



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

25  
2 de

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA  
(INGRESO A AÑOS POSTERIORES AL PRIMERO)

"ACTITUD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS PORTADORES  
DE H.I.V. EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DEL CENTRO  
MEDICO LA RAZA DEL I.M.S.S. HACIA LOS SERVICIOS DE  
ENFERMERIA RECIBIDOS".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE,  
LICENCIADO EN ENFERMERIA

Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

MARIA VICTORIA MEDINA MIRANDA

MARIA DEL CARMEN MONROY TREVINO

MIREYA UMBRAL BRAVO





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NOTA PRELIMINAR

<u>INTRODUCCION</u>	1
1. <u>REPLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION</u>	5
1.1 Marco Teórico	5
1.1.1 Antecedentes	5
1.1.2 Aspectos psicosociales	9
1.1.3 Fisiopatología	10
1.1.4 Actitudes	26
1.1.4.1 Medición de actitudes	31
Notas	37
1.2 Objetivos de la investigación	39
1.3 Delimitación del problema	39
1.4 Variables identificadas	40
1.5 Metodología de la investigación	41
1.5.1 Tipo de investigación	41
1.5.2 Universo de trabajo	41
1.5.3 Muestra	41
1.5.4 Método de recolección de datos	42

1.5.5	Técnica de recolección de datos	42
1.5.6	Instrumento de recolección de datos	42
1.5.7	Validación del instrumento de recolección	42
1.5.8	Elaboración estadística de datos	44
	1.5.8.1. Recolección, clasificación, recuento y presentación	44
2.	<u>RESULTADOS</u>	
3.	<u>CONCLUSIONES</u>	
4.	<u>RECOMENDACIONES</u>	
5.	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	

## ANEXOS

## NOTA PRELIMINAR

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad relativamente nueva, mortal y que en la actualidad se está propagando rápidamente en muchas partes del mundo.

En México, las cifras reportadas de pacientes con esta enfermedad son alarmantes; ya que la tasa de incidencia marca una duplicación de casos de 10 a 12 meses. Esto significa que en un futuro no lejano, la población afectada por este padecimiento demandará atención médica especializada, en todas las disciplinas de la salud.

Por lo anterior, el Instituto Mexicano del Seguro Social se ve precisado a adaptar y a brindar un servicio específico para la atención de pacientes afectados por el HIV; principalmente, cuenta para ello con el Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, además de prestar servicios médicos, colabora directamente en la enseñanza a través de la formación de médicos y enfermeras. Así, también, fomenta y desarrolla tareas de investigación.

Por lo anterior, agradecemos al Dr. Miguel Angel Paredo López Volarde, al Dr. Guillermo Cruz Carrasca y al Dr. Jorge Díaz Saldaña, personal directivo del Hospital de Infectología, por permitir

el acceso a dicho hospital, para la aplicación de los cuestionarios de nuestra investigación.

Nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Husim Schabó Hany, ya que gracias a su intervención, se nos autorizó el campo clínico.

## INTRODUCCION

Durante la década de los setenta se desarrolló una infección en el hombre causada por un virus denominado HTLV/LAV identificándose anticuerpos antivirales en suero humano diez años más tarde.

En el verano de 1981, el Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica, investigó un brote de Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas que se presentó en ese momento, detectando en el mismo año 593 casos que decidió llamar "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida".

Posteriormente, los casos diagnosticados con este padecimiento se multiplicaron rápidamente en casi todas las áreas geográficas del mundo.

La definición de una enfermedad como problema de Salud Pública se hace, entre otros parámetros, por su frecuencia, su letalidad, su costo y su velocidad de expansión. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye, por sus características, en cuanto a esos parámetros, un problema de la más alta prioridad nacional.

La importancia de esta epidemia, reside no sólo en la frecuencia de la infección, sino en la gravedad que esto representa, ya que en la actualidad no se cuenta con algún tratamiento curativo eficaz para este tipo de pacientes, lo que indica en un futuro un gran índice de

mortalidad por este padecimiento.

Las formas de transmisión comprobadas son el contacto sexual homo y heterosexual, la hemotransfusión, la trasplacentaria, por tatuajes y por empleo de agujas y jeringas contaminadas con el H.I.V. De ahí que las personas con gran riesgo de contraer el SIDA sean los homosexuales, los bisexuales y los heterosexuales promiscuos, los adictos a las drogas intravenosas y los receptores frecuentes de sangre.

Considerando que se trata de un padecimiento relativamente nuevo y del cual se desconocen muchos aspectos, los pacientes con SIDA muchas veces se ven rechazados socialmente. En primera instancia por la población en general, ya que ésta considera que la enfermedad es exclusiva de los homosexuales, creando estigmas y prejuicios sobre este tipo de enfermos.

Así también, el equipo de salud encargado de su atención, motivado por el miedo al contagio, rechaza inconscientemente a este tipo de pacientes; por lo tanto, limita la calidad de atención que le proporciona.

En el presente trabajo se incluyen aspectos de suma importancia para comprender la magnitud del problema, se sñan las afecciones fisiopatológicas, antecedentes, tratamiento y perspectivas del padecimiento,



sino además los aspectos psicosociales que presentan este tipo de pa-  
cientes dentro del servicio de hospitalización.

Se incluye así un apartado donde se abordan las actitudes del ser hu-  
mano, partiendo básicamente de la teoría psicológica de tipo conduc-  
tista, que nos marca que el carácter es reflejo, en mayor o menor  
grado, de las normas sociales, valores y creencias propias de la so-  
ciedad en la que el sujeto se encuentra, lo que propiciará las condi-  
ciones para relacionarse con los demás con cierta estabilidad y ar-  
monía. Así, el carácter, las atenciones y el apoyo emocional que  
proporciona la enfermera, motivará al paciente para tomar ciertas  
actitudes.

Con base en lo anterior, una actitud puede entenderse como "una or-  
ganización relativamente perdurable de creencias interrelacionadas  
acerca de un objeto o situación y que predisponen a responder de  
cierta manera".

Se dice que aunque las actitudes pueden tener alguna base biológica,  
el consenso es que son aprendidas.

Es decir, ante un estímulo que objetivamente es desfavorable, amena-  
zante, deprimente o no-lesivo, el individuo responde a favor o en con-  
tra de sí mismo o de las personas que se encuentran a su alrededor.  
Se considera además, la influencia de limitaciones físicas o conflictos

psíquicos que orillan al sujeto a tomar actitudes auto o heterodestructivas.

Para efectos de esta investigación se valorará, a través de las actitudes de los pacientes, los servicios de Enfermería recibidos durante su estancia hospitalaria y la manera en que contribuye a mantener su equilibrio biopsicosocial, con la finalidad de mejorar la calidad de atención técnica y humanística que proporciona el personal de Enfermería a este tipo de pacientes.

# 1. REPLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

Con base en nuestra práctica profesional e inquietud de aprendizaje, con respecto a los pacientes portadores de H.I.V. (Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida), nace el interés por investigar, científicamente, las actitudes que adoptan y presentan los pacientes durante su estancia hospitalaria; muchas de ellas motivadas por los servicios de atención que les proporcionan el personal de enfermería, el cual muchas veces es proporcionado mostrando cierto tipo de rechazo o apatía hacia ese tipo de pacientes, debido en gran parte al temor de contagio, como consecuencia del desconocimiento del padecimiento.

En este estudio se describen las principales actitudes de los pacientes con S.I.D.A. en el servicio de hospitalización del Hospital de Infectología.

## 1.1 Marco teórico.

### 1.1.1 Antecedentes

En junio de 1981, en la ciudad de Los Angeles se reportaron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis Carinii*, hecho que llamó la atención por presentarse en jóvenes homoerosexuales e inmunocomprometidos. "Los pacientes habían tenido fiebre, fatiga y malestar general, varios meses antes de la neumonía".<sup>B/</sup> Otra coincidencia que presentaban los

pacientes es que tenían candidiasis y otras enfermedades oportunistas, y que ninguno de ellos se conocía entre sí. A partir de entonces y casi en un mes se incrementó notablemente el número de casos de pacientes con esas características patológicas, apareciendo casos de Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas, y más de neumonía por *Pneumocystis Carinii* en jóvenes homosexuales. Por ello, el Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica organizó un equipo de trabajo para la investigación de este brote de sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas; organización que a mediados de septiembre de 1982 había detectado 593 casos que decidió llamar "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" (SIDA).

En mayo de 1983, Luc Montaigner y Roberto Gallo (un año más tarde) identificaron y aislaron al virus causal del SIDA, en el Instituto Pasteur de Francia y en el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, respectivamente.

La detección de anticuerpos se realizó en 1984, y fue en 1985 cuando se iniciaron las pruebas serológicas de rutina en los bancos de sangre. En mayo de 1986, un Comité Taxonómico de la Organización Mundial de la Salud denominó al virus del SIDA "Virus de Inmunodeficiencia Humana" (H.I.V.)<sup>2/</sup> A partir de 1987 se iniciaron ensayos de inocuidad de vacuna contra el SIDA en los Estados Unidos y Francia.

Sin embargo y respecto a lo anterior, no podemos decir que el padecimiento hay, tenido su origen en los países donde se detectó primeramente, ya que se tienen datos de que el origen de la enfermedad se remonta al Africa Central, lugar donde se han detectado sueros positivos de mayor antigüedad (1959).

"El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad infectotransmisible producida por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (H.I.V.), incurable, grave y mortal, de curso lento y progresivo, que afecta el sistema inmunológico, produciendo disminución de defensas en el organismo, propiciando la invasión de microorganismos oportunistas y facilitando el desarrollo de células malignas".<sup>1/</sup>

Epidemiología

A nivel mundial se han notificado 215,144 casos de SIDA hasta el 31 de enero de 1990, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. México ocupó actualmente el tercer lugar en el Continente Americano, después de Estados Unidos de América y Brasil. Y el décimo en el mundo por número de casos reportados.<sup>2/</sup>

En nuestro país, los casos de pacientes portadores de HIV han sufrido un incremento alarmante, ya que en 1985 la incidencia fue del 0.8 con 69 casos, para 1986 la tasa es del 1.6 (133 casos), en 1987 con 4.6 (804 casos), en 1988 11.3 (964 casos) 1989 con 17.2 (1490 casos)

y para 1990 se notificaron 139 nuevos casos de SIDA, lo que representa una tasa de incidencia del 1,7 en sólo un mes: lo que nos habla de la gravedad de expansión del problema.<sup>2f</sup>

La morbimortalidad hasta diciembre de 1989 en el país, es la siguiente: el 59,4% (2,009 casos) continúan vivos, y el 40,5% (1,369) han fallecido. No se dispone del seguimiento de 273 pacientes, ni se incluyen los 139 casos notificados de enero de 1990.<sup>2f</sup>

### 1.1.2 Aspectos psicosociales.

"El SIDA, como la lepra o la tuberculosis en otras épocas, es una enfermedad que, por un lado, refuerza algunos prejuicios ya existentes por parte de los 'normales' y, por otro, estigmatiza socialmente a sus víctimas. Los enfermos de SIDA sufren una doble marginación: biológicamente, por lo incurable de su mal, y social por los prejuicios y estigmas que caen sobre ellos".<sup>B/</sup> Entenderemos como prejuicio una aversión o actitud hostil hacia una persona, y estigma como una creencia sobregeneralizada y, por lo tanto, errónea. Es por ello, y con base en estos conceptos, que el paciente con SIDA se ve rechazado socialmente, ya que se considera que la enfermedad es exclusiva de los homosexuales, lo que trae como consecuencia que a todo homosexual se le considere implícitamente víctima del SIDA, y a toda persona con SIDA como homosexual o, en un menor grado, toxicómano que utiliza drogas intravenosas y comparte agujas hipodérmicas.

Las actitudes de rechazo que la población manifiesta hacia este tipo de enfermos va desde el rechazo verbal, evitar cualquier contacto físico simple, como el saludo, hasta el grado de la discriminación, como el excluir del trabajo, escuela, lugares públicos etc., a este tipo de enfermos, una vez que se han enterado de su padecimiento.

"El término estigma, hace referencia a un atributo profundamente de-

acreditador".<sup>2/</sup> En el caso de los enfermos de SIDA se les estigmatiza doblemente, ya que se le considera enfermos contagiosos y homos sexuales. En cuanto a lo sexual, se han estigmatizado porque se les asocia a una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio y, por lo tanto, inmoral (en lo que se refiere a los hombres hetero-sexuales) lo que contribuye notablemente a que la sociedad sienta y manifieste un profundo rechazo por este tipo de enfermos.

### 1.1.3 Fisiopatología

"El SIDA es un trastorno nuevo y complicado del sistema de defensas del organismo. El SIDA ataca la estructura complicada de la inmunidad, dejando a la víctima sensible a microorganismos con los que había vivido previamente en relativa armonía".<sup>3/</sup>

Por lo relativamente nuevo de este padecimiento, no existe en la actualidad capacidad para lograr la curación de los pacientes afectados por el mismo.

Además, existe el temor a enfrentar, por parte del equipo de salud, el trato directo en el paciente afectado por el HIV; esto debido a la ignorancia del propio padecimiento, al desconocimiento de un tratamiento adecuado y a la falta de información real y verídica por parte del personal dirigente dentro de las instituciones de salud, del nivel de atención en que se pudiera presentar un individuo afectado por SIDA



a solicitar atención médica, según las condiciones de salud o enfermedad en que se encuentre en ese preciso momento,

Pensando que tal situación no es exclusiva de una sola institución de salud, es necesario que se establezcan normas de actuación y vigilancia para el trato adecuado del paciente, así como que se pueda proveer de información a grupos de riesgo para evitar la proliferación del padecimiento.

Agentes:

Se ha considerado diversos virus como posibles agentes causales del SIDA, como son:

1. Virus de Hepatitis B,
2. Citomegalovirus (CMV)
3. Virus Epstein-Barr (EBV)
4. Retrovirus-virus de leucemia de células T humanas. ✓

El H. I. V. , ataca sólo aquellas células que poseen el marcador biológico CD4 en su superficie, que son principalmente los linfocitos T con peradores efectores y las células del sistema fagocítico mononuclear (SFM).

### Período de incubación:

"Pruebas más específicas han precisado un período de latencia de la infección de seis meses a más de seis años. Siendo en promedio el período de incubación de unos 26 meses".<sup>4/</sup>

### Huésped:

En sentido estricto, casi cualquier persona puede desarrollar el SIDA; sin embargo, se habla de grupos de riesgo para adquirir la enfermedad:

- Varones homosexuales o bisexuales
- Toxicómanos que utilizan drogas intravenosas y comparten agujas hipodérmicas.
- Hemofílicos que han recibido productos hemáticos infectados.
- Pacientes hemotransfundidos, con productos infectados.
- Compañeros heterosexuales de pacientes con SIDA.
- Casos relacionados con África Central.
- Haitianos.

"Probablemente la razón por la que se han afectado estos grupos particulares, refleja el modo de transmisión de la infección y proporciona algunos indicios sobre él o los agentes relacionados".<sup>4/</sup>

### Cuadro clínico:

"Desde la descripción inicial en 1981 de los casos de neumonía por P. Carinii, y posteriormente de sarcoma de Kaposi en hombres jóvenes homosexuales, cada vez se ha asociado un número mayor de manifestaciones clínicas a la infección por el "Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV)".<sup>4/</sup> El diagnóstico inicial del SIDA, basado principalmente en la presencia de infecciones oportunistas y neoplasias específicas (Linfadenopatía Generalizada Persistente) asociadas a inmunodeficiencia celular, han requerido de frecuentes modificaciones por la presencia de diversas infecciones, como histoplasmosis, isisporiasis, salmonelosis y tuberculosis. "Asimismo, la posibilidad de detectar anticuerpos ha permitido mayor flexibilidad diagnóstica al incluir otras entidades, como el síndrome de desgaste la encefalopatía por HIV".<sup>4/</sup>

A partir de estos datos podemos clasificar los signos y síntomas de la siguiente manera:

### Signos y síntomas iniciales:

- Fatiga inexplicable
- Fiebre
- Sudoración nocturna
- Pérdida de peso
- Diarrea

**Signos y síntomas específicos:**

- Fatiga intensa por varias semanas sin causa aparente.
- Ganglios linfáticos tumefactos, por lo general en las regiones cervical, axilar e inguinal.
- Pérdida inexplicable de peso, mayor de 4.5 kg., en dos meses.
- Fiebre persistente o sudoraciones nocturnas durante varias semanas.
- Acortamiento persistente de la respiración y tos no productiva de varias semanas de duración.
- Alérgicas cutáneas: manchas de color rosa o violeta, planas o elevadas, como un moretón o una vejiga con sangre. Pueden encontrarse en cualquier parte de la piel, incluyen/o boca o párpados.
- Tránsito digestivo: por candidiasis en boca y/o esófago, diarrea por lo general profusa y crónica.
- Hepato-esplenomegalia.
- Herpes Zoster bucal y esofágico.

Síntomas y signos en la enfermedad avanzada (pacientes que requieren hospitalización):

- Todos los anteriores.
- Neumonía e infecciones torácicas graves.
- Diarrea grave.
- Sarcoma de Kaposi.
- Depresión y demencia.
- Infecciones diseminadas. (Afecciones de pulmón, múltiples ganglios linfáticos inflamados así como afección de otros órganos).
- Septicemia.
- Retinitis.
- Meningitis.

"La esperanza de vida de pacientes con SIDA e infecciones oportunistas es de ocho meses, hasta la fecha ninguno ha sobrevivido tres años la mortalidad es más alta en enfermos con infecciones oportunistas y sarcoma de Kaposi".<sup>4/</sup>

Clasificación clínica de la infección por H.I.V.

La clasificación clínica de la infección por HIV elaborada por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norteamérica pueden ser útiles desde el punto de vista clínico y terapéutico; ya que ha mostrado ser útil y sensible para la detección de los

casos graves de la enfermedad.

La clasificación clínica de la infección por HIV se agrupa en cuatro grandes grupos:

Grupo I. Infección aguda.

Grupo II. Infección asintomática.

Grupo III. Linfadenopatía generalizada persistente.

Grupo IV. Otras enfermedades:

A. Enfermedad constitucional.

B. Enfermedad neurológica.

C. Infecciones secundarias.

C<sub>1</sub>. Enfermedades infecciosas indicativas del SIDA

C<sub>2</sub>. Otras enfermedades infecciosas relacionadas pero no indicativas del SIDA.

D. Cánceres secundarios.

E. Otras alteraciones. <sup>13/</sup>

Grupo I. Infección aguda: es posible que poco tiempo después de que se ha tenido contacto con el HIV se presente un síndrome similar al de la mononucleosis infecciosa.

Una vez resuelto el cuadro clínico agudo, estos sujetos cursan asintomáticos o evolucionan hacia otro estadio.

Grupo II. Infección asintomática: se incluye en este grupo a aquellos individuos en los que se detectan niveles de anticuerpos y que no han presentado manifestaciones clínicas de la enfermedad. "Pueden o no cursar con alteraciones de laboratorio (linfopenia, trombocitopenia, disminución en el número de linfocitos cooperadores)". <sup>13/</sup>

Grupo III. Linfadenopatía generalizada persistente: las personas correspondientes a este grupo presentan crecimientos ganglionares mayores de un centímetro, en dos o más sitios, excluyendo las regiones inguinales, con una duración mayor de tres meses. "En caso de desarrollar sintomatología agregada se clasifica en algún otro grupo; sin embargo, si esta sintomatología desaparece no se les vuelve a considerar en este rubro". <sup>13/</sup>

Grupo IV. En este grupo los pacientes pueden tener sintomatología diversa, que puede variar desde leve a grave.

- a. Enfermedad constitucional o complejo relacionado con el SIDA: "En este grupo se clasifican aquellos enfermos que presentan sintomatología inespecífica (fiebre, diarrea persistente por más de un mes, pérdida de peso involuntaria mayor al 10%, en ausencia de algún otro padecimiento que lo explique)". <sup>13/</sup>
- b. Enfermedad neurológica: "El cuadro clínico de estos sujetos puede tener tres variantes:

1. Encefalitis subaguda manifestada por demencia.
2. Mielopatía, en la que se presenta paraparesia progresiva, acompañada de ataxia, espasticidad e incontinencia.
3. Neuropatía periférica manifestada en tres subgrupos:
  - 3.1 Neuropatía sensorial dolorosa que afecta los núcleos dorsales.
  - 3.1 Neuropatía multifocal, que se observa tanto en pacientes con SIDA como en pacientes con complejo relacionado.
  - 3.1 Neuropatías desmielinizantes similares a las del síndrome de Guillain-Barré, y que se han correlacionado a "autoinmune".<sup>13/</sup>

c. Infecciones secundarias: la mayor parte de los problemas clínicos del SIDA se deben a la inmunodeficiencia celular, que origina el desarrollo de infecciones oportunistas.

c<sub>1</sub>. Enfermedades infecciosas indicativas del SIDA:

1. Candidiasis esofágica traqueal bronquial o pulmonar.
2. Criptococosis extrapulmonar.
3. Criptosporidiasis con diarreas de más de un mes de evolución.



4. Citomegalovirus en un órgano que no sea el hígado, bazo o ganglios, en un paciente de más de un mes de edad.
  5. Herpes simple con ulceraciones mucocutáneas de más de un mes de evolución, bronquitis, neumonitis, o esofagitis de cualquier tiempo de evolución.
  6. Toxoplasmosis encefálica.
  7. Micobacteriosis.
  8. Neumonía y P. Carinii.
  9. Sarcoma de Kaposi, que afecte a un paciente menor de sesenta años.
  10. Linfoma primario de cerebro.
  11. Neumonía intersticial linfóide, que afecte a un niño menor de 13 años.
  12. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- c2. Otras enfermedades infecciosas relacionadas pero no indicativas del SIDA:
- Leucemia linfocítica
  - Mieloma múltiple
  - Retinitis CMV
  - Toxoplasma gondii

- d. **Cánceres secundarios:** de las neoplasias asociadas al SIDA, las más frecuentes son: el sarcoma de Kaposi y los linfomas no Hédgkin. Otras neoplasias que también se han reportado en estos pacientes son: la enfermedad de Hédgkin, el carcinoma escamoso de orofaringe y el carcinoma cloacogénico anorectal.
- e. **Otras alteraciones:** en este grupo se incluyen otras condiciones clínicas que no pueden clasificarse en los rubros previos, dado el desconocimiento que tenemos de otras manifestaciones de la enfermedad.

**Mecanismos de transmisión:** hay pruebas firmes que sugieren que el virus del SIDA se transmite por:

- Contacto sexual homo, hetero y bisexual.
- Transferecia parenteral de sangre o productos hematológicos contaminados.
- Por transferencia transplacentaria y perinatal de la madre al niño.
- Por tatuajes.
- Por empleo de agujas contaminadas.

Recientemente se ha encontrado el virus de la inmunodeficiencia Adquirida en saliva, pero hasta el momento no se considera ésta como vía de transmisión.

### Diagnóstico:

El diagnóstico se debe realizar principalmente a la población con prácticas de riesgo, que incluye: personas homosexuales, farmacodependientes intravenosos, personas que hayan recibido transfusiones sanguíneas, además de aquellos donadores sanguíneos remunerados económicamente y quienes hayan sido inyectados con agujas y jeringas contaminadas con el virus. Los medios para establecer el diagnóstico de SIDA incluyen dos métodos: primero, se refiere a un diagnóstico clínico a través de la elaboración de una historia clínica donde se definirán los mecanismos de alto riesgo para contraer el padecimiento, incluyendo la exploración física, para detectar algún síntoma que pudiera indicar que el paciente es portador del H.I.V., como linfadenopatía generalizada, candidiasis bucal, herpes simple peribucal, esplenomegalia, sarcoma de Kaposi, etc.

Posteriormente, se realizarán las pruebas de laboratorio. La prueba de Elisa en primera instancia, y si resulta positiva, se llevan a cabo las pruebas confirmatorias de Western Blot y la inmunofluorescencia.

### Prueba de Elisa o detección primaria:

En este tipo de examen se investiga la presencia de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana, siendo éste un método inmunoenzimático desarrollado en tres períodos de incubación.

Primera incubación: el suero "problema" se incuba con antígenos del virus de la inmunodeficiencia humana, adheridas a una "fase sólida". Si existen en el suero anticuerpos específicos, éstos se unirán a las proteínas virales.

Segunda incubación: previo lavado, se agrega al sistema anticuerpos "antihumanos" conjugados con una enzima que permitirá hacer visible la reacción.

Tercera incubación: finalmente, se incluye un sustrato que desarrollará color en presencia de la enzima, será un color amarillo o anaranjado, considerando la prueba positiva. <sup>1/</sup>

Tratamiento:

"Los pacientes con SIDA suelen necesitar investigación médica y cuidados de Enfermería Intensiva.

La atención de pacientes con SIDA puede dividirse de manera conveniente en:

1. Tratamiento de infecciones oportunistas dependiendo del agente causal.
2. Tratamiento de sarcoma de Kaposi.
3. Tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia subyacente.

4. Otros tratamientos con plasmaféresis, trasplante de médula ósea.
5. Atención general y precauciones cuando se trata de pacientes con SIDA<sup>4/</sup>.

Manejo del paciente con SIDA por el personal de Enfermería.<sup>3/</sup>

Consideramos específicamente en este apartado, la atención que debe proporcionar el personal de Enfermería, no por la exclusividad de su cuidado, sino porque es el personal del equipo de salud que pasa la mayor parte del tiempo en el trato y cuidado directo del paciente.

Es, además, importante, orientar adecuadamente al resto del equipo de salud sobre el cuidado adecuado y oportuno de los pacientes afectados por SIDA ya que debido a la falta de información verídica o a la información distorsionada a través de los medios masivos de comunicación, el paciente es motivo de rechazo.

Por lo anterior, se dan a continuación algunos aspectos que deben considerarse en el trato diario del paciente hospitalizado, para de esta manera favorecer la existencia de un trato digno al individuo que sufre esta afección.

### Recomendación en el cuidado de pacientes con HIV. <sup>2/</sup>

1. Evitar herirse con instrumentos contaminados.
2. Usar guantes para manipular muestras de sangre, secreciones, etc.
3. Uso de bata para evitar contacto con material contaminado.
4. Lavado frecuente de manos.
5. Etiquetar muestras de sangre y otros productos hematológicos a fin de manejarlos adecuadamente.
6. Limpiar inmediatamente los sitios en que caiga sangre y materiales de desecho, con solución de hipoclorito de sodio.
7. Colocar los artículos manchados de sangre en bolsas cerradas y etiquetarlas adecuadamente.
8. Utilizar jeringas y agujas desechables.
9. Dar al paciente una habitación individual, de ser estrictamente necesario.

A estas medidas es necesario agregar la información que se debe dar a los grupos de riesgo y público en general sobre las medidas de prevención, ya que dicha situación favorecerá la disminución del padecimiento.

### Perspectivas del padecimiento:

#### Costo del SIDA en el futuro próximo:

Como ya se sabe, el SIDA es una enfermedad incurable, que actualmente avanza de manera alarmante en la población económicamente activa principalmente.

En 1986 se realizó una prueba sobre 100,000 muestras en los bancos de sangre del Instituto Mexicano del Seguro Social, en ellos se encontró una prevalencia confirmada de 0.1% de HIV, lo que representa 13,926 personas infectadas que, en un futuro no muy lejano, demandarán atención médica específica de alto costo monetario.

Una prueba de ello la vemos en los costos de la detección de sujetos seropositivos: cada prueba de Elisa tiene un costo aproximado de \$3,960.00, lo que anualmente representa \$4,078 millones si se realiza por personal, y una sola vez, a la población de mayor riesgo (24 a 44 años).

El costo del servicio hospitalario para pacientes con SIDA es, promedio, de \$ 4'320,000.00 en consulta externa y \$360,000.00 en medicamentos, lo cual, aunado a la hospitalización, arrojará un total anual de \$19'140,000.00 por cada paciente. "Costo de atención en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán", B/

Esto representa un enorme gasto monetario para el sector salud, el cual en un futuro próximo tendrá que ampliar sus instalaciones físicas, materiales y humanas para la atención de este tipo de pacientes; situación que se dificulta notablemente por los años de crisis generalizada, por la que atraviesa el país, lo cual repercute en la calidad de atención que requieren los pacientes afectados por HIV.

#### 1.1.4 Actitudes.

Los sentimientos pueden ser agradables o desagradables y son resultados de la respuesta de una persona al medio ambiente (suma de los elementos e influencias externas circundantes). Por consiguiente, el ambiente de un paciente afecta su manera de verse a sí mismo y de percibir tanto su situación en la vida, como su papel en ésta. Esto es de tal intensidad que afecta a los órganos internos, y da como resultado variaciones físicas y psíquicas denominadas emociones.

Abraham Maslow (1908-1970) inició la escuela conductual humana en 1943, creando la teoría de la jerarquización de las necesidades.

Delimitó una estructura jerárquica de las necesidades humanas clasificadas en cinco categorías:

1. Fisiológica
2. Seguridad



3. Amor y propiedad
4. Estimación y mérito propio
5. Autorrealización

Necesidad fisiológica: incluye alimento, bebida, etc.

Necesidad de seguridad: incluye sentimientos de pertenencia, compañerismo, orden, estabilidad, justicia, etc.

Necesidad de amor y propiedad: se refiere a sentimientos de pertenencia y reconocimiento.

Necesidad de estimación y mérito propio: se refiere a deseos de posición, reconocimiento y autorrespeto.

Necesidad de autorrealización: se refiere a la realización de algo digno de llevarse a cabo, i logros y creaciones de alto nivel personal, a alcanzar metas y ambiciones personales.<sup>5/</sup>

Cuando las necesidades básicas de un ser humano se encuentran satisfechas, dan como resultado sentimientos de satisfacción, felicidad y entusiasmo. Los contratiempos que se le presenten no le alteran, ya que puede olvidarlos o enfrentarlos fácilmente.<sup>6/</sup>

Si éstas no se satisfacen, experimentará sentimientos desagradables como enojo, celos, odio, temor o desconsuelo; como consecuencia

de esto, los estímulos del medio ambiente estarían alterados.

Estas reacciones que se manifiestan se llaman actitudes.

El efecto está en relación directa con la actitud general, teniendo un papel determinante en los pensamientos y en las acciones de una persona en la salud y en la enfermedad.

Actitud: Significa una predisposición continua a reaccionar con un sentimiento o de una manera característica, que está determinada en gran parte por el estado emocional del individuo y puede adquirirse consciente o inconscientemente.

Estas manifestaciones humanas son aprendidas mediante experiencias específicas, por la instrucción en el hogar, en el trabajo, en la escuela y por medio de la observación a los demás. <sup>5/</sup>

La función de las actitudes y creencias es la de orientar al individuo hacia la realidad o hacia lo que él cree que es la realidad. Le ayuda a hacer planes para el futuro, anticiparse a otras personas y situaciones; o lo ayuda a alcanzar metas o evitar amenazas. <sup>6/</sup>

Existe una gran cantidad de influencias y condiciones diferentes que son importantes en el cambio de actitudes. Sin embargo, mucho de lo que de alguna manera podría modificarse en un individuo, se incorpora a un conjunto de creencias y actitudes que ya se tenían.

Las actitudes emocionales, que tienen como características ser muy persistentes, requieren de tiempo o de fuertes experiencias para que produzcan un cambio, en comparación con los aspectos cognoscitivos, ya que éstos pueden cambiarse en minutos, por medio de un argumento bien presentado.

Con base en lo anterior, podemos decir que las principales actitudes que presentan los pacientes con HIV, en el servicio de hospitalización, son de agresión, indiferencia, temor, miedo, angustia, rechazo, sentimiento de culpa y de aceptación hacia su padecimiento; las cuales se ven acrecentadas o disminuidas por la atención que reciben por parte del personal de Enfermería durante su estancia hospitalaria.

Se describe a continuación las características principales de cada una de estas actitudes.

#### Agresión:

La agresión es una conducta verbal o física efectuada con el propósito de hacer daño o destruir, a los demás o a uno mismo.<sup>11/</sup> El enfoque de aprendizaje social establece que la agresión puede ser el resultado de experiencias aversivas y que al experimentar sentimientos agresivos o el de observar a otras personas que se comportan agresivamente, aumentan en vez de disminuir las probabilidades de mostrarse agresivos.

### Temor-miedo-angustia.

El temor se define como una reacción racional hacia un peligro objetivo identificable y externo. Sus consecuencias sociales generalmente dependen de su adecuación a las circunstancias. El miedo o reacción fóbica, a diferencia del temor, que es producido por un peligro objetivo, se dice que es una forma neurótica de defensa: es un proceso en que la ansiedad libremente flotante se desplaza hacia un objeto del medio externo al que se teme sin ninguna razón objetiva, induce esta reacción a evitar aquel objeto o aquella circunstancia específica.

### Sentimiento de culpa:

Es un efecto que se experimenta cuando se violan normas o preceptos morales que han sido aceptados como válidos, es función de la conciencia moral, la manera de manifestar este tipo de reacción es a través del arrepentimiento y remordimiento. En el primer caso este sentimiento va acompañado del propósito de modificar la conducta y es expresado verbalmente por el individuo. En el segundo caso se trata de una condición negativa en la que falta el propósito de restitución.

### Aceptación:

Se deriva de una conexión sentimental de persona a persona, la cual

trasciende las fronteras de nuestro funcionamiento individual liberando al ser de su encierro solitario. Las relaciones de afecto se caracterizan por actitudes positivas, como la aceptación de cada persona hacia la otra, respaldadas por tendencias al acercamiento y la interacción.

#### Rechazo:

Un primer mecanismo psicodinámico que con frecuencia desencadena la reacción, es el que se desarrolló cuando a la persona se le hizo depender de la actitud de quienes la rodean, en virtud de que fue tratada con desprecio, con desinterés o fue sobreprotegida. La sobreprotección consiste en que la persona es objeto constante de fiscalización o vigilancia respecto a lo que hace: fiscalización que generalmente es agresiva.

#### 1.1.4.1. Medición de actitudes.

Las pruebas psicológicas o escalas, constituyen el método de observación y captación de datos que más se utilizan en las ciencias del comportamiento.

Los modelos o instrumentos para obtener información por interrogatorio directo, frecuentemente incorporan una o más escalas psicoseciales para lograr una mayor exactitud en los resultados.

La finalidad de las escalas psicosociales es discriminar entre personas en cuanto al grado o magnitud con que tienen un rasgo, actitud o emoción.

Las escalas son instrumentos de medición que permiten comparaciones interindividuales en algún parámetro de interés; es decir, los investigadores pueden comparar, por ejemplo, actitudes de varones y mujeres.

"Una prueba psicológica es un procedimiento sistemático, mediante el cual a un individuo se le presenta una serie de estímulos artificiales ante los que reaccionará; sus respuestas permiten al examinador asignarle un numeral o un conjunto de numerales con los que se hacen inferencias sobre el grado en que posee las cualidades que mide la prueba".<sup>11/</sup>

Por lo tanto, podemos considerar que la prueba es un instrumento de medición.

La ESCALA, al igual que la prueba psicológica, es un instrumento de medición. Sin embargo, la escala tiene dos sentidos: designa al instrumento de medición y a los numerales de dicho instrumento.

"Las pruebas son escalas, pero no todas las escalas son pruebas".<sup>11/</sup>

Las pruebas y escalas se pueden clasificar en las siguientes clases:

- Pruebas de inteligencia y aptitudes.
- Pruebas de aprovechamiento.
- Medidas de personalidad.
- Escala de actitudes y valores.
- Medición objetiva diversas.

#### Escalas para actitudes:

Existen varios métodos complejos, creados por los psicólogos sociales para cuantificar estados psicológicos que se han orientado a la medición de actitudes.

Existen tres tipos principales de escalas de actitud: escala de intervalos aparentemente iguales, escalas acumulativas (o de Guttman) y la escala de clasificaciones sumadas o de Likert.

Para efectos de esta investigación, se decidió utilizar la escala de clasificaciones sumadas o bien escala de Likert, llamada así en honor de su creador, el psicólogo social Rensis Likert.

Se consideró, porque este tipo de escala constituye la forma más común y exacta para la medición longitudinal de actitudes.

La finalidad de la escala de este tipo, consiste en situar al individuo en cierto lugar de un conjunto de concordancia de la actitud en cuestión. Entre sus principales características está es de que nos per-

mite que el universo de preguntas sea a través de una serie de reactivos que tienen igual "valor actitudinal", es decir, que no existe graduación de preguntas, pues el valor actitudinal de una es igual al de las demás.

En segundo término, esta escala permite la expresión de intensidad de la actitud, ya que los sujetos pueden coincidir o disentir con firmeza, para poder asignar un lugar en la escala el individuo que contesta las preguntas. Esto se logra por medio de la suma o promedio de sus respuestas.

Dicho de otra manera, la escala de Likert comprende varias proposiciones declarativas que expresan un punto de vista sobre un tema, donde las personas expresarán el grado en que concuerdan o discuerdan con la opinión expresada.

#### Escala de Likert:

La primera fase para trabajar con la escala de Likert, es reunir una gran cantidad de puntos de indagación o proposiciones que señale actitudes favorables o desfavorables hacia el asunto en cuestión. Es de vital importancia no incluir proposiciones neutras o aquellas tan extremas que generen aceptación o rechazo definitiva por parte de los individuos a quienes se les aplique la encuesta.



Es importante incluir un número más o menos igual de proposiciones positivas y/o negativas, para evitar error de las respuestas. Por lo regular se considera suficiente de 10 a 20 reactivos para este tipo de escala.

En cuanto al número apropiado de respuestas alternativas, Likert utilizó cinco categorías que son: completamente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, y completamente en desacuerdo. Existe diversidad de opiniones en cuanto a la conveniencia de incluir una categoría explícita clasificada como "no hay certeza" en las respuestas, por incluir el parámetro "ni de acuerdo ni en desacuerdo". Sin embargo, el empleo de tal categoría de "sin decisión" hace que el individuo adopte con facilidad una actitud pasiva, o tienda a no expresar algún compromiso en uno u otro sentido.

Posterior a la aplicación de reactivos de indagación, a través de la entrevista directa, se concede una puntuación a las respuestas, "de manera que se les asigne una puntuación más alta a la aceptación de proposiciones expresadas de modo positivo o a la falta de aceptación de las proposiciones expresadas negativamente".<sup>127</sup>

Es decir, se les asigna una puntuación mayor a la respuesta que muestra aceptación o acuerdo total con el planteamiento, en comparación con aquella que está en desacuerdo con él.

En la investigación, la escala incluye un máximo de 4, para la persona que esté completamente de acuerdo; a las que están solamente de acuerdo una calificación de 3; y así sucesivamente, llegando al 0 (cero) cuando está completamente en desacuerdo.

Para los reactivos que nos muestran una actitud negativa la puntuación debe invertirse y asignar "0" puntos a las que están totalmente de acuerdo. Tal inversión es necesaria para que la puntuación alta siempre refleje actitudes positivas hacia el tema que se investiga, como en este caso, serían actitudes favorables motivadas por los servicios de Enfermería en el área hospitalaria para los pacientes de HIV.

Posteriormente se debe calcular la puntuación total de una persona sumando las respuestas.

Una vez terminada la puntuación cuantitativa, se llega a la valoración de los reactivos que deben retenerse en la escala final, y los planteamientos o proposiciones que deben desecharse. "Existen varios métodos estadísticos para hacer tal selección".<sup>12/</sup>

Entre los que se encuentra el método de proporciones, que para estos de esta investigación se llevó a cabo.

NOTAS

## 1. BOLETIN MENSUAL SIDA.

Laboratorios de detección de anticuerpos ANTI-VIH de la Secretaría de Salud.

Boletín mensual No. 10, año 1, México, D.F., Abril, 1987.

## 2. BOLETIN MENSUAL SIDA.

Evolución de la infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana. Boletín mensual SIDA No. 2, año 1, México, D.F., 1987.

## 3. CHACÓN, Alvarez Castillo, Lutera

S.I.D.A. Precauciones en los cuidados de los pacientes,

Revista de Enfermería del IMSS, México, pp. 52-54.

4. DANIELS, Víctor G; SIDA El Manual de texto, 1986. 150 p.5. DE LA FUENTE María. Rambla; Psicología médica, México,

Fondo de Cultura Económica, 1980. 444 pp.

6. DIAZ G. Rogelio; Estudios de psicología del mexicano; México

Troika, 1979. 220 pp.

7. DUPONT, Herbert L.; "Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.): Presente y futuro, Boletín Médico del Hospital Infantil de México, No. 4, Vol. 46, Abril 1979. pp. 237-240.

8. FRENK Mora, Julio: Salud Pública de México; (Órgano Oficial del Instituto Nacional de Salud Pública), No. 4, Vol. 30, México, Julio-Agosto de 1969, 835 pp.
9. GOTTLIEB, Geoffrey, Kaposia Sarcoma; EE.UU., LEA Febiger 1988, 988 pp.
10. KAZH, Jacques: Psicología general; 4a. ed., México, Beté, 1973, 1005 pp.
11. KERLINGER N., Fred: Investigación del comportamiento; Ed. Interamericana, 1975, 525 pp.
12. POLIT D., Hungler, B.: Investigación científica en Ciencias de la Salud; 2a. ed., Interamericana, 1978, 595 pp.
13. VERGER Casas, G.: Enfermedades infecciosas; Ediciones Doyma, S.A., Barcelona, 1969, pp. 334-336.

### 1.2 Objetivos de la Investigación.

- Conocer la actitud de los pacientes afectados por HIV en el servicio de hospitalización de Infectología en Centro Médico La Raza, respecto a la atención recibida por parte del personal de Enfermería.
- Dar a conocer al personal de Enfermería los resultados obtenidos en la investigación, para que con ello valore el porqué de las actitudes que presentan los pacientes hospitalizados por HIV, respecto a la atención que el personal de Enfermería les proporciona.
- Proporcionar información sobre el padecimiento al equipo de salud.

### 1.3 Delimitación del problema.

Teniendo la evidencia científica que apoya la investigación propuesta, el grupo de trabajo delimita ésta en los siguientes términos:

¿Cuál es la actitud de los pacientes hospitalizados portadores de H.I.V., en el Hospital de Infectología del Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S. hacia los servicios de Enfermería recibidos?

1.4 Variables identificadas

## Indicadores

- Edad
  - 15 a 19 años. 20-24 años.
  - 25-29 años. 30-34 años.
  - 35-39 años. 40-44 años.
  - 45 años o más.
- Sexo
  - Masculino (1)
  - Femenino (2)
- Estado civil
  - Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo.
- Ocupación
  - Estudiante, obrero, comerciante, empleado, profesionalista.
- Escolaridad
  - Analfabeta, primaria, secundaria, técnico, bachillerato, nivel superior.
- Lugar de residencia
  - Distrito Federal, interior de la República, extranjero.
- Situación económica
  - Menos del salario mínimo, salario mínimo, más del salario mínimo.

- **Factor de riesgo**
  - Heterosexualidad, homosexualidad, Hemotransfusión, tatuaje, Intra-conductancia.
- **Actitudes**
  - Aceptación
  - Agresión
  - Indiferencia
  - Rechazo
  - Sentimiento de culpa
  - Temor, miedo, angustia.

## 1.5 Metodología de la investigación.

### 1.5.1 Tipo de Investigación:

El tipo de muestra investigación es observacional, prospectiva y descriptiva.

### 1.5.2 Universo de trabajo:

Los pacientes hospitalizados con más de cinco días de estancia en el hospital de Infectología en Centro Médico La Raza.

### 1.5.3 Muestra:

Una vez seleccionados los pacientes con las características antes señaladas, el tamaño de la muestra se diseñará por proporciones.

$$\text{Fórmula: } n = \frac{Z^2 \cdot Pq}{d^2}$$

donde:

- n = será el tamaño de la muestra.
- $Z^2$  = será el nivel de confianza  $(1,96)^2$
- p = será la proporción de la población con la característica por investigar positivamente
- q = será la proporción de la población con característica
- $d^2$  = será la variabilidad de la característica estudiada.

#### 1.5.4 Método de recolección de datos:

El método de recolección de datos para esta investigación fue la encuesta.

#### 1.5.5 Técnica de recolección de datos:

La técnica elegida es la entrevista directa.

#### 1.5.6 Instrumento de recolección de datos:

El instrumento diseñado es un cuestionario elaborado y validado previamente (escala de Likert). Se anexa cuestionario.

#### 1.5.7 Validación del instrumento de recolección:

Se conformó un cuestionario integrado por 30 preguntas, 8 de



ellas referentes a datos personales del paciente y las 22 restantes para medir actitudes del mismo.

Ya integrado el cuestionario se realizó una prueba piloto para comprobar la claridad de las preguntas y el lenguaje utilizado, para garantizar la adecuada aplicación del instrumento por parte de los entrevistadores (30 encuestas). Se entrevistó a pacientes con diferentes diagnósticos médicos (hospitalizados) excluyendo a aquellos con HIV; posteriormente se llevó a cabo la discriminación de preguntas referentes a medir actitudes, utilizando el estadístico "t" cuya fórmula es la siguiente:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\frac{S_1^2 + S_2^2}{N}}$$

Quedando finalmente sólo 16 preguntas con los siguientes valores (mayores de 1.41 como mínimo):

Valores:

4.41	7
5.74	5.43
6.72	1.86
1.85	1.41

### 1.5.8 Elaboración estadística de datos:

Para el procesamiento de elaboración y análisis de la información, se procede a la revisión de los cuestionarios, el método de recuento que utilizamos es el de tarjetas simples, la presentación se realizó a través de cuadros de doble entrada, las gráficas son barras asociadas, gráficas de pastel e histograma.

#### 2.5.8.1. Recolección, clasificación, recuento y presentación.

Considerando que hemos trabajado con variables cualitativas se utilizó el método de proporciones para datos cualitativos, sea  $q : 1-p$  en donde  $p$  son las personas que tienen actitud desfavorable hacia los servicios que recibe de las Enfermeras;  $q$  son las personas que tienen actitud favorable hacia las mismas.

## 2. RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la tabulación de 30 cuestionarios, aplicados a pacientes hospitalizados con H.I.V., en el hospital de Infectología del Centro Médico La Raza, son los siguientes:

El padecimiento predomina en mayor escala en el sexo masculino, con un total de 96-67, siendo en menor grado dentro del sexo femenino, que sólo reportó el 3-33.

Entre las edades de 20 a 24 años se reportó el 26.66 de los pacientes afectados, siguiendo en forma decreciente al grupo de edad de 45 a más años con un 20%. Los grupos de edades de 25 a 29 años y de 35 a 39 años, obtuvieron respectivamente, un 16.67%. De 30 a 34 años reportó un 13.33 y el 6-67 corresponde al grupo de edad comprendido de 40 a 44 años.

Por estado civil y factor de riesgo, predominó totalmente el soltero homosexual, con un 53.33, la homosexualidad en pacientes solteros es del 16.67, 16.01 corresponde a pacientes casados hemotransfundidos. El caso homosexual sólo representó un 6.67 y en menor proporción con 3.33. El homosexual divorciado, casado con tatuaje, viudo farmacodependiente, soltero, hemotransfundido respectivamente. Considerando un doble factor de riesgo, en este tipo de pacientes, se

encontró que la farmacodependencia unida a la homosexualidad ocupó un lugar predominante.

Con respecto a las variables de ocupación y situación económica, se encontró que el 36.68 son empleados y cuentan con un salario mayor al mínimo, 16.67 son profesionistas con salario superior al mínimo. El 13.33 corresponde a los empleados con percepción económica equivalente al salario mínimo. 10% engloba a empleados con salario inferior al mínimo, el 4.67 representa a los obreros con salario mínimo y a los obreros con salario superior al mismo, respectivamente. La ocupación de profesionistas con salario mínimo, así como el hogar con un salario inferior al mínimo y el estudiante con salario superior al mínimo representan 3.33 cada uno.

La distribución por escolaridad y ocupación registra que el 20.01 corresponde a pacientes con nivel superior dentro de la ocupación de profesionistas. El 16.67 correspondió al grupo de bachillerato y nivel superior, cada uno, siendo ambos empleados. Empleado con escolaridad de primaria presentó el 13.33. El 10% correspondió a empleados con secundaria. Con nivel técnico desarrollándose en el hogar representa el 3.33. Englobando las siguientes categorías, técnico-obrero, cada grupo obtuvo un 3.33.

Por lugar de residencia de los pacientes en estudio, el 60.01 radica dentro del Distrito Federal y el 39.99 en el interior de la República.

Ubicando el nivel escolar con la situación económica de cada uno de los pacientes encuestados, el 26.67 cuentan con nivel superior y salario superior al mínimo. El 50.33 corresponde a los de nivel bachillerato que perciben un salario mayor al mínimo. Con un 10% corresponde a pacientes con escolaridad de primaria y salario superior al mínimo, así como el salario equivalente al mínimo con nivel superior. Los siguientes grupos obtuvieron 6.67 secundaria - menor de salario mínimo, primaria con salario mínimo respectivamente. Los grupos siguientes corresponden al 3.33, cada uno: primaria-más del salario mínimo, técnico con salario inferior al mínimo, técnico -salario mínimo y más del salario mínimo, bachillerato con un salario equivalente al mínimo.

Los resultados de las actitudes a través de preguntas nos indican, primordialmente, que la actitud de aceptación en el paciente motivada por los servicios de Enfermería en el área hospitalaria, es: el 73.33 está totalmente de acuerdo en sentirse positivamente aceptado cuando el personal de Enfermería acude oportunamente a su llamado, lo que hace que se sienta cómodo y seguro. El 21.12 respondió estar de acuerdo con el parámetro anterior, posteriormente, el 3.33 es neutral y sólo el 2.22 está totalmente en desacuerdo en que se es aceptado.

Las preguntas 1, 9, 20 y 22, que nos miden la agresión de los pacientes, indican que el 31.11 sí está totalmente de acuerdo en que

es motivado para asumir tal actitud, el 27.78 indica que está en desacuerdo. De acuerdo están sólo 15.56. El 13.13 está en desacuerdo, así como el 12.21 está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

La actitud de indiferencia, medida por las preguntas 16 y 19 indican los siguientes resultados: 26.34 muestra un punto neutral, ya que están ni de acuerdo ni en desacuerdo, 28.31 están en desacuerdo. El 21.67 están totalmente de acuerdo en que la Enfermera los motiva a presentar una actitud de indiferencia. 11.66 están de acuerdo y sólo el 10% está totalmente en desacuerdo.

Con respecto al rechazo, los reactivos 11, 18 y 21 indican que están totalmente de acuerdo el 28.89, 23.33 de acuerdo, 18.89 están totalmente en desacuerdo, 17.78 en desacuerdo y sólo 11.11 ni de acuerdo ni en desacuerdo.

La medición del sentimiento de culpa se llevó a cabo a través de la pregunta 23, que nos da un porcentaje del 46.67 para totalmente de acuerdo. El 16.67 está en desacuerdo; de acuerdo 30%, 10% ni de acuerdo ni en desacuerdo. El 6.66 totalmente en desacuerdo.

La distribución de los resultados obtenidos para medir temor, miedo, y angustia, con las preguntas 12, 15, 17 y 24 muestran que el 63.33 están totalmente de acuerdo, 20% de acuerdo, 7.50 en desacuerdo, 5% neutral y 4.17 están totalmente en desacuerdo.

### 3- CONCLUSIONES

Consideramos que el SIDA es un padecimiento que, por su gran velocidad de expansión, en un futuro tiende a ser un problema de salud de la más alta prioridad nacional.

Se concluye a través de los resultados obtenidos de la investigación a 30 pacientes hospitalizados con HIV, que el padecimiento es predominantemente en el sexo masculino, entre las edades de 20 a 24 años, constituyendo el principal factor de riesgo la homosexualidad y por ende, los solteros. Un índice mayor de pacientes de SIDA con doble factor de riesgo, lo constituye la homosexualidad, sumada a la larga co de pe nd e n ci a.

La ocupación predominante en este tipo de pacientes es de empleados, con proporción económica superior al salario mínimo. Por lo que se puede establecer que la enfermedad de SIDA no es exclusiva de las personas con escasos recursos económicos, con algunas medidas de información lo has manifestado.

El nivel académico no constituye un problema en el grupo de pacientes estudiados, ya que la gran mayoría se ubican en el nivel medio superior y profesionistas, de escolaridad. Ninguno de ellos es analfabeto.

Por lugar de residencia la mayoría reside dentro del Distrito Federal-

La agresión es un mecanismo de defensa común en nuestro medio social, que se ve motivado por cierto tipo de estímulos; sin embargo, para este tipo de pacientes la enfermera contribuye a que él manifieste agresión, cuando no responde oportunamente a su llamado y/o realiza preguntas por curiosidad o con cierto morbo- Por lo tanto, se obtuvo que el paciente está totalmente de acuerdo en que, dentro del hospital se le motiva a que asuma tal actitud-

La indiferencia de este grupo de pacientes se manifiesta en que no les interesa si la enfermera se comunica o no con ellos- Sin embargo, refieren deprimirse si ésta no propicia la comunicación-

La distribución por rechazo se encontró de manera positiva objetivamente, a través de las cifras reportadas en los cuestionarios; sin embargo, los pacientes manifestaron que perciben rechazo cuando el personal de enfermería no muestra interés en atenderlo y le realiza preguntas banales, situación, que ellos refieren, que hasta el momento no se ha presentado- Por lo tanto, esta variable resulta negativa-



Está presente en los pacientes el temor, miedo y angustia, ya que de alguna manera el saber cuál es su padecimiento y el desconocimiento de su evolución y que, en ocasiones el personal de enfermería, no le explica los procedimientos a realizar, influye para que estén presentes estas actitudes.

Los datos recabados nos permiten afirmar que los pacientes con HIV, se sienten aceptados y bien atendidos cuando la enfermera acude oportunamente a su llamado. La atención de enfermería eficiente los hace sentirse cómodos y seguros. Si además observan que el personal que los atiende es discreto y esto les hace sentirse apoyados emocionalmente.

El grupo de pacientes encuestados presentaron sentimientos de culpa ya que están totalmente de acuerdo en que, si a pesar de que el trato de enfermería no es el adecuado, ellos no lo manifiestan ya que se sienten culpables de haber adquirido el padecimiento.

#### 4. RECOMENDACIONES

Es importante que el personal de Enfermería conozca a fondo el procedimiento, para con ello disminuir el miedo al contagio, lo que permitirá una mayor acercamiento hacia el paciente, tanto física como emocionalmente.

Es importante que la enfermera se encuentre enterada de los cambios psicológicos y neuropsiquiátricos que sufren los pacientes con HIV, así como cuáles son las causas que lo determinan, que la llevará a entender dichos cambios y a proporcionar una atención psicológica adecuada.

Se sugiere la formación de terapias grupales en las cuales esté integrado un psicólogo y la enfermera que está a cargo de este tipo de pacientes.

### 5. BIBLIOGRAFIA

- ARIAS Galicia, Fernando; Administración de recursos humanos; 2a. ed., México, Trillas, 1988, pp. 524.
- ARIAS Galicia, Fernando; La motivación; México, Trillas, 1980.
- BAENA, Guillermina; Instrumentos de investigación; 13a. ed., México, Mexicanos Unidos, 1985, 134 pp.
- BAEZA Bacab, Manuel y Rosán B. Gómez; "Infección por HIV en niños; Definición y clasificación del problema"; Boletín Médico del Hospital Infantil de México; No. 1, Vol. 45, México, Enero de 1988, pp. 53-54.
- BOLETIN MENSUAL SIDA; "Laboratorios de detección de anticuerpos ANTI-VIII de la Secretaría de Salud"; Boletín mensual, No. 10, año 1, México, D.F., abril, 1987.
- BOLETIN MENSUAL SIDA; "Evaluación de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia humana"; Boletín mensual, No. 2, año 1, México, D.F., 1990.
- CAÑEDO Dorantes, Luis; Investigación clínica; Interamericana, México, 1987, 276 pp.

CARROL, Herbert A.: Higiene Mental: México, C.E.C.S.A., 1980,  
415 pp.

COFER, N.C.: Psicología de la motivación, teoría e investigaciones  
México, Trillas, 1979, 25 pp.

CHACON Alvarez del Castillo, Leticia: "SIDA, preocupaciones en el  
cuidado de los pacientes": Revista de Enfermería del IMSS  
No. 2-3, Vol. 1, México, Mayo-Diciembre de 1988, 52-54 pp.

DAMEL, Víctor G.: SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:  
Trad. Orizaga Samperio Jorge, México, El Manual Moderno,  
1986, 146 pp.

DE LA FUENTE Muñoz, Ramón: Psicología médica, México, Fondo de  
Cultura Económica, 1980, 444 pp.

DUPONT Herbert L.: "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
(SIDA): Presente y futuro", Boletín médico del Hospital Infan-  
til de México, No. 4, Vol. 46, abril de 1989, pp. 237-240.

FRENK Mora, Julio: Salud Pública de México (órgano oficial del Ins-  
tituto Nacional de Salud Pública), No. 4, Vol. 10, México, julio  
agosto de 1989, 655 pp.

GOTTLICH, Geoffrey; Kaposi, Sarcoma; E.F.U.U., LEA Febiger.

1988, 988 pp.

KAZH, Jaques; Psicología general, 4a. ed., México, Beta, 1973.

1005 pp.

KERLINGER, Fred N.J., Investigación del comportamiento, técnicas y metodología, 2a. ed., México, Interamericana, 1985, pp.

L. Gamix Matak, Arnulfo; Biostatística, México, Francisco Méndez Cervantes, 1982, 250 pp.

MARTÍNEZ Palau, Esperanza; "La recopilación del material de trabajo dentro del Proceso de Investigación Documental",

Antología para el Seminario de Tesis; México, ENEO-SUA-

1980, 10 p.

MONTAGNER, Eug y otros; SIDA, Trad. Frasch, Barcelona, CEAC.

1987, 127 pp.

MUELLER, F.L., la Psicología contemporánea; México, Fondo de Cultura Económica, 1981, 237 pp.

MAC CRAW RAW-HILL; Psicología, INC-USA, 1985, 382 pp.

NARBALLAN, Eduardo; "El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en la población pediátrica"; Boletín Médico del Hospital Infantil de México, No. 1, Vol. 45, México, Enero de 1987, pp. 57-58.

POLIT D. Hongler; Investigación científica en Ciencias de la Salud; 2a. ed., México, Interamericana, 595 pp.

REICH, Ben; Valores, actitudes y cambio de actitudes, continentales; México, El Manual Moderno, 1976, 466 pp.

TABAYO, Mario; El proceso de la investigación científica; 2a. ed. México, Limusa, 1987.

V. José, Mario y otros; "Transmisión perinatal del SIDA", Boletín Médico del Hospital Infantil de México, No. 1, Vol. 45, México, Enero de 1988.

VALENCIA, Mayoral y otros; "El diagnóstico del SIDA en la edad pediátrica"; Boletín Médico del Hospital Infantil de México, No. 9, Vol. 45, 1988, pp. 552-554.

VERGER, Garau, G.; Enfermedades infecciosas; Barcelona, Ed. Doyma, S. A., 1989.

WOLFF, Werner: Introducción a la psicología; México, Fondo de Cultura Económica; 1983, 368 pp.

ZEMBARDO, Philip G.: Psicología y vida; Trad. Enríquez Miguel Antonio, México, Trillas, 1984, 588 pp.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISION SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA  
(INGRESO A AÑOS POSTERIORES AL PRIMERO)

E-E-A-A-P-N-I-V-S-E-R.

ASESORA:

LIC. MARIA ANTONIETA LANDS SALDÑA

ALUMNAS:

ENF. MA. VICTORIA MEDINA MERANDA

ENF. MA. DEL CARMEN MONROY TREVIÑO

ENF. MEREYA UMBRAL BRAVO



## ENCUESTA DE ENFERMERIA

Elaborada:

Por las alumnas del Curso de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, del Sistema Universidad Abierta de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, con fines académicos, para conocer la actitud de los pacientes hospitalizados por H.I.V., en Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dirigido a: Pacientes hospitalizados.

Solicitamos su valiosa colaboración en dar respuesta a este cuestionario para obtener información sobre algunos aspectos de la práctica profesional que son de interés para la realización de este estudio, por lo que pedimos sus respuestas sean lo más verdícasas posible.

La información obtenida es estrictamente confidencial, únicamente para fines académicos.

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Hora de inicio de la entrevista: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador: \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO

### Instrucciones de llenado:

1. A continuación se presentan 25 preguntas y afirmaciones en relación con el servicio de Enfermería, que usted contestará de acuerdo con la posible respuesta.
  2. Solicitamos a usted marcar con una equis (X) la respuesta que más se identifique con su opinión personal.
  3. No es necesario que anote su nombre.
- 

### Datos generales:

- |    |              |                        |                |
|----|--------------|------------------------|----------------|
| 1. | Sexo         | Masculino _____        | Femenino _____ |
| 2. | Edad en años | De 15 a 19 años _____  |                |
|    |              | De 20 a 24 años _____  |                |
|    |              | De 25 a 29 años _____  |                |
|    |              | De 30 a 34 años _____  |                |
|    |              | De 35 a 39 años _____  |                |
|    |              | De 40 a 44 años _____  |                |
|    |              | De 45 a más años _____ |                |
| 3. | Estado civil | Soltero _____          |                |

Casado \_\_\_\_\_  
Viudo \_\_\_\_\_  
Divorciado \_\_\_\_\_  
Unión libre \_\_\_\_\_

4. Ocupación Estudiante \_\_\_\_\_  
Comerciante \_\_\_\_\_  
Obrero \_\_\_\_\_  
Empleado \_\_\_\_\_  
Profesionista \_\_\_\_\_

5. Escolaridad Analfabeto \_\_\_\_\_  
Primaria \_\_\_\_\_  
Secundaria \_\_\_\_\_  
Técnico \_\_\_\_\_  
Bachillerato \_\_\_\_\_  
Nivel superior \_\_\_\_\_

6. Lugar de residencia Distrito Federal \_\_\_\_\_  
Interior de la República \_\_\_\_\_  
Extranjero \_\_\_\_\_

7. Situación

económica	Menos del salario	
	mínimo	_____
	Salario mínimo	_____
	Más del salario mínimo	_____

8. Factor de

riesgo	Homosexualidad	_____
	Heterosexualidad	_____
	Hemotransfusiones	_____
	Tatuaje	_____
	Farmacodependencia	_____

Atención recibida:

9. El trato que ha recibido de parte del personal de enfermería, ¿lo ha motivado para que usted se manifieste agresivo?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

10. Usted se siente bien atendido y aceptado cuando el personal de enfermería acude oportunamente a su llamado.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

11. Cuando percibe que el personal de enfermería no muestra interés en atenderlo bien, usted se siente rechazado.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

12. Al tener conocimiento de su enfermedad usted experimentó un sentimiento de angustia.

- Totalmente de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

13. La atención eficiente que recibe por parte del personal de enfermería lo hace sentir cómodo y seguro durante su hospitalización.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

14. Cuando usted observa que el personal de enfermería lo atiende es discreto, se siente apoyado emocionalmente.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

15. Siente usted temor cuando el personal de enfermería no le explica los procedimientos o cuidados que le va a realizar.

- Totalmente de acuerdo                       En desacuerdo
- De acuerdo     Totalmente en
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo              desacuerdo

16. Cuando el personal de enfermería no establece conversación con usted, se siente deprimido.
- Totalmente de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Totalmente en desacuerdo
17. Ha experimentado miedo por no saber cuál será la evolución o curso de su enfermedad.
- Totalmente de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Totalmente en desacuerdo
18. Si el personal de enfermería le hace preguntas que usted considera indiscretas, se muestra ofendido
- Totalmente de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Totalmente en desacuerdo

19. Cuando la atención que recibe por parte del personal de enfermería no es eficiente o correcta, ha mostrado usted su inconformidad o queja a las autoridades del hospital.

- ( ) Totalmente de acuerdo
- ( ) De acuerdo
- ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ( ) En desacuerdo
- ( ) Totalmente en desacuerdo

20. Se siente usted agredido cuando el personal de enfermería no acude oportunamente a su llamado.

- ( ) Totalmente de acuerdo
- ( ) De acuerdo
- ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ( ) En desacuerdo
- ( ) Totalmente en desacuerdo

21. Cuando observa que la atención de enfermería no satisface sus necesidades, se siente usted inseguro y molesto.

- ( ) Totalmente de acuerdo
- ( ) De acuerdo
- ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ( ) En desacuerdo
- ( ) Totalmente en desacuerdo



22. Experimenta enojo cuando percibe que el personal de enfermería se dirige a usted haciéndole preguntas por curiosidad o morbo.
- Totalmente de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Totalmente en desacuerdo
23. Le gustaría reclamar a las enfermeras cuando no lo tratan bien, pero no lo hace porque piensa que de alguna forma usted contribuyó a la adquisición de su padecimiento.
- Totalmente de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Totalmente en desacuerdo
24. Le causa angustia sentir que no mejora con la rapidez que usted quisiera con el tratamiento establecido.
- Totalmente de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Totalmente en desacuerdo

**PRESENTACION TABULAR Y GRAFICA  
DE RESULTADOS**

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON H.I.V. HOSPITALIZADOS EN INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA", I.N.S.S.

1 9 9 0

E D A D	S E X O				TOTAL	%
	FEMENINO	X	MASCULINO	%		
15 - 19	-	-	-	-	-	-
20 - 24	1	3.33	7	23.33	8	26.66
25 - 29	-	-	5	16.67	5	16.67
30 - 34	-	-	4	13.33	4	13.33
35 - 39	-	-	5	16.67	5	16.67
40 - 44	-	-	2	6.67	2	6.67
45 - +	-	-	6	20.00	6	20.00
TOTAL	1	3.33	24	76.67	30	100.00

FUENTE: Muestra aleatoria, con base en los datos tabulados en la encuesta realizada en el Hospital de Infectología del Centro Médico "LA RAZA"; del 25 de marzo al 15 de abril de 1990. E.N.E.O. S.U.A. U.N.A.H.

DESCRIPCION: El 76.67 % de la población estudiada es del sexo masculino. Por edad, se distribuyen de manera similar entre los 20 y 44 años.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR FACTOR DE RIESGO Y ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON H.I.V. HOSPITALIZADOS EN INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA", I.M.S.S.

1 9 9 0

FACTOR DE RIESGO	ESTADO				CIVIL				TOTAL	%
	S	%	C	%	V	%	D	%		
HOMOSEXUALIDAD	14	53.33	-	-	-	-	1	3.33	17	56.64
HETEROSEXUALIDAD	5	16.67	2	6.67	-	-	-	-	7	23.34
HENOTRANSFUSION	1	3.33	3	10.01	-	-	-	-	4	13.34
TATUAJE	-	-	1	3.33	-	-	-	-	1	3.33
FARMACODEPENDENCIA	-	-	-	-	1	3.33	-	-	1	3.33
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>73.33</b>	<b>6</b>	<b>20.01</b>	<b>1</b>	<b>3.33</b>	<b>1</b>	<b>3.33</b>	<b>28</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: MISMA, CUADRO 1

DESCRIPCION : La distribución según factor de riesgo es del 53.33% para pacientes homosexuales solteros. El 16.67% corresponde a heterosexuales también solteros. Considerando los 5 factores de riesgo, el 73.33 % de los afectados por H.I.V. son pacientes solteros.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL Y DOBLE FACTOR DE RIESGO DE LOS PACIENTES CON H.I.V., HOSPITALIZADOS EN INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA", I.M.S.S.

1990

FACTOR DE RIESGO	E S T A D O C I V I L								TOTAL	%
	S	%	C	%	V	%	D	%		
HOMOSEXUALIDAD	13	43.33	-	-	-	-	1	3.33	14	46.66
HETEROSEXUALIDAD	4	13.33	-	-	-	-	-	-	4	13.33
HEMOTRANSF.	1	3.33	3	10.01	-	-	-	-	4	13.33
TATUAJES	-	-	1	3.33	1	3.33	-	-	1	3.33
FARMACODEP.	-	-	1	3.33	-	-	-	-	1	3.33
HOMO.+TRANS.	1	3.33	-	-	-	-	-	-	1	3.33
HOMO.+FARMAC.	2	6.69	-	-	-	-	-	-	2	6.69
HETERO.+FARMAC.	1	3.33	1	3.33	-	-	-	-	2	6.69
HETERO.+TRANS.	-	-	1	3.33	-	-	-	-	1	3.33
TOTAL	22	73.34	6	20.00	1	3.33	-	-	30	100.00

FUENTE: Mías, cuadro 1.

DESCRIPCION: Los datos muestran que la homosexualidad aunada a la farmacodependencia es con un 6.69 %, el riesgo más frecuente en el grupo de pacientes solteros.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION POR OCUFACION Y SITUACION ECONOMICA DE LOS PACIENTES CON H. I. V., HOSPITALIZADOS EN INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO " LA RAZA" I. N. E. S.

1990

OCUPACION	SITUACION ECONOMICA							
	- DEL MINIMO		S. MINIMO		+ DEL MINIMO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
ESTUDIANTE	-	-	-	-	1	3.33	1	3.33
OBrero	-	-	2	6.67	2	6.67	4	13.34
EMPLEADO	3	10.00	4	13.33	11	36.67	18	60.00
PROFESIONISTA	-	-	1	3.33	5	16.67	6	20.00
HOGAR	1	3.33	-	-	-	-	-	-
TOTAL	4	13.33	7	23.33	19	63.34	29	100.00

FUENTE: Misma, cuadro 1.

DESCRIPCION: Los datos muestran que el 36.67% de los pacientes encuestados son empleados que perciben más del salario mínimo.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS PACIENTES CON H.I.V. HOSPITALIZADOS EN INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAJA". I.H.G.S.

1990

ESCOLARIDAD	LUGAR DE RESIDENCIA					
	DISTRITO FEDERAL		INT. DE LA REP.		TOTAL	%
	Fo.	%	Fo.	%		
ANALFABETA	-	-	-	-	-	-
PRIMARIA	2	6.67	4	13.33	6	20.00
SECUNDARIA	1	3.33	2	6.67	3	10.00
TECNICO	2	6.67	1	3.33	3	10.00
BACHILLERATO	6	20.01	1	3.33	7	23.33
NIVEL SUPERIOR	7	23.33	4	13.33	11	36.66
TOTAL	18	60.01	12	39.99	30	100.00

FUENTE: Mises, cuadro 1.

DESCRIPCION: Los datos muestran que el 20.01% de los pacientes con H.I.V. tienen un nivel educativo medio superior y el 23.33% son de nivel superior, ésto es: si los residentes del D.F.. En cuanto a los pacientes que radican en el interior de la República Mexicana, se agrega a los datos mencionada un 20.00% de pacientes con escolaridad primaria.

CUADRO No 5 (bis)

DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD Y SITUACION ECONOMICA DE LOS PACIENTES CON H. I. V., HOSPITALIZADOS EN INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA", I.R.S.S.

1990

ESCOLARIDAD	SITUACION ECONOMICA							
	- DEL S. MINIMO		S. MINIMO		+ S. MINIMO		TOTAL	%
Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%			
ANALFABETA	-	-	-	-	-	-	-	-
PRIMARIA	1	3.33	2	6.67	3	10.00	6	20.00
SECUNDARIA	2	6.67	-	-	1	3.33	3	10.00
TECNICA	1	3.33	1	3.33	1	3.33	3	10.00
BACHILLERATO	-	-	1	3.33	6	20.00	7	23.34
NIVEL SUP.	-	-	3	10.00	9	30.00	12	40.00
TOTAL	4	13.33	7	23.33	19	63.34	30	100.00

FUENTE: Muestra cuadro 1.

DESCRIPCION: Los resultados permiten afirmar que el 36.67% de los pacientes entrevistados pertenecen al grupo con ingresos superiores al salario mínimo y corresponden al grupo con educación superior.



CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS DE LOS PACIENTES CON H.I.V., CON RESPECTO A LA AGRESION HACIA LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA RECIBIDOS DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA, DEL CENTRO MEDICO "LA RAJA", I.N.S.S.

1990

RES- PUES- TAS	R E A C T I V O S					
	AGRESION NOTI- VADA POR EL -- TIPO DE ATN. -- RECIBIDA.		SENSACION DE AGRESION SI LA ENF. NO A- CUDE OPTIMTE.		AGRESION NOTI- VADA POR PRE- GUNTAS HORRO- RAS.	
	Po.	%	Po.	%	Po.	%
T. ACUERDO	10	33.33	7	23.33	11	36.66
DE ACUERDO	3	10.00	5	16.66	6	20.00
NI ACUERDO NI DESACUERDO	4	13.33	7	23.33	-	-
EN DESACUERDO	10	33.33	7	23.33	9	26.66
T. DESACUERDO	3	10.00	4	13.33	5	16.66

FUENTE: Mises, cuadro 1.

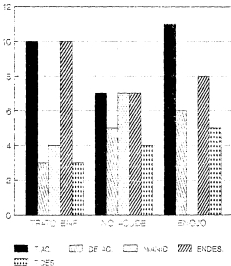
DESCRIPCION: Este estudio hace evidente que en el caso en que los pacientes reaccionan agresivamente, esto no se debe a la atención de Enf. proporcionada, a menos que las enfermeras se dirijan al Pte., haciendo preguntas por curiosidad o morbosas.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

# AGRESION

## FASE DE HOSPITALIZACION

### GRAFICA 1



FUENTE: Cuadro 2

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS DE LOS PACIENTES CON M.I.V. CON RESPECTO A SU INDIFFERENCIA HACIA LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA, RECIBIDOS EN INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA" I.N.S.B.

1990

RES- PUESTAS	P R E J U N T A S			
	SE DEFINE CUANDO LA ENFERMERA NO ESTABLECE COMUNICACION CON UD. ?		MUESTRA A LAS AUTORIDADES SU INCOMODIDAD CUANDO LA AIN. DE S.F. QUE RECIBE NO ES EFICIENTE ?	
	Fa.	%	Fa.	%
T. ACUERDO	9	30.00	4	13.33
DE ACUERDO	2	6.66	5	16.66
NI ACUERDO NI DESACUERDO	10	33.33	7	23.33
DESACUERDO	0	0.00	9	30.00
TOTAL DESACUERDO	0	0.00	9	30.00

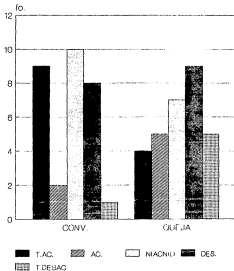
FUENTE: Nicas, cuadro 1.

DESCRIPCION: Los datos muestran que para el 30.00% de los pacientes con V.I.H., entrevistados les es indiferente si la enfermera establece o no comunicacion con ellos. Sin embargo, el 30% de los pacientes están un total acuerdo en que se describen si la enfermera no se comunica con ellos. Es interesante el hecho de que los pacientes no muestran a las autoridades su incomodidad cuando la atención de Enf. que reciben no es eficiente.

# INDIFERENCIA

## FASE DE HOSPITALIZACION

### GRAFICA 2



FUENTE: Cuadro 7.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS DE LOS PACIENTES DE H.I.V. CON RESPECTO AL RECHAZO HACIA LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA RECIBIDOS EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA". J.M.S.S.

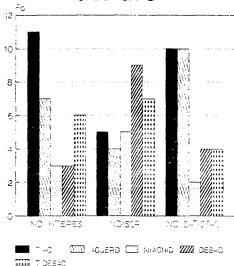
1990

RES- PUE- STAS	P R E S U N T A S					
	SE SIENTE RECHAZADO CUANDO EL PERSONAL DE ENF. NO MUESTRA INTERES EN ATENDERLE ?		SE SIENTE OFENDIDO SI SE LE HACEN PREGUNTAS - INDISCRETAS?		CUANDO LA ATENCION DE ENFERMERIA NO LE SATISFACE SE SIENTE MOLESTO ?	
	Por.	%	Por.	%	Por.	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	11	36.66	5	16.66	10	33.33
DE ACUERDO	7	23.33	4	13.33	10	33.33
NI ACUERDO NI DESAC.	3	10.00	5	16.66	2	6.66
EN DESAC.	3	10.00	9	30.00	4	13.33
TOTAL DESACUERDO	6	20.00	7	23.33	4	13.33

FUENTE: Nissa, cuadro 1.

**DESCRIPCION:** Los datos muestran que los pacientes se sienten rechazados cuando perciben falta de interes en las enfermeras que los atiende. De igual manera estas pacientes experimentan inseguridad y molestia cuando la atencion de enfermeria no le satisface. Con respecto, los pacientes se se ofenden si el personal de enfermeria les hace preguntas indiscretas.

# RECHAZO ANTE SERVS. DE ENF. GRAFICA 3



FUENTE: GUARDIA \*

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE RESPUESTAS DE LOS PACIENTES CON H.I.V. RESPECTO A LA SENSACION DE TEMOR, MIEDO Y ANGUSTIA, DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA, ANTE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA RECIBIDOS EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA", I.M.S.S.

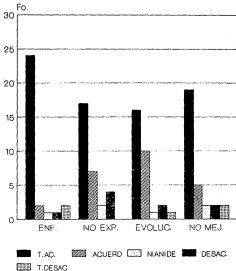
1990

REACTIVOS	TOTAL ACUERDO		DE ACUERDO		NI AC. NI DES.		EN DESAC.		TOTAL DESAC.	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
EXPERIMENTO ANGUSTIA AL SABER SU Dx. ?	24	80.00	2	6.66	1	3.33	1	3.33	2	6.66
SIENTE MIEDO SI LA ENFERMERA NO LE EXPLICA LOS CUIDADOS PROPO?	17	56.66	7	23.33	2	6.66	4	13.33	-	-
SIENTE MIEDO POR NO SABER EL CURSO DE SU ENFERMEDAD ?	14	53.33	10	33.33	1	3.33	2	6.66	1	3.33
LE CAUSA ANGUSTIA SENTIR QUE NO MEJORA CON RAPIDEZ?	19	63.33	5	16.66	2	6.66	2	6.66	2	6.66

FUENTE: Mises, cuadro 1.

DESCRIPCION: Los datos muestran que los pacientes con V.I.H. experimentaron angustia al conocer su diagnóstico y no mejoran con la rapidez que quisieran. De igual manera los pacientes experimentaron temor si no se les explica los cuidados de Enf.. Les causa además miedo el no saber la evolución de su enfermedad.

# HOSPITALIZACION TEMOR , MIEDO Y ANSIEDAD GRAFICA 4



FUENTE: Cuadro 4



CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS DE LOS PACIENTES CON H.I.V. RESPECTO A SU ACEPTACION, POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA, DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA EN INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA" I.M.S.S.

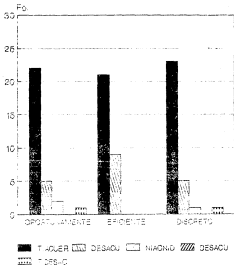
1990

RES- PUES- TAS	P R E G U N T A S					
	SE SIENTE ATENDI- DO Y ACEPTADO SI- LA ENFERMERA ACU- DE OPORTUNAMENTE- A SU LLAMADO ?		LA ATENCION E- FICIENTE DE LA ENFERMERA LE HACE SENTIRSE- ACEPTADO?		CUANDO EL PERSO- NAL DE ENF. SE -- MUESTRA DISCRETO- SE SIENTE APOYADO EMOCIONALMENTE?	
	Fa.	%	Fa.	%	Fa.	%
TOTAL ACUERDO	22	73.33	21	70.00	23	74.66
DE ACUERDO	5	16.66	9	30.00	-	-
NI ACUERDO NI DESACUERDO	2	6.66	-	-	1	3.33
EN DESACUERDO	-	-	-	-	-	-
TOTAL DESACUERDO	1	3.33	-	-	1	3.33

FUENTE: Nissa, cuadro 1.

DESCRIPCION: Los datos permiten afirmar que los pacientes con H.I.V. se sienten aceptados y bien atendidos cuando la enfermera acude oportunamente a su llamado. La atención de enfermería eficiente los hace sentirse cómodos y seguros. Si además, observan que el personal que los atiende es discreto, esto, los hace sentirse apoyados emocionalmente.

# ACEPTACION DEL PACIENTE CON H.I.V. GRAFICA 5



FUENTE: Cuadro 10

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS DE LOS PACIENTES DE H.I.V. CON RESPECTO AL SENTIMIENTO DE CULPA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA MOTIVADA POR LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA RECIBIDOS EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA", I.M.S.S.

1990

RESPUESTAS	P R E B U N T A S	
	LE GUSTARIA RECLAMAR A LAS ENFERMERAS CUANDO - NO LE TRATAN BIEN; PERO NO LO HACE POR RESPETO?	
	Fo.	%
TOTAL ACUERDO	14	46.67
DE ACUERDO	6	20.00
NI ACUERDO NI DESACUERDO	9	13.67
EN DESACUERDO	5	16.67
TOTAL DESACUERDO	2	6.66

FUENTE: Rivas, cuadro i.

DESCRIPCION: Los pacientes con H.I.V. que no son tratados adecuadamente por el personal de la enfermeria opinan que quisieran reclamar, sin embargo, no lo hacen por respeto a dicho personal.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS DE LOS PACIENTES DE H.I.V. CON RESPECTO AL SENTIMIENTO DE CULPA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA MOTIVADA POR LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA RECIBIDOS EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA". I.M.S.S.

1990

P R E G U N T A S

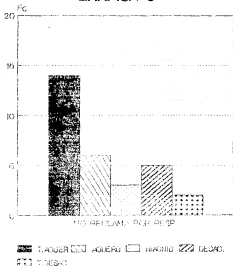
RESPUESTAS	LE GUSTARIA RECLAMAR A LAS ENFERMERAS CUANDO - NO LE TRATAN BIEN; PERO NO LO HACE POR RESPECTO?	
	Fs.	%
TOTAL ACUERDO	14	46.67
DE ACUERDO	6	20.00
NI ACUERDO NI DESACUERDO	5	16.67
EN DESACUERDO	5	16.67
TOTAL DESACUERDO	2	6.66

FUENTE: Mismo, cuadro 1.

DESCRIPCION: Los pacientes con H.I.V. que no son tratados adecuadamente por el personal de la enfermeria opinan que quisieran reclamar, sin embargo, no lo hacen por respeto a dicho personal.

# ACTITUD ANTE SERVS. DE ENF.

## GRAFICA 6



FUENTE: CUM, II