

El proceso del cuidado en enfermería procede del encuentro entre dos o más personas, donde cada una posee elementos del mismo proceso. Entonces, ocurre un sistema de cambio con el fin de determinar la naturaleza y la razón de los cuidados, sus objetivos y medios necesarios para alcanzarlos. La tendencia de ese proceso es la búsqueda de acciones más humanitarias, volcadas tanto en la cura del paciente como en su bienestar, considerando sus aspectos individuales y el conocimiento sobre su propio cuidado. Para el desempeño de acciones de cuidado, se exige disponibilidad del cuidador y de la persona que será asistida. Por lo tanto, se trata de un proceso que requiere el establecimiento de vínculos de aceptación entre el personal de enfermería y el paciente incluyendo su familia.⁵

2.3.6 Cuidado Integral de Enfermería

Es la forma de atención de carácter multidisciplinario e integrado, que apoya no solo a pacientes sino también a los miembros de su familia y la comunidad.

La palabra “holístico” no está en el diccionario de la Real Academia de la Lengua. Proviene del griego: “holos/n”: todo, entero, total, completo, y suele usarse como

sinónimo de “integral”. Tengamos presente la importancia de esta intervención holística (Mc. 5, 1-20) de cara a la prevención, dado que el portador de VIH es un posible agente de infección especialmente en contextos y personas vulnerables.²³

Como lo describe Betty Neumann citada por la autora Luch B: considera que el ser humano está compuesto por múltiples variables y al lograr un equilibrio en éstas se logra un bienestar. Es por esta razón el cuidado debe ser brindado con un enfoque integral donde se tome en cuenta la dimensión psicológica, biológica, social-familiar y espiritual para procurar una mejor calidad de vida.

Se denomina hombre a esa unidad biopsíquico social; es decir el hombre no es solo cuerpo, ni solo alma ni un simple elemento de interacción. El comportamiento del ser humano siempre está dado entre los tres elementos: biológico, psicológico y social. Concluye el autor señalando que el cuidado de enfermería también contempla varias perspectivas para ser visto como una característica humana, como mandato moral, una intervención interpersonal, terapéutica.

En los últimos conceptos citados se puede observar el énfasis al punto de vista que el ser humano es un ser holístico, integrado por diferentes factores que lo conforman derivándose de esta razón el que para poder lograr un equilibrio propio necesita de satisfacer múltiples necesidades, emanando de ahí la necesidad de brindar una atención integral sin olvidar cada uno de los factores que lo conforman. Es debido a esta razón que esta investigación se basa en uno de los grandes modelos de enfermería, siendo el Modelo de los Sistemas, donde Betty Neumann afirma que el hombre es un ser relacionado con todas sus variables que afectan a la respuesta del individuo a los factores estresantes. La atención brindada por el personal de enfermería deberá ser planificada de forma integral para lograr una atención de calidad. Un cuidado integral de enfermería es necesario en cualquier paciente independientemente de su diagnóstico y su edad.²²

Acompañar, cuidar en sentido holístico significa considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa. El acompañamiento en sentido integral al enfermo, implica promover salud relacional, salud en la dimensión social. Acompañar en sentido

holístico al enfermo significa también intentar generar salud espiritual. En realidad, para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir contracorriente en relación a la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la super-especialización.

Los profesionales de la salud de hoy pueden perder de vista que detrás de cada problema o patología está la totalidad de un sujeto. “Holístico” no es sólo ver al enfermo globalmente, sino que consiste en partir de la complejidad del ser humano y del mundo entero atravesado por la vulnerabilidad e interaccionando con la totalidad de los sujetos, produciéndose una concatenación de vínculos que pueden favorecer o entorpecer los procesos de salud. Un acompañamiento holístico habrá de tener en cuenta la importancia de la familia del afectado. Ésta no sólo sufre por tener un enfermo, sino, con frecuencia, a causa de la marginación social, de sentimientos de culpa, de la ruptura de la imagen que se habían hecho de su ser querido, etc.²³

2.3.7 Cuidado del paciente con VIH/SIDA

La actitud del profesional de enfermería ante un enfermo con VIH/SIDA, debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología, debe responder a las necesidades del paciente, planificando sus cuidados, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención, junto al paciente, sus cuidadores y otros trabajadores sanitarios o sociales.

En la atención a los pacientes con VIH/SIDA el profesional de enfermería debe:

- Conocer la patología y la etiología de los problemas de salud que presenta el paciente.
- Valoración exhaustiva del paciente para identificar sus necesidades y problemas.
- Formular diagnósticos de enfermería.
- Planificación del plan de cuidados.
- Establecer los objetivos a alcanzar con el cuidado o criterios de resultados.
- Ejecución de plan de cuidados.
- Evaluación de la eficacia de la intervención.

El personal de enfermería mediante sus cuidados contribuye a:

- Retrasar la progresión a SIDA y mejorar el déficit inmunitario.
- Prevenir la aparición de infecciones oportunistas.
- Reconocer de forma precoz y tratar las complicaciones de la disfunción inmunitaria, incluyendo infecciones oportunistas y tumores.¹⁸

Los enfermos con VIH/SIDA son seres con valor y dignidad que merecen aprecio, seguridad, amor, pertenencia y autoestima para reconocer y prestar apoyo a las estrategias de afrontamiento como: enseñarle los deberes y derechos que tienen como enfermo y proporcionarle la oportunidad de aprender acerca de la enfermedad, generando sentimientos de compañerismo, de amistad, ante todo ayudarlo para que no se sienta solo. También es importante integrarlo a grupos de autoayuda (sacerdotes, familiares y amigos), para aminorar el impacto de la enfermedad, la depresión, el enojo, la ansiedad, la culpa, las obsesiones y el estrés.

Cuidar un enfermo con SIDA implica conocerlo, interesarse por él, supone una participación afectiva en todas las etapas de su enfermedad, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actividades, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, seguridad y apoyo afectivo.²⁴

2.3.8 Dimensión biológica del Cuidado

Según el modelo holodimérgico Aluni y Penagos pretende explicar la naturaleza humana. Holodimergia es un neologismo que se traduce como totalidad-parte, dimensionalidad y energía. Holo-humano se refiere a la característica de los seres de ser totalidad-parte, esto significa, que cada ser que existe es en sí mismo completo, pero al mismo tiempo y desde una perspectiva más amplia es solo una parte de un ser más grande.

Esta dimensión establece características ligadas a su individualidad, procesos orgánicos y fisiológicos, relacionadas a su carga genética, única e irrepetible.

Comprende los requerimientos básicos para mantener estabilidad y la vida entre ellos, la necesidad de líquidos, hidratación de piel y mucosas, valorar el estado nutricional; cálculo de la ingesta de nutrientes, medidas antropométricas y pruebas de laboratorio como albúmina, transferrina y hemograma, eliminación del contenido intestinal y vesical y sus características y balance hídrico. Además la tolerancia a la actividad, reposo, independencia para el aseo.

El dolor se debe controlar de tal manera que mantenga al paciente lo más alerta y activo posible. Estas consideraciones obedecen a que sus funciones vitales como van disminuyendo a medida que ocurren los cambios orgánicos y por ello puede prestar manifestaciones clínicas como el dolor, anorexia, vómitos, náuseas, dificultad de eliminación urinaria incontinencia fecal y dificultad para respirar, estos cambios muchas veces están distorsionados en un paciente hospitalizado que necesita ayuda para su propio autocuidado.¹⁵

Acosta S. considera la importancia del cuidado en la administración de medicamentos requiere de conocimientos y habilidades, que son únicos del enfermero profesional. Educar al paciente y a la familia acerca de la administración adecuada de los remedios y el monitoreo de éstos, es una parte integral del papel y la responsabilidad del enfermero(a), por lo tanto es necesario conocer la clasificación, sus efectos secundarios y determinar la vía de administración.²⁵

2.3.9. Dimensión psicológica del Cuidado

Desde el punto de vista psicológico, se consideran muchas características, que permitan ver cómo se logra la armonía interior, comportamental y actitudinal. Para ello es necesario evaluar la autoestima, el concepto de la felicidad, de identidad, sensibilidad, emotividad, relación con el otro, sexualidad, ideales, afectividad, conciencia, intimidad entre otros, que comprende al ser humano como pluridimensional, una persona de múltiples aspectos, posibilidades de acción, contemplación y producción.

Se brinda terapias de aceptación, de autoestima para que pueda llevar una vida normal en la medida de lo posible, el paciente necesita recibir un gran apoyo

familiar; estas personas requieren cariño y atención en mayor cantidad para que les permita sobrellevar mejor su situación y cumplir las prescripciones terapéuticas, orientándolas y acompañándolas en el ajuste adecuado a las indicaciones terapéuticas. Los grupos de autoayuda de pacientes o de familiares también han sido utilizados con éxito en este campo de la asistencia en salud mental.

En los aspectos psicológicos que va viviendo una persona originalmente sana que se infecta con el virus de la inmunodeficiencia humana, están involucrados tanto el núcleo familiar con sus características, su respuesta ante la problemática, la respuesta que los profesionales le brindan a estos pacientes y por supuesto la respuesta de la sociedad toda ante esta enfermedad social.

Los problemas psicológicos que se plantean a las personas infectadas, giran en torno a la incertidumbre y las readaptaciones: incertidumbre en relación con las esperanzas y expectativas de la vida en general y con la familia en cuanto a la calidad y duración de la vida, los efectos del tratamiento y la reacción de la sociedad. En respuesta, el individuo afectado debe proceder a una serie de reajustes y adaptaciones en su vida cotidiana lo cual le genera un estado de tensión.

Burgos R. menciona cada persona sana o enferma vive de manera diferente su experiencia tanto en la salud como en la enfermedad. La enfermedad del VIH/SIDA, es un problema muy grande en el mundo actual y es una marca que recae sobre los enfermos infectados por el VIH/SIDA, aún está evidente en muchos sectores de la sociedad y para comprenderlo en toda su integridad como persona biopsicosocial, se considera algunos de los aspectos importantes que hay en él:

- a) La edad de los enfermos de Sida está comprendida entre los 25 y los 45 años. Se trata de enfermos jóvenes con una enfermedad mortal, que les desencadena sentimientos de frustración, infortunio y su vida cambia de un modo radical. Además, es frecuente que la edad psicológica del enfermo de SIDA sea menor de la edad cronológica.
- b) Las funciones o roles que desempeñan en la mayoría de los casos, son los hijos de familias con problemas importantes a nivel económico, afectivo y social.

- c) La personalidad del enfermo con SIDA, son personas cuyas relaciones difícilmente gozan de un equilibrio estable, consistente. El ámbito de su grupo social, las relaciones interpersonales entre tóxicos dependientes se apoyan en un equilibrio inestable; y son difíciles las relaciones de confianza recíproca. La sexualidad se ve reprimida y responde con gestos de agresividad y destrucción.
- d) La identidad corporal, los sentimientos y las reacciones específicas serán la consecuencia de una identidad corporal en deterioro progresivo.
- e) La conciencia del tener que morir, hecho que desencadenará diversas reacciones, a lo largo de la enfermedad. Este pensamiento y la realidad de su estado los conduce a la depresión, angustia, autoaislamiento.” Los sentimientos fundamentales que experimenta el enfermo de VIH/SIDA, son los siguientes: culpa, abandono, depresión, angustia que implica inseguridad y miedo. ¹

Watson reconoce que: “Enfermería es una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería es un humanitarismo significativo y un acto epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad”; así, plantea que conservar el avance del cuidado de enfermería es importante porque dentro de la ciencia, al igual dentro de la sociedad, el llamado es ver al ser humano en su totalidad”. Considera que el mejor modelo de enfermería para la educación, la investigación y la práctica es la de una clínica académica. Dice también que: “los pacientes necesitan una atención integral que fomente el humanismo, la salud y la calidad de vida” estos son principios bioéticos en la atención sanitaria. Enfermería ofrece los cuidados y el usuario es libre de elegir la mejor acción en un momento concreto. ²⁶

El sentimiento de muerte inminente y el miedo al dolor, son otros de los problemas psicológicos. Pero se añaden otros: el carácter contagioso de la enfermedad, el riesgo de ostracismo, discriminación y aislamiento social, la preexistencia de desórdenes patológicos y de comportamiento.

- **Problemas psicológicos en el adulto con VIH/SIDA**

Cualquier paciente con infección por VIH/SIDA pasa por todo un proceso psicológico, en el cual es necesario apoyarlo y acompañarlo para lograr que se adapte de mejor manera a su enfermedad. Este proceso pasa por varias etapas donde las manifestaciones son diversas, siendo importante para el personal de enfermería saber cómo detectarlas y qué podría hacer para reducir sus efectos.²⁷

2.3.10. Dimensión espiritual del cuidado

En muchos creyentes la fe es puesta a prueba con la presencia de una enfermedad grave o crónica, por el sufrimiento y la cercanía de la muerte es ahí donde la dimensión espiritual y religiosa requiere del soporte y fortalecimiento necesario que le ayude a la apertura de la fe en Dios y que les permita afrontar la enfermedad y la muerte de una manera apacible.

La persona humana no es mero espíritu, puro sujeto pensante, ni solo cuerpo, es una realidad unitaria corpóreo-espiritual. El ser humano, en la fragilidad propia de la enfermedad, conserva esa unicidad y debe respetarse tanto en su cuerpo como en su espiritualidad. En esa unicidad está su esencia, su capacidad de trascender “ser en sí”, su “ser en el mundo”, el sentido de su propia existencia. En la dimensión espiritual está la inteligencia, la voluntad, la libertad, la relación con el otro, la capacidad de amar buscando la plenitud, el sentido de su existencia, su interioridad, su conciencia personal y moral.

La persona humana debe ser atendida en toda su complejidad, es el mayor respeto que se le debe al otro, y a la vez es la constancia de que en esa relación de acogida y amor hay otra persona humana, con su propia espiritualidad. Lo complejo de la medicina como ciencia y humanismo es que debe realmente demostrar eso, que frente a ese ser que se tiene al frente hay otro, con el cual existe un compromiso de ayudar a lograr su plenitud como ser humano, aun en condiciones de fragilidad extrema y en la confrontación de lo que ha sido, es y será su existencia.²⁸

Esta dimensión se sustenta en la naturaleza bio-socio-espiritual del ser humano, el espíritu es la tercera dimensión y a la vez la esencia del ser humano. La carencia de ésta lleva al individuo a la inestabilidad espiritual; esta inestabilidad es la causa de la desesperación. Un individuo con un espíritu muerto no se adapta dentro de la normalidad del sistema social y por tanto, va perdiendo su condición humana.

El hombre por su naturaleza presenta cuatro formas de relación: con Dios, consigo mismo, con los demás hombres y con toda la creación. Por eso muchos de los pacientes enfermos con SIDA, sienten la necesidad de Dios, de ese Dios del que ha huido con frecuencia. La reacción más importante del enfermo es la de hacer un balance de la propia vida y descubrir nuevos valores que le abren el camino a una recuperación de la dimensión religiosa, de estos valores la esperanza y el amor suele ocupar el centro de su vida.

El acompañamiento espiritual es necesario, esta intervención de apoyo al paciente y sus familiares en este difícil trance que atraviesan producto de la enfermedad. Siendo su rol fundamental ayudarles a afrontar la enfermedad y muerte (en el caso de enfermedades terminales) de una manera apacible y serena, en gracia de Dios, donde es necesario recibir el perdón de otros, de perdonar a los otros, de perdonarse a sí mismo, de estar en armonía con la trascendencia, expresada o no bajo la forma religiosa.

Cuando una persona se encuentra enferma afronta una oscura discusión donde el compañero que es el cuerpo, hasta hace poco sumiso y dócil, y que ahora rehúsa obedecer impone su ley por la fatiga, la fiebre, la parálisis, el dolor, el entumecimiento o el sufrimiento. El cuerpo se desolidariza. Y con ello, se inicia la búsqueda del por qué: ¿Por qué a mí? ¿Qué es lo que he hecho a Dios para me pase esto? ¿Por qué ahora?

El apoyo espiritual de un sacerdote, es valioso por cuanto fortalece la espiritualidad del enfermo y ayuda a su resignación. Estos ofrecerán:

- Apoyo espiritual y moral
- Predica y oración
- Confesión y unción de los enfermos.

Por lo tanto la reacción del trabajador puede ser diversa, puede que se dirija a Dios con rabia, presentando sus porqués que no encuentran respuesta; puede que sienta profundamente la ausencia de Dios o su abandono, puede que tenga la sensación de perder la fe ante un bombardeo continuo de dudas”.²⁹

Todo paciente tiene una dimensión humana y espiritual por ello el cuidado, la protección y la misericordia de Dios siempre están en cada uno de sus hijos(as) especialmente en los enfermos y de los que más necesitan en Lc. 5, 31-32 nos habla claramente Jesús cuando nos dice: “ No necesitan médico los que están sanos, sino los que están mal...” Dios se vale de las personas para hacer llegar este mensaje como lo hizo con Ana María Javouhey fundadora de mi Congregación San José de Cluny en su carta n° 98, cuando escribe a su hermana Sor Rosalía Javouhey y a todas las Hermanas de la isla de Bourbon: “Caridad para con el prójimo; ¡en qué posición más privilegiada se encuentran para ejercer esta amable virtud!... Primero los enfermos, tengan un corazón verdaderamente maternal para todos; al aliviar su cuerpo, no olviden su alma que está, quizá más enferma”.³⁰

2.3.11. Dimensión familiar – social del cuidado

Se refiere a la habilidad de relacionarse con otras personas. Se obtiene mediante una comunicación, información, provisión o canalización, al apoyo de pares, servicios de apoyo social, apoyo espiritual y asesoría legal. Son los cambios ocurridos en la forma como las personas interactúan a partir de la infección del VIH/SIDA.

El hombre, es por naturaleza, un ser social, sólo en casos excepcionales se aísla y vive en la soledad, esto sucede con los pacientes VIH/SIDA porque no han asumido la magnitud de su enfermedad y en muchos casos han sido rechazados por sus familiares, su entorno y la sociedad.

También es importante y necesario aspectos que tienen que ver con la realidad laboral del paciente, la formación profesional o educativa si es el caso. Reconocer en qué ciclo de su etapa vital está. Es necesario dar una especial atención a los

familiares, que se convierten en cuidadores principales del enfermo. Comprender también sus necesidades, brindarles apoyo, educarlos y entrenarlos en los aspectos más relevantes de los cuidados que se le deben dar al paciente. Capacitarlos en los cuidados en el domicilio, en el suministro de los medicamentos, cuidados de piel y cavidad oral, alimentación, reforzar los cuidados habituales, para que éstos sean aprendidos por los cuidadores; además dar información, asesoramiento y entrenamiento al paciente, su familia y a las personas que atienden al paciente para superar procesos psíquicos complejos a través de un proceso educativo permanente, que se logra en sesiones educativas y grupos de apoyo a las familias, atendiendo las necesidades, no solo físicas sino también psicológicas y espirituales.²⁸

En la intervención psicológica en VIH/SIDA las relaciones del enfermo con la familia, amigos y compañeros de trabajo, serán redes fuertes o débiles, que sostendrán al paciente o lo dejarán caer; ya sea para los asuntos logísticos relacionados al cuidado del enfermo o para los aspectos como el apoyo emocional; las personas allegadas al enfermo, aportan el escenario donde actuará el paciente.³¹

Pero, no solo convivimos con otras personas, porque así es nuestra propia naturaleza social, sino porque también requerimos de la compañía y de los servicios que otros nos otorgan, en los pacientes con VIH/SIDA este aspecto social se encuentra disminuido de tal manera que es justo el momento donde la enfermera tiene el papel más importante de ayudarlos a reincorporarse a la sociedad.

En lo social la enfermera trabaja con el paciente para que pueda ser asumido y aceptado por sus familiares, por su entorno y como tal por la sociedad; además de orientarlo acerca de las precauciones que debe tener y la prudencia para que al asumir su enfermedad lleve una vida normal. Los aspectos sociales tales como familia, compañeros de trabajo, vecinos o relaciones afines pueden servir de apoyo para una actitud positiva ante la enfermedad.

Los valores humanos permiten abordar las nuevas circunstancias sociales y familiares que pueden presentarse en ellos dada la complejidad de variaciones emocionales que aparecen en esta enfermedad del VIH/SIDA, intentar que asuman valores de respeto, tolerancia, autonomía y autorresponsabilidad que puedan dar

sentido a su vida e inculcarles otros como: solidaridad-caridad, para estar por encima de los propios intereses, haciendo algo más de lo justo por el otro; la fidelidad, es una de las soluciones contra el SIDA.

La OMS, ha difundido mensajes a favor de la monogamia y en contra de la promiscuidad, en este mismo sentido se han pronunciado diferentes autores, que subrayan la necesidad de promover un cambio de conducta importante en el área sexual. Todos los valores familiares son necesarios en la lucha contra el SIDA; la enseñanza fundamental es la continencia, más que la castidad, pues la finalidad expresa no es moral ante todo, es detener la espiral de desintegración familiar, pobreza y fracaso escolar que la epidemia del sexo desencadena en los barrios pobres.³²

- **Familia**

Juega un papel fundamental en el proceso de adaptación del paciente a la enfermedad y es fundamental en prestar soporte emocional, físico y financiero. Inicialmente la enfermedad puede generar mucha ansiedad, inseguridad, y sufrimiento en la familia y en quien la padece sino hay un apoyo adecuado. Frente a la problemática familiar de la persona con VIH/SIDA el trabajador social forma parte de un grupo multidisciplinario que participará en el estudio, diagnóstico y manejo. Es necesario que los familiares de las personas viviendo con VIH, para que encuentren en el VIH una oportunidad de crecimiento y trascendencia personal y familiar, y para que busquen un equilibrio que les permita apoyar y acompañar a sus seres queridos infectados por el VIH, respetando, construyendo su autonomía y su responsabilidad con respecto a su situación de salud.³³

El personal de enfermería debe facilitarles información, asesoramiento y entrenamiento al paciente, su familia y a las personas que cuidan al paciente para superar procesos psíquicos complejos.

2.3.12. Teoría de Dorotea Orem

Orem nació en Baltimore y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica, define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

El Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud

o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la Salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse.

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.³⁴

2.3.13. Derechos de personas con VIH

La ley CONTRASIDA que fue promulgada el 19 de junio de 1996, establece como derechos fundamentales la confidencialidad del diagnóstico y la no discriminación de las personas viviendo con VIH/SIDA. Entre sus principales artículos destacan:

Artículo 5°.- los resultados de las pruebas diagnosticadas con VIH/SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de transmisión son de carácter confidencial. Dichos resultados e información solo podrán ser solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial, siempre que las circunstancias lo justifiquen y únicamente para fines de investigación delictiva. Los profesionales de la salud están obligados a notificar al Ministerio de Salud los casos diagnosticados, aun cuando el enfermo hubiese fallecido.

Artículo 6°.- las personas con VIH/SIDA pueden seguir laborando mientras estén aptas para desempeñar sus obligaciones. Es nulo el despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portadores del VIH/SIDA.

Artículo 7°.- toda persona con VIH/SIDA tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación previsional que el caso requiera.³⁵

2.4 *Definición de Términos Básicos (Operacionales)*

Cuidado Integral: Es la forma de atención que brinda la enfermera de una forma holística que apoya al paciente y a todo su entorno como son la familia y la comunidad donde se desenvuelve.

Dimensión biológica: Hace referencia a la realidad de la persona en tanto que el organismo pluricelular, poseedor de un cuerpo que se desarrolla y madura sometido a la realidad física.

Dimensión psicológica: Se centra en la mente, y recoge la idea de la persona como ser dirigido a metas y dotado de un conjunto de procesos que le permiten guiar su conducta creativa y armónicamente en el contexto cambiante donde se dan las diversas situaciones en que participa.

Dimensión espiritual: Es la experiencia interior más profunda de la persona, que la conduce a dotar de sentido y propósito a las propias acciones y existencia, sean cuales fueran las condiciones externas, lo que significa aprender como encontrar disfrute en la experiencia cotidiana; a contar con un sistema de valores y con el compromiso de aplicarlos.

Dimensión social – familiar: Se organiza en torno a la interacción con otras personas. Supone la expresión de la sociabilidad humana característica, esto es, el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura, y el hecho de estar preparada biológicamente para vivir con otros de su misma especie.

Enfermería: Práctica en la cual el profesional de enfermería ayuda al individuo, enfermo o sano, a la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación.

Paciente: Persona que utiliza, demanda y elige los servicios sanitarios. En torno a él se organizan todos los servicios que se prestan en el Servicio de Salud. Debe

ser el eje y centro alrededor del cual se organizan las actividades del sistema sanitario.

VIH/SIDA: Es el virus causal de la enfermedad del SIDA. La palabra VIH es una sigla que significa "Virus de Inmunodeficiencia Humana".

Virus: Agente etiológico causante de la infección.

Inmunodeficiencia: Este virus ataca el sistema inmunológico o de defensa, es decir el sistema que defiende al cuerpo de la acción de agentes dañinos como virus, bacterias, hongos, protozoarios, etc.

Humana: Este virus únicamente ataca a los seres humanos, no se ha reportado su acción en ningún animal.

SIDA es la enfermedad que puede causar el VIH cuando no se toma ningún tratamiento. La palabra SIDA es una sigla que significa "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida". La definición de cada una de estas palabras es:

Síndrome: Conjunto de síntomas que unidos componen todo un cuadro Clínico complejo.

De Inmunodeficiencia: Porque la acción de este virus tiene lugar directamente sobre el sistema inmunológico o de defensa, destruyendo la cantidad de defensas que necesita el cuerpo para hacer frente a los agentes que le pueden hacer daño.

Adquirida: Porque este síndrome y el virus como tal, no está en las personas sino que se adquiere de alguien.

Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado.

Salud: Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño general del estudio

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, porque se recogen y analizan los datos de forma cuantitativa haciendo a la vez uso de la estadística, es decir se expresan los resultados numéricamente. De diseño descriptivo simple porque el investigador busca y recoge información con respecto a una situación tal como se presenta en la realidad previamente determinada y descrita y de corte transversal porque el recojo de datos se llevó a cabo en un momento determinado haciendo un corte en el tiempo.

3.2 Área del Estudio

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Nacional Dos de Mayo, considerado como una institución de nivel III de atención, ubicado en el Parque “Historia de la Medicina Peruana” s/n, Alt. Cdra. 13 Av. Grau – Cercado de Lima. Brinda servicios en diversas especialidades, tal como es el caso del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, especialmente para enfermedades Infecciosas y Tropicales. Cuenta con una sala para diez pacientes hospitalizados, otra para los que están con la enfermedad de SIDA y la atención a los que continúan su tratamiento ambulatorio. Los servicios con los que cuenta el Hospital Nacional Dos Mayo son los siguientes: Cardiología, Nefrología, Dermatología, Neumología, Endocrinología, Reumatología e inmunología, Gastroenterología, Enfermedades Infecciosas y Tropicales Neurología, Medicina Física y Rehabilitación, Salud Mental, Oncología Médica, Geriátrica, Hematología Clínica.

Los pacientes que se atienden en el Hospital Nacional Dos de Mayo, son de diferentes clases sociales con predominio de la clase media, baja y procedente de provincia. Estos pacientes residen en áreas empobrecidas de la ciudad de Lima (Cercado, Barrios Altos, El Agustino, Cerro San Pedro, Rímac, La Victoria, San Luis, San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores, Huaycán, Vitarte, Chosica, Villa del Salvador, Zárate). Pacientes de bajos recursos económicos, parejas con problemas familiares a causa de su enfermedad.

3.3 Población y Muestra

La población estuvo constituida por los pacientes hospitalizados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital que albergan diariamente a estos pacientes con dicha infección. Para la selección de la muestra de estudio se realizó bajo la técnica no probabilística intencionada. Dado el número pequeño de pacientes hospitalizados no fue necesario calcular un tamaño muestral. Aplicado los criterios de selección se determinó que la población muestra de estudio fue de 30 pacientes.

Criterios de Inclusion:

- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico VIH/SIDA.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes hospitalizados con más de 7 días con diagnóstico de neumonía, insuficiencia respiratoria, tuberculosis y anemia severa.
- Pacientes en condiciones de alta
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes que quieran participar voluntariamente.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que al momento de la entrevista presentan alguna limitación física o mental.
- Pacientes que no deseen participar voluntariamente del estudio.

3.4 Relación de Variables

Variable de estudio:

Cuidado integral que brinda la enfermera (univariable)

Operacionalización de las variables: (Ver anexo 1)

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La validez del instrumento se realizó mediante prueba de jueces expertos por el cual se les entregó a nueve profesionales entre médicos, enfermeras, psicólogos y docentes el cuestionario a validar. Luego de aplicar la Prueba Binomial se obtuvo un valor de 0.044 el cual es válido. (**Ver anexo 4**). Se aplicó además la prueba de Validez ítem por ítem haciendo uso de la prueba R de Pearson, logrando obtener para cada ítem un valor de > 0.20 (**Ver anexo 5**), el cual indicó que son válidos. Para la confiabilidad una vez reajustado el instrumento se procedió a realizar una prueba piloto a unidades de análisis con características similares a la población aplicándose el Alpha de Cronbach y teniendo un resultado: 0.9318326 (**Ver anexo 6**) el cual nos indica que es confiable.

En la recolección de datos y el desarrollo de la investigación en la aplicación de la tesis se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario elaborado por la autora (**Ver anexo 2**); la aplicación del instrumento consta de 2 partes:

- A.- Datos generales con 7 características.
- B.- Datos específicos con 26 preguntas subdividida en cuatro dimensiones:
 - a) Dimensión biológica, con 8 preguntas.
 - b) Dimensión psicológica, con 6 preguntas.
 - c) Dimensión espiritual, con 5 preguntas
 - d) Dimensión social – familiar, con 7 preguntas

Para calificar por niveles bueno, regular y deficiente a la variable Cuidado de enfermería, se aplicó la Escala de Estaninos (**Ver anexo 7**), teniendo como resultado:

Puntaje global cuidado integral:

Nivel bueno (>97), regular ($<61, 97>$) y deficiente (<61).

Puntaje Dimensión Biológica:

Nivel bueno (>29), regular ($<19, 29>$) y deficiente (<19),

Puntaje Dimensión Psicológica:

Nivel bueno (>24), regular ($<13, 24>$) y deficiente (<13).

Puntaje Dimensión Espiritual:

Nivel bueno (>20), regular ($<9,20>$) y deficiente (<9)

Puntaje Dimensión social familiar:

Nivel bueno (>27), regular (<16,27>) y deficiente (<16).

3.6 Procedimientos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se llevó a cabo previa coordinación y realización de los trámites administrativos con el Director del Hospital Nacional Dos de Mayo, a través de un permiso que gestionó la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, con el fin de obtener facilidades pertinentes para la recolección de la información. **(Ver anexos 12 y 13).**

El proceso de recolección de datos se realizó acudiendo al Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y a las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo con los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA previa coordinación con la Jefa de Servicio. Así mismo se les informó a los pacientes sobre los objetivos propuestos del contenido, luego se les entregó la hoja del consentimiento informado, posteriormente el cuestionario. El cual les demandó un tiempo promedio de 20 min.

La aplicación del instrumento se realizó en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital, en el horario de 10:30am a 12:00 m y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. Siendo favorable este horario porque los procedimientos y la visita médica ya han finalizado.

3.7 Análisis de datos

La información obtenida por datos fue ordenada y procesada mediante el software SPSS versión 19 en español previo vaciamiento de los datos codificados en una hoja matriz Excel 2010.

Se realizó el análisis de datos, iniciándose el trabajo con reportes de frecuencias, porcentajes, proporciones, las cuales fueron presentados en tablas y gráficos, haciendo uso de la estadística descriptiva.

3.8 Aspectos Éticos

Es importante señalar que para la ejecución de la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos: autonomía, ya que los pacientes no han sido forzados a participar, asegurando el consentimiento libre y voluntario; justicia, porque todos recibieron el mismo trato; beneficencia, ya que no se transgredió ni se puso en riesgo su integridad y no maleficencia, no se alteró los datos de la investigación que se realizó, por ello no ocasionó ningún tipo de daño físico o mental a los pacientes; el cual se evidenció a través de la hoja de información y formulario del consentimiento informado (**Ver anexo 3**).

La confidencialidad de la información estuvo presente en todo momento, el instrumento fue llenado conservándose el anonimato de los pacientes haciendo uso de una codificación correlativa. Los datos recogidos han sido utilizados exclusivamente por el investigador principal y para los fines que exija la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

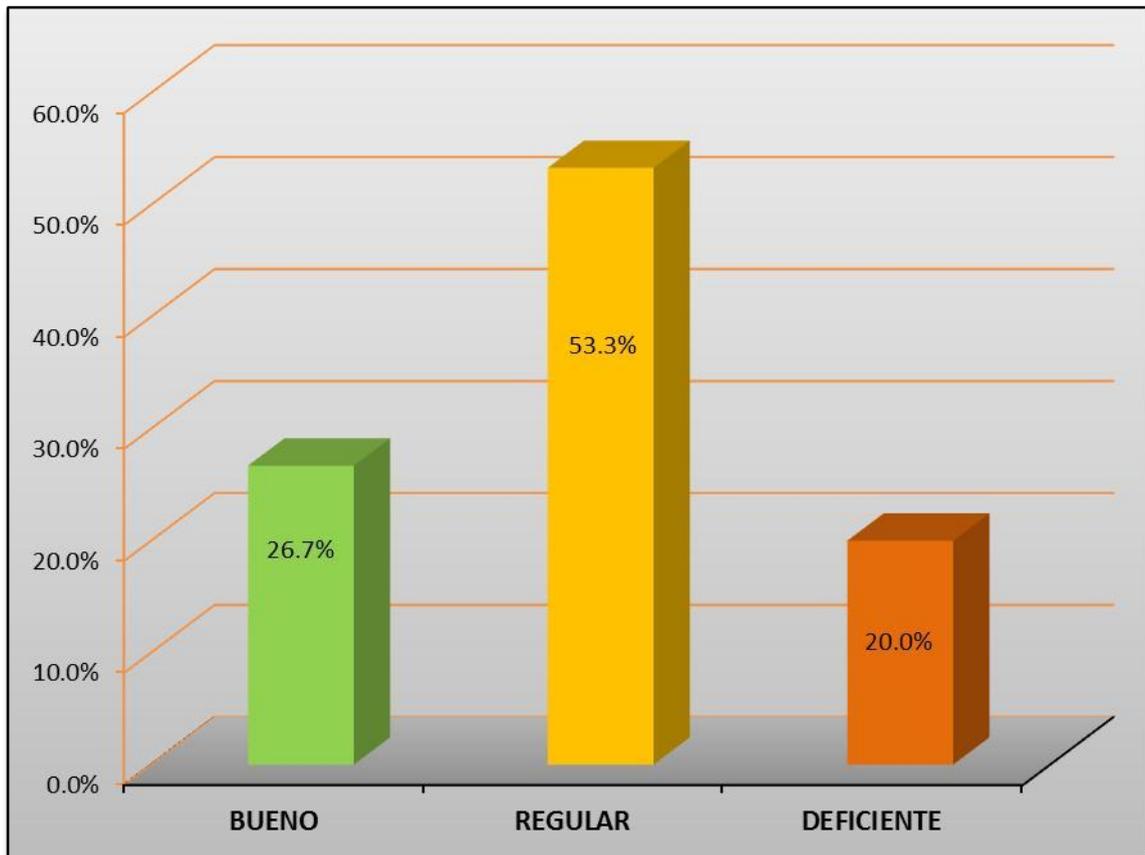
4.1 Resultados

Tabla1: Características generales de los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012.

Características	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	23	76.7%
Femenino	7	23.3%
Estado civil		
Soltero	19	63.3%
Conviviente	6	20%
Casado	4	13.3%
Viudo	1	3.4%
Grado de instrucción		
Primaria	6	20%
Secundaria	12	40%
Técnico	4	13.3%
Superior	8	26.7%
Ocupación		
Estudiante	1	3.3%
Ama de casa	1	3.3%
Trabajador dependiente	16	53.3%
Trabajador independiente	10	33.4%
Desempleado	2	6.7%
Procedencia		
Lima	13	43.30%
Provincia	17	56.70%
Tiempo de hospitalización		
Meses	12	40%
Semanas	15	50%
Días	3	10%
Tiempo Dx VIH		
Años	13	43.30%
Meses	14	46.70%
Semanas	3	10%
Edad promedio	38.07 años	
Desv. Estándar	11.9 años	

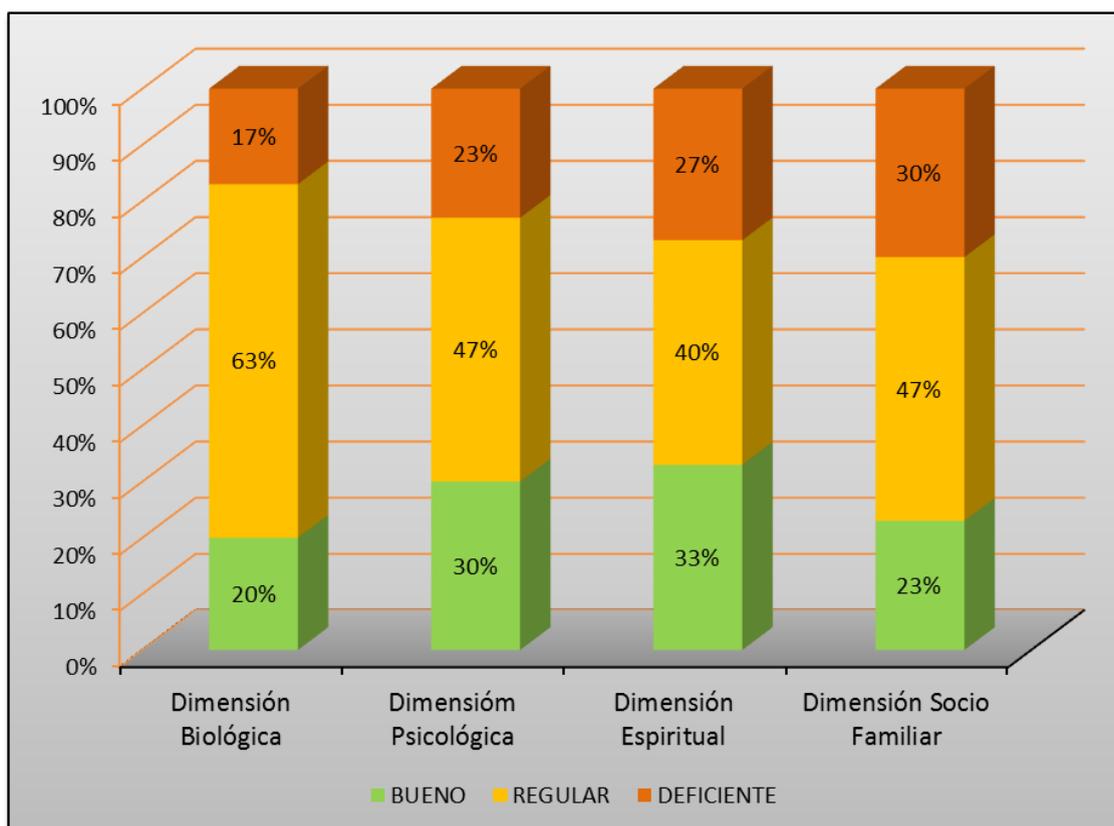
En el estudio realizado, se observa las características generales de los 30 pacientes hospitalizados con VIH/SIDA, predominando el sexo masculino con 76.7% (23); con un 63.3% (19) solteros, un 40% (12) con nivel secundario, el 53.3% (16) son trabajadores dependientes, el 56.7% (17) proceden de provincia; el 50% (15) llevan semanas de hospitalizados, el 46.7% (14) tienen semanas de haber sido diagnosticados con el VIH y la edad promedio del grupo de participantes fue de 38.07 años.

Figura 1: Cuidado Integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012.



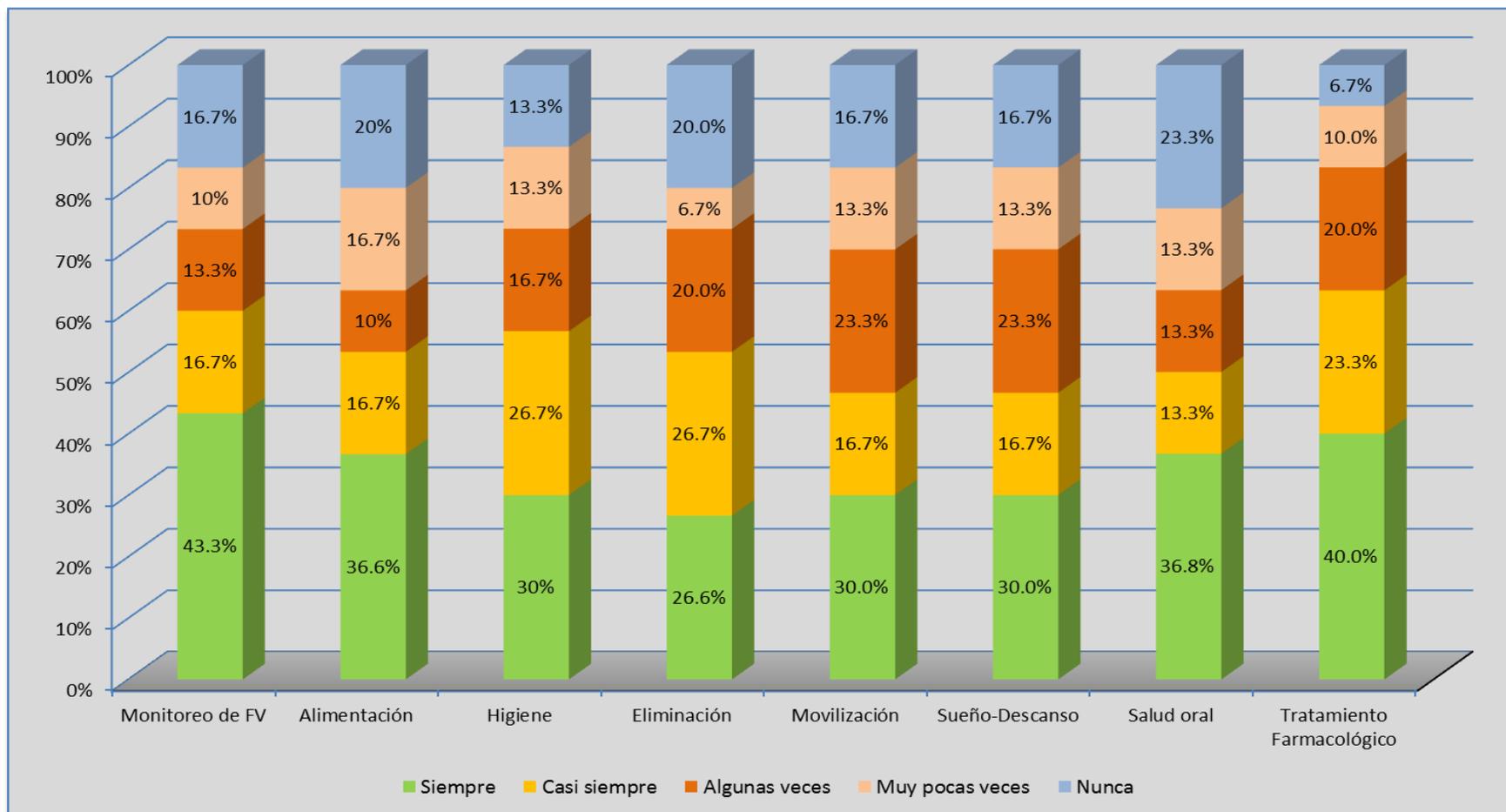
Se observa, el cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA, considera como regular el 53.3% (16), bueno 26.7% (8) y deficiente 20% (6).

Figura 2: Dimensiones del Cuidado Integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012.



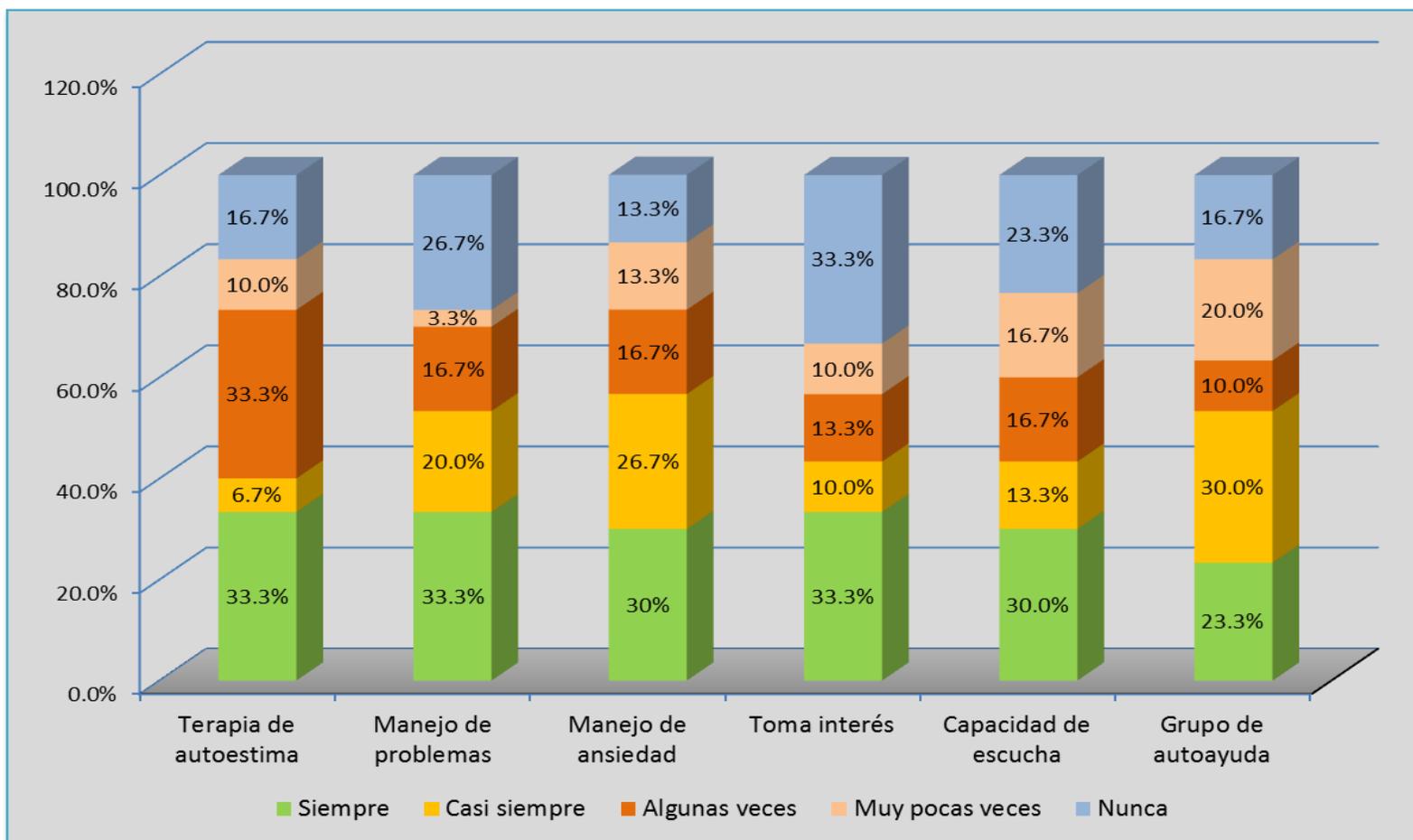
Se observa las diferentes dimensiones del Cuidado Integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA, en la dimensión biológica predomina el nivel regular 63% (19), seguido del nivel bueno con un 20% (6) y luego el nivel deficiente con 17% (5); en la dimensión psicológica el mayor porcentaje se encuentra en el nivel regular 47% (14), seguido del nivel bueno con un 30% (9) y el nivel deficiente con 23% (7); en la dimensión espiritual predomina el nivel regular 40% (12), seguido del nivel bueno 33% (10) y el nivel deficiente con 27% (8); en la dimensión social familiar predomina el nivel regular con un 47% (14), el nivel deficiente con 30% (9) finalmente el nivel bueno con un 23 % (7).

Figura 3: Dimensión Biológica según indicadores en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA, en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012



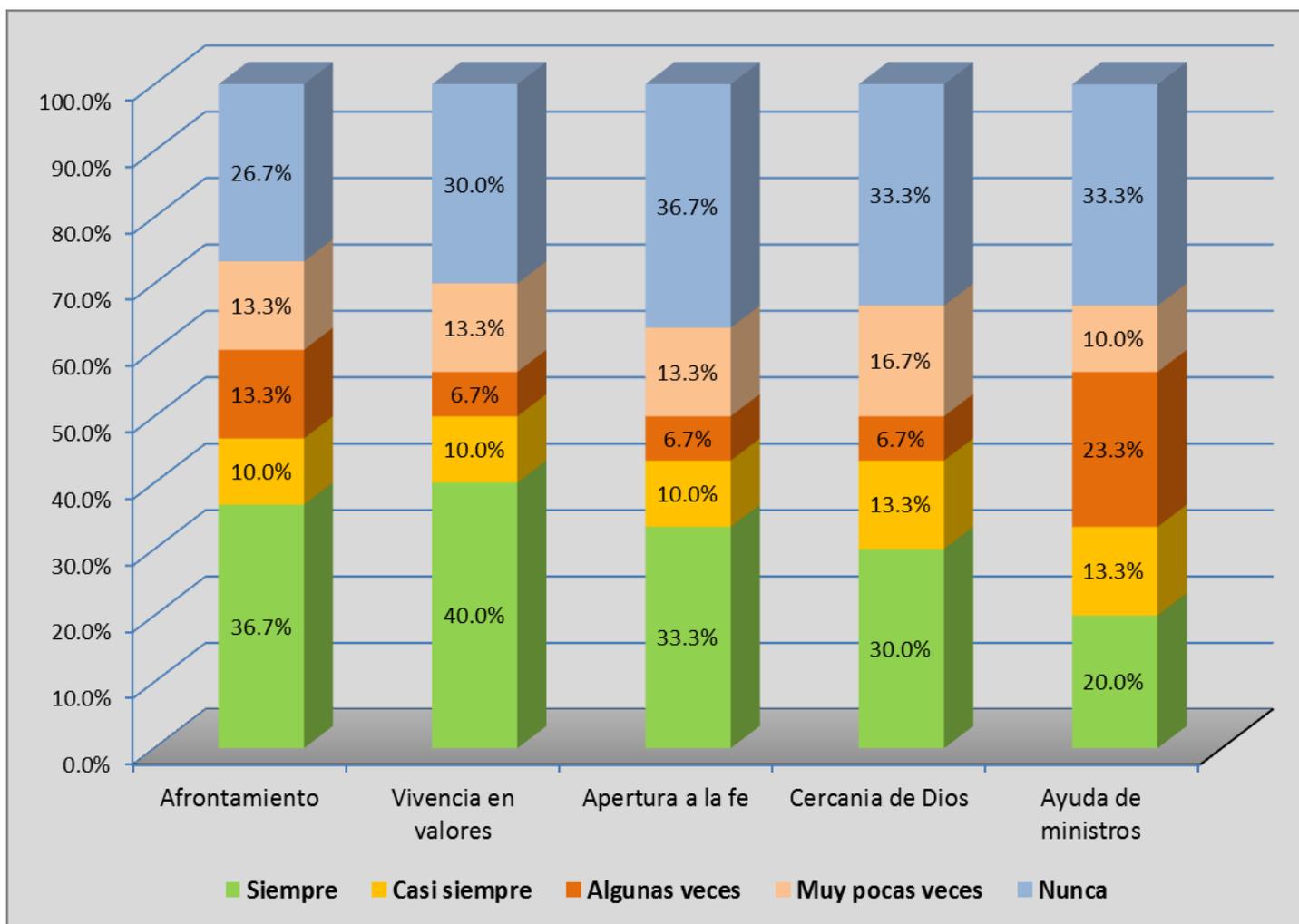
Respecto al **Monitoreo de FV**: La categoría predominante es siempre 43.3% (13), la categoría casi siempre 16.7% (5), algunas veces 13.3% (4), la categoría nunca 16.7% (5) y muy pocas veces 10% (3). **Alimentación**: predominando la categoría siempre 36.6% (11), nunca 20% (6), casi siempre y muy pocas veces 16.7% (5) y algunas veces 10% (3). **Higiene**: siempre 30% (9), casi siempre 26.7% (8), algunas veces 16.7% (5), muy pocas veces 13.3% (4) y nunca 13.3% (4). **Eliminación**: las categorías siempre y casi siempre predominan con el 26.7% (8), algunas veces y nunca 20% (6) y muy pocas veces 6.7% (2). **Movilización**: siempre 30% (9), algunas veces 23.3% (7), casi siempre 16.7% (5), muy pocas veces 13.3% (4) y nunca 17% (5). **Sueño descanso**: Siempre 30% (9), algunas veces 23.3% (7), casi siempre y nunca 16.7% (5) y muy pocas veces 13.3% (4). **Salud oral**: Siempre 36.8% (11), y nunca 23.3% (7) y casi siempre, algunas veces y muy pocas veces 13.3% (4) y el **Tratamiento farmacológico**: predomina siempre 40% (12), casi siempre 23.3% (7), algunas veces 20% (6), muy pocas veces 10% (3) y nunca 6.7% (2).

Figura 4: Dimensión Psicológica según indicadores en los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA, en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012.



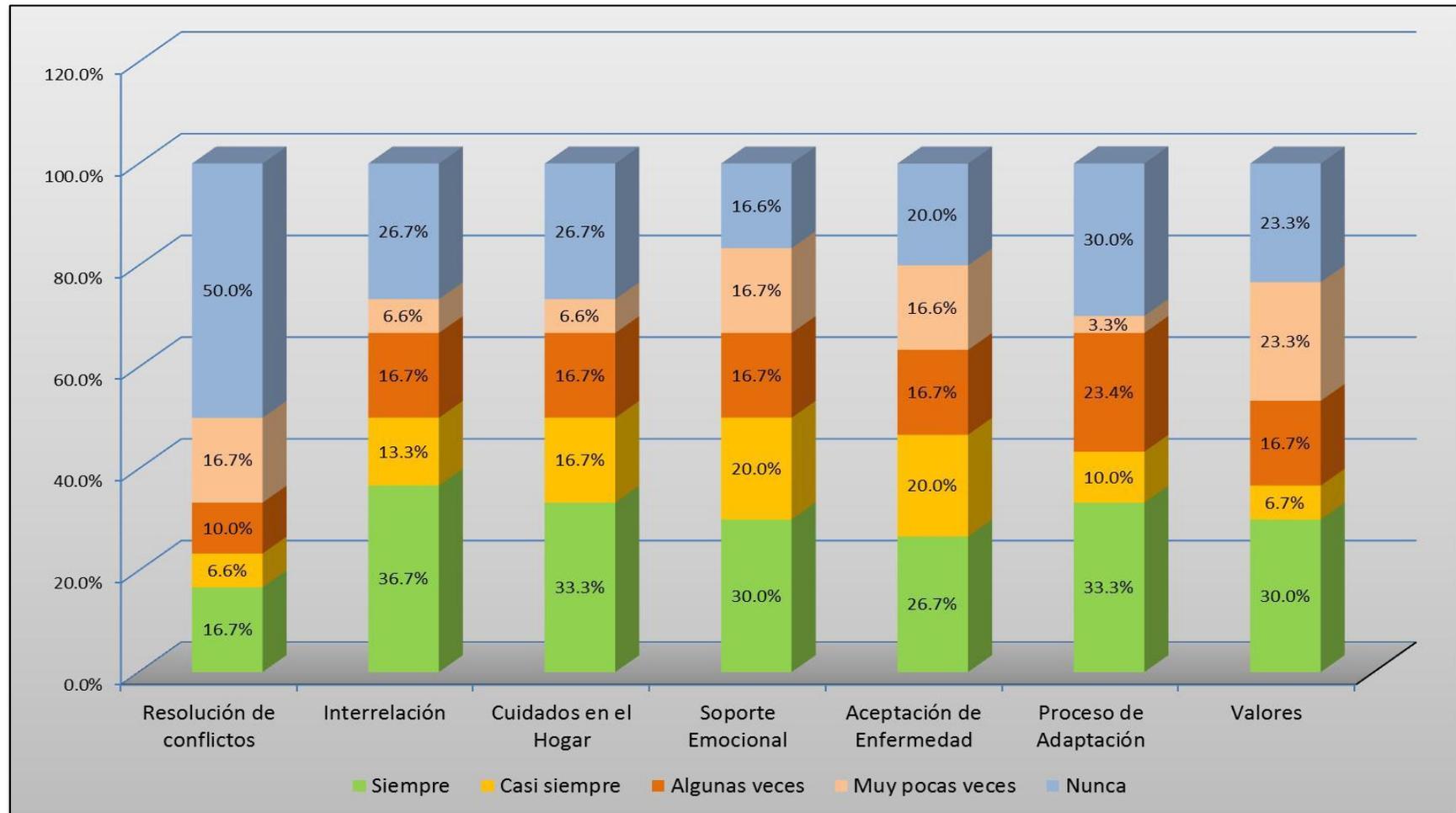
Los resultados en la dimensión Psicológica se observa de la siguiente manera: en la **Terapia de autoestima:** siempre y algunas veces con el 33.3% (10), nunca 16.7% (5), muy pocas veces 10% (3) y casi siempre 6.7% (2). **Manejo de problemas:** siempre 33.3% (10), nunca 26.7% (8), casi siempre 20% (6), algunas veces 16.7% (5), muy pocas veces 3.3% (1); **Manejo de ansiedad:** predominan las categorías siempre y nunca 33.3% (10), algunas veces 13.3% (4), casi siempre y pocas veces 10.0% (3), **Toma interés:** siempre 30.0% (9), nunca 23.3% (7), algunas veces y muy pocas con 16.7% (5) y casi siempre 13.3% (4). **Capacidad de escucha:** casi siempre 30% (9), siempre 23.3% (7), muy pocas veces 20% (6), nunca 16.7% (5) y algunas veces 10% (3) y **Grupo de autoayuda:** la categoría nunca predomina con 43.3% (13), siempre 20% (6), casi siempre y algunas veces 16.7% (5) y muy pocas veces 3.3% (1).

Figura 5: Dimensión Espiritual según indicadores en los pacientes hospitalizados con VIH/ SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012.



Se observa los siguientes resultados: **Afrontamiento:** siempre predomina 36.7% (11), nunca 26.7% (8), algunas veces y muy pocas veces 13.3% (4) y casi siempre 10.0% (3). **Vivencia en valores:** categoría que predomina siempre 40.0% (12), nunca 30.0% (9), predomina siempre 40% (12), nunca 30% (9), muy pocas veces 13% (4), casi siempre muy pocas veces 13.3% (4), casi siempre 10.0% (3) y nunca 6.7% (2). **Apertura a la fe:** nunca es la categoría que predominó con el 36.7% (11), siempre 33.3% (10), muy pocas veces 13.3% (4), casi siempre 10.0% (3), algunas veces 6.7% (2), **Cercanía de Dios:** nunca es la categoría que predominó 33.3% (10), la categoría siempre 30% (9), muy pocas veces 16.7% (5), casi siempre 13.3% (4) y algunas veces 6.7% (2) y **Ayuda de ministros:** la categoría que predomina es nunca con el 33.3% (10), algunas veces 23.3% (7), siempre 20.0% (6), casi siempre 13.3% (4), y muy pocas veces 10.0% (3).

Figura 6: Dimensión Social–Familiar según indicadores en los pacientes hospitalizados con VIH/ SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo 2012.



Los resultados que se obtuvieron: **Resolución de conflictos:** la categoría predominante es nunca 50% (15), las categorías siempre y muy pocas veces 16.7% (5), algunas veces 10% (3) y casi siempre 6.7%(2). **Interrelación:** la categoría que predomina es siempre con el 36.7% (11), nunca 26.7% (8), algunas veces 16.7% (5), casi siempre 13.3% (4) y muy pocas veces 6.7% (2). **cuidados en el hogar:** siempre 33.3% (10), nunca 26.7% (8), casi siempre y algunas veces 16.7% (5) y muy pocas, 6.7% (2). **Soporte emocional:** siempre 30.0% (9), casi siempre 20% (6), las categorías algunas veces, muy pocas veces y nunca 16.7% (5). **Aceptación de enfermedad:** la categoría siempre 26.7% (8), casi siempre y nunca 20.0% (6), algunas veces y muy pocas veces 16.7% (5). **Proceso de adaptación:** siempre 33.3% (10), nunca 30% (9), algunas veces 23.3% (7), casi siempre 10% (3) y muy pocas veces 3.3% (1) y **Valores:** siempre 30% (9), muy pocas veces y nunca 23.3% (7), algunas veces 16.7% (5) y casi siempre 6.7% (2).

5.2. Discusión

El cuidado integral es inherente al actuar de las enfermeras, Joyce Travelbee, establece que el propósito de enfermería es ayudar al individuo, familia o comunidad a prevenir o a enfrentarse con la experiencia que supone la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, también a encontrarles un sentido a dichas experiencias.¹

El presente estudio se desarrolló en un grupo de pacientes hospitalizados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales y en las demás salas del Hospital Nacional Dos de Mayo, teniendo como diagnóstico principal la infección por VIH/SIDA, enfermedad que condiciona en el usuario hospitalizado una serie de necesidades de dimensión biológica pero, también de otra índole como las de la dimensión emocional, espiritual y social- familiar, que a veces son poco consideradas por las enfermeras en su cuidado. Dichas necesidades son clasificadas por A. Maslow en su Teoría de Necesidades Humanas, dentro del grupo de necesidades conocidas de crecimiento, social, estima y autorrealización.²¹

Ante ello debemos indicar que Neumann sí, refiere que el cuidado debe ser brindado con un enfoque integral donde se tome en cuenta el aspecto psicológico, social y espiritual para procurar mejorar la calidad de vida. Agrega que el comportamiento del paciente siempre está dado entre los tres aspectos: biológico, psicológico y social.²² Esto mismo es mencionado por la OMS, cuando nos dice que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.³⁴

Los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el estudio se caracterizaron por ser de sexo masculino, educación secundaria y con un tiempo de hospitalización mayor de siete días en su mayoría, este estudio coincide con los hallazgos encontrados por Delgado en Lima en el 2008,¹⁶ estos criterios se siguen dando en la actualidad, como consecuencia de la falta de educación en la familia. Dentro de la edad promedio tienen 38 años y la gran mayoría solteros (**Ver Tabla 1**) encontrándose una diferencia con Jhonston en el 2006¹⁵ en Lima quien encontró que la edad promedio fue de 31 años.

Bermejo²³ especifica que el cuidado integral es la forma de atención de carácter multidisciplinario e integrado, que apoya no sólo a pacientes sino también a los miembros de su familia y la comunidad. Los resultados del presente estudio muestran que el cuidado integral brindado por la enfermera, según los propios usuarios es de nivel regular seguido de bueno. **(Ver figura 1)**. Estos hallazgos difieren de los encontrados por Quispe B.¹⁷ en el 2007 en los hospitales de tercer nivel de Lima, donde evidenció que la atención en la satisfacción de las necesidades biopsicosocio-espirituales del paciente, es un poco más bajo por lo que enfatiza que es importante concientizar al personal de enfermería sobre la importancia de la dimensión humanística a fin de mejorar la atención y propiciar una atención integral.

Dentro de las dimensiones del cuidado integral que brinda la enfermera según los pacientes con VIH/SIDA predominan el nivel regular en las cuatro dimensiones seguido del nivel bueno excepto en la dimensión social-familiar aparece el nivel deficiente con 30%. **(Ver figura 2)**. Hallándose una diferencia con Neuman²² en el 2008 en Venezuela que considera que el ser humano está compuesto por múltiples variables y al lograr un equilibrio en estas variables se logra un bienestar. Es por esta razón que el cuidado debe ser brindado con un enfoque integral donde se tome en cuenta el aspecto psicológico, biológico, social y espiritual para procurar una mejor calidad de vida. Si hay un conocimiento sobre el VIH/SIDA por parte del personal de enfermería este debe manifestarse en el cuidado integral para que el paciente hospitalizado logre asumir su enfermedad y vivir con naturalidad.

En los porcentajes según los indicadores de la dimensión biológica en pacientes hospitalizados con VIH/SIDA, la categoría que predomina es siempre en los siguientes indicadores: monitoreo de las funciones vitales, alimentación, higiene, eliminación, movilización, sueño-descanso, salud oral y tratamiento farmacológico y frente a las otras categorías se observa que existen diferencias una de la otra, lo cual nos lleva a pensar que la enfermera principalmente cumple con las actividades y/o funciones establecidas en los diversos formatos clínicos en los cuales se apoya para el cuidado del aspecto biológico (Kárdex, Historia Clínica, Hoja Gráfica, etc.), **(Ver figura 3)** estos resultados nos pueden llevar a considerar que la prioridad se encuentra en el aspecto biológico del cuidado, dejando en un segundo plano las dimensiones:

psicológico, espiritual y social-familiar. Este resultado coincide con lo hallado por Cardozo, Pérez y Reyes¹³ en el 2011, en Venezuela quien pudo constatar en su estudio que el profesional de enfermería se limita únicamente a cumplir el tratamiento médico, dejando a un lado la parte emocional y espiritual del paciente. Por consiguiente, las necesidades espirituales y emocionales del mismo no son satisfechas de manera sistemática.

En los resultados de la dimensión psicológica se evidencia una diferencia variada en las categorías de los 6 indicadores se nota una ligera aproximación a la categoría siempre, llama la atención en el indicador: Grupo de autoayuda “La enfermera le orienta para participar en grupos de autoayuda” predomina la categoría nunca. (**Ver figura 4**). Se considera que las enfermeras no toman en cuenta la dimensión psicológica como parte importante del cuidado integral, para propiciar una favorable relación terapéutica con el paciente, como la empatía, el amor, la ternura y la comprensión. También es importante mantener una comunicación constante con el personal de apoyo como el Psicólogo del servicio comunicándole las reacciones y actitudes observadas durante la estancia hospitalaria del usuario para brindar un cuidado de manera integral. Esto coincide con lo que refiere Aguilar²⁷ en 1992, México “Cualquier paciente con infección por VIH/SIDA pasa por todo un proceso psicológico, en el cual es necesario apoyarlo y acompañarlo para lograr que se adapte de mejor manera a su enfermedad. Este proceso pasa por varias etapas donde las manifestaciones son diversas, siendo importante para el personal de enfermería saber cómo detectarlas y qué podría hacer para reducir sus efectos.

Es muy importante que el personal de enfermería deba considerar satisfacer las necesidades psicológicas de los pacientes, adaptando y aplicando la escala de necesidades de A. Maslow de acuerdo a la realidad en que se encuentran, Duro E²¹. 2011, en España menciona sobre la jerarquía psicológica de las necesidades humanas y su teoría defiende que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados. Maslow definió en su pirámide las necesidades básicas del individuo de una manera jerárquica, colocando las necesidades más básicas o simples en la base de la pirámide y las más relevantes o fundamentales en el ápice de la pirámide a medida que las necesidades van siendo satisfechas o logradas surgen otras de un nivel superior o mejor.

En la dimensión espiritual predomina en algunos indicadores como: afrontamiento, vivencia en valores la categoría siempre y en algunos la categoría nunca en los indicadores: apertura a la fe, cercanía de Dios y ayuda de ministros, (**Ver figura 5**) el resultado nos muestra que esta dimensión carece de este alcance espiritual por lo que la enfermera considera que el enfermo con VIH/SIDA, presenta necesidades espirituales por la cual requiere una apertura fundamental de los valores religiosos y que las personas que lo rodean sean signos eficaces; la fundadora A.M. Javouhey en su carta manifiesta a sus hermanas: ³⁰ “Primero los enfermos, tengan un corazón verdaderamente maternal para todos; al aliviar su cuerpo, no olviden su alma que está, quizá más enferma”, no hay una concordancia con lo que nos muestra la figura 5, en sus indicadores: apertura a la fe, cercanía de Dios y ayuda de ministros.

Él necesita vivir un proceso de auto perdón, de aceptación de sí mismo con todo sus límites e historia concreta. Necesita sentir el perdón de los demás principalmente de la familia o de la pareja, a la que quizá haya contagiado y a los que abandonará con su muerte. Necesita sentir la comunión y la solidaridad, necesita mantener la esperanza, recibir un mensaje de luz, de salvación, de amor, de victoria de vida sobre la muerte, con lenguaje sencillo que sea capaz de comprender. Por lo que las personas hospitalizadas con este diagnóstico, necesitan rodearse de personas que sean ejemplos de vida o enfermeras que le brinden un cuidado mas humanizado.

El personal de enfermería cree que no es aplicable a los pacientes, ni al campo de la salud, privándoles de una vida espiritual, que le ayude a los pacientes incluso a ellas mismas a descubrir su fe en Dios que es todo Amor, Misericordia ofreciéndoles la paz interior que tanto lo necesitan. En el 2008, Burgos ²⁴ en Lima; coincide que el enfermo con SIDA, necesita personas que le ayuden a descubrir nuevos valores, que le hablen de Dios y lo ayuden a conocerlo por medio de su palabra de vida eterna narrada en la Sagrada Escritura: la Biblia, ellos tienen sed de lo infinito por lo que les toca vivir los sufrimientos de una terrible enfermedad, necesitan personas con vocación que les hagan reflexionar lo esencial y el valor de la vida aun en la enfermedad.

La dimensión social- familiar se caracteriza al predominar la categoría siempre en la mayoría de los indicadores, se observa en el indicador n° 20: “La enfermera conoce algún conflicto familiar e interviene para buscar solución” un predominio significativo en la categoría nunca (50%) (**Ver figura 6**), el resultado nos muestra que las enfermeras relativizan esta dimensión, sabiendo que tienen la obligación de trabajar con el paciente para que su enfermedad pueda ser asumido y aceptado, por sus familiares, su entorno y como tal la sociedad pueden servir de apoyo para tomar una actitud positiva hacia su enfermedad. En un informe sobre los valores humanos manifiesta que hay que abordar también las nuevas circunstancias sociales y familiares que puedan presentarse en el usuario, dada la complejidad de variaciones emocionales que aparecen en esta enfermedad del VIH/SIDA, hay que intentar que asuman valores de respeto, tolerancia, autonomía y auto responsabilidad que puedan dar sentido a su vida e inculcarles otros como: solidaridad - caridad, para estar por encima de los propios intereses, haciendo algo más de lo justo por el otro; la fidelidad.³¹

Muchos pacientes hospitalizados con VIH/SIDA suelen estar abandonados o distanciados de sus familiares o de su entorno social más cercano, lo que puede estar dificultando la labor de la enfermera con la familia.

Trabajemos por mejorar esta situación para que los usuarios no sean nuestras víctimas de un cuidado meramente mecánico y biológico sin sentido, que los pacientes sigan siendo estigmatizados. Al respecto Burgos, R.²³ (2008) refiere: Cuidar un enfermo con SIDA implica conocerlo, interesarse por él, interesarse, supone una participación afectiva en todas las etapas de su enfermedad, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actividades, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, seguridad y apoyo afectivo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El presente estudio de investigación ha permitido obtener, las siguientes conclusiones:

1. El cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el hospital Nacional Dos de Mayo, es principalmente de nivel regular con tendencia al nivel bueno; ya que los pacientes manifiestan que las enfermeras enfatizan su cuidado en relación a la enfermedad y no a la persona como ser holístico.
2. El nivel regular sobresale en las cuatro dimensiones del cuidado de enfermería: Biológica, Psicológica, Espiritual y Social familiar, las tres primeras dimensiones tienden al nivel bueno y el nivel social familiar tiene

tendencia al nivel deficiente, por lo que se observa que el personal de enfermería no prioriza lo esencial, que cada paciente es único.

3. En la dimensión biológica del cuidado, predomina la categoría siempre en cada uno de sus indicadores, seguido de casi siempre, sobre todo en el monitoreo de las Funciones Vitales y en el tratamiento farmacológico lo que permite comprobar que el personal de enfermería se preocupa más de la parte física prescindiendo de lo esencial; de un cuidado integral.
4. Lo que se observa en la dimensión psicológica del cuidado, es la categoría siempre con mayor predominio, seguido de la categoría nunca, por lo que las enfermeras(os) a pesar de su conocimiento sobre el cuidado integral no se esfuerzan por el bienestar del usuario. Se observa en los indicadores: manejo de ansiedad y grupo de autoayuda.
5. Las categorías siempre y nunca son los que predominan en la dimensión espiritual del cuidado, lo que indica el cuidado que brinda el personal de enfermería según los usuarios no consideran importante esta dimensión que les ayuda a encontrar la paz interior especialmente para asumir su enfermedad desde Dios sea cual fuera su creencia, lo que indica con claridad en los indicadores apertura a la fe y cercanía a Dios.
6. En la dimensión social familiar del cuidado, predomina la categoría siempre seguido de la categoría nunca observándose en los indicadores: resolución de conflictos y en el proceso de adaptación, lo que el personal de enfermería estaría dividiendo el cuidado integral por algunas dimensiones lo que demuestra que el paciente no recibe la parte más importante que les ayuda a conseguir la aceptación y la adaptación con la familia y con la sociedad.

5.2 Recomendaciones:

- Que las enfermeras en su actuar incorporen la dimensión holística como parte del cuidado en un paciente con diagnóstico de VIH/SIDA, promoviendo conductas saludables para el mantenimiento del equilibrio físico, psíquico, espiritual, social familiar y la interacción con el medio ambiente del enfermo con SIDA con la intención de generar un eficiente estado de recuperación, mejorando la calidad de vida.
- Que el Hospital Nacional Dos de Mayo lleve a cabo una serie de actividades académicas de forma permanente en relación al cuidado humanizado y con enfoque holístico hacia los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA, por el cual las enfermeras a partir de llevar talleres vivenciales desarrollen una mayor sensibilidad en su quehacer profesional.
- Capacitar y concientizar a las enfermeras en la importancia del cuidado del paciente de manera integral considerando a la familia como parte del cuidado.
- En la formación profesional se ayude al enfermero(a) a tomar conciencia de su vivencia espiritual de fe y esperanza de vida.
- Realizar otros estudios de investigación de tipo descriptivo relacionados con el tema que incluyan al personal de enfermería, al familiar y al paciente.
- Hacer uso de otros instrumentos, como la entrevista de profundidad que los pacientes puedan responder o manifestar con mayor libertad sin ningún temor.

- Promover en la Institución formadora de recursos humanos que refuercen en su currículo los temas referentes a las infecciones de transmisión sexual específicamente el cuidado integral VIH/SIDA.
- Enfatizar en la formación del personal de enfermería el respeto a la vida considerándola de manera integral y fortalecer la formación axiológica para el cuidado de los pacientes.
- Que la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza desarrolle y de impulso a la elaboración y ejecución de investigaciones cualitativas que permitan identificar sentimientos, experiencias, vivencias y significados de los pacientes hospitalizados con VIH SIDA acerca del cuidado de Enfermería.
- Desarrollar investigaciones de enfoque cuantitativo que busquen y exploren factores determinantes para el cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados con VIH SIDA.
- Que el profesional de enfermería participe de cursos y talleres vivenciales en relación al manejo de las relaciones interpersonales y resolución de conflictos con pacientes diagnosticados con VIH SIDA a fin de mejorar su habilidad, destreza y actitud durante el cuidado hacia estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burgos Morales B. Efectividad del Programa Psicoespiritual Camiliano en el cuidado integral y actitudes de apoyo que brinda el personal de salud a los pacientes con VIH/SIDA del Hogar San Camilo. [Tesis Licenciatura]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Universidad Ricardo Palma de Lima; 2007.
2. Cuestiones Mundiales, ONUSIDA/OMS: panorama mundial de la epidemia del SIDA. Sistemas de salud para el VIH/SIDA y otras enfermedades. Publicación electrónica del departamento de Estado de Estados Unidos, diciembre 2001, volumen 6, número 3 [fecha de acceso 10 de junio 2011].
<http://www.usembassy-mexico.gov/bbf/ej/ijgs1201.pdf>
3. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA /2011. cómo llegar a cero: más rápido, más inteligente, mejor. [fecha de acceso 7 de marzo 2012].
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
4. Ponzi M. Fármacos gratuitos y asistencia adecuada para el SIDA, L'OSSERVATORE ROMANO, N° 30, 24 - 07 – 11. Pág. 11-12.
5. De Sousa S, Gimenez M, Freitag L, Okino N. Uso de La proxemia como modelo teórico para El análisis de la comunicación con portadores de sida. [fecha 20 de agosto de 2011].
<http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd2314.pdf>

6. Historia del SIDA, Un recuento de los sucesos del sida desde sus inicios hasta el día de hoy, sus primeras víctimas y los avances de hoy; 2010, [fecha acceso el 23 de octubre de 2012] Disponible en:
<http://www.slideshare.net/jayabero/historia-del-sida-5619416>
<http://www.slideshare.net/mobile/erickopernico/sida-presentation-704200>
7. Historia de las epidemias y pandemias. [fecha de acceso el 23 de octubre de 2012] Disponible en:
http://www.slideshare.net/Eiza_16_Virgo/historia-de-las-epidemias
8. Periodo extraordinario de sesiones de la asamblea general sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, México.[fecha acceso 12 de julio de 2012] disponible en:
http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/eventos/p_x26_ag.htm
9. Aciprensa. La Iglesia ante el SIDA. [fecha de acceso 12/10/2012] Disponible en:
<http://www.aciprensa.com/sida/iglesia.htm>.
10. Análisis de la situación epidemiología del VIH/SIDA en el Perú – bases Epidemiológicas para la prevención y control. [Fecha de acceso 15 de julio 2011].
http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis19.pdf
11. Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Dos de Mayo 2011. Veinte años de atención hospitalaria a la persona viviendo con VIH en Lima. [fecha de acceso 09 de octubre de 2012]. Disponible en:
http://www.cvcc-vih.com/banco/practicas-en-vih/banco-de-practicas-en-vih/otras-experiencias/practice_detail/8
12. Conopoima Z. Guzmán C. y Valdez B. Calidad de Atención de enfermería en pacientes con VIH /SIDA. [Tesis Licenciatura]. Venezuela: Universidad central de Venezuela facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2001. [fecha de acceso 24 de octubre 2012]. Disponible en:

[http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/324/1/TESIS%2520BECKER
ROSAS-ZORRILLA%5B1%5D.pdf](http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/324/1/TESIS%2520BECKER%20ROSAS-ZORRILLA%5B1%5D.pdf)

13. Cardozo Y. Pérez V. y Reyes M. Participación del Profesional de Enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en Unidad clínica de medicina del Hospital Central de Maracay. [Tesis Licenciatura]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela Experimental de Enfermería; 2011. [fecha de acceso 14 de abril 2012].
<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/05/participacion-del-profesional-de.html>
14. Marroquín C. “Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidado integral a pacientes con VIH/SIDA en fase terminal hospitalizados en los servicios de medicina de hombres y mujeres del hospital nacional de Chimaltenango” [Tesis de Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala facultad de ciencias médicas Escuela Nacional de Enfermeras; 2011. [fecha de acceso 10 Octubre 2012].
<http://www.eneg.edu.gt/sites/default/files/tesis/Tesis%20Clara%20Luz%20Marroquin.pdf>
15. Jhonston, C. Actitudes del paciente con VIH/SIDA hacia su seropositividad en el Hospital María Auxiliadora. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos facultad de medicina humana E. A.P. de enfermería; 2006.
16. Delgado M. “Percepción del paciente con SIDA sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Dos de Mayo 2007” [Tesis Licenciatura] Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima; 2007.

17. Quispe B. Presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA en Hospitales del 3er nivel de atención del MINSA enero-febrero 2007. [fecha de acceso 05 de noviembre 2012].
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/quispe_pb/pdf/quispe_pb.pdf
18. Gómez M, Mayor A. y Morales M. Cuidados de enfermería a pacientes con infección VIH/SIDA. España: Abbott Laboratories; 2010. [fecha de acceso 02 de noviembre 2012].
<http://es.calameo.com/read/0001944553fecce98ae8>
19. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: VIH/SIDA. [fecha de acceso 24 de octubre de 2012]. http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
20. ONUSIDA. Ayuda Memoria sobre la situación del VIH/SIDA y el estigma y la discriminación en el Perú. [fecha de acceso 27 de setiembre 2012].http://www.consejoprensaperuana.org.pe/tempo/arch/ayuda_mem.doc
21. Duro, E. Abraham Maslow. IES “Luis García Berlanga”. España; 2011. [Fecha de acceso 02 de noviembre 2012].
http://encina.pntic.mec.es/plop0023/psicologos/psicologos_maslow.pdf
22. Lunch B. Conocimientos del personal de enfermería del servicio de medicina del hospital de Roosevelt sobre el cuidado a los niños y niñas con diagnóstico de VIH/SIDA. [Tesis Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2008. [Fecha de acceso 24 de noviembre 2011].
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8532.pdf
23. Bermejo J. Hacia una salud holística. [fecha de acceso 18 de octubre 2011].
http://humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_Hacia_una_salud_holistica.pdf

24. Burgos R. Atención psicoespiritual camiliano a los pacientes con VIH/SIDA. Perú: Libro amigo; 2008.
25. Moreno M., Muñoz S., Alvis T, Grupo Cuidado; El Arte y la Ciencia del Cuidado, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Editorial Unibiblos; Bogotá; 2006.
26. La teoría del cuidado humano de Watson y las experiencias subjetivas de vida: caritativos/caritas processes como una guía disciplinar para la práctica profesional de enfermería. Scielo. [Fecha de acceso 11 de julio 2011]. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a16v16n1.pdf>.
27. Margarita E, Guía para Enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA. México; 1992. [Fecha de acceso 24 de setiembre 2012]. <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Otras%20Publicaciones%20de%20interes%20relacionados%20con%20el%20VIH/CENSIDA/GuiadeEnfermeras.pdf>
28. Restrepo M. Cuidado paliativo: una aproximación a los aspectos éticos. PP 2005 agosto 8. Redalyc. [Fecha de acceso 22 de noviembre de 2010] http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/741/74116244002/74116244002_1.html
29. Bermejo J. SIDA, VIDA EN EL CAMINO Líneas de acción pastoral. Ed. Paulinas: Madrid; 1990.
30. Congregación San José de Cluny. Carta de Ana María Javouhey – Fundadora. Tomo I: Madrid; 1985.

31. Bermejo J. Hacia una salud holística. [fecha de acceso 04 de abril 2011].
http://humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_Hacia_una_salud_holistica.pdf

32. Valores humanos. [fecha de acceso 10 de diciembre].
<http://www.sinsida.com/montador.php?tipo=valores>

33. Bastidas F. Abordaje espiritual en el acompañamiento a personas que viven con VIH/SIDA: una perspectiva experiencial desde la fe cristiana. EV. 2007 julio 27. [Fecha de acceso 15 de setiembre de 2011].
<http://servicio.cid.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n11/art12.pdf>.

34. Querejeta M. Las herramientas del nuevo paradigma de la salud en el siglo XXI: cie /cif. Rev Esp Salud Pública, N.º 6 - Noviembre-Diciembre 2009. [Fecha de acceso 25 de agosto 2011].
<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n6/editorial.pdf>.

35. Ministerio de Salud del Perú – Derechos Reservados 2010. Derechos de personas con VIH. [fecha de acceso 11 de noviembre 2012].
<http://www.minsa.gob.pe/PortalVIH/internomenu.asp?Int=3&O>

ANEXOS

Anexo 1

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Cuidado integral que brinda la enfermera	Es la forma de cuidado que brinda la enfermera con un enfoque holístico por el cual se apoya al paciente y a todo su entorno, como son la familia y la comunidad donde se desenvuelve.	Es el cuidado holístico que debe consistir en brindar y satisfacer las necesidades del paciente hospitalizado con VIH/SIDA en sus dimensiones biológicas, psicológicas, espirituales y social-familiares.	Dimensión biológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo de las funciones vitales ▪ Alimentación ▪ Higiene ▪ Eliminación ▪ Movilización ▪ Sueño – descanso ▪ Salud oral ▪ Tratamiento farmacológico.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
			Dimensión Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de Autoestima ▪ Manejo de problemas ▪ Manejo de la ansiedad ▪ Toma interés ▪ Capacidad de escucha ▪ Grupo de autoayuda.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
			Dimensión Espiritual	<ul style="list-style-type: none">▪ Afrontamiento▪ Vivencia en valores▪ Apertura a la fe▪ Cercanía de Dios▪ Ayuda de ministros

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
			Dimensión social familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de conflictos ▪ Interrelación ▪ Cuidados en el hogar ▪ Soporte emocional ▪ Aceptación de la enfermedad ▪ Proceso de adaptación ▪ valores



Anexo 2

ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



CÓDIGO.....

CUESTIONARIO

Buenos días señores pacientes:

Mi nombre es Hipólita Alarcón Rivas, soy estudiante de enfermería de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, afiliada a la Universidad Ricardo Palma, estoy realizando un estudio de investigación titulado **“Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2012”** con el objetivo de determinar el cuidado integral de enfermería a los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2012.

Estas preguntas son de carácter anónimo y confidencial, es decir no es necesario colocar su nombre, los datos obtenidos serán utilizados sólo para fines de la investigación. Por lo tanto responda las preguntas que a continuación se formulan con total sinceridad no dejando de responder alguna.

Le agradezco de forma anticipada su aceptación voluntaria en la participación de la presente encuesta.

A) Datos generales: Responda las siguientes preguntas según corresponda.

Edad:.....

Sexo: a) Masculino () b) Femenino ()

Estado civil: Soltero(a) () **Grado de instrucción:** Primaria ()

Conviviente () Secundaria ()

Casado (a) () Técnica ()

Viudo (a) () Superior ()

Divorciado(a) () Profesional ()

- Ocupación:** Estudiante ()
 Ama de casa ()
 Trabajador (a) dependiente ()
 Trabajador (a) independiente ()
 Desocupado (a) ()

Lugar de procedencia:

Lima () Provincia ()

Coloque en el paréntesis **el tiempo de hospitalización en el servicio** en meses, semanas o días:

() Meses () semanas () días

Tiempo que le diagnosticaron VIH:

() Años () meses () semanas () días

A) Datos específicos:

Coloque un aspa (X) en el recuadro correspondiente que crea que refleja su opinión con respecto a los cuidados que recibe de la enfermera. La escala de respuesta presenta las siguientes alternativas:

Fíjese en el siguiente ejemplo:

ENUNCIADO	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
Voy al cine todos los fines de semana		X			

Luego del ejemplo, elija la alternativa en función a la pregunta que se formula:

ENUNCIADO	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
A) DIMENSIÓN BIOLÓGICA	5	4	3	2	1
1. En el momento que controla las funciones vitales (Presión arterial, Pulso, Respiración y la temperatura), la enfermera le explica el procedimiento que le va a realizar.					
2. La enfermera se preocupa para que Ud. realice su higiene con frecuencia.					
3. Cuando tiene problemas en su alimentación, la enfermera le satisface dicha necesidad.					
4. La enfermera está atenta a su evacuación intestinal y se preocupa por problemas de estreñimiento diarreas.					
5. Cuando Ud. tiene dificultad para realizar algún movimiento la enfermera actúa de una manera brusca y apresurada.					
6. Cuando Ud. no concilia sueño durante la noche y no descansa lo suficiente al comunicarle a la enfermera, le brinda alguna solución.					
7. Por la enfermedad que padece, la enfermera le pone en conocimiento sobre la importancia del cuidado bucal.					
8. La enfermera se muestra delicada, cuando administra sus medicamentos correspondientes.					
B) DIMENSIÓN PSICOLÓGICA					
9. La enfermera le brinda apoyo y palabras cálidas que lo hacen sentir mejor.					
10. Cuando Ud. presenta sentimientos de tristeza o soledad, la enfermera lo apoya y escucha.					

ENUNCIADO	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
B) DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	5	4	3	2	1
11. La enfermera le brinda técnicas de relajación para controlar probables problemas de ansiedad.					
12. La enfermera solo toma unos minutos para hablar con usted sobre sus problemas.					
13. La enfermera le escucha atentamente cualquier queja en relación a su permanencia hospitalaria.					
14. La enfermera le orienta para participar en grupos de autoayuda.					
C) DIMENSIÓN ESPIRITUAL					
15. La enfermera le brinda ayuda espiritual para afrontar su enfermedad desde Dios.					
16. Descubre en el acompañamiento que le brinda la enfermera los valores amor y esperanza como una experiencia espiritual.					
17. La enfermera le ayuda a descubrir su fe en Dios (o un Ser Superior) respetando sus creencias.					
18. La enfermera comparte su vivencia espiritual y le motiva a acercarse a Dios.					
19. Cuando Ud. necesita el apoyo de un sacerdote, pastor, y otros para su necesidad espiritual la enfermera le facilita con la presencia de ellos.					

ENUNCIADO	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Muy pocas veces	Nunca
D) DIMENSIÓN SOCIAL FAMILIAR	5	4	3	2	1
20. La enfermera conoce de algún conflicto familiar e interviene para buscar una solución.					
21. La enfermera le brinda ayuda a Ud. y a su familia para el proceso de adaptación a su enfermedad.					
22. La enfermera prepara a sus familiares educándolos y entrenándolos para dar cuidado en su hogar.					
23. La enfermera toma medidas necesarias orientándolo para reincorporarse y lograr una relación adecuada con la sociedad y ser un ciudadano de bien a pesar de los prejuicios existentes.					
24. La enfermera le dedica tiempo a sus familiares brindando soporte emocional.					
25. Percibe que la enfermera prepara a su familia para aceptar su enfermedad.					
26. Ud. percibe que la enfermera le habla sobre los valores que le ayuden a mejorar su situación actual.					

GRACIAS



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



Consentimiento informado para participar en un trabajo de investigación

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la estudiante de enfermería del X ciclo, de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, afiliada a la Universidad Ricardo Palma, responsable del trabajo de investigación titulado “Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2012”.

La presente es para invitarle a participar del estudio, el cual tiene como objetivo: determinar el cuidado integral de enfermería a los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2012.

Para poder participar del estudio Ud. tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima sobre el Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2012, el cual le demandará un tiempo promedio de 20 minutos.

La información que Ud. brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá la debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede decidir retirarse del estudio en cualquier etapa del mismo, sin que esto afecte de alguna manera la calidad de atención o tenga alguna repercusión en la evaluación que recibe dentro del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Por participar del estudio Ud. no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse al siguiente teléfono casa: 2613461.

Yo, _____, deajo constancia que se me ha explicado en qué consiste el estudio titulado: “Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2012”, realizado por la estudiante Hipólita Alarcón Rivas.

He tenido el tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejan confidencialmente y que en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre del paciente en mayúsculas

Firma del PACIENTE

FECHA:

DNI.....



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



FICHA DE RESUMEN DE LA OPINION DE LOS JUECES DE EXPERTOS

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2012.

CRITERIOS	Jueces de expertos									Resultados Prueba Binomial
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	
1. ¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000000081
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000000081
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000000001
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000000001
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000000001
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0.000002916
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de dato?	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0.044641044
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de dato?	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0.000061236
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.000000001
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0.000061236
										0.044

Aprueba: 1, Desaprueba: 0, éxitos: k, proporción de aciertos: p; no acierto.

PRUEBA BINOMIAL DE LA VALIDEZ POR JUECES EXPERTOS DEL INSTRUMENTO

Donde los valores considerados por los jueces respecto a los criterios para el análisis del instrumento de recolección son:

$$n = 9 \text{ expertos}$$

$$X = 0, 1, 2, 3, 4$$

$$p = 90\% = 0.90$$

$$q = 1 - p = 0.20$$

Se ha considerado, si la respuesta es:

Favorable : 1 (SI)

Desfavorable: 0 (No)

<0.05 instrumento válido

$${}_n C^x \times (p)^x \times (q)^{n-x}$$

$${}_9 C^0 \times (0.90)^0 \times (0.10)^{9-0}$$

$${}_9 C^0 \times (0.90)^0 \times (0.10)^{9-0} = \mathbf{0.00000001}$$

$${}_9 C^1 \times (0.90)^1 \times (0.10)^{9-1} = \mathbf{0.000000081}$$

$${}_9 C^2 \times (0.90)^2 \times (0.10)^{9-2} = \mathbf{0.000002916}$$

$${}_9 C^3 \times (0.90)^3 \times (0.10)^{9-3} = \mathbf{0.000061236}$$

$${}_9 C^6 \times (0.90)^6 \times (0.10)^{9-6} = \mathbf{0.044641044}$$

$$P = \frac{P}{9} = \frac{0.044}{9}$$

$$P = 0.0048888$$

Si $p < 0,05$, el grado de concordancia es significativa de acuerdo a los resultados por cada juez

Total= 0.044

<0.05 instrumento válido

El 90% de los Ítems evaluados por los expertos son significativos, por lo tanto la concordancia entre los jueces es significativa ($p < 0.05$).

El 20% de los ítems evaluado, resulta no significativo, no existe concordancia entre los jueces respecto al ítem ($p > 0.05$).

El valor final de la validación es de 0.044641044 por lo cual si existe CONCORDANCIA entre los experto tomando en cuenta todos los ítems, en conclusión el instrumento es VALIDADO.

Anexo 5

VALIDEZ DEL CONTENIDO

“Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2012”

Para la aplicación de los coeficientes de validez de contenido se aplicó el coeficiente de correlación R de Pearson que nos permitió encontrar las correlaciones ítem –total.

$$r = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \cdot \sum x^2 - (\sum x)^2][n \cdot \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Donde:

X: Puntajes obtenidos para cada pregunta en los N individuos.

Y: Puntaje total del individuo.

P1= 0, 30173581	P10= 0, 52038704	P19= 0, 56175549
P2 = 0, 30173581	P11= 0, 52038704	P20= 0, 62037056
P3 = 0, 73207813	P12= 0,356579	P21= 0,62354214
P4 = 0, 53715185	P13= 0, 5666973	P22= 0,79902703
P5 = -0, 04264993	P14= 0, 65677978	P23= 0,80816364
P6= 0, 33831279	P15= 0, 79225938	P24= 0,82010029
P7= 0, 5938261	P16= 0, 82316023	P25= 0,73340169
P8= 0, 21534719	P17= 0, 77019072	P26= 0,53205675
P9= 0, 78555785	P18= 0, 76150438	

Si $r > 0.20$, el instrumento es valido en cada uno de los ítems.

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

Prueba Alpha de Cronbach

Para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto con 30 pacientes hospitalizados con diagnóstico de VIH/SIDA, luego del cual el cuestionario fue sometido al coeficiente de confiabilidad del Alpha de Cronbach.

Formula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i,
- S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
- k es el número de preguntas o ítems.

Reemplazando valores es:

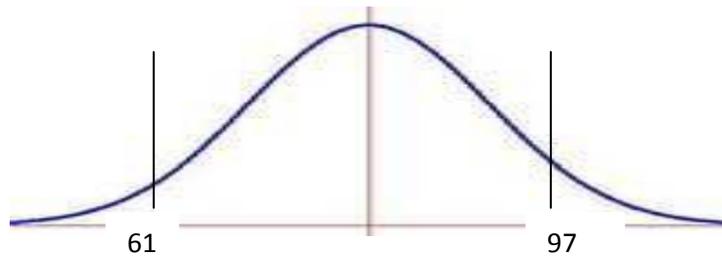
$$\alpha = \frac{26}{25} \left[1 - \frac{66.55}{639.86} \right] = 0,9318326$$

Según los requerimientos del coeficiente de Alpha de Cronbach, debería encontrarse entre 0.80 – 0.90, luego aplicado la prueba piloto se obtuvo como resultado 0.90, lo que significa consistencia entre los ítems es confiable.

Anexo 7

ESCALA DE ESTANINOS

Puntaje Global cuidado integral de enfermería en pacientes con VIH/ SIDA



$a = \text{prom.} - 0.75 \text{ (desv estándar)}$

$b = \text{prom.} + 0.75 \text{ (desv. Estándar)}$

Reemplazando:

$a = 78.9 - 0.75 \text{ (23.8)}$

$b = 78.9 + 0.75 \text{ (23.8)}$

$a = 61.05 = 61$

$b = 96.75 = 97$

Entonces:

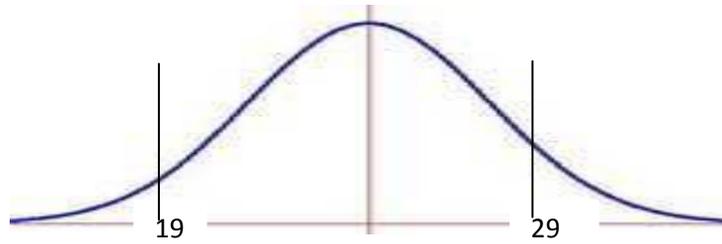
Cuidado integral Bueno: >97

Cuidado integral Regular: $<61, 97>$

Cuidado integral Deficiente: < 61

Anexo 8

Puntaje Dimensión Biológica del cuidado de enfermería.



$$a = \text{prom.} - 0.75 (\text{desv estándar})$$

$$b = \text{prom.} + 0.75 (\text{desv. Estándar})$$

$$a = 24.1 - 0.75 (6.9)$$

$$b = 24.1 + 0.75 (6.9)$$

$$a = 18.92 = 19$$

$$b = 29.27 = 29$$

Entonces en el Cuidado integral de Enfermería, dimensión Biológica tenemos:

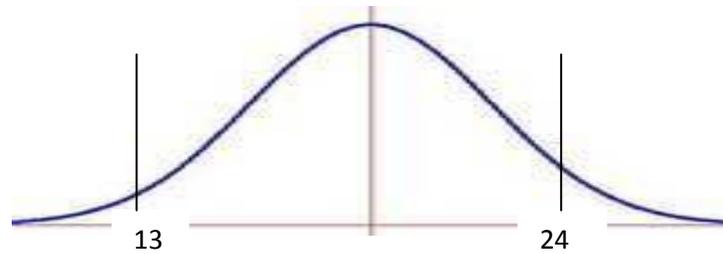
Bueno: > 29

Regular: $<19, 29>$

Deficiente: < 19

Anexo 9

Puntaje Dimensión Psicológica del Cuidado de Enfermería.



$$a = \text{prom.} - 0.75 (\text{desv estándar})$$

$$b = \text{prom.} + 0.75 (\text{desv. Estándar})$$

$$a = 18.6 - 0.75 (7.2)$$

$$b = 18.6 + 0.75 (7.2)$$

$$a = 13.2 = 13$$

$$b = 24$$

Entonces en el Cuidado integral de Enfermería dimensión Psicológica tenemos:

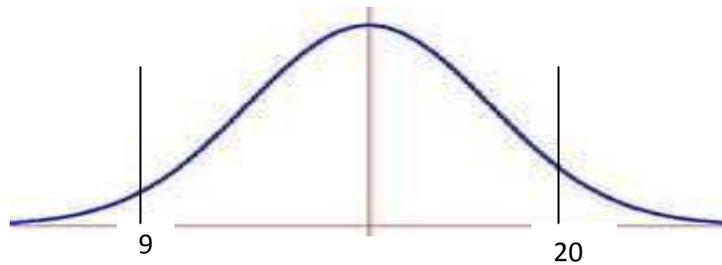
Bueno: > 24

Regular: $<13, 24>$

Deficiente: < 13

Anexo 10

Puntaje Dimensión Espiritual del Cuidado de Enfermería.



$a = \text{prom.} - 0.75 \text{ (desv estándar)}$

$b = \text{prom.} + 0.75 \text{ (desv. Estándar)}$

$a = 14.9 - 0.75 \text{ (7.4)}$

$b = 14.9 + 0.75 \text{ (7.4)}$

$a = 9.35 = 9$

$b = 20.4 = 20$

Entonces en el Cuidado integral de Enfermería dimensión Espiritual tenemos:

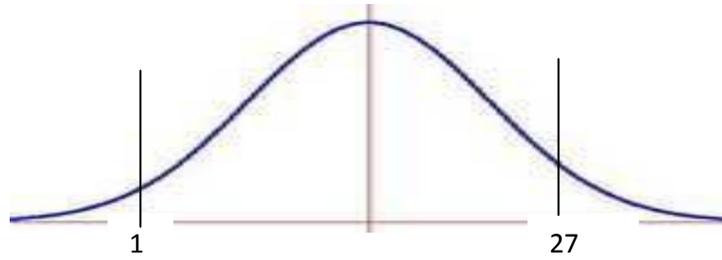
Bueno: > 20

Regular: $<9, 20>$

Deficiente: < 9

Anexo 11

Puntaje Dimensión Social Familiar del Cuidado de Enfermería.



$$a = \text{prom.} - 0.75 \text{ (desv estándar)}$$

$$b = \text{prom.} + 0.75 \text{ (desv. Estándar)}$$

$$a = 21.3 - 0.75 (7.7)$$

$$b = 21.3 + 0.75 (7.7)$$

$$a = 15.5 = 16$$

$$b = 27.07 = 27$$

Entonces en el Cuidado integral de Enfermería dimensión social familiar tenemos:

Bueno: > 27

Regular: $<16, 27>$

Deficiente: < 1

ANEXOS

