

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL  
HACIA LAS PERSONAS CON VIH-SIDA, HOSPITAL  
GUSTAVO LANATTA LUJÁN, BAGUA, AMAZONAS, 2017**

**Informe de Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en  
Enfermería**

**Autora : Bach. Milagritos Sánchez Chinchay.**

**Asesora : Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez**

**CHACHAPOYAS – PERÚ**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por protegerme y darme la fortaleza para superar los obstáculos y dificultades, a lo largo de mi formación profesional.

A mis padres por ser partícipe de cada escalón que tuve a subir para alcanzar cada uno de mis objetivos y su apoyo incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

A la directora del hospital **GUSTAVO LANATTA LUJÁN**, la Lic. Enf. Medaly Torres Huamán, por permitirme aplicar el instrumento de la recolección de datos para realizar la investigación correspondiente, con la finalidad de conseguir provecho en el área de salud.

Al personal de salud asistencial encuestado; médicos, obstetras, enfermeros (as) y técnicos en enfermería, por ser partícipes de su colaboración e interés en la investigación, por dedicar su tiempo frente al llenado de la investigación además de su constante interés por el mismo.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, en especial a la Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez, asesora de esta tesis, por su tiempo brindado en la revisión; con el fin de dar por culminado el informe final, para optar el título profesional de licenciada en Enfermería.

## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Dr. Policarpio Chauca Valqui

**Rector**

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

**Vicerrector Académico**

Dra. Flor Garcia Huamán

**Vicerrectora de Investigación**

Dr. Edwin Gonzales Paco

**Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

**Director de la Escuela Profesional de Enfermería**

## VISTO BUENO DE LA ASESORA

Yo, Sonia Huyhua Gutierrez identificada con DNI N°40623694, con domicilio legal en el Jr. Entre Bolivia y unión; Licenciada en enfermería, con colegio de enfermero del Perú N°41016, actualmente adscrita a la Escuela Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional “Toribio Rodríguez de Mendoza” de Amazonas.

**DOY VISTO BUENO**, a la tesis titulada, **ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL HACIA LAS PERSONAS CON VIH-SIDA, HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN, BAGUA, AMAZONAS, 2017**; que estuvo conducido por la bachiller en Enfermería Milagritos Sánchez Chinchay para optar el título de licenciada en Enfermería de la “Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza” de Amazonas.

**POR LO TANTO**

Firmo la presente para mayor constancia

Chachapoyas, 12 de febrero del 2018

---

Lic. Enf. Sonia Huyhua Gutierrez

DNI N°40623694

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**  
(Resolución de Decanato N° 040-2018-UNTRM/F.C.S)

.....  
**PRESIDENTE**

Dr. Edwin Gonzales Paco

.....  
**SECRETARIO**

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

.....  
**VOCAL**

Dr. Policarpio Chauca Valqui

.....  
**ACCESITARIO**

Mg. Franz Tito Coronel Zubiato

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|   |     |
|---|-----|
| Dedicatoria   | i   |
| Agradecimiento  | ii  |
| Autoridades   | iii |
| Hoja de jurado  | iv  |
| Visto Bueno del asesor  | v   |
| Índice  | vi  |
| Resumen   | x   |
| Abstract  | xi  |
| <br>  |     |
| I. INTRODUCCIÓN   | 01  |
| II. OBJETIVOS   | 05  |
| III. MARCO TEÓRICO  | 06  |
| 3.1. Antecedentes de la investigación                         | 06  |
| 3.2. Bases teóricas   | 08  |
| 3.3. Definición de términos                                   | 38  |
| IV. MATERIAL Y MÉTODO   | 39  |
| 4.1. Tipo y diseño de la investigación                        | 39  |
| 4.2. Población y muestra                                      | 39  |
| 4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos | 42  |
| 4.4. Análisis de datos  | 44  |
| V. RESULTADOS   | 45  |
| VI. DISCUSIÓN   | 48  |
| VII. CONCLUSIONES   | 54  |
| VIII. RECOMENDACIONES   | 55  |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS                                | 56  |
| <br>  |     |
| ANEXOS  | 61  |

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

|                |  |    |
|----------------|--|----|
| <b>Tabla 1</b> | Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.   | 45 |
| <b>Tabla 2</b> | Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA según las dimensiones de: cognitiva, afectiva y conductual, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017. | 46 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

- |                 |  |    |
|-----------------|--|----|
| <b>Figura 1</b> | Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.   | 45 |
| <b>Figura 2</b> | Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA según las dimensiones de: cognitiva, afectiva y conductual, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017. | 46 |

## ÍNDICE DE ANEXOS

|                |  | <b>Pág.</b> |
|----------------|--|-------------|
| <b>Anexo 1</b> | Operacionalización de variable   | 62          |
| <b>Anexo 2</b> | Matriz de consistencia   | 63          |
| <b>Anexo 3</b> | Formulario del cuestionario  | 67          |
| <b>Anexo 4</b> | Validación del instrumento   | 74          |
| <b>Anexo 5</b> | Confiabilidad del instrumento  | 79          |
| <b>Anexo 6</b> | Consentimiento Informado   | 81          |
| <b>Anexo 7</b> | Tabla 3: Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA, según sexo. Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017. | 82          |

## RESUMEN

Las personas con VIH/SIDA día a día se enfrentan al estigma y la discriminación que es parte del imaginario social incluido al personal de salud asistencial, muchas veces basados en la expresión de juicios de valor y de actitud. Cuyo objetivo fue determinar la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH /SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo: observacional, prospectivo, transversal, de análisis estadístico univariado. La muestra estuvo constituida por 44 profesionales; para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva simple de frecuencias. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento denominado Escala de casos de actitud de Canales y Morales; y modificada por la autora en el 2017, obteniendo una validez: prueba binomial= $p < 0.05$  de 4.52 y una confiabilidad de 0.80 a través de alfa de Crombach, además de la prueba de cálculo por Spearman Brown; los resultados fueron que la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH/SIDA en el Hospital Gustavo Lanatta Luján en el año 2017 es que el 50% fue positiva, 38.6 % indiferente y el 11.4 % es negativa.

Conclusión la actitud del personal de salud asistencial frente a personas con VIH/SIDA es positiva.

**Palabras Claves:** SIDA, actitud, personal de salud.

## ABSTRACT

People with HIV / AIDS every day face the stigma and discrimination that is part of the social imaginary, including health care personnel, often based on the expression of value judgments and attitude. Whose objective was to determine the attitude of health care personnel towards people with HIV / AIDS, Gustavo Lanatta Luján Hospital, Bagua, Amazonas, 2017. The research was of a quantitative, descriptive, type: observational, prospective, cross-sectional approach , of univariate statistical analysis. The sample consisted of 44 professionals; For the analysis of data, simple descriptive statistics of frequencies were used. For the collection of data, an instrument called Canales de Morales attitude scale was used; and modified by the author in 2017, obtaining a validity of 4.52 and a reliability of 0.80; the results were that the attitude of the health care personnel towards people with HIV / AIDS in the Gustavo Lanatta Lujan Hospital in 2017 is that 50% was positive, 38.6% indifferent and 11.4% is negative.

Conclusion the attitude of the health care personnel towards people with HIV / AIDS is positive.

**Key words:** AIDS, attitude, health personnel.

## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud mencionó que la epidemia del SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) continúa creciendo. Actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas en el mundo. Además, alerta de un elevado crecimiento de casos en Europa del este y Asia, donde el número de infectados se ha multiplicado por 20 en los últimos 10 años (OMS, 2015, p. 34).

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora, y que la prestación insuficiente de servicios relacionados con el VIH a los grupos y poblaciones clave como: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, internos en instituciones penales, usuarios de drogas inyectables, trabajadores del sexo y persona transexuales pone en peligro los progresos mundiales de la respuesta al VIH. En 20 años de evolución de la enfermedad y con los avances en intervenciones, tratamientos y prevención implementadas y dirigidas para su control, se ha producido en la sociedad un cambio en la manera de enfrentar el VIH-SIDA como enfermedad y ante quienes la padecen. Lo que directamente incluye a los equipos de salud y por supuesto a los estudiantes de enfermería. (OPS, 2015, p. 47).

En el año 2016, 530 personas desarrollaron la enfermedad, mientras que el ONUSIDA señaló que en América Latina había 1,7 millones de personas afectadas por esta”. “Perú registró 296 casos nuevos de infectados con el virus del VIH en el primer trimestre de 2010, de los cuales al menos 40 han desarrollado el SIDA, según un reporte del Ministerio de Salud” (Soto, p. 24).

El Ministerio de Salud en el 2015, según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Trasmisión Sexual, VIH y SIDA, señale que la prevalencia del VIH en el Perú es de 0.5%, es catalogada como concentrada (prevalencia en población vulnerable >5%). Es mayor en los hombres que tienen sexo con hombres (10.8%) y en trabajadoras sexuales (0.5%), la prevalencia en gestantes es menor (0.23%) y se han estimado 400 a 700 casos en recién nacidos infectados por año, más de 5000 en la última década. El 80% de todos los casos son hombres y el 20% mujeres (MINSA, 2015, p. 23).

A propósito de la relación del personal profesional de salud con los pacientes con VIH/SIDA, y que en gran parte influye en el estrés de dicho personal, es el miedo a contagiarse. El temor del personal de salud a contraer el SIDA se relaciona con mayores grados de ansiedad y concluye que es necesario incrementar la disponibilidad de información a dicho personal. (Fernández, 2011, p. 54).

Para abordar esta problemática se encontraron investigaciones como Uribe, A., & Linda, O. (2011). En su estudio encontró que la mayoría de los profesionales de la salud tienen conocimientos adecuados sobre la infección por VIH, una actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con el virus y una mayor autoeficacia frente al VIH/SIDA; al igual que Vallejos, I. (2010) encontró su estudio que el nivel de conocimientos de los enfermeros y estudiantes de enfermería y las actitudes frente a VIH/ SIDA han mejorado en el tiempo. Los enfermeros y estudiantes de Enfermería han sido capaces de identificar tanto aspectos positivos como negativos en el cuidado de PVVS, a nivel personal y profesional, debido a que existe una percepción más favorable.

Sin embargo Canales, & Frank, M. (2012). También demostró que en su estudio finalmente que la hipótesis de trabajo se confirma, ya que el 51.1% del personal de salud profesional asistencial muestra una actitud desfavorable hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA. Asimismo Altuna, H. (2011). Perú demostró que la comunicación deficiente es el principal de la interrelación del personal de salud y los pacientes viviendo con VIH/SIDA.

Por otro lado la ansiedad, depresión e insomnio son los motivos más comunes e incidentes en los pacientes con el VIH por motivos de la discriminación hasta por el mismo personal de salud, por lo que es necesario poder diferenciar entre síntomas y posibles afecciones que otras enfermedades relacionadas con SIDA. Por ello es necesario un diagnóstico certero de la infección o trastorno para identificar la causa y evitar la contraposición de los tratamientos específicos con las drogas antivirales que en algunos casos se utilizan. (Canales, 2012, p. 52).

También ONUSIDA, menciona que las personas con VIH / SIDA se apartan por sí mismas de la asistencia que necesitan, debido al temor a reacciones negativas de los otros. El aislamiento aumenta el sentimiento de "ser el único con VIH / SIDA", y

ocasiona ansiedad, depresión y suicidio debido a que su autoestima está involucrado de manera negativa. La discriminación de ciertos grupos lo obliga a esconderse, haciendo que la comunicación, el contacto y la existencia lleguen a ser difíciles facilitándose la transmisión del VIH. Por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual genera consecuencias devastadoras de autoestima y lo que es más grave aún, los pacientes no muestran interés ni cooperación a la hora de tomar medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás (ONUSIDA, 2012, p. 34).

Amazonas ocupa el lugar 16 en el país respecto al número de casos de SIDA acumulados para el periodo 1983 - 2012. Se ha notificado al sistema de vigilancia epidemiológica hasta diciembre de 2012: 201 casos de SIDA y 167 casos de VIH. El 37.3 % de los casos de SIDA proceden de la provincia de Bagua, 29.4% de Condorcanqui, 17.4% de Utcubamba y el 11.9% de Chachapoyas. Respecto a los casos de VIH, el 32.3 % procede de Bagua, 26.3% de Utcubamba, 18.6% de Chachapoyas y 16.8% de Condorcanqui, siendo las más vulnerables las Comunidades nativas que viven en el departamento de Amazonas (MINSA, 2013, p. 146).

Así mismo se menciona, que las personas que padecen del VIH/SIDA no sólo tendrán que soportar un sufrimiento físico, un deterioro orgánico sino que tendrán que soportar el sufrimiento interno y el social como el miedo a la muerte, la segregación, rechazo, etc., sino también la actitud de rechazo muchas veces del mismo personal de salud y la población, por tal motivo el rol de enfermería en la atención de personas con VIH/SIDA se centra en el apoyo al paciente para ayudarlo a mejorar su calidad de vida y de la adaptación tanto de la persona enferma como de la familia (Colarte, 2009, p. 45).

Las Facultades de las Ciencias de la Salud hoy en día sientan sus bases en una educación holística, que integra los valores humanos al cuidado y satisface los principios bioéticos establecidos. El pregrado realiza lo posible para que sus egresados logren un control frente a las situaciones de salud más complicadas desde el punto de vista social, inculcando día a día el cuidar humanizado de esta profesión. Pero estas bases no pueden dejar de lado la naturaleza humana, cada individuo o

personal de salud podrá reaccionar de diferentes maneras ante las situaciones que vivirá al enfrentarse al mundo laboral sanitario, hacia las personas con VIH/SIDA. (OMS. 2015, p. 75).

Por otro lado la actitud del personal de salud hacia lo pacientes con VIH/SIDA está determinado de acuerdo al estatus educacional, socioeconómico y cultural; reflejada con énfasis en la educación superior y que es percibida cada vez más como un factor clave para el desarrollo social y económico de un país. Ello no es de extrañar al considerar que en la sociedad del último cuarto del siglo XX y de inicios del siglo XXI, la actitud y el conocimiento desempeña un papel trascendental como propulsor de la economía y factor fundamental del cambio social. (Sánchez, 2009, p. 42).

Durante el tiempo del internado se ha identificado que actualmente el Hospital Gustavo Lanatta Luján tiene 298 casos o personas viviendo con VIH (+) de los cuales sólo 94 reciben tratamiento y los cuales son atendidos por el personal de salud asistencial, y toda vez que al VIH/SIDA se ha considerado una epidemia de índole propio, es aquí donde el personal de salud que los atiende refieren que se exponen al riesgo y pueden fácilmente contagiarse y contraer la enfermedad, además se ha observado que algunos profesionales de la salud muestran actitudes negativas hacia estas personas como: indiferencia, odio, rechazo, discriminación, pérdida de afecto.

Los resultados de la presente investigación servirán para sensibilizar a los profesionales de salud para que estos al estar en contacto con los usuarios infectados con el VIH-SIDA, busquen persuadirse lo que muchas de las veces sus actitudes están orientadas al aspecto más cognitivo que las emociones propias. Así mismo, complementariamente es conveniente porque desde que inició la enfermedad del VIH/SIDA poco se ha conocido sobre cual o cuales son las actitudes del personal de salud frente a esta enfermedad.

Es por ello que se decidió realizar la investigación sobre ¿Cuál es la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Lujan, Bagua, Amazonas, 2017.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.

### **Objetivos específicos**

- Identificar la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA según las dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.
- Identificar la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA según sexo Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes de la Investigación

Tood. W. et.al. (2017) – Canadá, cuyo objetivo fue determinar la relación del estigma del VIH y superpuestos estigmas hacia las personas con VIH en alumnos del cuidado de la salud, siendo los resultados que fueron que la superposición de los estigmas se asoció con la puntuación en dirección hipotética que se asocian positivamente con actitud estigmatizante más altas. Conclusión fue estigmas superpuestos y estigma relacionado con el sistema de salud debe reducirse para que las personas con VIH reciban una atención respetuosa, y de calidad.

Uribe, A., & Linda, O. (2011). Colombia. En su estudio tuvieron como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en los profesionales, teniendo en cuenta que son los principales agentes de cambio a los que acude la comunidad. los resultados indicaron que la mayoría de los profesionales de la salud tienen conocimientos adecuados sobre la infección por VIH, una actitud positiva frente a las personas diagnosticadas con el virus y una mayor autoeficacia frente al VIH/SIDA; en conclusión que aunque los profesionales poseen conocimientos correctos, actitudes positivas y autoeficacia frente a la infección por VIH/SIDA, es necesario fortalecer estrategias que refuercen algunos conceptos y comportamientos favorables frente al VIH/SIDA ya que son necesarios para las intervenciones dirigidas a la población que accede a los servicios que prestan los profesionales de salud, con el fin de propiciar actitudes y capacidades en el autocuidado de la comunidad.

Vallejos, I. (2010). Chile. En su estudio cuyo objetivo fue Describir las actitudes, conocimientos y percepciones que tienen los enfermeros y estudiantes de Enfermería en torno a las personas que viven con VIH/SIDA. Sus resultados mostraron que el nivel de conocimientos de los enfermeros y estudiantes de Enfermería en torno a PVVS es bueno y las actitudes frente a VIH/ SIDA han mejorado en el tiempo. Los enfermeros y estudiantes de Enfermería han sido capaces de identificar tanto aspectos positivos como negativos en el cuidado de PVVS, a nivel personal y profesional, debido a que existe una percepción más

favorable. Concluyendo que existen pocos estudios en Latinoamérica y Chile que estudien las actitudes y conocimientos de la población de estudio en torno a PVVS.

Infante, C., & et al. (2006). México. En su estudio cuyo objetivo fue Analizar el estigma y la discriminación (Actitud) relacionados con el VIH/SIDA por parte de los prestadores de servicios de salud en tres estados de la República mexicana, con base en las percepciones que tienen sobre la infección y las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). Sus resultados fueron que el 75% persiste con la discriminación o sea con una mala actitud hacia las personas con VIH/SIDA debida a clasificaciones en grupos de riesgo; la identificación de vivir con el virus, padecer el síndrome y morir; y el desconocimiento de las vías de transmisión. El 23% no compraría comida a una PVVS y 16% sugiere prohibir su ingreso a servicios públicos. En conclusión el diseño de medidas para disminuir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA exige la inclusión del debate ético sobre los derechos humanos y un enfoque estructural de las condiciones sociales que rebase la noción de comportamientos de riesgo.

Canales, Y., & Morales, F. (2012). Tarapoto. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Determinar la Actitud del Personal de Salud Profesional Asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto - 2011". Los resultados que se alcanzaron demuestran que: el 57.8% muestra una actitud de miedo a infectarse por la atención de la persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% rechazaría a una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 35.6% del personal de salud profesional asistencial le negaría la atención; el 33.3% tiene la predisposición a sentir asco hacia una persona viviendo con el VIH/SIDA; que el 51.1% tiene la predisposición a faltar a la confidencialidad sobre la condición de una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% tiene la predisposición de exagerar las medidas de bioseguridad durante la atención a las personas viviendo con el VIH/SIDA; y finalmente que la hipótesis de trabajo se confirma, ya que el 51.1% del personal de salud profesional asistencial muestra una actitud desfavorable hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA.

Altuna, H. (2011). Perú. En su estudio: Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación. Existen problemas tanto en la infraestructura ofrecida por el HNAL, la relación establecida con el personal de salud, la concepción existente del derecho a la atención en salud, y la calidez en el servicio; siendo esta última la que posee mayores problemas, lo que limita la adherencia de las personas viviendo con VIH al tratamiento., y así, pone en riesgo el objetivo perseguido por la Estrategia. En cuanto a la actitud del personal de salud, el 75% tienen una actitud negativa de indiferencia hacia las personas viviendo con VIH/SIDA, el 25% tiene una actitud positiva. En conclusión, la comunicación deficiente es el principal de la interrelación del personal de salud y los pacientes viviendo con VIH/SIDA.

### **3.2. Bases Teóricas**

#### **3.2.1. Actitud**

a) **Definición:** La definen como una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre que se habla de actitud, se necesita un objeto (material, idea, colectivo, objeto social...) hacia el que dirigir nuestra actitud. (Cáceres, et al, 2012, p. 24).

Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden. (Campos, 2014, p. 45).

Las actitudes son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de esos objetos. Las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria. (Fernández, 2014, p. 34).

Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de

un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas. "La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida". (Maldonado, 2012, p. 29).

#### **b) Componentes de la actitud**

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. (Maldonado, 2012, p. 32).

Sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo. "La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud. (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2010, p. 46).

- **Los Componentes Cognitivos**, incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.
- **Los Componentes Afectivos**, son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado)
- **Los Componentes Conativos**, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la

ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

**c) Comparación entre actitudes y otros constructos representacionales**

- **Actitudes y valores:** En su concepción más consensual, podemos considerar la actitud como la evaluación de un objeto social. En este sentido, tanto las actitudes como los valores suponen evaluaciones generales estables de tipo positivo-negativo. A pesar de ello, no se deben confundir ambos constructos. Los valores, a diferencia de las actitudes, son objetivos globales y abstractos que son valorados positivamente y que no tienen referencias ni objetos concretos. Los valores sirven como puntos de decisión y juicio a partir de los cuales el sujeto desarrolla actitudes y creencias específicas. Los valores se tratarían, de alguna forma, de actitudes generalizadas (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2010, p. 49).
- **Actitudes y opiniones:** Existe una cierta similitud entre estos dos constructos si se tiene en cuenta su aspecto cognitivo. Las opiniones son verbalizaciones de actitudes o expresiones directas de acuerdo-desacuerdo sobre temas, que no necesariamente tienen que estar asociadas a actitudes ya desarrolladas. Además, las opiniones son respuestas puntuales y específicas, mientras que las actitudes son más genéricas.
- **Actitudes y creencias:** Las creencias son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal. La diferencia entre creencia y actitud reside en que, si bien ambas comparten una dimensión cognitiva, las actitudes son fenómenos esencialmente afectivos.
- **Actitudes y hábitos:** Tanto las actitudes como los hábitos son fenómenos aprendidos y estables. Los hábitos son patrones de

conducta rutinizadas generalmente inconscientes. Sin embargo, las actitudes son orientaciones de acción generalmente conscientes. Además, la actitud es un conocimiento de tipo declarativo, es decir, que el sujeto puede verbalizar, lo que ocurre difícilmente con el hábito que es un conocimiento de tipo procedimental (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2010, p. 52).

#### **d) Caracterización de las actitudes**

**Según:** (Maldonado, 2012, p. 35)

Las actitudes de forma general podemos caracterizarla a través de los siguientes rasgos distintivos:

- Dirección, es la dirección de la actitud que puede ser positiva o negativa.
- Magnitud, es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad con el que se evalúa el objeto de la actitud.
- Intensidad, es la fuerza del sentimiento asociada con la actitud.
- Centralidad, se refiere a la preponderancia de la actitud como guía del comportamiento del sujeto.

#### **e) Tipos de actitudes**

**Según** (Maldonado, 2012, p. 37)

**Actitud desinteresada:** Es la que lleva a una persona tener presente a otra no como un medio para conseguir algo, sino como un fin para alcanzar un beneficio propio. Para conseguirla hacen falta cuatro cualidades: disponibilidad, apertura, aceptación y solicitud.

**Actitud manipuladora:** Es la que ejerce una persona para alcanzar un fin personal y tiene en cuenta al otro como un medio, otorgándole la atención suficiente para conseguir su objetivo.

**Actitud interesada:** Es causada por una situación de indigencia. Una persona se ve privada de algo que necesita y busca por todos los medios

recuperar o conseguir satisfacer sus necesidades. Los demás, son también un recurso que puede ayudarla a salir de esa situación de desamparo.

**Actitud integradora:** Es la que tiene una persona que busca no sólo su beneficio sino también el de quienes la rodean. Se basa en una estrecha comunicación entre dos personas cuyo objetivo es la unificación y la integración.

**f) Cómo se forman y qué propósitos tienen las actitudes**

**Según:** (Maldonado, D. (2012). Psicología Social).

Las actitudes son formadas sobre un objeto particular por la experiencia directa con el objeto, la asociación repetida que produce una respuesta y la observación de otras. Una actitud sirve uno o más de los tres propósitos siguientes:

- Desarrollamos actitudes favorables hacia los objetos con la ayuda de recompensas y con actitudes desfavorables hacia los objetos que nos frustran o castigan.
- Proporciona un diagrama esquemático o una función del conocimiento y los medios de agrupar categorías juntas. Simplifica nuestra vida permitiendo que agrupemos los objetos percibidos por ser similares bajo la misma etiqueta. Permite que basemos rápidamente una opinión sobre un objeto en base a experiencias previas y aprendizajes sobre un objeto similar. Una llave a la actitud que cambia sobre un objeto es cambiar la etiqueta asociada a un objeto más favorable.
- Nos define a uno mismo y mantiene un valor sobre uno mismo. Muchas actitudes expresan valores básicos y refuerzan la imagen de uno mismo.
- La actitud de una persona sobre un objeto no se aísla generalmente, sino se encaja en una estructura cognoscitiva, ligada a una variedad

de otras actitudes. De ahí el por qué es difícil cambiar la actitud de una persona.

#### **g) Técnica para medir las Actitud**

Entre los diversos procedimientos existentes para medir las actitudes se pueden destacar los auto-informes, la observación de conductas, las reacciones ante estímulos estructurados, el rendimiento objetivo del sujeto y las respuestas fisiológicas. Sin embargo, las medidas dominantes son los autoinformes y, dentro de éstas, caben señalar las siguientes escalas: (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2010, p. 54).

##### **➤ La escala de likert:**

- Evitar que puedan interpretarse de más de una forma: claros, frases simples y sin complejidades
- Lenguaje directo y muy comprensible para la muestra
- Frases cortas (no más de 20 palabras)
- Un único concepto
- Recomienda que la mitad de los enunciados estén a favor y la otra en contra y que se entremezclen: para evitar que se responda por inercia.
- Si de alguno ha de haber más ítems, que sea del afectivo.

##### **➤ Como se construye:**

Likert propone después de cada enunciado, una escala graduada que va del “Totalmente favorable o de acuerdo” al “Totalmente desfavorable o en desacuerdo”. (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2010, p. 34)

##### **➤ La escala de Thurstone:**

Ésta suele estar formada por unas 20 afirmaciones que intentan representar la dimensión actitudinal a intervalos iguales.

## **h) Funciones de las Actitudes y Metodología**

Clásicamente se ha planteado que las actitudes cumplen funciones, es decir, llenan necesidades psicológicas. En este sentido, se han identificado cinco funciones: (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2010, p. 42)

- **Función de conocimiento:** Mediante las actitudes los sujetos ordenan y categorizan el mundo de manera coherente, satisfaciendo así la necesidad de tener una imagen clara y significativa del mundo. Las actitudes ayudan al sujeto a ordenar, entender y asimilar las informaciones que pueden resultar complejas, ambiguas e impredecibles.
- **Función instrumental:** Las actitudes permiten maximizar las recompensas y minimizar los castigos, satisfaciendo una necesidad hedónica. Así, las actitudes ayudan a las personas a lograr objetivos deseados y evitar aquellos que no se desean.
- **Función ego-defensiva:** La actitud permite afrontar las emociones negativas hacia sí mismo, externalizando ciertos atributos o denegándolos. Las actitudes ayudan a proteger la autoestima y a evitar los conflictos internos -inseguridad, ansiedad, culpa.
- **Función valórico-expresiva o de expresión de valores:** Las actitudes permiten expresar valores importantes para la identidad o el auto-concepto. Las personas a través de sus actitudes pueden expresar tendencias, ideales y sistemas normativos.
- **Función de adaptación o ajuste social:** Las actitudes permiten integrarse en ciertos grupos y recibir aprobación social. Las actitudes pueden ayudar a cimentar las relaciones con las personas o grupos que se consideran importantes, es decir, permiten al sujeto estar adaptado a su entorno social -ser bien vistos, aceptados, etc.

Cada actitud no siempre cumple una única función. Es más, en ocasiones una actitud puede estar cumpliendo varias funciones y/o

diferentes personas pueden adoptar una actitud similar apoyándose en diferentes funcionalidades. Pongamos un ejemplo. Una actitud muy negativa hacia el SIDA: a) podría servir para categorizar el SIDA como una enfermedad grave que hay que evitar -función de conocimiento. b) la expresión de rechazo hacia el SIDA permitiría ser aceptado por un medio político y religiosamente conservador -función de ajuste social. c) podría potenciar la realización de una conducta de prevención para minimizar la posibilidad de verse personalmente contagiado función instrumental. d) este rechazo podría además servir para expresar la adhesión a los valores religiosos morales relativos a la monogamia, la sexualidad heterosexual y el autocontrol sexual función valórico-expresiva. e) la proyección del riesgo al contagio sobre los promiscuos y los desviantes permitiría enfrentar y denegar la ansiedad al no percibirse el sujeto de tal forma función ego-defensiva.

Actualmente se emplean diferentes procedimientos metodológicos para verificar las funciones de las actitudes. Entre ellos destacan:

- Contrastar las diferencias individuales, ya que se presupone que diferentes tipos de sujetos pueden privilegiar más una función que otras. En este sentido se ha encontrado que, por ejemplo, los sujetos de bajo auto-monitoraje o auto-vigilancia presentan actitudes con una funcionalidad de expresión de valores, mientras que los sujetos de alto auto-monitoraje manifiestan en mayor medida actitudes de búsqueda de ajuste social.
- Utilizar diferentes objetos actitudinales. Así por ejemplo, se puede tener cierta seguridad de que los productos de lujo, un perfume cumplen fundamentalmente una función de expresión de la identidad social, mientras que los productos utilitarios, café cumplen en mayor medida funciones instrumentales.
- Comparar diferentes tipos de situaciones. Por ejemplo, en una situación novedosa e incierta se activaría la necesidad de certidumbre y la función de conocimiento sería predominante.

- Pedir a los sujetos que indiquen directamente los objetivos de su actitud hacia un determinado objeto actitudinal o, alternativamente, examinar la argumentación que los sujetos desarrollan a favor o en contra de un tema, objeto o grupo social.

En este sentido, examinando las argumentaciones escritas por estudiantes acerca de sus actitudes favorables o desfavorables hacia los homosexuales, encontró que éstas mostraban fundamentalmente tres funciones: 1) valórico-expresiva; 2) ego-defensiva; y, 3) una combinación de función de conocimiento e instrumental basada en su experiencia con los homosexuales. (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2010, p. 34)

### **3.2.2. Síndrome de Inmuno Deficiencia Humana (SIDA)**

#### **Definición:**

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es definido como el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos T CD4, lo que la hace susceptible a desarrollar cierto tipo de tumores y a padecer infecciones oportunistas (infecciones por microorganismos que normalmente no causan enfermedad en personas sanas pero sí lo hacen en aquellas en las que está afectada la función del sistema inmune) (Antela, 2004, p. 65).

#### **Historia del VIH y su aparición en el Perú**

En el mes de junio de 1981 fueron reportados al Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos algunos casos referidos a enfermedades en personas con deficiencias en el sistema inmunológico; inmediatamente se reportaron casos similares en diversos países alrededor

del mundo, lo que generó gran preocupación en los médicos. Una nueva enfermedad estaba manifestándose y nadie se podía imaginar las dimensiones que llegaría a adquirir (Altuna, 2011, p. 49).

En el año 1982 empieza la rápida expansión y detección de casos de la pandemia de VIH / SIDA. Debido al desconocimiento de la enfermedad, esta generó pánico tanto en la comunidad médica como en la sociedad general. Asimismo, ya a que se consideraba que provenía de países subdesarrollados y de grupos “marginados” por la sociedad, fue también considerada como una enfermedad externa a la mayoría de la población, aquella considerada “normal”. En efecto, se pensaba que dicha enfermedad estaba reservada para el club de las cuatro H: Homosexuales, heroinómanos, haitianos [porque existía un alto porcentaje de ellos con VIH] y hemofílicos. Algunos ponían en quinto lugar a las *'hookers'* (prostitutas).”

Ahora, ¿qué es exactamente el VIH? El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es una afección destruye el sistema inmunitario en forma gradual, haciéndolo menos resistente a las infecciones. El VIH puede diseminarse por tres vías principales: en primer lugar por tener relaciones sexuales sin condón con una persona viviendo con VIH (vía sexual). En segundo lugar por exposición a sangre infectada mediante el uso compartido de jeringas; y, en tercer lugar, el virus también se puede propagar a través de la placenta de la madre a su bebé en desarrollo e incluso a través de la lactancia (transmisión vertical), (Cueto, 2010, p. 45).

El primer caso de SIDA en el Perú se dio en el año 1983, es decir, dos años después de diagnosticado el primer caso en Estados Unidos. La presencia del VIH/SIDA en el Perú significó un doble reto tanto para el personal de salud como para la población en general. Para los primeros fue un reto debido a que era una enfermedad prácticamente desconocida, lo que implicaba la no existencia de tratamiento y la no existencia de educación respecto al tema. Para la población en general el reto se halla en el

hecho que el VIH/SIDA se encuentra profundamente ligado a la sexualidad, tema sobre el que muchas veces pesan tabúes que limitan su discusión en público. El VIH/SIDA se encuentra ligado en el imaginario social- a ciertas formas de ejercicio de la sexualidad tales como las prácticas homosexuales entendidas como una desviación de la norma. (Cueto, 2010, p. 45).

### **Desarrollo de la Enfermedad:**

Desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla el SIDA suelen transcurrir entre 6 y 10 años. El estudio de la evolución de la enfermedad puede realizarse a través de distintos marcadores de laboratorio o estar basado en la secuencia de aparición de las diferentes manifestaciones clínicas. Dentro de los marcadores bioquímicos se suele considerar el descenso de la cifra de linfocitos T CD4 que, hasta hace relativamente poco tiempo, ha sido la referencia principal para catalogar el estadio de evolución de la enfermedad. Desde 1996, la determinación de la cantidad de virus circulante en la sangre de la persona infectada, que recibe el nombre de carga viral, se ha convertido en el marcador más importante de la evolución de la enfermedad (García, 2003, p. 32).

Alrededor de tres semanas después de la infección por el VIH, la mayoría de los pacientes experimentan síntomas pseudos gripales como fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatías y sensación de malestar. Estas manifestaciones desaparecen al cabo de una o dos semanas. Durante esta fase, denominada fase de infección aguda, el VIH se multiplica a una gran velocidad, sufriendo diversas mutaciones genéticas. Al principio, se produce un descenso de la cifra de linfocitos T CD4 pero, al poco tiempo, las cifras normales se recuperan en respuesta a una activación del sistema inmunológico. Durante esta etapa los individuos son altamente contagiosos (García, 2003, p. 34).

El paciente entra entonces en un periodo libre de síntomas (fase asintomática) cuya duración puede ser superior a diez años. Durante ésta, el virus continúa replicándose causando una destrucción progresiva del

sistema inmunológico. El recuento de linfocitos T CD4 suele ser normal. En la fase siguiente, denominada “**fase sintomática precoz**”, se desarrollan los síntomas clínicos de la enfermedad y es frecuente la presencia de infecciones oportunistas leves. En la última fase, denominada SIDA o “**fase de enfermedad avanzada**” por VIH, aparecen las infecciones y tumores característicos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (MINSA, 2013, p. 38).

### **Modos de Transmisión:**

El contagio del VIH se produce por vía sexual, sanguínea y de la madre al feto o al recién nacido. El VIH se transmite por contacto directo y para ello es necesaria la presencia de una cantidad suficiente de virus. Esta proporción sólo existe en el semen y otras secreciones sexuales (flujo vaginal), en la sangre contaminada y, en menor cantidad, en la leche materna. El virus penetra en el organismo del individuo sano y entra en contacto con la sangre o las mucosas (Liguori, 2014, p. 46).

- **Contagio por vía sexual:**

El virus presente en los flujos sexuales de hombres y mujeres infectados, puede pasar a la corriente sanguínea de una persona sana a través de pequeñas heridas o abrasiones que pueden originarse en el transcurso de las relaciones homo o heterosexuales sin protección (preservativo) de tipo vaginal, anal u oral.

- **Contagio por vía sanguínea:**

El contacto directo con sangre infectada afecta a varios sectores de la población. La incidencia es muy elevada en los consumidores de drogas inyectadas por vía intravenosa que comparten agujas o jeringuillas contaminadas; el riesgo de contagio del personal sanitario en los accidentes laborales por punción con una aguja o instrumento cortante contaminado con sangre infectada es del 0.3%.

- **Contagio madre a hijo:**

Finalmente, la madre puede infectar a su hijo a través de la placenta en el útero, durante el nacimiento o en el periodo de la lactancia. Aunque sólo un 25-35% de los niños que nacen de madres con SIDA presentan infección por VIH, esta forma de contagio es responsable del 90% de todos los casos de SIDA infantil. Este tipo de transmisión tiene una incidencia muy elevada en el continente africano y en el Perú esta va en aumento.

### **Sintomatología**

- **Biológicos:**

Muchas personas infectadas no presentan síntomas del SIDA, especialmente en los primeros años, y en general durante largo tiempo, solo una ligera pseudo gripe entre las 2 y 5 semanas luego de contraer la infección. El virus va debilitando el sistema inmunológico lentamente y sería tras 8 a 10 años sin tratamiento cuando la enfermedad habría evolucionado y el sistema inmunológico estaría muy deteriorado el momento en que aparecerían los siguientes síntomas:

- Pérdida brusca de peso superior al 10 % o Fiebre o sudoración nocturna durante más de un mes o Diarrea crónica durante más de un mes o fatiga persistente y aguda.
- Otros síntomas del SIDA secundarios: tos seca durante más de un mes, urticarias, úlceras bucales, hongos en boca y garganta, herpes e inflamación de los ganglios.

### **Psicológicos:**

En este aspecto, además de los cambios físicos evidentes provocados por la enfermedad, existen los cambios económicos y el estigma asociado a la misma. Las personas ven limitada su fuerza para continuar trabajando en

detrimento de su ingreso; además de vivir el rechazo, lo que impacta en su autoestima y aislándolo de su familia y su entorno social, creando una autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma, también un sentimiento de culpabilidad por la que se acusa y se condena al haber contraído la enfermedad, a pesar de todas las recomendaciones dadas por el sector salud, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo, esto depende también del ambiente familiar, social y educativo en el que se desenvuelva y los estímulos que este pueda brindar (García, 2003, p. 52).

Hay una estrecha relación entre la sociedad, la familia y la persona, ya que la sociedad es la que presenta a la persona un modelo social con costumbres y con una cultura que a través de la familia son transmitidos al individuo.

### **Social:**

En este sentido, además de cambiar su estilo de vida, es estigmatizado, hay un impacto económico, y que además debe preocuparse por su supervivencia, enfrentarse con una realidad. También se dan fracturas en las familias, al quedar muchos niños al cuidado de los abuelos o en albergues siendo ya huérfanos. Al igual que en el círculo laboral o de amistades ya que estos en su mayoría se van a alejar del paciente por temor o desconocimiento sumergiendo a este en un cuadro depresivo (García, 2003, p. 53).

### **Diagnóstico**

Durante las 4 a 8 semanas siguientes a la exposición al VIH, la prueba es negativa porque el sistema inmunológico aún no ha desarrollado anticuerpos frente al virus. En general, las distintas pruebas de laboratorio que se utilizan para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana pueden clasificarse en directas e indirectas, según si se intenta demostrar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácidos nucleicos) o bien la respuesta inmunitaria (humoral o celular) por parte del

huésped. Pero las pruebas más utilizadas por los laboratorios para determinar la presencia del SIDA es la prueba de ELISA y la de WESTERN BLOT, mediante estos métodos se puede afirmar con toda certeza si el paciente es portador del virus VIH/SIDA/TBC (García, 2003, p. 56).

### **Prevención**

El conocimiento de las vías de transmisión del VIH permite adoptar medidas que eviten la extensión del virus en la población. En las relaciones sexuales coitales con sujetos infectados el método más eficaz de prevención es el empleo correcto de preservativos. En los casos de consumidores de drogas hay que evitar compartir el material que se utiliza para la inyección intravenosa. Para reducir la incidencia de la transmisión por accidentes laborales en el personal sanitario es conveniente el empleo de instrumental desechable adecuado, así como de guantes y gafas protectoras. En cuanto a las mujeres infectadas en edad fértil es muy importante que reciban toda la información disponible respecto a la posibilidad de transmitir el VIH al feto, y por tanto de la conveniencia de adoptar las medidas necesarias para evitar un embarazo. La transmisión del virus a través de la leche de la madre contraindica la lactancia materna, por lo que se recomienda la lactancia artificial.

### **Infecciones Oportunistas**

En muchas ocasiones, los enfermos con SIDA no fallecen debido a la infección por el propio virus, sino como consecuencia de la aparición de infecciones oportunistas o de algunos tipos de tumores. Las infecciones se desarrollan cuando el sistema inmunológico no puede proteger al organismo frente a diversos agentes infecciosos que están presentes de forma habitual en el medio ambiente y que en circunstancias normales no provocan enfermedad como por ejemplo la tuberculosis, la neumonía, infecciones provocadas por bacterias del tracto gastrointestinal también pueden cursar con diarrea, pérdida de peso, anemia, anorexia y fiebre (Gatell, et al, 2004, p. 32).

Las infecciones por hongos también son frecuentes en pacientes con SIDA. Como por ejemplo *Candidaalbicans*, las infecciones virales oportunistas, especialmente las debidas a herpesvirus, Los citomegalovirus, miembros de esta familia de virus, infectan la retina y puede provocar ceguera. Muchos pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida desarrollan, además, tumores. Los más comunes son los linfomas de células B y el sarcoma de Kaposi.

### **Tratamiento**

El tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana comprende el empleo de fármacos que inhiben la replicación del VIH, así como los tratamientos dirigidos a combatir las infecciones oportunistas y los cánceres asociados.

También incluyen las actividades organizadas por el personal de enfermería en coordinación con psicología para generar una autovaloración alta positiva en el paciente (Gatell, et al, 2004, p. 33).

- **Tratamiento: Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)**

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) es un tratamiento que brinda el Ministerio de Salud (MINSA) como una de las mejores estrategias costo efectivas para los pacientes con VIH-SIDA, debido a que reduce la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas y el cáncer, promoviendo así el uso de servicios de salud y mejora en la calidad de vida (Gatell, et al, 2004, p. 54).

Actualmente se considera que el tratamiento más eficaz para luchar contra el VIH es la combinación de tres medicamentos, dos análogos de los nucleósidos (inhibidores de la transcriptasa inversa) y un inhibidor de la proteasa. Aunque estas combinaciones pueden dar lugar a importantes efectos secundarios, cuando se usan con precaución es posible reducir los niveles del virus en sangre (carga

viral) hasta cifras prácticamente indetectables. La carga viral debe determinarse de forma periódica entre 1 y 6 meses. En la actualidad se está llevando a cabo ensayos clínicos de terapia intermitente con resultados esperanzadores.

Existen diversos tratamientos muy eficaces para luchar contra las distintas infecciones oportunistas que se originan en el SIDA. Con estos tratamientos se consigue mejorar tanto la calidad de vida como la supervivencia de los enfermos. Distintos fármacos (cotrimoxazol) frente al microorganismo *Pneumocystis carinii* han permitido reducir drásticamente la incidencia de esta infección, así como su alta mortalidad. Varios tipos de fármacos antifúngicos, como la anfotericina B y el fluconazol, son enormemente eficaces.

En general, el tratamiento antirretroviral está indicado cuando la carga viral es superior a 5.000 - 10.000 copias/ml, pero existe una tendencia actual a iniciar el tratamiento de una forma precoz para intentar suprimir la replicación viral lo antes posible. Existen distintos fármacos que actúan en fases diferentes del ciclo de replicación viral (análogos de los nucleósidos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa e inhibidores de las proteasas).

Un segundo problema asociado al uso de los análogos de los nucleósidos es la aparición de formas resistentes a la acción de estos medicamentos, debido a la facilidad del virus para realizar mutaciones y a su alta tasa de replicación, sobre todo en las primeras fases de la infección.

Este tratamiento implica la combinación de tres o más drogas antirretrovirales de diferente principio farmacológico y que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica del paciente (Gatell, et al, 2004, p. 55).

Es importante destacar que el TARGA ofrece la oportunidad de una evaluación médica por enfermería, psicología y servicio social, exámenes auxiliares (de linfocitos CD4 y carga viral), adherencia al tratamiento, entrega de medicamentos, charlas informativas, controles médicos, entre otros beneficios que brinda este programa ,este está formado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud integrado por el médico, la enfermera, la asistente social, el psicólogo, el químico farmacéutico, entre otros (Gatell, et al, 2004, p. 56).

### **Los pacientes que pueden recibir el tratamiento TARGA son:**

- Toda persona infectada con el virus del VIH con análisis comprobado.
- El ingreso es voluntario ya que el paciente no es obligado.
- Dependiendo del estado físico y psicológico del paciente, el personal de salud evaluará detenidamente su ingreso al TARGA.
- En forma previa, la persona afectada recibirá información y consejería sobre los beneficios y las reacciones adversas del tratamiento.
  - Si luego de ser sometida a exámenes, el médico infectólogo determina que la persona está en riesgo de enfermedades. Este tratamiento ocasiona en el paciente una mejoría bastante marcada tanto física como emocional ya que el individuo al recibir su terapia antirretroviral, la carga viral disminuye considerablemente por lo tanto el paciente se siente con más ánimo para afrontar la enfermedad y seguir con su rutina cotidiana elevando así su autoestima la cual se vio bastante venida a menos debido a la enfermedad esto se ve evidenciado cuando el profesional de enfermería y en general el equipo multidisciplinario brinda adecuadamente el apoyo emocional necesario para el bienestar psicoemocional y social del paciente (Gatell, et al, 2004, p. 56).

### **El derecho a la salud en la atención de VIH**

El VIH al ser un virus que, de no contar con el tratamiento adecuado, deriva en la muerte, denota la necesidad de la salud como un derecho ya que sin el cumplimiento de éste se vulnera directamente el derecho a la

vida. Así, el derecho a la salud “puede definirse como aquel en virtud del cual la persona y los grupos sociales deben gozar del más alto estándar posible de salud física, mental y social” (MINSA. 2015, p. 64).

Es uno de los Derechos Humanos, por lo tanto posee las siguientes características: la universalidad, la indivisibilidad, la integralidad, la imprescriptibilidad, la irrenunciabilidad, la inalienabilidad, la inviolabilidad y la progresividad. Esto implica que el derecho a la salud es de cumplimiento obligatorio para todas las personas, es fundamental dentro de los Derechos Humanos, se mantiene a lo largo del tiempo de vida de la persona, no se puede renunciar a él y no se puede actuar en contra del mismo.

De otro lado, el derecho a la salud abarca cuatro elementos la disponibilidad, es decir, contar con un número adecuado de establecimientos y programas de salud. La accesibilidad, referida tanto al acceso a información, la accesibilidad económica, física y a la no discriminación. La aceptabilidad, es decir, el respeto a la cultura local y a la ética médica. Y la calidad, es decir ser apropiados desde el punto de vista médico y científico.

Al ser un derecho que el Estado tiene el deber de garantizar se implica también que su infracción o no cumplimiento justifica acciones coactivas. En efecto, “los derechos representan la protección de intereses lo suficientemente valiosos como para que, de no satisfacerlos, la persona afectada resultare perjudicada de manera no trivial.” (MINSA. 2015, p. 64).

Existen dos tipos de derechos caracterizados por la tradición jurídica como negativos y positivos. Los primeros son aquellos que para ser cumplidos simplemente requieren que no se pongan trabas al curso de acción natural, tal como el derecho al libre pensamiento. El segundo tipo de derechos son aquellos que requieren una acción positiva a fin de garantizar su cumplimiento, este es el caso del derecho a la salud.

Para asegurar la realización del derecho a la salud es necesario el ejercicio de diversas acciones tales como la capacitación de personal de salud, la creación de una infraestructura adecuada, la creación y aplicación de políticas específicas, entre otros.

### **Autoestima y SIDA.**

La discriminación tiene muchas facetas que se evidencian por un inadecuado cuidado profesional para las personas que son VIH positivos; Estigmatización y aislamiento de la familia, del contexto social, de la comunidad y de la Iglesia; pérdida del empleo; Violencia física y/o psicológica contra personas de orientación homosexual, prostituidos y drogadictos; Restricciones de viajes; Presiones familiares y sociales sobre lo que brindan ayuda para que no cuiden a las personas infectadas con el VIH; negativa a brindar cuidados sanitarios básicos y seguros de vida o salud; registros obligatorios; Rechazo a brindar alojamiento; Actitud negativa para brindar acceso a la educación, especialmente a los niños; Exclusión de personas, tales como refugiados y estudiantes procedentes de áreas altamente endémicas (OMS, 2015, p. 68).

Es aquí donde se observa notoriamente una alteración negativa en la autoestima ya que esta serie de actitudes tomadas por la sociedad condenan al individuo portador del VIH al aislamiento, el auto juicio valorativo que es la base del autoestima se ve deteriorada conllevando al paciente a desencadenar un cuadro depresivo y llevándolo incluso a la muerte ya que al no darle importancia a su bienestar e incluso abandonar el tratamiento de retrovirales la calidad de vida que va a llevar será cada vez más perjudicial para él.

Las estructuras socioeconómicas en el mundo promueven la pobreza de ciertas comunidades y grupos, haciendo más vulnerables a la difusión del SIDA a aquellos que no tienen privilegios. La lucha contra el SIDA es por lo tanto una lucha contra la pobreza, el analfabetismo, la

prostitución, la drogadicción y todas las formas de desigualdad social. La falta de información tendenciosa también contribuye a la discriminación.

### **Relación entre personal de salud y los receptores del tratamiento**

Al encontrarse estrechamente relacionado con las prácticas sexuales y con algunas prácticas vistas como negativas, el VIH/SIDA trascendió más allá del ámbito meramente clínico para insertarse en el campo de lo social. Esto debido a que sus características involucran prejuicios existentes en las sociedades occidentales.

Por otro lado, indican que la sexualidad se encuentra constituida socialmente y es debido a ello que las prácticas sexuales se ven circundadas por normas culturales específicas. En efecto, la cultura define en gran parte las características de la conducta sexual tanto del hombre como de la mujer; por ejemplo: el tiempo adecuado para el inicio de la actividad sexual, la actitud de cada uno de ellos hacia el sexo, las prácticas sexuales aceptadas como válidas o adecuadas, entre otros. Así, en las sociedades occidentales las prácticas no heterosexuales son vistas de manera negativa. Por ello se afirma que si el comportamiento sexual de la persona se encuentra fuera de lo considerado “normal” o “correcto”, ella será juzgada en el imaginario social. Dichas valoraciones morales exponen al sujeto al estigma y a la discriminación social; los cuales, como se analizará más adelante, tienen graves consecuencias (OMS, 2015, p. 31).

Es así que cuando una persona viviendo con VIH/SIDA decide acercarse a recibir tratamiento o información a algún centro de salud se enfrenta al estigma y la discriminación que son parte del imaginario social, y por lo tanto se encuentra también presente en los prestadores de servicios de salud. Ellos al ser parte de la sociedad, también se ven influenciados por las opiniones de la misma. En este caso por las opiniones respecto al VIH / SIDA.

"El trato inadecuado e incluso maltrato de las personas se vincula muchas veces a la expresión de juicios de valor, basados en las propias representaciones sociales de los prestadores de salud." Cualquier persona, al acercarse al personal de salud debido a un problema en la misma espera recibir un trato adecuado y salir de ahí con una respuesta a su problema, o al menos, el conocimiento de su diagnóstico (ONUSIDA, 2012, p. 45).

En el caso del VIH/SIDA la importancia de una adecuada comunicación entre el personal de salud y las personas viviendo con VIH es aún mayor, ya que el mencionado virus se encuentra estrechamente relacionado con conductas y actitudes de las personas que deben ser comunicadas al personal de salud a fin de que este en base al conocimiento de dichas actitudes- determine la consejería a realizar con dicha persona.

### **Percepciones del personal de salud respecto de las personas viviendo con VIH**

Como ya se ha mencionado, el personal de salud no se encuentra exento de ciertas preconcepciones respecto a las personas viviendo con VIH, estas influyen directamente en la relación comunicacional que se establece entre ambos actores. Así, el personal de salud caracteriza a las personas viviendo con VIH con algunos criterios generales que se describen y analizan a continuación. Caso de un paciente viviendo con VIH son vistas como un grupo heterogéneo que llegan al Hospital Loayza con un estado de salud muy deteriorado, por el avance del VIH, el cual mejora paulatinamente gracias al tratamiento. En cuanto a su situación laboral se percibe que existe un temor a ser despedidos de sus trabajos por ser VIH positivos; no obstante debido a su grado de educación y al tiempo que requiere la atención en el hospital la mayoría posee trabajos independientes. Todas estas percepciones están de acuerdo con la realidad observada y recogida de las propias personas viviendo con VIH entrevistadas.

Las personas viviendo con VIH. Son de toda clase social, es un grupo bien variado. Su grado de educación. También, es variado, hay de todo un poco. Sobre su estado de salud algunos vienen tarde, cuando ya ha avanzado la enfermedad y vienen mal, pero empiezan a recibir la medicina y van mejorando, se nota un montón como mejoran, y eso también les da ánimos a los nuevos pacientes.

La situación familiar de las personas viviendo con VIH se percibe como variable. Existen los casos en los que la familia se constituye en un apoyo fundamental mientras que en otros casos se producen rupturas o conflictos familiares. Asimismo se aprecia que existe poca confianza con la familia, lo que dificulta la comunicación del diagnóstico positivo a los familiares; esta situación se agrava aún más cuando la persona viviendo con VIH en cuestión no es heterosexual, esto debido a la dificultad de aceptar frente a la familia su orientación sexual. Esta dificultad radica en los prejuicios existentes en la sociedad respecto a las personas con una orientación sexual diferente a la heterosexual.

Con respecto a las actitudes de las personas viviendo con VIH, el personal de salud los describe, en líneas generales, como respetuosos, compenetrados con la Estrategia y asequibles. No obstante también se reconoce a algunos de ellos como manipuladores, los cuales buscan utilizar su enfermedad o su estado de salud para obtener ciertos beneficios en la atención en la Estrategia (ONUSIDA, 2012, p, 35).

Estos intentos de manipulación de parte de las personas viviendo con VIH también se constituyen en una estrategia de acceso al tratamiento. Se busca acceder más fácil y rápidamente a él mediante el uso de su propia enfermedad como un elemento que genere sentimientos de compasión en el personal de salud; y en base a esa compasión, se les atiende más rápido o se ignore ciertos protocolos que demandan una mayor inversión de tiempo en el hospital.

Cabe también recalcar que una actitud reconocida en las personas

viviendo con VIH por el personal de salud es la actitud de agradecimiento por la mejora en su salud y por la no existencia de discriminación en la Estrategia. Esto demuestra que las personas viviendo con VIH no sólo se consideran a sí mismos beneficiarios de un favor, y no usuarios de un derecho tal cómo debería ser, sino que el propio personal de salud tiene ese concepto de ellos. El que el personal de salud posea esta concepción lleva a pensar que el propio personal de salud se considera un emisor de un favor y no de un derecho (ONUSIDA, 2012, p, 38).

Lo narrado en esta cita es una consecuencia de que las personas viviendo con VIH no se consideren usuarios de un derecho ya que, como se ha mencionado, dicha actitud limita fuertemente su derecho a reclamo lo que impide mejoras en la atención brindada por la Estrategia. Asimismo, cabe recalcar la equiparación que se realiza en la cita entre pobreza y el no sentirse sujetos de derechos. Así, al considerarse beneficiarios de un favor y no de un derecho-, y no tener las posibilidades económicas de acceder a dicho servicio mediante el pago del mismo, tienen temor a perderlo por reclamar una mejora en el mismo. Así, el reclamo a una mejora en la calidad de la atención debería de realizarse como un ejercicio de ciudadanía y no tener temor de realizar el mismo (Antela, 2004, p. 56).

### **Personal de salud**

El personal sanitario son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. Los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están sometidos a una amplia y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad crecientes. Los trabajadores sanitarios tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia, (Antela, 2004, p. 56).

Dado que los enfermeros son uno de los profesionales de la salud que se

encuentran más directamente implicados en la atención a pacientes con VIH/SIDA, es responsabilidad de los centros docentes actualizar continuamente los programas de formación, debiendo realzar el enfoque bioético para así conseguir profesionales capaces de otorgar una mirada más completa a las situaciones vividas por los pacientes, capaces de satisfacer las necesidades del humanismo que tantas veces se ve opacada por el manejo terapéutico tan científico y poco psicosocial.

A propósito de la relación del personal de Enfermería y auxiliares con los pacientes VIH+/SIDA, y que en gran parte influye en el estrés de dicho personal, es el miedo a contagiarse. El temor del personal sanitario a contraer el SIDA se relaciona con mayores grados de ansiedad y concluye que es necesario incrementar la disponibilidad de información a dicho personal. Estos datos apuntan al conocimiento, a la necesidad de reforzar el acceso a la información y de esta manera subsanar situaciones vividas por el personal sanitario. Con esto se plantea que aquel personal que presenta mayores miedos de contagio al trabajar con pacientes con VIH, viene dado por la falta de conocimientos, lo cual es totalmente valedero. Si como profesionales conocemos las vías de contagio y a su vez contamos con las medidas de prevención intrahospitalarias, se debiera realizar un trabajo objetivo, con tranquilidad y sin miedos (Canales, & Frank. 2012, p).

A este miedo de contagio se deben agregar otras problemáticas, nacidas desde la naturaleza de cada individuo, desde los valores personales y humanos con los que cuenta dicho personal. En todo el proceso de la actividad sanitaria relacionada con pacientes VIH (+), el equipo interdisciplinario se está enfrentando constantemente a problemas que en numerosas ocasiones constituyen verdaderos dilemas, entre ellos, dilemas éticos de la comunicación del diagnóstico al paciente y sus familiares y dilemas éticos en la toma de decisiones con respecto a los recursos necesarios para estas personas.

En desconocimiento, por parte de algunos profesionales de la salud, de

las herramientas necesarias para solucionar los dilemas éticos que se presentan en la práctica clínico asistencial, puede hacer que se potencialice el sufrimiento de los pacientes con VIH. En varias ocasiones se observó, por ejemplo, que se ingresa a pacientes sin ofrecerle información ni a él ni a su familia sobre su diagnóstico.

### **3.2.3. Teorías y/o Modelos**

#### **- Teorías Clásicas de la Formación de las Actitudes**

Las teorías clásicas de la formación de las actitudes postularon que éstas se aprendían de la misma forma que otras respuestas aprendidas. Se consideraba que las respuestas actitudinales se reforzaban por procesos de condicionamiento clásico e instrumental.

#### **- El Condicionamiento Clásico de las Actitudes**

Según: (Cáceres, et al, 2012, pp. 56-65).

El condicionamiento clásico plantea que un estímulo neutral no es capaz de responder una determinada respuesta, adquiere esta capacidad gracias a la asociación de éste, de forma repetida, con un estímulo que provoca dicha respuesta. Diferentes autores han considerado que la formación de las actitudes podía darse por un proceso de condicionamiento clásico y que éstas podían afectar a posteriores respuestas comportamentales.

#### **- Teoría de las Actitudes**

Sin duda, la teoría de las actitudes es un componente fundamental para entender la naturaleza humana. Es lo que una persona siente de otras, o de los sentimientos que guarda hacia la gente, positivo o negativo, que ejerce una influencia específica sobre la respuesta de la persona a los demás, a los objetos y a las situaciones.

Las actitudes se aprenden, definen nuestra predisposición hacia determinados aspectos del mundo, nos proporcionan las bases

emocionales y de interpersonales y de identificación con los demás. Las actitudes son un sentimiento positivo o negativo o estado mental de alerta, aprendido y organizado mediante la experiencia, que ejerce influencia específica en la respuesta de una persona a la gente, objetos y situaciones.

De acuerdo con ello las actitudes:

- Se aprenden
- Definen predisposiciones hacia aspectos
- Proveen los prejuicios emocionales de relaciones interpersonales y de relaciones interpersonales y de identificación otros.

#### **- La teoría de la congruencia**

La teoría se basa en el concepto de que las personas tratan de ver al mundo como algo ordenado y congruente, y que ajustan sus actitudes para conservar dicha congruencia. Dentro de las teorías sobre la congruencia la teoría de la disonancia cognoscitiva es la más importante.

#### **- Teoría del equilibrio**

Ésta supone que los individuos tratan de evitar la inconsistencia y en su lugar buscan consistencia, equilibrio y armonía. Propone que los consumidores alteren subconscientemente sus actitudes de modo que pongan sus actitudes en equilibrio.

#### **- Teoría Cognoscitiva**

Teoría cognoscitiva, trata del aprendizaje que posee el individuo o ser humano a través del tiempo mediante la práctica, o interacción con los demás seres de su misma u otra especie.

Es la teoría que trata del aprendizaje, donde el ser humano utiliza sus propias experiencias para obtener el nuevo aprendizaje.

- **Elemento cognoscitivo.**

Se refiere a las creencias que tienen una persona hacia el objeto o el suceso. Dichas creencias se desarrollan a través del pensamiento, el conocimiento, la observación y la interrelación lógica entre ellas. Estas creencias pueden ser exactas o inexactas.

- **Elemento Afectivo.**

Elemento Afectivo: este componente es el sentimiento emocional asociado con la actitud. Se refiere, a si el objeto de la actitud nos agrada o desagrada, si nos sentimos felices o tristes, o si nos inspira amor u odio.

- Se refiere a aquellas cosas que para un tiene un valor sentimental importante. Aunque también podría ser el cariño, ternura, amor, comprensión, etc.

- El elemento afectivo nos da respuesta sobre los sentimientos hacia nuestros actos.

- **Elemento conativo.**

Es la conducta que manifiesta una persona hacia el objeto de la actitud. Algunos opinan que una actitud determinada conduce a un comportamiento predecible.

- **Teoría de la disonancia cognitiva**

Se sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia.

Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una

opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos.

Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia. (Cáceres, et al, 2012, p. 56).

#### - **Dorothea E. Orem y su “Teoría del Autocuidado”.**

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:

- 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.
- 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.

#### - **Teoría cognitiva de Piaget**

Esta teoría refiere que la persona debe tener una inteligencia y pensamiento formal sobre el VIH (pensamiento abstracto) que permitirá la resolución de los problemas más diversos sin necesidad de

acudir a la experiencia concreta y manipulable. El sujeto que accede al razonamiento formal puede llegar a conclusiones a partir de hipótesis, sobre las maneras de contraer esta enfermedad del VIH, las personas adultas puedan pensar formalmente. No todas lo hacen, pero la experiencia nos dice que las personas adultas prefieren un modelo de pensamiento abierto que cerrado. Además el pensamiento post-formal y complejo propio de los adultos, se hace no sólo con el típico procedimiento lógico y abstracto, sino también con la experiencia concreta y las emociones propias de la vida.

#### - **Teoría psicosocial de Erickson**

Según la teoría, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro.

Para él en cada una de las etapas por las que pasa la vida el ser humano desarrolla una serie de competencias determinadas. Si en esa etapa de la vida la persona ha adquirido la competencia que corresponde esa persona sentirá una sensación de dominio que según Erikson se denomina fuerza del ego. Entonces la persona que ha adquirido la competencia saldrá con una sensación de suficiencia que le ayudará a resolver los retos que tendrá que superar en la siguiente etapa de su vida.

### 3.3. Definición de términos básicos.

- a) **Actitud:** Disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema.
- b) **VIH:** el virus de la inmunodeficiencia humana, causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- c) **SIDA** (el síndrome de inmunodeficiencia adquirida): es definido como el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

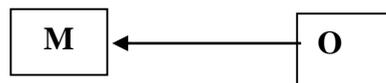
## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. Tipo y diseño de la investigación.

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis univariado (Supo, 2015, p. 2).

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel descriptivo porque describió los hechos tan igual como sucede en la naturaleza. Tipo de investigación: observacional porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejaran la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. Transversal porque las variables se midieron en una sola ocasión. De análisis univariado porque la investigación tiene una sola variable y el análisis estadístico fue el más simple de frecuencias.

El diseño de investigación fue el siguiente:



Dónde:

**M:** Muestra.

**O:** Actitud del Personal de salud asistencial

### 4.2. Población, muestra y muestreo

**Universo:**

Estuvo conformada por todo el personal de salud asistencial tanto los que atienden y no atienden al paciente con VIH/SIDA del Hospital Gustavo Lanatta Luján de Bagua, suman un total de 50, tal como se indica en la tabla.

| <b>PERSONAL DE SALUD</b> | <b>Personal Asistencial que atiende al Pcte con VIH/SIDA</b> | <b>Otros personales de Salud Asistencial</b> |
|--------------------------|--|--|
| Médicos                  | 05   | 14   |
| Lic. en Enfermería       | 12   | 55   |
| Obstetrix                | 13   | 20   |
| Técnicos enfermería      | 20   | 98   |
| <b>TOTAL</b>             | <b>50</b>  | <b>187</b>                                   |

**Criterio de inclusión:**

- Sólo ingresaron al estudio el personal de salud asistencial que atiende al paciente con VIH/SIDA del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, 2017.
- Personal asistencial que atendía al paciente con VIH/SIDA que brinde su consentimiento informado

**Criterio de exclusión:**

Personal asistencial que no atendió al paciente con VIH/SIDA.

**a) Población:**

Estuvo constituida solo el personal de salud asistencial que atiende al paciente con VIH/SIDA del Hospital Gustavo Lanatta Luján de Bagua, suman un total de 50, tal como se indica en la tabla.

| <b>PERSONAL DE SALUD</b> | <b>Personal Asistencial que atiende al Pcte con VIH/SIDA</b> |
|--------------------------|--|
| Médicos                  | 05   |
| Lic. en Enfermería       | 12   |
| Obstetrix                | 13   |
| Técnicos enfermería      | 20   |
| <b>Total</b>             | <b>50</b>  |

**Muestra:**

Estuvo constituida por 44 personales de salud asistencial que atienden al paciente con VIH/SIDA, obtenida mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2 pqN}{e^2 (N - 1) + z^2 pq}$$

100%

$$z = 95\% = 0.95/2 = 0.475 = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$e = 0.05$$

$$N = \text{población} = 50$$

**n** = muestra

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 50}{0.05^2 (50 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 50}{0.0025 \times 49 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{3.84 \times 12.5}{0.0025 \times 50 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{3.84 \times 12.5}{0.12 + 0.96}$$

$$n = \frac{48}{1.08}$$

$$n = 44.4$$

$$n = 44$$

**b) Muestreo:** muestreo la rifa.

| <b>PERSONAL DE SALUD</b> | <b>Personal Asistencial que atiende al Pcte con VIH/SIDA</b> |
|--------------------------|--|
| Médicos                  | 05   |
| Lic. en Enfermería       | 12   |
| Obstetriz                | 12   |
| Técnicos enfermería      | 15   |
| <b>Total</b>             | <b>44</b>  |

### 4.3.Método de Investigación:

Para el presente estudio se utilizó el método deductivo (Pineda, 2008).

### 4.4.Técnica e instrumento de recolección de datos

**Método y Técnica:** Se utilizó el método de la encuesta y técnica del cuestionario (Pineda, 2008); (Anexo 3).

**Instrumento:** se utilizó la ficha de recolección de información, elaborado por Canales, y Morales. (2012) el que fue adaptado por la investigadora; (Anexo 3).

El instrumento consta de 3 dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual que consta de 48 ítems que ayudaron a categorizar y así lograr conocer las actitudes del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH-SIDA del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua,2017.

#### **Para medir el nivel de conocimiento se categorizó como:**

- Positiva : 113 - 144 puntos.
- Indiferente : 80 - 112 puntos.
- Negativa : 48 - 79 puntos.

#### **En cuanto a las dimensiones:**

##### **Cognitiva**

- Positiva : 38 - 48 puntos.
- Indiferente : 27 - 37 puntos.
- Negativa : 16 - 26 puntos.

##### **Afectiva**

- Positiva : 38 - 48 puntos.
- Indiferente : 27 - 37 puntos.
- Negativa : 16 - 26 puntos.

##### **Conductual**

- Positiva : 38 - 48 puntos.

Indiferente : 27 - 37 puntos.  
Negativa : 16 - 26 puntos.

**Validez y confiabilidad:**

El instrumento fue sometido a la validez interna y externa a través del juicio de expertos, de los cuales se contó con 05 expertos (Anexo 4) luego se realizó a través de la prueba binomial (Anexo 5) por el cual se obtuvo un 4.529 de p valor. Para la confiabilidad se realizó la aplicación de la prueba piloto con el 10% de la muestra; luego se realizó a través del alfa de Crombach, además de la prueba de cálculo se sometió al coeficiente por Spearman Brown para obtener el dato de confiabilidad de 0.80 (Anexo 5).

**Procedimiento:**

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- Se seleccionó y elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la Operacionalización de variables.
- Se solicitó el consentimiento informado (Anexo 6) del personal asistencial que atiende al paciente con VIH/SIDA, para su participación en el estudio.
- El instrumento se aplicó al personal de salud asistencial de forma individual en el horario de trabajo.
- Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

#### **4.5. Análisis de datos**

La información recolectada fue procesada en el software estadístico SPSS versión 21, y la hoja de cálculo Microsoft Excel y Word 2010; Se utilizó la prueba estadística descriptiva simple de frecuencia (Hernández, 2010, p.p 185).

Los resultados se presentaron en tablas simples y de contingencia así mismo en figuras de barra.

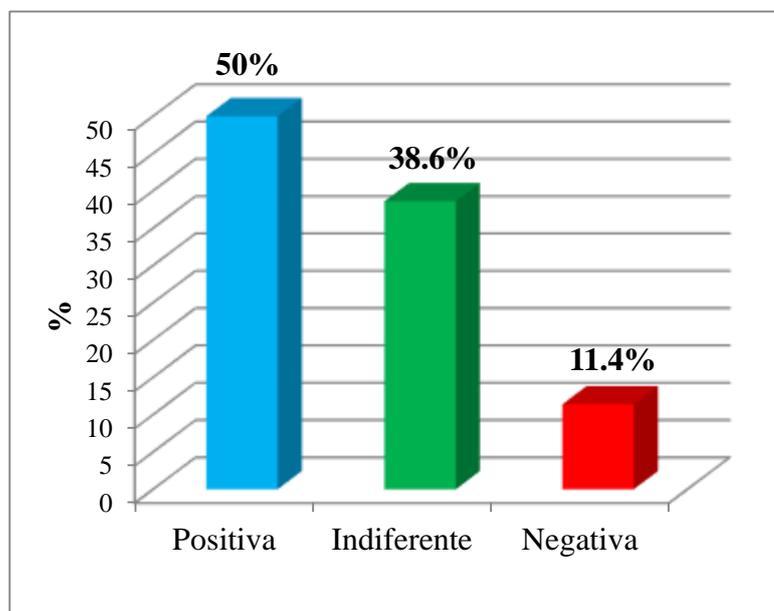
## V. RESULTADOS

**Tabla 1:** Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.

| <b>Actitud del personal de salud</b> |           |            |
|--------------------------------------|-----------|------------|
|                                      | <b>fi</b> | <b>%</b>   |
| Positiva                             | 22        | 50         |
| Indiferente                          | 17        | 38.6       |
| Negativa                             | 5         | 11.4       |
| <b>Total</b>                         | <b>44</b> | <b>100</b> |

**Fuente:** Cuestionario de casos hipotéticos de Actitud

**Figura 1:** Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.



**Fuente:** Tabla 1

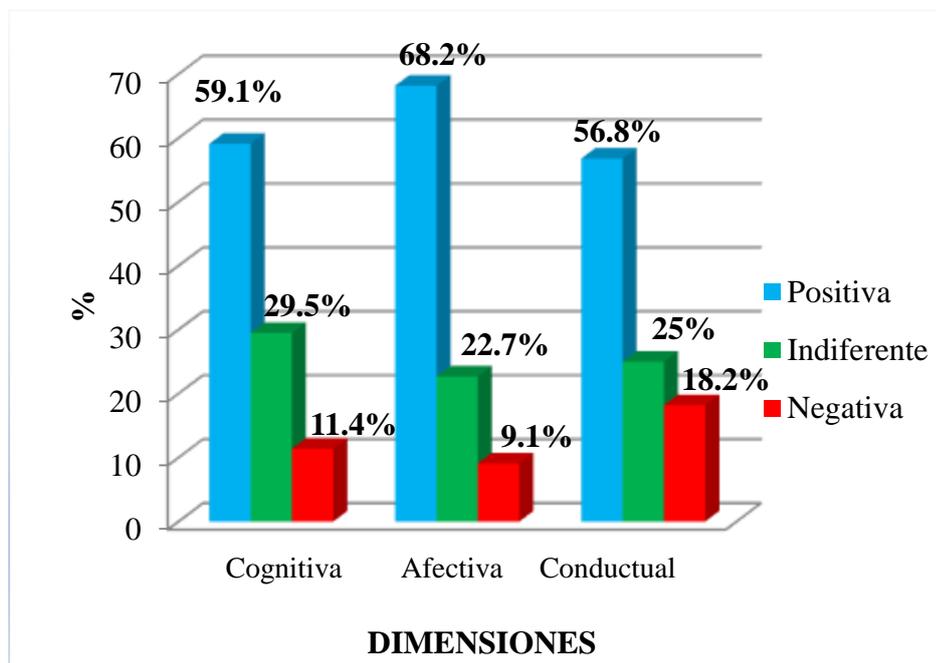
**Descripción:** En la tabla/ figura 1 se observa que del 100 % (44) del personal de salud asistencial encuestado, el 50 % (22) presenta una actitud positiva frente al paciente con VIH/SIDA, el 38.6 % (17) actitud indiferente y el 11.4% (5) actitud negativa.

**Tabla 2:** Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA según dimensiones, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.

| Actitud del personal | Cognitivo |      | Afectivo |      | Conductual |      |
|----------------------|-----------|------|----------|------|------------|------|
|                      | fi        | %    | fi       | %    | fi         | %    |
| Positiva             | 26        | 59.1 | 30       | 68.2 | 25         | 56.8 |
| Indiferente          | 13        | 29.5 | 10       | 22.7 | 11         | 25   |
| Negativa             | 5         | 11.4 | 4        | 9.1  | 8          | 18.2 |
| Total                | 44        | 100  | 44       | 100  | 44         | 100  |

**Fuente:** Cuestionario de casos hipotéticos de Actitud

**Figura 2:** Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA según las dimensiones : cognitiva, afectiva y conductual, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.



**Fuente:** Tabla 2

**Descripción:** En la tabla/ figura 2 se observa que del 100 % (44) del personal de salud asistencial encuestado, respecto a la dimensión cognitiva el 59.1 % (26) presentan una actitud positiva, el 29.5 % (13) actitud indiferente y el 11.4 % (5) actitud negativa; en la dimensión afectivo el 68 % (30) tienen una actitud positiva, el 22.7 % (10) actitud indiferente y el 9.1 % (4) actitud negativa; y en la dimensión conductual el 56.8 % (25) presentan actitud positiva, el 25 % (11) actitud indiferente y el 18.2 % (8) actitud negativa; respecto a las personas con VHI/SIDA.

## VI. DISCUSIÓN

*En la tabla/ figura 1* se observa que del 100 % (44) personal de salud asistencial en estudio el 50 % (22) presenta una actitud positiva hacia las personas con VIH/SIDA, el 38.6 % (17) presenta una actitud indiferente y el 11.4 (5) presenta una actitud negativa, lo que indica que la mayoría de personal de salud asistencial presenta actitud positiva, por lo que no presentaron sentimientos negativos ni rechazo, poca confidencialidad, ni de medidas de bioseguridad exageradas.

Con respecto a la actitud según sexo, se observa que del 100 % (44) del personal de salud el 27.3 % (12) son de sexo femenino y presenta una actitud positiva; el 22.7 % (10) son de sexo masculino y presentan actitud positiva; el 20.5 % (9) son de sexo masculino y presenta una actitud indiferente; el 18.2 % (8) son de sexo femenino y presentan una actitud indiferente, el 6.8 % (3) son de sexo masculino y presentan una actitud negativa y el 4.5 % (2) son de sexo femenino y presentan una actitud negativa frente al paciente con VIH – SIDA (Anexo 7). De estos resultados se puede deducir que la actitud no se relaciona con la edad, puesto que ambos sexos se presentó los diferentes tipos de actitud, sin mucha diferencia.

Similares resultados encontraron Uribe & Linda (2011), en un estudio realizado en Colombia, en el cual evidencian una actitud positiva del personal de salud en su mayoría frente a las personas diagnosticadas con el virus y una mayor autoeficacia frente al VIH/SIDA.

Sin embargo, Infante et al (2006) encontró en su estudio realizado en México diferentes resultados, indicando que el 75% persiste con la discriminación o sea con una mala actitud hacia las personas con VIH/SIDA debida a clasificaciones en grupos de riesgo; la identificación de vivir con el virus, padecer el síndrome y morir; y el desconocimiento de las vías de transmisión.

Por su parte Canales & Morales (2012) demostró que el 57.8% muestra una actitud de miedo a infectarse por la atención de la persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% rechazaría a una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 35.6% del personal de salud profesional asistencial le negaría la atención; el 33.3% tiene la predisposición a sentir asco hacia una persona viviendo con el VIH/SIDA; que el 51.1% tiene la

predisposición a faltar a la confidencialidad sobre la condición de una persona viviendo con el VIH/SIDA; el 48.9% tiene la predisposición de exagerar las medidas de bioseguridad durante la atención a las personas viviendo con el VIH/SIDA; y finalmente que la hipótesis de trabajo se confirma, ya que el 51.1% del personal de salud profesional asistencial muestra una actitud desfavorable hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA.

Al comparar los resultados encontrados en el presente estudio y los antecedentes de estudio, algunos coinciden y otros difieren; en tal sentido las actitudes del personal de salud son variables, algunos muestran actitudes favorables o positivas y otros muestran actitudes desde indiferentes a negativas o desfavorables. En el presente estudio el 50% presentan un actitud positiva, lo que quiere decir que de acuerdo a los contextos, según la cultura el área geográfica, creencias y sobretodo la formación profesional determina la actitud del personal de salud asistencial que atienden a personas con VIH- SIDA, asimismo puede determinar el grado o nivel de cuidado que brinda a la persona con VIH- SIDA.

Según TOOD (2017) en su estudio estima que los estigmas superpuestos y estigmas relacionados con el sistema de salud deben reducirse para que las personas con VIH- SIDA puedan recibir un cuidado de calidad. Esto quiere decir que la atención de salud frente a este sistema de salud de atención debe mejorar para esto debe realizar estrategias por el bien del a población con la finalidad de brindad una atención integral y continua, a la persona familia y comunidad que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida.

Se puede indicar que, aun haciendo comparaciones con los antecedentes, en nuestra realidad el personal de salud asistencial tiene debilidades que mejorar respecto a la atención que se le brinda a la persona con VIH/SIDA; se marca que una tercera parte manifiestan una actitud indiferente seguida de una actitud negativa, que por ende dichas actitudes deberían mejorar con el pasar del tiempo; por que como personal de salud se está para brindar un servicio de calidad, empatía. La actitud de un personal de salud juega un papel importante en el desempeño laboral y en la productividad de su trabajo.

Es por ello que el personal de salud, debe educarse desde su formación universitaria acerca de los problemas de salud más resaltantes que se emergen en nuestro país, y tomar conciencia, sobre todo saber actuar porque teniendo una buena actitud en el entorno laboral hacia el paciente con VIH/SIDA, será favorable ya que permitirá tener un entorno armonioso dando paso al desarrollo eficiente y eficaz de los trabajos a desarrollar en el día a día, y hacer sentir a la persona el apoyo emocional es los momentos más críticos.

*En la tabla/ figura 2* se observa que del 100% (44) del personal de salud asistencial encuestado solamente presentan actitud positiva en dimensión cognitiva (59.1%), en la dimensión afectivo (68%), en la dimensión conductual (56.8%) respecto a las personas con VIH/SIDA; el porcentaje restante presenta actitud indiferente y negativa, en lo que se enuncia que el personal de salud asistencial tiene una actitud más afectiva en tener menos asco y negar la atención a la persona con VIH/SIDA.

Considerando estos resultados se puede citar a Rangel (2005) en una investigación realizada en Chile, en cuyos resultados se evidencia que el trabajador de la salud que atiende personas con VIH/SIDA no siempre tiene conocimiento actualizado con respecto a la enfermedad, por lo que se forma falsas ideas las cuales repercuten en las actitudes que el trabajador tiene hacia el paciente, estas son de rechazo y discriminación, repercutiendo en la atención de calidad y calidez que requieren los portadores.

Además Rangel (2005) complementa que algunos trabajadores expresaron que evitan realizar cualquier tarea en trabajo sin usar guantes de látex por temor a infectarse de VIH/SIDA y que también evitaban tocar a usuarios, sus ropas y pertenencias. Por otro lado Arroyo (2014) evidencia en un estudio realizado en Argentina que Tanto los profesionales de la salud como los estudiantes de enfermería muestran una actitud incómoda a la hora de atender a este tipo de pacientes debido al déficit de conocimientos específicos sobre la enfermedad.

También se puede citar a Arana et al (2010) quienes muestran como resultados en una investigación realizada en Colombia, que en cuanto a la actitud del personal de enfermería, la mayoría presenta actitud positiva frente a este tipo de pacientes.

Asimismo Valdez, Vargas y Apaza (2017) consideran que después de mejorar los conocimientos sobre VIH/SIDA el personal de salud disminuye su rechazo al miedo y hacia las personas con dicha enfermedad.

Según Carranza (2010) en un estudio ejecutado en Lima se evidencia que del 100% (39) de profesionales de enfermería, el 77% (30) muestran una actitud medianamente favorable, 12.8% (5) desfavorable y un 10.2% (4) favorable. De igual manera Silva et al (2001) en su estudio realizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, encontró que el 67% tienen una aceptación favorable y el 33% tienen una actitud de rechazo, temor y se sienten mal al atender al paciente infectado con VIH.

De los resultados arribados en el presente estudio y los antecedentes revisados se puede observar que las actitudes del personal de salud y especialmente de los profesionales de enfermería son variables, en algunos contextos se encontró actitudes más favorables que en otros, por tanto sería importante profundizar los estudios para determinar las actitudes predominantes del personal de salud con la finalidad de proponer alternativas de solución y mejorar la atención del paciente con VIH/ SIDA considerando que la prevalencia de esta enfermedad va en aumento y más aún en la población de la región Amazonas.

Es necesario mencionar que existen pocos estudios en Latinoamérica y en el país, especialmente en el contexto local sobre las actitudes del personal de salud en la atención del paciente con SIDA, lo que se debe tomar en cuenta en nuestra condición de profesionales de enfermería y que en algún momento de nuestro ejercicio profesional cuidaremos de un paciente con estas condiciones. En tal sentido es necesario recordar que según Antela (2004) el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es definido como el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos T CD4, lo que la hace susceptible a desarrollar cierto tipo de tumores y a padecer infecciones oportunistas.

Se observa que el personal de salud teme al atender al paciente con VIH/SIDA ya que tiene miedo al contagio de esta letal enfermedad, asimismo la actitud de acuerdo a las dimensiones no es la misma o la adecuada, los resultados con esta investigación difieren ya que en estas investigaciones los autores demuestran un alto índice de rechazo frente a la atención debido al temor, la discriminación de alejarlo de la comunidad.

Se encuentra en discrepancia debido a que sabemos que una persona con VIH/SIDA es una persona susceptible es por ello que debemos cuidarle y no exponerles a ciertos factores de riesgo, pero también se trata de brindar un cuidado holístico, de manera físico y psicológica; que al aislarlo podemos dañarlo cognitivamente, afectivamente y conductualmente, ahora la actitud no es del personal de salud si no del paciente que se va sentir rechazado.

Es por ello que Maldonado (2012) define a La actitud como nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida.

Cabe resaltar que los autores, Ubillós, Mayordomo, & Páez, (2010) mencionan la coexistencia de tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud); los Componentes Cognitivos, que incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud; los Componentes Afectivos, como aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado); y los Componentes Conativos, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Según la teoría psicosocial de Erickson, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás.

Estas teorías avalan a una actitud del personal de salud que debe tener con las personas con VIH- SIDA y los derechos que deberían tener frente a ello.

Según Altuna, H. (2011). En el Perú existen problemas en la relación establecida con el personal de salud, la concepción existente del derecho a la atención en salud, y la calidez en el servicio; siendo esta última la que posee mayores problemas, lo que limita la adherencia de las personas viviendo con VIH al tratamiento, y así, pone en riesgo el objetivo perseguido por la Estrategia. En cuanto a la actitud del personal de salud, el 75% tienen una actitud negativa de parte del sexo masculino de indiferencia hacia las personas viviendo con VIH/SIDA, el 25% tiene una actitud positiva de parte de las mujeres.

Muchos autores tratan de demostrar que la equidad de género es aceptable, pero ambos seres humanos en cuanto a igualdad son distintos y no se trata de discriminación de género a algo parecido si no que el sexo femenino tiene a ser más sentimentalista más sensible; una vez más se demuestra en este estudio la humildad y el sentido de pena además del afecto y se refleja en su cuidado al ser humano; es por ello que ambos personales de salud deben conocer la atención del derecho del paciente, y la atención de salud basada en calidez como lo menciona Antela en su investigación.

Todo ello se basa en reflexionar y mejorar las actitudes respecto a las dimensiones o comportamientos, porque el ser humano su actuar está constituida por tres factores, el pensamiento, las emociones y sensaciones, ya que cada movimiento responde a nuestra percepción de los estímulos externos para poder enfrentar las situaciones de salud que se presenten.

Lo ideal que se debe lograr es que todo el personal de salud asistencial en su 100 % debería tener una actitud favorable en la atención hacia la persona con VIH/SIDA, por ende es necesario que se elaboren estrategias y talleres al personal, con el fin de mejorar los servicios de salud, y que haya una continua supervisión al personal del salud en la atención del paciente con VIH/SIDA; para así en un futuro lograr brindar un servicio sin discriminación.

## **VII. CONCLUSIONES**

1. La mayoría del personal de salud asistencial del Hospital Gustavo Lanatta Lujan, muestran una actitud positiva frente al paciente con VIH/SIDA en cuanto se refiere a su atención; sin embargo existe un porcentaje considerable que se tiene una actitud indiferente y negativa.
2. La mayoría de los profesionales en estudio presenta actitud positiva en las tres dimensiones, afectivas, cognitiva, y conductual, entendiéndose que no presentan sentimientos negativos ni rechazo, poca confidencialidad, medidas de bioseguridad exageradas.
3. En cuanto a la actitud según sexo de los profesionales de salud, en ambos sexos predominó una actitud positiva.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

### **A la Dirección Regional de Salud**

- Implementar talleres participativos y capacitaciones de manera continua al personal de salud relacionada a la atención integradora del paciente con VIH/SIDA.

### **Al Hospital Gustavo Lanatta Luján**

- Elaborar estrategias de “contacto”, tales como comunicación asertiva, donde impliquen una interacción directa entre las personas con VIH/SIDA y el personal de salud.
- Promover que el personal de salud asistencial elabore guías o protocolos en relación a la atención del paciente con VIH/SIDA

### **A la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza**

- Incentivar a la realización de estudios similares, utilizando enfoques cualitativos, con el fin de profundizar los hallazgos respecto a la actitud del personal de enfermería y su repercusión en la calidad de atención al paciente con VIH/SIDA.
- Promover en los estudiantes para la realización de estudios comparativos en diferentes instituciones: MINSA, ESSALUD, FFAA entre otros, en los cuales existan pacientes con VIH/SIDA.

### **Al Personal de Salud Asistencial**

- Atender al paciente VIH/SIDA sin ninguna diferencia de índole y hacerle participar en las diferentes actividades que ayuden a fortalecer su autoestima.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altuna, H. (2011). *Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación*. Tesis para optar el título de Licenciada en Ciencias y Artes de la comunicación. Universidad Pontificia la Católica, Perú.
- Antela, A. (2004). *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Arana, Y., et al. (2010). *Conocimientos y actitudes de las enfermeras y auxiliares de enfermería relacionado con el cuidado brindado a pacientes con VIH/SIDA*, Universidad del Norte Barranquilla. Colombia: accesado el 25 de enero 2018 de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5252/Conocimientoyactitudes.pdf?sequence=1>
- Arroyo, L. (2014). *Conocimientos y actitudes de profesionales y estudiantes de enfermería sobre el paciente con VIH/SIDA*. Argentina: accesado el 25 de enero 2018 de <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/2016/03/Originales-2-Rev-2.pdf>
- Cáceres, C., et al. (2012). *Actitud del personal de salud frente a pacientes con SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo* 2º edición. Editorial:Oceano.
- Campos, J. (2014). *Conocimientos y actitudes sobre el VIH/SIDA en profesionales de la salud en el Hospital Sanidad Policía Nacional*. Lima: COPRECOS: accesado el 10 de septiembre del 2015 de [http://coprecosperu.com/estu\\_invest\\_conocimientos\\_actitudes.pdf](http://coprecosperu.com/estu_invest_conocimientos_actitudes.pdf).
- Canales, Y., & Morales, F. (2012). Perú. *Actitud del personal de Salud profesional asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA del hospital II -2*.

Accesado el 11 de febrero del 2017 de [http:// www. Actitud- personal-de-salud- profesional-asisitencial.com.pe](http://www.Actitud-personal-de-salud-profesional-asisitencial.com.pe).

Carranza, R. (2010). *Actitudes de las enfermeras hacia la atención del paciente VIH/SIDA en el servicio de emergencia Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*. Lima: accesado el 25 de enero 2018 de [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3458/1/Carranza\\_Bullon\\_Rocio\\_del\\_Pilar\\_2010.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3458/1/Carranza_Bullon_Rocio_del_Pilar_2010.pdf)

Colarte, A. (2009). *La enfermedad del siglo?. El SIDA y formas de prevenirlo*”.3era edición, Amorrortu. Barcelona. España.

Cueto, M. (2010). *Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú. "Economía y Sociedad*. Lima, 2002, Número 44. de Mayo del 2010 desde enfermería.

Fernández, E. (2011). *“Guía de prevención de la transmisión del VIH para mediadores y mediadoras”*.1era edición, Eudema. Madrid. España.

Fernández, L. (2014). *Modificación de actitudes del personal de salud del Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo – Perú*. 1º Edición, Editorial: Elseiver.

García, E. (2003). *“Sida: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral”*.2da edición, Eudema. Madrid. España.

Gatell, J., et al. (2004). *“Guía práctica del sida: clínica, diagnóstico y tratamiento”*.1era edición, Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona. España.

Hernández, R. (2010). *“Metodología de la Investigación”*. 3era edición. Editorial Mac Graff Gill. México.

Infante, C., et al. (2006). *El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México*. Accesado el 15 de julio de 2015 de <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/HumanRights/default.asp>

- INFOSIDA. (2015). *Visión General de la Infección por el VIH*. Accesado el 15 de junio de 2016 de <https://infosida.nih.gov/education-materials/factsheets/19/45/vih-sida--conceptos-basicos>
- Kornblit, A. (2010). “*Las "lógicas" del amor en relación con la prevención del contagio del VIH/sida.*” En: *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. Buenos Aires. 2000. Vol. 46, número 1.
- Liguori, A. (2014). “*Riesgo de contagio de SIDA entre los trabajadores de la construcción en México.*” En: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=862](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=862):
- Maldonado, D. (2012). *Psicología Social*. Accesado el 15 de julio de 2016 de <http://daliacubas.blogspot.pe/2012/09/actitudes-y-mas.html>
- Mayer, L. (2006). España. “*Habilidades y competencias emocionales*”. Edit. Interamericana. Madrid. Pg. 223.
- MINSA. (2013). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú*, pg. 146. Accesado el 14 julio del 2016 de <http://bvs.minsa.gob.pe:81/local/2740.pdf>.
- MINSA. (2015). *Situación de la Epidemia del VIH en el Perú*. Pg. 11. Accesado el 14 de julio de 2016 de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>
- OMS. (2015). *VIH/SIDA*, accesado el 14 de julio de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- ONUSIDA. (2012). “*Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación*” accesado el 15 de Julio del 2016 de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/OMS\\_HTM\\_TUB\\_2004.339\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/OMS_HTM_TUB_2004.339_spa.pdf)>

- OPS. (2015). *Tuberculosis relacionados con el VIH: Estudios de caso de intervenciones exitosas*, 1. Accesado el 14 de julio de 2016, de: <http://www.who.int>.
- Rangel, L. (2005). *“El personal de salud ante la atención de los pacientes con VIH/SIDA. El caso del Hospital Integral de Jalca Hidalgo”*. Chile: accesado el 25 de enero del 2018. De <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/11229/E%20personal%20de%20salud%20ante%20la%20atenci%C3%B3n%20de%20los%20pacientes%20con%20VIHSida.%20Caso%20del%20Hospital%20Integral%20de%20Jacala%20Hidalgo..pdf?sequence=1>
- Sánchez. (2009). *Actitud del personal de salud frente a los casos de VIH/SIDA*. Accesado el 30 de Setiembre de 2016 de <http://www.actitudes.acciónrazonada.medicionesactitudinales/portada/Especiales/2016/vih/matcom/.pdf>.
- Silva, M., et al. (2001). *Actitudes del equipo de salud hacia la atención del paciente con VIH/SIDA en el servicio de emergencia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen*. Accesado el 25 de enero 2018. <file:///D:/bibliografia%20adicional/Actitudes%20del%20equipo%20de%20Salud%20hacia%20la%20atenci%C3%B3n%20del%20paciente%20con%20OHIV.html>
- Soto, L. (2008). *Manual del usuario del equipo multidisciplinario que brinda TARGA. 2008*. Lima: Instituto de medicina tropical "Alexander Von Humboldt" – Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Supo, J. (2015). *“Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud”*. 2da Edic. Bioestadística. Arequipa.
- Tood, R. (2017). *“Estigmas superpuestos y estigmas relacionados con el sistema de salud debe reducirse para que las personas con VIH-SIDA puedan recibir un cuidado de calidad”*. Accesado el 18 de noviembre del 2017 de [http://www.Estigmas\\_superpuestos\\_y\\_estigama.com.pe](http://www.Estigmas_superpuestos_y_estigama.com.pe).

- Toro, J. (2012). “*Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/SIDA en América Latina: la otra historia de la masculinidad.*” De <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29>.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2010). *Componentes de la actitud; modelo de la acción razonada y acción planificada*. Accesado el 30 de Setiembre de 2016 de <http://www.actitudes.accionrazonada.medicionesactitudinales/portada/Especiales/2016/vih/matcom/.pdf>.
- Uribe, A. & Linda, O. (2011). *Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud*. Accesado el 15 de julio de 2016 de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a07>
- Valdez, E., Vargas, A., & Apaza, M. (2017). *Conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud sobre el VIH/SIDA de Cochabamba*. Bolivia: accesado el 25 de enero 2018 de [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S20744609201000010009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S20744609201000010009&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Vallejos, I. (2010). *Conocimientos, actitudes y percepciones de enfermeros y estudiantes de enfermería hacia VIH/SIDA*. Accesado el 15 de julio de 2016. De <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/7589/759>.

# **ANEXOS**

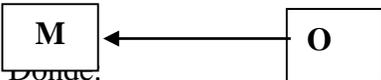
ANEXO 1

Operacionalización de Variable

| Variable  | Definición conceptual  | Definición operacional  | Dimensiones | Indicadores   | Ítems | Categoría  |  | Escala  |
|---|--|---|-------------|---|-------|--|--|---|
|   |  |   |             |   |       | Dimensiones  | Variable   |   |
| V1 =<br>Actitud del personal de salud asistencial | Disposición psicológica que toma una persona ante una situación o un problema, en este caso sobre el VIH/SIDA. | Reacción del personal de salud con miedo o rechazo a las personas con VIH/SID. Se medirá con un cuestionario de casos hipotéticos de actitud. | Cognitiva   | Miedo, rechazo  | 16    | Positiva = 38 - 48<br>Indiferente = 27 -37<br>Negativa = 16 - 26 | Positiva = 113 - 144<br><br>Indiferente = 80 - 112<br><br>Negativa = 48 - 79 | Para medir la variable se utilizará La escala Ordinal Las respuestas de los ítems se medirán según la escala de Likert. |
|   |  |   | Afectiva    | Negar, asco   | 16    | Positiva = 38 - 48<br>Indiferente = 27 -37<br>Negativa = 16 - 26 |  |   |
|   |  |   | Conductual  | Falta de confidencialidad, medidas de bioseguridad exageradas | 16    | Positiva = 38 - 48<br>Indiferente = 27 -37<br>Negativa = 16 - 26 |  |   |

## ANEXO 2

### Matriz de Consistencia

| Problema de Investigación   | Objetivos  | Variable  | Marco Metodológico  |
|---|--|---|---|
| <p>¿Cuál es la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Lujan, Bagua, Amazonas, 2017.</p> | <p><b>General:</b><br/>Determinar la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA según las dimensiones:</li> </ul> | <p>Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.</p> | <p><b>Tipo y diseño de la investigación:</b> La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis univariado (Supo, 2015, p. 2).</p> <p>El diseño de investigación fue el siguiente:</p> <div style="text-align: center;">  <p>Donde:</p> <p><b>M:</b> Muestra.</p> <p><b>O:</b> Actitud del Personal de salud</p> </div> <p><b>Población, muestra y muestreo</b></p> |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | <p>cognitiva, afectiva y conductual, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.</p> <p>- Identificar la actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA según sexo Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.</p> |  | <p><b>Universo:</b> Estuvo conformada por todo el personal de salud tanto los que atienden y no atienden al paciente con VIH/SIDA del Hospital Gustavo Lanatta Luján de Bagua, suman un total de 56, tal como se indica en la tabla.</p> <p><b>Criterio de inclusión:</b></p> <p>Sólo ingresaron al estudio el personal de salud asistencial que atiende al paciente con VIH/SIDA del Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua – 2017.</p> <p>Personal asistencial que atendía al paciente con VIH/SIDA que brinde su consentimiento informado</p> <p><b>Criterio de exclusión:</b></p> <p>Personal asistencial que no atendía al paciente con VIH/SIDA.</p> <p><b>Población:</b> Estuvo constituida solo el personal de salud que atiende al paciente con VIH/SIDA del Hospital Gustavo Lanatta Luján de Bagua, suman un total de 50, tal como se indica en la tabla.</p> |
|--|---|--|---|

**Muestra:** Constituida por 44 personales de salud que atienden al paciente con VIH/SIDA, obtenida mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{z^2 pqN}{e^2 (N - 1) + z^2 pq}$$

100%

$$z = 95\% = 0.95/2 = 0.475 = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$e = 0.05$$

$$N = \text{población} = 50$$

**n**= muestra

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 50}{0.05^2 (50-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 50}{0.0025 \times 49 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{3.84 \times 12.5}{0.0025 \times 50 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{3.84 \times 12.5}{0.12 + 0.96}$$

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | $n = \frac{48}{1.08}$ <p><b>n=44.4</b></p> <p><b>n=44</b></p> <p><b>Muestreo:</b> muestreo estadístico estratificado probabilístico.</p> <p><b>Método de Investigación:</b></p> <p>Para el presente estudio se utilizó el método deductivo (pineda, 2008).</p> <p><b>4.2.Técnica e instrumento de recolección de datos</b></p> <p><b>Método y Técnica:</b> Se utilizó el método de la encuesta y técnica del cuestionario (pineda, 2008); (Anexo N°1).</p> <p><b>Instrumento:</b> se utilizó la ficha de recolección de información, elaborado por Canales, Y. Morales, F,(2012) el que fue adaptado por la investigadora; (Anexo N°1).</p> |
|--|--|--|---|



### ANEXO 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRIGUEZ  
DE MENDOZA DE AMAZONAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



#### **CUESTIONARIO DE CASOS HIPOTÉTICOS DE ACTITUD**

(Elaborado por CANALES Y MORALES, modificado por la Autora)

#### **I. Presentación:**

La presente estudio se realiza con fines de estudio, cuyo objetivo es Determinar la actitud del personal de salud hacia las personas con el VIH/SIDA, Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas – 2017. Se le suplica responder con mucha sinceridad y veracidad, ya que esta información contribuirá para la culminación del presente estudio.

#### **II. Instrucciones:**

A continuación se presentará una serie de casos en las cuales hay tres respuestas relacionados con el tema, donde usted colocará encerrará con un círculo en la respuesta indicada, según como Ud. pueda mostrar su actitud y lo que crea conveniente.

#### **III. Datos generales:**

- Edad:.....

- Sexo: M ( ) F ( )

- Profesión: Médico ( ) Enfermero ( )

Obstetriz ( ) Téc. Enfermería ( )

- Área donde se desempeña:.....

- Tiempo de servicio: < 1 año ( ) 2 a 5 años ( ) > 5 años ( )

**Lea cuidadosamente los siguientes casos, marque la respuesta que usted crea conveniente.**

**I. Caso:** Usted atendió a un paciente desconociendo su condición de portador de VIH/SIDA. Lo cual se entera después de atenderlo

**¿Qué es lo primero que sentirías?**

1. Miedo...

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

2. Cólera ó Ira...

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

3. Pena...

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

**¿Qué es lo primero que harías?**

4. Te lavas las manos con alcohol

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

5. Te haces una prueba rápida

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

**II. Caso:** Su paciente es un portador del VIH/SIDA y llega a su servicio para la atención debida, pero llega todo sudoroso y le saluda extendiéndole la mano.

**¿Cómo responderías?**

6. ¿Le extenderías la mano?

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

7. ¿Le dices que tome asiento para evitarlo?

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

**III. Caso:** A usted le van a rotar de servicio y le dan la oportunidad de elegir entre 2 servicios (el programa en donde se da el tratamiento al paciente con el VIH/SIDA ó el programa de RN u otro según su especialidad). ¿Qué servicio elegiría Usted?

8. El primero: en donde se da el tratamiento al paciente con el VIH/SIDA

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

9. El segundo: el programa de RN u otro según su especialidad

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

**IV. Caso:** Si tuvieras que aplicar un inyectable a un Paciente con VIH/SIDA y te das cuenta que se te acabaron los insumos como guantes y mascarillas. ¿Qué haría Usted?

10. ¿Lo atendería?

- a) De acuerdo            b) Indiferente            c) En desacuerdo

11. ¿Le dirías que regrese en otro momento?

- a) De acuerdo            b) Indiferente            c) En desacuerdo

12. ¿Le mandas a comprar un par de guantes y una mascarilla para atenderlo?

- a) De acuerdo            b) Indiferente            c) En desacuerdo

**V. Caso:** Usted solo deberá atender a 1 paciente más pero están en espera 2 pacientes: El primero es un Paciente con VIH/SIDA y la segunda es una mujer con Cáncer de mamas; y los dos llegan por curación de herida post operatoria. **¿A quién atendería usted?**

13. A la paciente con Cáncer de mamas

- a) De acuerdo            b) Indiferente            c) En desacuerdo

14. Al Paciente con VIH/SIDA

- a) De acuerdo            b) Indiferente            c) En desacuerdo

**VI. Caso:** Está usted en una guardia nocturna, quisiera descansar pues se siente mal y solo hay una habitación, pero en esa habitación estuvo durante un mes hospitalizado un Paciente con VIH/SIDA y en esa tarde salió de alta. Y aun no desinfectaron esa habitación. ¿Qué haría Usted?

15. Descansaría Usted un momento en esa habitación?

- a) De acuerdo            b) Indiferente            c) En desacuerdo

16. ¿Buscaría una silla cerca de su servicio y descansaría sentado?

- a) De acuerdo            b) Indiferente            c) En desacuerdo

17. ¿Llamaría a servicio de limpieza para desinfectarlo en ese momento?

- a) De acuerdo            b) Indiferente            c) En desacuerdo

**VII. Caso:** Usted se encuentra sentado en el pasillo y se sienta a su lado un Paciente con VIH/SIDA ¿Qué sentiría Usted?

18. Pena

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

19. Cólera o Ira

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

20. Asco

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

21. Miedo

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

**VIII. Caso:** Una persona tiene su negocio de venta de Menú. Y compras, unos minutos después te enteras que es un Paciente con VIH/SIDA.

22. ¿Lo comerías?

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

23. ¿Lo desecharías?

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

**IX. Caso:** Si te enteras que un colega de trabajo es un Paciente con VIH/SIDA cual sería tu actitud.

24. ¿Pena?

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

25. ¿Miedo?

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

**X. Caso:** Qué medida crees conveniente se debería de tomar hacia los Pacientes con VIH/SIDA

26. Enviarlas a un albergue

- a) De acuerdo      b) Indiferente      c) En desacuerdo

27. Crear un centro de atención exclusivo para ellos.

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

28. Informar a todo su entorno de su enfermedad

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

**XI. Caso:** Que grupo poblacional cree usted que sean los causantes del contagio del VIH/SIDA.

29. Homosexuales

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

30. Drogadictos

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

31. Prostitutas

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

32. Todos

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

**XII. Caso:** Si te enteras que tu familiar es un Paciente con VIH/SIDA ¿Qué sentirías?

33. Pena.

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

34. Lo aceptas

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

35. Miedo

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

36. Cólera.

- a) De acuerdo          b) Indiferente          c) En desacuerdo

**XIII. Caso:** Usted tiene que realizar una curación, una intervención quirúrgica a un Paciente con VIH/SIDA ¿Qué siente al momento hacerlo?

37. Miedo

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

38. Cólera

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

39. Asco

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

40. Pena

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

**XIV. Caso:**

41. ¿Aceptaría como amigo a un Paciente con VIH/SIDA?

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

**XV. Caso:**

42. ¿Darías albergue a un Paciente con VIH/SIDA en tu casa?

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

**XVI. Caso:**

43. ¿Beberías del mismo vaso que uso un Paciente con VIH/SIDA?

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

**XVII. Caso:** Estas atendiendo a un Paciente con VIH/SIDA y él te solicita que le prestes el servicio higiénico y solo está disponible el que usa el personal de salud. ¿Qué haría usted?

44. Se lo prestaría

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

**XVIII. Caso:** ¿Aparte del Paciente con VIH/SIDA, quien más cree usted que debería recibir su diagnóstico?

45. Su pareja

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

46. Su mejor amigo

- a) De acuerdo                      b) Indiferente                      c) En desacuerdo

47. Su madre

a) De acuerdo

b) Indiferente

c) En desacuerdo

48. Su hermano

a) De acuerdo

b) Indiferente

c) En desacuerdo

## ANEXO 4

### EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

#### A). PRUEBA DE LA Z DE GAUSS PARA PROPORCIONES

##### 1). hipótesis estadística

**Ho:** P = 50%      Versus **Ha:** P > 50%

##### Dónde:

**P** es el porcentaje de respuesta de los jueces que consideran el ítem de la escala es adecuada (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “**adecuado**” o “**inadecuado**”.

##### 2). Niveles de significancia ( $\alpha$ ) y el nivel de confianza (Y)

$\alpha = 0.05$  (5%);                       $(1 - \alpha) = Y = 0.95$  (95%)

##### 3). Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y no “válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 50, la estadística para probar hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

Formula:

$$Z = \frac{p_j - P}{\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}}$$

##### Dónde:

**Z:** Se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1.

**p<sub>j</sub>:** Es el porcentaje de respuesta de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

**P:** Es el porcentaje de aceptación o rechazo a favor de la hipótesis nula (Ho)

**n:** Es el número de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados.

#### **4). Regla de decisión**

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola o a la derecha se tiene el valor teórico de la distribución normal **VT** = 1.6449

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/Ho) y aceptación (RA/Ho) de la hipótesis nula es:

**A1 5%:**                    **RR/Ho:**  $VC > 1.6449$ ;                    **RA/Ho:**  $VC < 1.6449$ ;

#### **5). Valor calculado (VC)**

El valor calculado de la función Z se obtiene remplazando los valores de:

**N** = 67, **Po** = 50% y **P** = 95,7%. De donde resulta que: **VC** = **4.5297**

#### **6). Discusión estadística**

Comparando el valor calculado (**VC** = 4.5297) con el valor teórico (**VT** > 1.6449) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística. Con este resultado, se acepta la validez de los instrumentos de medición.

**MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONAL DE CONSULTADO  
SOBRE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICION (JUICIO DE EXPERTOS)**

| ITEM | EXPERTO* |   |   |   |   | TOTAL |
|------|----------|---|---|---|---|-------|
|      | 1        | 2 | 3 | 4 | 5 |       |
| 01   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| 02   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| 03   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| 04   | 1        | 1 | 1 | 0 | 1 | 4     |
| 05   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| 06   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| 07   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| 08   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| 09   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |
| 10   | 1        | 1 | 1 | 1 | 1 | 5     |

\*Respuestas de los profesionales; **1=si, 0=no**

**EXPERTOS QUIENES EVALUARON EL INSTRUMENTO**

**Med. General:** Cabrera Ruiz Jorge pablo Jonathan

**Med. General:** Granados Gamboa Jorge Bladimir Kebby

**Med. General:** Callañaupa Quintanilla Claudia

**Med. General:** Serna Lopez Erick Roberto

**Med. General:** Vilchez Perales Percy William

## DECISIÓN ESTADÍSTICA

Para hacer la estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de  $\alpha = 0.05$ , de acuerdo a la regla de decisión (columna 6) asimismo la significación estadística de la decisión se ítem (columna 7) de la tabla

| ÍTEM<br>EVALUADO | JUECES EXPERTOS |     |            |    | P VALOR <<br>$\alpha$ | SIGN.<br>ESTAD |
|------------------|-----------------|-----|------------|----|-----------------------|----------------|
|                  | ADECUADO        | %   | INADECUADO | %  |                       |                |
| 1                | 5               | 100 | 0          | 0  | 0.03125               | *              |
| 2                | 5               | 100 | 0          | 0  | 0.03125               | *              |
| 3                | 5               | 100 | 0          | 0  | 0.03125               | *              |
| 4                | 4               | 80  | 1          | 20 | 0.25                  |                |
| 5                | 5               | 100 | 0          | 0  | 0.03125               | *              |
| 6                | 5               | 100 | 0          | 0  | 0.03125               | *              |
| 7                | 5               | 100 | 0          | 0  | .03125                | *              |
| 8                | 5               | 100 | 0          | 0  | .03125                | *              |
| 9                | 5               | 100 | 0          | 0  | 0.03125               | *              |
| 10               | 5               | 100 | 0          | 0  | 0.03125               | *              |
| <b>TOTAL</b>     | 49              |     | 1          | 0  | <b>4.5297</b>         |                |

**Fuente: apreciación de los expertos**

\* : Significativa ( $P < 0.05$ )

\*\* : Alta mente significativa ( $P < 0.01$ ).

**ESCALA DICOTÓMICA PARA EVALUAR INSTRUMENTO DE  
EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

| Nº | ITEMS  | SI | NO |
|----|--|----|----|
| 1  | El instrumento tiene estructura lógica   |    |    |
| 2  | La secuencia de presentación de ítems es óptima  |    |    |
| 3  | El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable                         |    |    |
| 4  | Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles                    |    |    |
| 5  | Los ítems reflejan el problema de investigación  |    |    |
| 6  | Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación                  |    |    |
| 7  | Los ítems permiten medir el problema de investigación                                  |    |    |
| 8  | Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación |    |    |
| 9  | El instrumento abarca las variables e indicadores                                      |    |    |
| 10 | Los ítems permitirán contrastar las hipótesis  |    |    |

**SUGERENCIAS:**

.....  
 .....  
 .....

**Fecha: ...../...../...**

---

**Nombre y Firma del Experto**

## ANEXO 5

### EVALUACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### Estadísticos descriptivos

|                           | N  | Suma   | Varianza |
|---------------------------|----|--------|----------|
| A                         | 10 | 20,00  | 0,000    |
| B                         | 10 | 10,00  | 0,000    |
| C                         | 10 | 20,00  | 0,000    |
| D                         | 10 | 21,00  | ,100     |
| E                         | 10 | 21,00  | ,100     |
| F                         | 10 | 20,00  | 0,000    |
| G                         | 10 | 19,00  | ,100     |
| P1                        | 10 | 25,00  | ,278     |
| P2                        | 10 | 24,00  | ,267     |
| P3                        | 10 | 22,00  | ,622     |
| P4                        | 10 | 22,00  | 1,067    |
| P5                        | 10 | 30,00  | 1,556    |
| P6                        | 10 | 15,00  | ,278     |
| P7                        | 10 | 40,00  | 5,778    |
| P8                        | 10 | 17,00  | ,233     |
| P9                        | 10 | 17,00  | ,233     |
| P10                       | 10 | 38,00  | 1,289    |
| P11                       | 10 | 24,00  | ,489     |
| P12                       | 10 | 10,00  | 0,000    |
| P13                       | 10 | 22,00  | ,622     |
| P14                       | 10 | 18,00  | ,400     |
| P15                       | 10 | 26,00  | ,489     |
|                           |    |        | 13,900   |
| SUMA                      | 10 | 350,00 | 36,667   |
| N válido<br>(según lista) | 10 |        |          |

## FORMULA: ALFA DE CRONBACH

a) mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum s_{is}^2}{s_t^2} \right]$$

$$\alpha = \frac{15}{15-1} \left[ 1 - \frac{13.900}{36.667} \right]$$

$$\alpha = \frac{15}{14} [1 - 0.37]$$

$$\alpha = 1.07[0.63]$$

$$\alpha = 0.67$$

**CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA POR LA FÓRMULA DE SPEARMAN-BROWN.**

$$Rip = \frac{2(rip)}{1 + rip} = \textit{spearman brow}$$

$$Rip = \frac{2(0.67)}{1 + 0.67} = \textit{spearman brow}$$

$$Rip = \frac{1.34}{1.67} = \textit{spearman brow}$$

$$Rip = \mathbf{0.80} = \textit{spearman brow} = \mathbf{FUERTE CONFIABILIDAD}$$

## ANEXO 6

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO

.....

- He leído la hoja de información al participante del estudio que se me ha hecho entrega, pude hablar con la investigadora (Interna de Enfermería de la UNTRM - A, Milagritos Sánchez Chinchay) y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sobre sus alcances.
- Estoy de acuerdo en desarrollar el cuestionario sin mencionar mi identidad.
- Entiendo que participar en esta investigación es voluntario y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el presente trabajo de investigación.

## ANEXO 7

**Tabla 03:** Actitud del personal de salud asistencial hacia las personas con VIH-SIDA, según sexo. Hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Amazonas, 2017.

| Actitud del personal de salud | Femenino |      | Masculino |      | Total |      |
|-------------------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
|                               | fi       | %    | fi        | %    | Fi    | %    |
| Positiva                      | 12       | 27.3 | 10        | 22.7 | 22    | 50   |
| Indiferente                   | 8        | 18.2 | 9         | 20.5 | 17    | 38.6 |
| Negativa                      | 2        | 4.5  | 3         | 6.8  | 5     | 11.4 |
| Total                         | 22       | 50   | 22        | 50   | 44    | 100  |

**Fuente:** Cuestionario de casos hipotéticos de Actitud

$X^2=0.707$ ; GL=1;  $p=0.41 > 0.05$  (No existe relación)

En la prueba de chi – cuadrada de Pearson el valor es de 0.141 que es mayor que el valor teórico, con un grado de libertad de 1 con un grado de significancia de 0.707 que viene a ser mayor que 0.5 por lo cual según la prueba binomial de la variable la actitud personal y el sexo no tiene relación