

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P DE ENFERMERIA**

**Presencia de la dimensión humana en la atención que  
brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA en  
Hospitales del 3er nivel de atención del MINSA enero-  
febrero 2007**

**TESIS**

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

**AUTOR**

**Brigit Jessica Quispe Pacheco**

**Lima – Perú**

**2007**

*Mi más sincero agradecimiento:*

*Para aquellos amigos que realmente están cuando los necesitas, que son como los ángeles y que vienen aunque tú no los llames porque saben que los necesitas.*

*Al que todo lo ve y nunca te deja solo, que en tus momentos malos está siempre presente aunque no lo notemos y a veces olvidamos. DIOS*

*A mis padres porque siempre me dan apoyo y no dejan que desfallezca el intento de algo nuevo.*

*A la licenciada Mery Montalvo con afecto  
y gratitud por su acertada asesoría en  
esta investigación.*

*A las licenciadas(os) de los servicios de  
medicina de los hospitales Nacional Daniel  
Alcides Carrión y Arzobispo Loayza, por  
su colaboración en el desarrollo de la  
investigación.*

*A mi hermana Jenny que desde el cielo  
cuida mis pasos y me hace sentir que  
nunca estoy sola.*

## ÍNDICE

	Pag.
Índice de Gráficos .....	vii
Índice de Tablas .....	viii
Resumen .....	ix
Presentación .....	1

### **CAPITULO I : INTRODUCCIÓN**

A.- Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema .....	3
B.- Formulación del Problema.....	6
C.- Justificación .....	6
D.- Objetivos del Estudio .....	7
E.- Propósito .....	7
F.- Antecedentes del Estudio .....	8
G.- Base Teórica .....	10
H.- Definición Operacional de Términos.....	39

### **CAPITULO II : MATERIAL Y MÉTODO**

A.- Nivel, Tipo y Método de Investigación.....	40
B.- Descripción del Área de Estudio .....	41
C.- Población y Muestra .....	41
D.- Técnica e Instrumento .....	42
E.- Plan de Recolección de Datos.....	43

F.- Plan de Procesamiento, presentación, Análisis e Interpretación de Datos .....	44
G.- Consideraciones Éticas .....	45
<b>CAPITULO III : RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>46</b>
<b>CAPITULO IV : CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b>	
A.- Conclusiones .....	60
B.- Recomendaciones .....	61
C.- Limitaciones .....	61
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>62</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>65</b>
<b>Anexos</b>	

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>GRAFICO N°</b>	<b>Pág.</b>
1.- Dimensión Humana Respecto a la Personalización de Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	48
2.- Dimensión Humana Respecto a la Satisfacción de Necesidades biopsicosociales y espirituales en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	51
3.- Dimensión Humana Respecto a la Comunicación Efectiva en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA.....	54
4.- Presencia de la Dimensión Humana en la Atención que Brinda la Enfermera Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	57

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA N°</b>	<b>Pág.</b>
1) Indicadores de la Presencia de la Dimensión Humana Respecto a la Personalización de Atención que Brinda la Enfermera Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	49
2) Indicadores de la Presencia de la Dimensión Humana respecto a la Satisfacción de Necesidades en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	52
3) Indicadores de la Presencia de la Dimensión Humana respecto a la Comunicación Efectiva en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	53

## RESUMEN

El SIDA representa un problema de salud pública y es una gran amenaza para los países en desarrollo, las características sociodemográficas de la enfermedad reflejan que la mayoría de los pacientes afectados de SIDA son jóvenes, y más del 50 % tienen de 15 a 24 años de edad se presume que se registran diariamente aproximadamente 14.000 nuevos casos de infección por el VIH y más del 95 % en países en desarrollo, en el Perú, solo en Lima y Callao se encuentran entre el 70-75% de los afectados y se registran 1000 casos nuevos cada año, esto implica que las personas afectadas estén expuestas a presentar enfermedades oportunistas que los llevan a un periodo de hospitalización y siendo la enfermera quien tiene un contacto más estrecho y directo con estos pacientes surge la interrogante **¿ *Cómo es la Dimensión Humana en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del 3er nivel de atención del MINSA?***. Siendo el objetivo general el de: Determinar la presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA en hospitales del tercer nivel del MINSA. El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal, la población estuvo compuesta por 40 enfermeras de los servicios de medicina de los hospitales Nacionales Daniel Alcides Carrión y Arzobispo Loayza, los datos fueron recolectados mediante la entrevista utilizando un cuestionario tipo likert, el instrumento constó de 29 ítems que evaluaban la personalización de la atención, satisfacción de las necesidades biopsicosocio-espirituales del usuario y la comunicación efectiva, todo previo consentimiento de las jefas de los servicios y de las entrevistadas, la recolección fue durante los meses de Enero y Febrero 2007,



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

**Palabras claves:** Dimensión Humana, Enfermera, Estadio SIDA

## SUMMARY

The AIDS represents a problem of public health and is a great threat for you pass them developing, the sociodemographic characteristics of the disease reflect that the majority of the affected patients of AIDS is young, and most of 50% has of 15 to 24 years of age is presumed that approximately 14,000 new cases of infection by the VIH are registered daily and most of 95% in you happen developing, in the Perú, single in Lima and Callao is between the 70-75% of the affected and register 1000 new cases each year, this implies that are registered the affected people exposed to present opportunistic diseases that take them to a period of hospitalization and being the nurse who has narrow and direct a contact with these patients the question arises: ***How is the Human Dimension in the Attention that Offers to the Nurse to Patients in Stage AIDS in Hospitals of 3<sup>rd</sup> level of attention of the MINSA?*** Being the general objective the of: to determine the presence of human dimension in attention that offers the nurse to patients in stage AIDS in hospitals of the third level of the MINSA. The present study is of applicative level, quantitative type, descriptive method and of cross section, population was composed by 40 nurses of the services of medicine of the National Hospitals Daniel Alcides Carrion and Arzobispo Loayza, the data were collected by means of the interview having used a questionnaire type likert, the instrument const of 29 items that evaluated personalization of attention, satisfaction of the biopsicosocio-spiritual necessities of the user and communication effective, all previous consent of the female leaders of the services and of the interviewed people, collection was during the months of January and February 2007, in the different turns, to consider the average superior to 87 points in order

to determine the presence of human dimension, concluded which human dimension in attention that the nurse to patients in stage AIDS, hospitals of the third level of the MINSA in 52,5% offers, finds present, which entails to one attention in health based on Human Dimension, but being a little most low in personalization of attention and satisfaction of biopsicosocio-spiritual necessities of the user, for that reason is important conscience to the nurse personal on the importance of humanitarian dimension in order of improving attention and of causing one attention integral.

**Key words:** Human Dimension, Nurse, Stage AIDS

## **PRESENTACIÓN**

El profesional de enfermería, como ente proveedor de servicios de salud, realiza un acto personal, ético, creativo y solidario a las personas en el proceso salud-enfermedad, especialmente a los enfermos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a sus familiares y a la sociedad en general, que precisa una atención adecuada. Este tiene la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario, proporcionando así cuidados de enfermería con todas las características que humanizan a la profesión.

Lo más importante de esa intervención consiste en la organización del trabajo que debe ser con el equipo interdisciplinario de salud, coordinando de manera integral con la finalidad de dar respuestas a las necesidades del enfermo que sufre la enfermedad, tanto físico, psíquico, social, espiritual y al mismo tiempo interactuar en un ambiente terapéutico en el cual se sienta seguro y confiado y se integre con el personal especializado, convirtiéndose el profesional de enfermería en el vínculo de esa integración, sin embargo en la actualidad con el aumento de casos de SIDA ha ido provocando un rechazo y otros sentimientos en estos pues por ser quienes están en contacto más directo con los pacientes, dejando de lado el código de Ética de enfermería que establece la obligación de la enfermera de proporcionar cuidados a todo paciente que lo requiera y haciendo uso de sus teorías como las de Watson que habla del cuidado solidario y de la teoría de Leininger con la enfermería transcultural, entre otras.

Dentro de ese orden de ideas, con el objeto de determinar la evidencia de la dimensión humana en la atención de la enfermera a los pacientes en

estadio SIDA en los hospitales de tercer nivel del MINSA con la cual se propone aportar información sobre el cuidado humano en la atención que se brinda.

Por consiguiente, el desarrollo del estudio se ha organizado en 4 capítulos.

**Capítulo I:** Introducción, que abarca desde como se origina el problema, su justificación, los objetivos, el propósito, los antecedentes de estudio, la base teórica y que avalan el estudio y la definición operacional de términos.

**Capítulo II:** Material y Método, que describe el tipo y método de estudio, el área de estudio, la población y muestra a estudiar , técnica e instrumento plan de recolección y procesamiento de datos, presentación, análisis e interpretación de datos, además de las consideraciones éticas.

**Capítulo III:** Resultados y Discusión.

**Capítulo IV:** Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones.

Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **A.-PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA**

En los actuales momentos la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa un problema de salud pública y es una gran amenaza para los países en desarrollo. Datos estadísticos, emitidos por la Organización Mundial de la Salud, reportan la existencia de 39.4 millones de personas viviendo infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estas cifras pueden ser mayores, ya que en muchos países existe un sub registro de casos.<sup>(1)</sup>

Las características sociodemográficas de la enfermedad refleja que la mayoría de los pacientes afectados de SIDA son jóvenes y más del 50 % tienen de 15 a 24 años de edad. La infección por VIH constituye una causa importante de morbimortalidad, especialmente entre los adultos jóvenes, su extremada virulencia, ocasiona que la letalidad acumulada oscile entre 40-45 % de los casos declarados, lo que ha despertado el interés de la población logrando que de forma rápida el SIDA se convirtiera en un problema político y social de primer orden, a la par que la epidemia iba adquiriendo proporciones internacionales.

Es importante resaltar que la historia de la enfermedad ha sido profundamente estudiada en el ámbito individual, sin embargo, la historia social de la epidemia no ha sido abordada con la misma intensidad.

Cabe destacar, que tanto el número de casos de SIDA y como consecuencia las defunciones, presenta un aumento significativo cada año, solo en el año 2004 se presentaron 4.9 millones de personas infectadas con VIH, y el número de defunciones fue de 3.1 millones de personas. Se registran diariamente aproximadamente 14.000 nuevos casos de infección por el VIH y más del 95 % se produjeron en países en desarrollo.

La tasa de crecimiento de casos SIDA reportados en América es preocupante, según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 48,31 % de los casos corresponden a este continente. Por distribución geográfica corresponde a América del Norte como el primer sector continental, América Latina y el Caribe Anglosajón le siguen en orden descendente en números de casos. Al hacer la discriminación por países podemos contactar que Estados Unidos tiene el mayor porcentaje en casos de SIDA le siguen Brasil, México, Canadá y Argentina. (2)

Mientras en el Perú solo en Lima y Callao se encuentran entre el 70-75% de los afectados por el SIDA, según la OGE se tiene 31000 diagnósticos conocidos y se registran 1000 casos nuevos cada año, de todos estos casos se tiene que el porcentaje de varones infectados (80%) es mayor al de las mujeres (20%) incluso se afirma que por cada mujer infectada hay de 2-3 varones infectados.(3)

El enfermo con SIDA es aquel que sufre la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida, producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que es una enfermedad mortal. Este individuo es afectado biológica, psicológica, social y espiritualmente, por tanto, constituye la disfuncionabilidad, el sufrimiento, el rechazo al enfrentarse a una enfermedad

incurable, al embarazoso compromiso de revelar su estilo de vida a sus compañeros de trabajo, amigos, familiares y los profesionales de la salud.

Por todo esto y por lo que en la actualidad en cuestiones de salud se habla mucho sobre calidad de atención que se brinda a los usuarios y a la vez siendo la dimensión humana importante al brindar dicha atención, pues constituye la interrelación con el paciente y conforme va avanzando la ciencia y la tecnología nuestros cuidados de enfermería se van rutinizando y haciendo técnicos dejando de lado al paciente como ser humano sobre la enfermedad que padece, nos preguntamos ¿en realidad se cumple a cabalidad con esto? Especialmente cuando hablamos de un paciente que se encuentra en estadio SIDA, que es aquel que necesita más del personal de salud, teniendo en cuenta que este se enfrenta al proceso de muerte, lo cual aún es considerado un hecho negativo por nuestra sociedad, muchas veces evitando hablar de ello.

Si tenemos presente que uno de los derechos de los pacientes es recibir servicios de atención de salud de calidad, especialmente en sus momentos de agonía y la enfermera debe ocuparse de las consideraciones éticas y de la calidad de vida, proporcionando de este modo los cuidados a todo paciente que lo requiera, respetando así su derecho a morir con dignidad.

Basándonos en lo antes expuesto y en la experiencia pre-profesional hospitalaria donde se pudo evidenciar actitudes - de algunos profesionales- poco humanas, con falta de valores y ética que afectan directamente el estado del usuario. Estas actitudes que deshumanizan a enfermería son más notorias ante personas que se encuentran o que afrontan la enfermedad del SIDA y están afrontando el proceso de muerte inminente, siendo estas actitudes las que llaman más la atención originando la necesidad e importancia de evidenciar la presencia de la dimensión humana en la atención brindada por enfermería, buscando así contribuir a reforzar y mejorar la atención.



## **B.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Para el presente estudio de investigación se formula el siguiente problema:

★ *¿ Cómo es la Dimensión Humana en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del 3er nivel de Atención del MINSA, Enero – Febrero 2007?*

## **C.-JUSTIFICACIÓN**

La diseminación de la infección de la inmunodeficiencia humana y el SIDA muchas veces provoca una actitud de rechazo y otros sentimientos en las enfermeras que brindan atención a los individuos que la padecen, dejando en claro la falta de humanización, así mismo dicha enfermedad trae consigo la discriminación en el entorno laboral, escolar y familiar, lo cual acarrea un trastorno emocional en la persona, convirtiéndose esto en otra exigencia en la demanda de servicios de salud y de atención óptima del profesional de enfermería.

Por todo lo precedente, es que esta investigación tiene gran importancia, debido a que aborda el estudio de la presencia humana para satisfacer las necesidades físicas emocionales y espirituales de los enfermos que padecen esta mortal enfermedad destacando el papel que desempeña el profesional de enfermería en el cuidado del enfermo y sus familiares respetando su condición de persona sobre la enfermedad.

## **D.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **a) Objetivo General**

- ★ Determinar la presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA en hospitales del tercer nivel de Atención del MINSA.

### **b) Objetivos Específicos**

- ★ Identificar la presencia de la dimensión humana en la atención de la enfermera a pacientes en estadio SIDA en relación a la Personalización de la atención.
- ★ Identificar la presencia de la dimensión humana en la atención de la enfermera a pacientes en estadio SIDA en relación a la satisfacción de las necesidades biopsicosociales y espirituales del usuario.
- ★ Identificar la presencia de la dimensión humana en la atención de la enfermera a pacientes en estadio SIDA en relación a la comunicación efectiva con el paciente

## **E.-PROPÓSITO**

Luego de realizada la investigación se espera proporcionar información válida y confiable para mejorar la atención, específicamente en la dimensión humana y en el área emocional del paciente, que se encuentra en la fase crónica de la enfermedad del SIDA, a fin de motivar una actitud consciente y propiciar una atención integral.

## F.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

### a) Nacionales

Respecto a los antecedentes relacionados con el problema, se puede mencionar que no se encontró estudios de enfermería similares y con dicha población, pero se encontraron investigaciones que guardan relación y sirvieron como soporte a la presente investigación así tenemos:

La investigación realizada por **Silvia Becerra** en el año 1996 titulado “El Nivel de Atención Humanizada en el Actuar de la Enfermera en el Departamento de emergencia del HNCH” en el Perú, que tuvo como objetivo general: Determinar el nivel de atención humanizada en el actuar de la enfermera en el departamento de emergencia, el diseño de la investigación fue descriptivo de corte transversal, en una población de 10 enfermeras asistenciales en la que se concluyó que:

*“Del total de enfermeras investigadas en los 3 turnos de atención, el 10% alcanzaron un nivel medio de trato humanizado y el 90% un nivel mínimo.”<sup>(4)</sup>*

Otro estudio es el realizado por **Huapaya M., Vilchez L., Zeta V.** En el año 1996, en Perú, titulado “Expectativas del Paciente al Momento de la Admisión Respecto a la Atención de Enfermería Humanizada y su Percepción sobre la Calidad de la misma al momento del Alta en el Servicio de Cirugía del HNGAI” que tuvo como objetivo general: Determinar las expectativas del paciente respecto a la atención humanizada que brinda el profesional de enfermería y determinar la percepción de este sobre la calidad de atención al momento del alta. El diseño de la investigación es descriptivo prospectivo correlacional en una población de 40 pacientes, en la que se concluyó:

*“Las expectativas que se generan en el paciente al momento de la admisión respecto a la atención humanizada, que brinda el profesional de enfermería son de intensidad media con tendencia a baja como producto de un estereotipo de profesional que la sociedad genera en el desempeño profesional desensibilizado”*

*“Los pacientes que ingresaron con expectativas de media intensidad al momento del alta varían su intensidad a baja, lo que es explicado por el incumplimiento de la enfermera de los criterios de calidad humana en su atención”<sup>(5)</sup>*

## **b) Internacionales**

Dentro de los antecedentes bibliográficos extranjeros se encontró la investigación realizada por **Cardozo Castillo Ysrrael, Pérez Violeta y Reyes Martha Leonor**, en el año 1997, para optar al título de licenciado en enfermería, en la universidad Central de Venezuela, cuyo título es: “Participación del Profesional de Enfermería en la Satisfacción de las Necesidades Emocionales y Espirituales del Enfermo con SIDA” que tuvo como objetivo general: Determinar la participación activa del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales de los enfermos con SIDA, hospitalizados en la Unidad Clínica de Medicina del Hospital Central de Maracay (HCM), Estado Aragua. El diseño de investigación fue descriptiva de campo, a través de la cual se aplicó una encuesta a los pacientes con SIDA y un cuestionario al personal Profesional de Enfermería que labora en la Unidad Clínica de Medicina del Hospital central de Maracay, en el que se concluyó que:

*“Un alto índice, el 60%, de los profesionales de enfermería que atiende a los enfermos con SIDA, no identifican, jerarquizan, planifican, ni mucho menos ejecutan, acciones de enfermería que permitan satisfacer las necesidades emocionales y espirituales de esos paciente, lo que ocasiona que no se cumpla eficaz y cabalmente, como lo exige el Proceso de Atención de Enfermería, todos aquellos cuidados que inciden en el bienestar biopsicosocial de los pacientes afectados con esta enfermedad”<sup>(6)</sup>*

## **G.- BASE TEÓRICA**

### **1.- Calidad**

*“ Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie.” <sup>(7)</sup>*

Es un proceso de mejora continua gracias al mejor conocimiento y control de todo el sistema.

Es gerenciar / administrar una organización desde una perspectiva de sistemas, usando el conocimiento de las personas, la medición de los procesos y métodos científicos para optimizar la calidad de la performance organizacional, la calidad en la organización es definida por sus clientes.

Es el buen uso y máximo aprovechamiento de los recursos en los proceso, con el fin de mejorar continuamente la performance

organizacional, medida por la productividad de factores productivos para ser más competitivo.

Es mejorar los procesos por el mejor y más efectivo uso de los recursos.

*Calidad de atención:* es la clase de atención que se espera pueda proporcionar el máximo y más completo bienestar, es decir las actividades encaminadas a garantizar servicios accesibles y equitativos con prestaciones profesionales, técnicas, óptimas, teniendo en cuenta los recursos.

En lo referente al sector salud se han difundido varias definiciones, cada autor propone dos o cuatro componentes fundamentales. Entre las ideas más relevantes sobre la definición tenemos:

*“Es el desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la incapacidad y la desnutrición.” (8)*

Proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y perdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican con su cosmovisión y formación académica.

Para Donabedian<sup>(9)</sup>: la calidad de los servicios de salud es una propiedad y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención la cual puede dividirse por lo menos en tres elementos: La *calidad técnica* de atención, que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos. Las *relaciones interpersonales* que deben llenar valores y normas socialmente definidos que gobierna la interacción de los individuos en

general y en situaciones particulares, estas normas están reforzadas en parte por los dictados éticos de los profesionales relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. Y el *entorno* que abarca los procesos hosteleros cuya función es atender a los usuarios y facilitar la aplicación de los procesos clínicos y técnicos, brindando seguridad, limpieza, alimentación, lavandería, suministros, compras y almacenamiento.<sup>(10)</sup>

Mientras que para Maxwell la calidad comprende: accesibilidad, equidad, relevancia a la necesidad, aceptabilidad social, eficiencia y efectividad.

Para Black la calidad abarca: efectividad, eficiencia, humanidad y equidad.

### **1.1.-Dimensiones de la Calidad**

La calidad de atención siempre se ha enfatizado en dos dimensiones: una la dimensión técnica-científica y una dimensión administrativa, referida a las relaciones prestadores - consumidores pero estas dimensiones son de acuerdo a la conceptualización de calidad mediante el enfoque tradicional que se encontraba orientada exclusivamente al producto y lo consideraba responsabilidad de la unidad que la controla, en la actualidad se considera otra dimensión más que es la humana que va de acuerdo con el enfoque moderno de la conceptualización de calidad, que considera que la calidad afecta a todas las actividades y que la responsabilidad es de todos.

**1.1.1.- Dimensión técnico - científica**, que se refiere a “La práctica de los mejores estándares técnico científicos verificados en la atención en salud”, <sup>(11)</sup> se ha tratado desde los mismos comienzos de la medicina, siempre en búsqueda de las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la balanza calidad – ética,

riesgo – beneficio, principios que inspiraron trabajos como los de Nightingale cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea. O como análisis de la efectividad de las intervenciones quirúrgicas que era el interés de Codman a principios de siglo. (estos se pueden catalogar como los precursores modernos de la calidad en salud). En esta dimensión técnica – científica de la calidad, el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual presupone que la institución como mínimo garantiza estos aspectos y son las entidades de control y las agremiaciones científicas las llamadas a verificar que los profesionales y las instituciones de salud cumplan con parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros y con un mínimo de estándares.

**1.1.2.- Dimensión administrativa,** esta referida a las relaciones prestadores – consumidores que hacen relación a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Solo hasta los últimos años se ha venido a tratar este aspecto, que con los diferentes reformas en el sector salud y la entrada del sector en el mundo empresarial del libre mercado y la libre competencia, se empezó a evaluar este tema. Inicialmente se pasó por una etapa en la cual la demanda era mayor que la oferta por lo tanto se daba poca importancia a este aspecto y adicionalmente se cargaba el sobre costo de la atención al usuario y se le tenía poca importancia a lo que este pensaba del servicio, situación que fue cambiando con el aumento de la oferta de salud, quedando el reto de afrontar la competencia ofertando servicios con mayor calidad a menor precio.



**1.1.3.- Dimensión Humana**, este es un aspecto fundamental ya que la razón de ser de los servicios de salud es brindar una atención de calidad y garantizar la salud del ser humano. Por lo que hablamos que el objetivo de los servicios de salud debe ser personalizar la atención de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno, es decir colocarnos en el lugar del paciente buscando satisfacer sus necesidades y expectativas pero no sólo las de él, sino también las de sus familiares y todo aquel que lo rodee.

En esta dimensión, es el paciente quien es la fuente de control, debe tener la información necesaria garantizando que la entienda y la comprenda, dando así la oportunidad de ejercitar el grado de control para que sea él quien elija y decida libremente sobre los aspectos que afectan a su salud, pero para esto el paciente debe tener acceso a la información médica y conocimiento clínico para que tengan la claridad absoluta y objetiva, por lo que debe existir una comunicación efectiva con este.

El profesional no sólo debe poseer conocimientos teóricos sobre las funciones que le competen, sino que debe conocer la esencia de su profesión, en el caso de enfermería debe conocer el fenómeno de la comunicación, el impacto de la enfermedad en la vida de la persona, tanto a nivel cognitivo como conductual, debe ser conciente de las implicancias psicológicas, de las reacciones más frecuentes y específicas de cada enfermedad, de los problemas éticos asociados a muchas situaciones y de las consecuencias que pueden haber durante el cuidado al paciente, pues el personal de enfermería como cuidador no solo cubre las necesidades de higiene y mantenimiento vital, sino también las necesidades emocionales y psicológicas que surgen como consecuencia de la pérdida de la salud.

El profesional de enfermería debe poseer una actitud de empatía, amabilidad, respeto por la persona humana, paciencia y buena comunicación, como es en el caso de los pacientes con SIDA ya que se encuentran experimentando necesidades psicológicas como sentimientos de inferioridad y necesidades emocionales porque se sienten solos. La experiencia demuestra que la enfermera tiene un contacto más estrecho y directo con estos pacientes por lo que debe disminuir estas necesidades, tratándolos como seres humanos capaces de sentir, como Watson menciona en su definición de persona “ Ser que percibe, que vive experiencias y que está en continuidad en el tiempo y espacio y que comprende cuerpo, alma y espíritu”.<sup>(12)</sup>

En nuestra sociedad contemporánea se siente cada día la necesidad de humanizar el cuidado al paciente, pues la ciencia y la tecnología están avanzando y se están dejando de lado la actitud humanitaria en los profesionales de salud<sup>(13)</sup> además de la solidaridad y la sensibilidad del profesional de salud ante los problemas psico-sociales que el paciente trae cuando esta enfermo.

La enfermera debe comprender que su labor principal es diagnosticar las reacciones humanas, esto incluye brindar una atención de forma cálida, respetando los valores éticos del paciente retomando lo que constituye el gran reto de la ética en el mundo de la salud. La enfermera puede realizar acciones hacia un paciente sin sentido de tarea por cumplir o de obligación moral siendo una enfermera ética. Pero puede ser falso decir que ella ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: el espíritu de la persona. Cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida.

En la relación enfermero - paciente se genera una singular amistad, que requiere el ejercicio de: el respeto por la persona humana, actitudes de amabilidad, empatía, interés por sus necesidades afectivas, paciencia y comunicación adecuada durante dicha relación.<sup>(14)</sup> que convierta a la enfermera en un ser humano, perito en la ciencia y el arte de cuidar.

La deshumanización y la despersonalización son términos que hacen referencia sobre todo al grado de considerar como un objeto más al enfermo durante la atención brindada, la ausencia de calor en la relación humana, queda claro que en los profesionales de salud necesitan mantener una distancia afectiva, sin embargo los usuarios no deben experimentarlas como una negación de humanidad.

**a.- Personalización de la Atención,** Si entendemos que el personaje central de los servicios de salud es por supuesto el paciente cuyo termino significa “padecer”<sup>(15)</sup> y designa a las personas que reciben asistencia de enfermería, en este contexto, el profesional de enfermería precisa de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, para establecer la confianza que deposita el enfermo con la finalidad de recibir una atención óptima, sustentadas en las características de segura, oportuna, apropiada y libre de riesgo, fundamentada en la condición de persona en estado de necesidad, porque los enfermos con SIDA son seres con valor y dignidad que merecen aprecio, seguridad, amor, pertenencia y autoestima para reconocer y prestar apoyo a las estrategias de afrontamiento como: enseñarle los deberes y derechos que tienen como enfermo y proporcionarle la oportunidad de aprender acerca de la enfermedad además de tratarlos con respeto, resaltando la importancia de reconocer y responder a cada paciente en forma individual y variada es decir personalizando su atención pues cuando un paciente se presenta en un hospital con uno o más problemas de salud, también lo hace como persona y si tenemos en cuenta que las

necesidades de los paciente varían de acuerdo al problema, circunstancias relacionadas y experiencias anteriores es importante identificar dichas necesidades inmediatas al paciente con el fin de buscar su bienestar y el hecho de que este sea un aspecto subjetivo, resalta su mayor importancia como parte de la personalización además respetando su intimidad, sin dejar de lado la autonomía de este, reconociéndolo como un ser único, es decir tratándolo como una personalidad compleja y total, así mismo tomando en cuenta los principios bioéticos de enfermería.

Ante todo debemos tener presente a quién cuidamos, esto no es más que tratar al individuo como persona, centrar en ella nuestra atención sin dejarnos desviar por la patología, el catéter, el equipo, etc. La individualidad es lo que hace que una cosa de la misma naturaleza que otra, difiera de ella en el seno de la misma especie y género. El término persona se orienta hacia el “individuo de la especie humana”, el sentido más común que se da a este término es del “hombre en sus relaciones con el mundo y consigo mismo”. La persona es una totalidad, no una simple suma de cualidades. Desde la perspectiva de la orientación antropológica el paciente no sólo tiene una parte somática, psicológica y sociocultural, posee también una parte espiritual que le da unidad y lo integra al mundo de los valores y los principios fundamentales de la vida.

Una importante consecuencia sería el respeto por la privacidad del paciente, que puede ser lesionada por un tratamiento sin las medidas de protección para preservar dicha privacidad. El respeto por la libertad de expresión del paciente es básico en la humanización de la atención, aunque requiera también limitaciones, es el reconocimiento de que el enfermo es una persona autónoma que tiene control significativo sobre su situación física y cultural.

La participación de los pacientes en su recuperación es indiscutible y necesaria pero también es verdad que la angustia y el miedo los puede limitar para seguir las recomendaciones.

Todos los seres humanos son diferentes en parámetros como peso, color, lenguaje, etc, así como en la forma de pensar, la actitud ante su enfermedad, ante los problemas y ante la toma de decisiones sobre los mismos. Sin embargo, por tener en común la condición humana, todos tenemos los mismos derechos fundamentales. El primero de esos derechos protege la vida y la integridad física .

El enfermo con SIDA, ante el estigma social que vive, puede tener limitadas las manifestaciones de afecto y es importante y necesario que el profesional de enfermería promueva en la familia y el enfermo estas manifestaciones al identificar esta necesidad como también a través de un trato humano.

**b.- Satisfacción de la Necesidades Biopsicosociales y Espirituales del Usuario,** existen ciertas necesidades básicas que son comunes en todos los individuos y que precisan de atención, estas necesidades son los requerimientos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que encierra al ser biopsicosocial y considerarlo en forma holística, pero esto se logra de conformidad con el grado de prioridad que les corresponda, es decir existen algunas necesidades que son más importantes que otras y el ejercicio de la enfermería incluye aquellas acciones que se realizan con el fin de satisfacer las necesidades de servicios generales de salud de los pacientes, que pueden llevarse a cabo mediante la aplicación del los procesos de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente por lo que el cuidado consiste en la ayuda que se proporciona a personas enfermas o sanas para ejecutar actividades relacionadas con la satisfacción de

las necesidades fundamentales, pues cuando una persona no puede satisfacer sola sus necesidades la enfermera dirige sus atenciones a la zona de dependencia tratando de ayudar a mantener su integridad, así Virginia Henderson <sup>(16)</sup> postula que toda persona es un todo complejo, y que una necesidad es un requisito más que una carencia así tenemos: las necesidades son respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar lo peligros del entorno, comunicare con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender a descubrir y satisfacer su curiosidad.

La intervención directa e instrucciones a los pacientes y familia, para que ellos intervengan en los cuidados es también considerado como parte de la satisfacción del paciente, pero además se considera a la enfermera en su capacidad de solidaridad y colaboración poniendo en práctica la teoría de Jean Watson que enfoca su teoría en “La práctica del cuidado solidario que es fundamental en enfermería: es el núcleo que unifica el ejercicio”. <sup>(17)</sup> Los cuidados consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano empezando cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico de otra persona y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello de manera que le permita exteriorizar los sentimientos, pues así ayuda a la persona a conseguir su más alto nivel de armonía entre su alma, cuerpo y espíritu, Watson propuso diez factores para orientar la practica de enfermería: formación de un sistema de valores humanista, inspiración de sentimientos de creencia-esperanza; la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; la utilización sistemática del método científico

en la resolución de problemas en el proceso de toma de decisiones; la promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonales; la creación de un entorno mental, físico, sociocultural y espiritual de ayuda, protección y corrección; la asistencia en la satisfacción de necesidades humanas; el reconocimiento de fuerzas existenciales espirituales. (18)

Todo esto tanto en el paciente como con sus familiares respetando sus hábitos y costumbres haciendo uso a la vez de la enfermería transcultural y cuidados humanos de Madeleine Leiniger en la cual “Una de las mas grandes áreas de enfermería se centra en los estudios y análisis comparativos de las diferentes culturas y subculturas del mundo”. (19)

El cuidado transcultural está centrado en el cuidado humano, respeto de los valores culturales y de los estilos de vida de las personas.

Le profesional de enfermería como cuidador no solo cubre las necesidades de higiene y mantenimiento vital, sino también cubre las necesidades emocionales y psicológicas que surgen como consecuencia de la perdida de una buena salud, las acciones deben tener en consideración el bagaje sociocultural de cada uno de los pacientes. Debido al intimo contacto necesario para desempeñar las actividades de enfermería el concepto de asistencia es un componente importante, los aspectos de salud deben ir unidos a la compasión, la comprensión y el respeto por el paciente.

Para Ernestine Wiedenbach en su teoría “El arte de cuidar de la enfermería clínica” donde se dedica al aspecto de arte o ejercicio profesional que tiene la enfermería, centrándose en las necesidades del paciente cuyo objetivo es percibir la necesidad de ayuda que experimenta este, el cuidado es una mezcla de pensamientos,

sentimientos, acciones y percepciones para comprender a la persona su condición, situación y sus necesidades, con el fin de mejorarlos, prevenir la reaparición del problema y acomodarse con su ansiedad, incapacidad y angustia.

**c.- La comunicación efectiva,** es considerada parte elemental en la relación enfermero paciente pues de esta relación se obtendrá una perspectiva más clara de las responsabilidades y derechos de ambos en el proceso de decisión, además influye en la forma de tomar las decisiones y de resolver conflictos.

Es importante tener en cuenta que la comunicación es universal y sus requisitos son los mismos en cualquier lugar y dimensión: Un transmisor envía un mensaje a un receptor valiéndose de un medio o canal de comunicación. El receptor lo recibe y entiende, y envía una respuesta al transmisor, quien se da por enterado de que hubo comunicación entre ambos, por lo tanto, se dice que es mutua.

El proceso de comunicación dentro del cuidado es un elemento fundamental ya que permite establecer relación verbal y no verbal entre el paciente y la enfermera, siendo una expresión de la vida misma y cuidar es un acto de vida. La comunicación es posible sólo en un clima de libertad, en el que se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc. La comunicación que se debe establecer con el paciente, la familia y/o el grupo al que se le brinda cuidado, debe estar matizada de elementos tales como: Autenticidad de los interlocutores, respeto a la originalidad ajena, respeto a la originalidad propia, el deseo de compartir, la preocupación de hacer comprender, la actitud de escuchar y de atención permanente



Existen distintos tipos de comunicación.

- ★ Comunicación *lingüística escrita*, cuando el código empleado es lingüístico escrito. Por ejemplo, la correspondencia por carta.
- ★ Comunicación *lingüística oral*, cuando el código empleado es lingüístico oral. Por ejemplo, cuando conversamos.
- ★ Comunicación *no lingüística visual*, cuando el código empleado es no lingüístico visual. Por ejemplo, la publicidad.
- ★ Comunicación *no lingüística gestual*, cuando el código empleado es no lingüístico gestual. Por ejemplo, los gestos que utilizamos a diario.
- ★ Comunicación *no lingüística acústica*, cuando el código empleado es no lingüístico acústico. Por ejemplo, la bocina de la micro.

Dentro de este proceso de comunicación, en la relación de enfermero paciente la mirada y la voz de quien cuida son indicadores de cuidado para quien es cuidado. Pero también es importante saber escuchar, que es una habilidad necesaria e imprescindible para la comunicación oral, pues generalmente no escuchamos bien porque no utilizamos toda nuestra capacidad de escuchar y no desarrollamos la habilidad para hacerlo, pues no es más que dejar hablar; dar tiempo al interlocutor para exponer en la medida y en el modo que considere oportuno su pensamiento y su estado de ánimo, no interrumpirlo y dejarlo terminar. Saber escuchar es difícil, Pero es valioso encontrar un enfermero que sepa hacerlo, sobre todo en los momentos difíciles de la vida. Los cuidadores de la salud se ven en la obligación de aprender a escuchar con todo el ser. Saber escuchar no es un comportamiento activo, requiere superar dificultades porque la verdadera escucha tiene su origen en actitudes interiores, que no son

de ninguna manera innatas, sino que hay que formarlas para poderlas adquirir, existen tres niveles de escuchar que son deficientes :

- ★ ***Escuchar desconectada***; en la cual participa todo el cuerpo oyendo las palabras, pero no la mente, lo cual hace que no comprendamos nada, por ejemplo: al acercarse un familiar a preguntar algo y estamos haciendo las notas de enfermería.
- ★ ***Escuchar competitivo***; en la cual el perceptor mientras escucha, idea algunas respuestas, interrumpe y emite opiniones comprendiendo mal lo que se esta hablando. Por ejemplo: cuando el paciente quiera hablar con la enfermera y esta lo interrumpe no dejándole concluir la idea.
- ★ ***Escuchar verbal***; en el cual se perciben las palabras pero no se toma en cuenta el tono, los gestos, la postura es decir toda la parte no verbal. Por ejemplo el paciente pregunta sobre su estado y la enfermera solo mira el reloj o escucha con los brazos cruzados.

Pero existe un nivel que es considerado el más importante y más eficiente para escuchar por el que se debe poner en práctica, junto con la respuesta asertiva este es :

- ★ ***El escuchar empático***; en el cual se percibe las partes verbales y no verbales así como las emociones llegándose a lograr el mayor grado de comprensión.

El reconocimiento del otro en el llamado de cuidado es un elemento primordial en la relación enfermera paciente. El desarrollo de estas características facilita la empatía considerada como la esencia del cuidado. Esta no es más que una condición que otorga al ser humano la

capacidad para penetrar en la intimidad del paciente, una facultad del espíritu que germina en todos los seres humanos. La existencia de la empatía radica en un saber de nosotros mismos y de nuestro prójimo, un saber sobre la vida humana que tiene como base el individualismo.

La empatía no es un comportamiento que pueda ser adoptado a voluntad según las necesidades del momento. Está determinada por convicciones, valores y necesidades profundamente arraigadas en la organización personal, es decir, tiene que ver con lo que pensamos, con lo que sentimos y con lo que hacemos, es decir, tiene que ver con lo que somos.

En el proceso interpersonal Peplau describe los cuidados de enfermería como “un proceso interpersonal terapéutico”<sup>(20)</sup>, se trata de una relación humana y supone ayuda y asistencia, la interacción se realiza entre dos personas que tiene un objetivo en común.

Así como para Joyce Travelbee<sup>(21)</sup> en su La teoría refuerza la relación terapéutica que existe entre la enfermera y el paciente. La importancia que concede a los cuidados, que refuerzan la empatía, la simpatía y la compenetración, se centra en el aspecto emocional.

## **1.2 .- Competencias de la Calidad Asistencial**

***Eficiencia***, que es brindar una atención optimizando los recursos con los que se cuenta.

***Adecuación***, significa pertenencia de los servicios ofertados en relación con las necesidades de los usuarios, en esto la cantidad de servicio, el número de profesionales, los medios y la terapéutica tienen importancia para la valoración de la calidad.

**Accesibilidad**, consiste en la posibilidad de disponer de los servicios o del profesional que se precise, además de la existencia de condiciones para poder obtener la atención y si cuenta con los medios de comunicación.

**Competencia**, comprende los conocimientos y habilidades presentes en cada uno de los trabajadores, que reflejan la práctica profesional y admiten al igual que otras características una diferencia en grados de mayor o menor competencia, es decir, desde un adecuado dominio de las aptitudes necesarias para atender al usuario por parte de cada profesional.

**Relaciones personales**, es el componente más importante, incluye la relación y comunicación entre las personas tanto los que prestan servicios y los que demandan o reciben, influyen en la calidad y se traduce en las condiciones presentes en la atención de trato individual, personalización del cuidado, cortesía, corrección en la comunicación y respeto a los valores, opiniones y creencias.

**Seguridad**, consiste en la ausencia de riesgos, es decir aquella que tiende a minimizar o hacer imposibles los riesgos potenciales o reales, evitándolos por lo que se considera un componente esencial que se basa en cuestiones organizativas, normas y procedimientos, parte de esto reside en la confidencialidad de la información referida a los usuarios que garantiza la ausencia de riesgos para la integridad del paciente.

**Comodidad**, consiste en el espacio del paciente, la hostelería que se le brinda, pues la atención sanitaria se aprecia o valora por las condiciones de confort que la acompañan y en este aspecto la opinión del usuario es de especial relevancia.

**Satisfacción**, este componente se valora a través de dos vertientes de la satisfacción del usuario y del profesional, este último es un componente de la calidad que se relaciona principalmente con las condiciones organizativas, tecnológicas y de relación interpersonal en la que desarrolla su trabajo, es un condicionante para la calidad, en relación con la

motivación, si el personal esta satisfecho con su trabajo. Mientras la satisfacción del usuario tiene mucha complejidad, pues es un elemento que permite establecer limites y criterios de cada actividad y el resultado en si misma, la satisfacción define y sirve como aspectos a valorar la calidad de atención y a la vez se considera un producto de la atención sanitaria.

## **2 .- Enfermería**

Es una profesión que se define como vocación, llamada a forma de empleo que provee un servicio necesario a la sociedad y con características de capacidad, autonomía, preparación académica amplia, compromiso y responsabilidad.

En el enfoque interno los enfermeros se ven a sí mismo como profesionales desde dentro de su ocupación observan al profesionalismo de 2 maneras: dentro de la orientación profesional de su función que enfatiza una vocación de servicio o un sentido altruista; o desde una estimación profesional personal, la cual considera al avance personal dentro de la profesión.

Actualmente los expertos han definido a la enfermería como un arte y una ciencia, para la American Nurses Asociation (ANA) la enfermería es como: “El diagnostico y tratamiento de las reacciones humanas a la salud y la enfermedad” (22)

Así mismo para la enfermería el servicio tiene el significado de dedicarse a brindar atención al paciente o cuidado del enfermo cumpliendo con los criterios de servicio sin discusión alguna. Hall en 1968 comparó los resultados al analizar algunos profesionales y encontró que maestro, trabajadores sociales y enfermeros están convencidos profesionalmente del servicio al público y tiene un sentido de vocación hacia los requerimientos de su área.(23) Los enfermeros inciden en la necesidad de un servicio orientado a

las necesidades del cliente y de hecho en el entrenamiento original de enfermería el enfoque central fue el servicio.

## **2.1.- La Atención en Enfermería**

La atención de enfermería abarca desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de enfermedad y salud, basado en un compromiso moral entre enfermera y paciente para lograr el bienestar integral de este.

La función de la enfermera es conservar, promover, recuperar y rehabilitar el estado de salud del paciente, este cuidado se da en una acción psicodinámica que se desarrolla en estadios de dependencia y finaliza cuando el usuario goza de total independencia, estos cuidados son de carácter integral porque las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y cultural que al no ser satisfecha puede afectar al ser humano como un todo.

Se considera que el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y población en general, se refieren a la propia definición de salud y a las influencias del paciente, familia y sistema de salud, donde enfermería asume este compromiso mejorando los procesos asistenciales y administrativos.

La preocupación en el control de la calidad de los servicios de salud, a estado siempre integrada por la enfermera que incide en numerosos factores de la estructura y procesos de calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados.<sup>(24)</sup>

*Estructura:* entre estos factores se encuentran:

\*La representación de Enfermería en los diferentes niveles administrativos del Sistema de Salud.

\*Participación activa en la elaboración de Programas de Salud y Normas.

\*Participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas.

*Procesos:* Enfermería incide en numerosos procesos relacionados con la calidad de atención:

\*Aplica la atención de Enfermería, basada en los Programas, Normas y Reglamentos.

\*Participación en las Comisiones de acreditación docente de las áreas preventivo-asistenciales.

Con frecuencia los resultados son valorados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia). Todos los factores donde Enfermería participa en la calidad de atención se relacionan directamente con el cumplimiento de los objetivos sobre calidad del sistema de salud.

El buen desempeño profesional tiene un impacto técnico y social; el uso eficiente de los recursos un impacto económico: garantizar el mínimo de daños y la satisfacción del paciente y familiares, ambos vinculados al impacto social del sistema.

## **2.2.- Principios Éticos de Enfermería**

La ética es el estudio de la disciplina de los valores morales en la conducta humana y los principios que pretenden convertirse en rectores de los mismos, ocupándose del por qué de la acción, antes que establecer si es correcta o equivocada, por lo tanto cuando hablamos de principios éticos nos referimos a las directrices generales que gobiernan la conducta,

proporcionan una base para el razonamiento y dirigen las acciones teniéndose en cuenta cuatro de estos que son los más importantes:

**2.2.1.-Autonomía:** en la atención en salud se traduce en la libertad para tomar aquellas decisiones que afectan al cuerpo de cada uno sin cohesión o la interferencia de los demás, considerándolo como un derecho humano básico de la libertad de elección o autodeterminación que se experimenta en todas las etapas de la vida.

La obligación de los profesionales de salud es respetar los valores, pensamientos y acciones de los pacientes y no permitir que sus propios valores o su propio moral influyan en las decisiones terapéuticas.

**2.2.2.- Justicia:** que es entendido como distribución equitativa de los recursos, pero en la asistencia de salud se refiere a la distribución dividida de bienes y servicios, este principio nos orienta a brindar a nuestros usuarios, el cuidado que requieran, es necesario que reciban la tensión con calidad y en el momento adecuado.

**2.2.3.- Beneficencia:** esta orientado a hacer el bien y dar bienestar, consiste en dar todo aquello que sea favorable a las personas.

**2.2.4.- No maleficencia:** consiste en no causar daño, nos debemos asegurar de que ningún acto u omisión de su parte o dentro de su esfera de responsabilidad, resulte nocivo para los intereses, afecciones o seguridad de los pacientes, es rechazar conductas inapropiadas.

### **3.- SIDA**

SIDA quiere decir SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, es una enfermedad compleja debida a múltiples interacciones que



ocurren entre el VIH y el huésped, este virus destruye las células del sistema inmune de la persona interfiriendo con la capacidad del cuerpo de luchar efectivamente contra las infecciones oportunistas es decir produce inmunodepresión que lo conlleva a la muerte.

El daño que sufre el sistema inmunológico es tan grave que los enfermos de SIDA se contagian muy fácilmente con cualquier microbio, incluso de aquellos denominados oportunistas que normalmente no provocan enfermedades en las personas sanas. También en estos pacientes con SIDA muy fácilmente pueden aparecer cánceres, como consecuencia de estos hechos los pacientes fallecen infectados por bacterias, hongos, otros virus o por cánceres.

El virus que lo produce es de tipo ARN de la familia de los retrovirus por transcribirse el ARN a ADN y de la subfamilia de los lentivirus que se caracteriza por producir enfermedades lentamente, progresivas y fatales.

La estructura se caracteriza por presentar:

- a) 2 cadenas de ARN con una enzima transcriptasa inversa y una integrasa.
- b) El core de proteínas virales que envuelve el ARN: p24 en la cápside y p17 de la matriz.
- c) Rodean al core las proteínas envoltantes de una doble cadena fosfolipídica derivada de la membrana celular del huésped y que incluye las glicoproteínas gp41, gp120 y gp160, esta última que es fundamental para el reconocimiento de las células blancas.

Se han identificado dos formas de virus el VIH-1 que es el más común y el VIH-2 que causa una enfermedad menos agresiva.

***En su fisiopatología:*** el VIH tiene la propiedad única de convertir el ARN que posee en ADN capaz de integrarse al genoma de la célula que

infecta, esta propiedad reside en la acción de la enzima conocida como transcriptasa inversa. Existen dos tipos de células que son el blanco principal de la infección del VIH y son los linfocitos T - CD 4 y los macrófagos de los tejidos, para que estos penetren en la célula se debe producir la fusión de las membranas viral y celular por la interacción del virus con al menos 2 tipos de receptores. El receptor específico y común es una proteína que se encuentra en la superficie de las células diana que se denominan CD4 que se cree que tiene una gran afinidad de la env. Gp120 viral más que por un ligando natural, estas moléculas se encuentran en gran cantidad en los linfocitos T- CD4 y menor en los monocitos.

Una vez que tiene lugar la interacción entre la gp 120 y los receptores, se produce la fusión entre las membranas de la célula y el virus que tiene como responsable a la gp41 que se inserta en la membrana celular permitiendo la internalización de núcleo cápside del virus y la desencapsidación de su genoma, posteriormente se produce la replicación por la transcriptasa inversa del virus formando la primera cadena del ADN, la segunda cadena requiere de la acción de la ribonucleasa H la cual se integra por medio de la integrasa viral en el ADN de la célula que puede permanecer latente o empezar multiplicarse.

Luego de la exposición inicial al virus el enfermo experimenta un síndrome viral agudo con fiebre, artralgias, adenopatías y dolor faríngeo más viremias masivas, lo cual desencadena una respuesta de anticuerpos, el poder citopático del VIH se manifiesta en deterioro funcional del linfocito infectado e incluso en los no infectados. En su máxima expresión destruye las células huésped y de esta manera en un periodo variable depleta de linfocitos CD4 al sistema linfático como las células T coordinan la respuesta inmune de otras células la consecuencia es una inmunodeficiencia progresiva y profunda , el descenso de los CD4 a niveles inferiores a  $200 \times \text{mm}^3$  virtualmente paraliza el sistema inmune dejando al huésped a merced de infecciones por patógenos comunes y oportunistas favoreciendo la aparición de neoplasias.

### **3.1.- Estadios Clínicos**

El diagnóstico de estadio evolutivo es clínico y depende del tipo de manifestaciones y complicaciones presentes en cada paciente en un momento dado de la evolución de la enfermedad.<sup>(25)</sup>

#### ***Estadio I o Infección aguda***

Se da entre 3 y 6 semanas después de producida la infección y puede ser asintomático o presentar síntomas inespecíficos. La serología en ese momento suele ser negativa.

#### ***Estadio II o Infección asintomático***

Conocido también como estadio de “portador”, el infectado no tiene manifestaciones clínicas, pero se ha producido la seroconversión detectándose anticuerpos en sangre periférica.

#### ***Estadio III o Poliadenomegalia generalizada***

Se trata de un paciente seropositivo para VIH con un síndrome poliadenomegálico que compromete por lo menos dos territorios superficiales extrainguinales. Las adenopatías tienen más de 1cm de diámetro y persisten por más de 3 meses sin una causa demostrable.

#### ***Estadio IV o SIDA***

El estadio final de la infección por VIH está determinado por la presencia de síntomas y signos del síndrome constitucional o la comprobación de infecciones oportunistas (las que más frecuentemente vemos en la práctica son la neumonía a *P. carinii*, la toxoplasmosis encefálica, tuberculosis en distintas formas) o neoplasias propias de esta etapa.

Es aplicable otra clasificación que combina los niveles de linfocitos T4 en sangre periférica con diversas entidades clínicas que definen como SIDA a todos los casos en los que los niveles de linfocitos T4 sean inferiores a  $200/\text{mm}^3$  o linfocitos  $< 14\%$ . De este Sistema de Clasificación y Definición Ampliada de Infección VIH surgen 9 categorías, en las que todos los pacientes que estén en los grupos A3, B3 o C es decir los que tienen  $< 200$  linfocitos T - CD4, son diagnosticados como SIDA.<sup>(26)</sup>

*Subgrupo A* . Enfermedad caracterizada por la presencia de fiebre de más de un mes de evolución y/o pérdida de peso basal mayor del 10% y/o diarreas de más de un mes de evolución.

*Subgrupo B* . Enfermedad neurológica definida por demencia y/o mielopatías y/o neuropatía periférica, en ausencia de patologías concurrentes que pudieran determinarlas.

*Subgrupo C* . Enfermedades infecciosas secundarias.

*Categoría C1* . Enfermedades marcadoras de SIDA como *Pneumocystis carinii*, toxoplasmosis, candidiasis (esofágica, bronquial o pulmonar), histoplasmosis, enfermedades por Citomegalovirus , etc.

*Categoría C2* . Otras enfermedades infecciosas: leucoplasia oral, herpes zoster, bacteriemia recurrente a salmonella, tuberculosis, candidiasis oral.

*Subgrupo D* . Neoplasias secundarias : sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodkin, linfoma primario de cerebro.

*Subgrupo E* . Otras condiciones : toda otra enfermedad no clasificable en los grupos precedentes, atribuible a HIV e indicativa de deficiencia de la inmunidad celular sin otra causa aparente.

Las localizaciones más frecuentes de las noxas mencionadas son: Aparato Digestivo, Aparato respiratorio, Manifestaciones cutáneo mucosas, Sistema Nervioso Central.

### **3.2.- El VIH/SIDA como enfermedad crónica**

Desde que se inició el tratamiento antirretroviral que previene las infecciones oportunistas el VIH se considera un trastorno crónico, los enfermos con incapacidad crónica derivada de dicha infección a menudo experimentan fatiga, menor resistencia, pérdida de peso, edema, ceguera y dificultad para poder deglutir los cuales desembocan en diversos grados de deterioros funcionales.

Casi todos los enfermos que sufren de SIDA presentan al menos una infección oportunista, pero muchos de estas se tratan con éxito sin embargo algunos no se recuperan por completo y tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades subsecuentes o cáncer. Si dichas infecciones no se resuelven se convierten en crónicas.

Las personas que llegan a las fases terminales de la infección por VIH/SIDA presentan inmunocompromiso grave, son habituales las infecciones múltiples, tanto las locales como diseminadas que afectan diversos sistemas y aparatos. Muchos de ellos padecen de desnutrición grave como resultado de la mala absorción gastrointestinal y efectos de las infecciones oportunista, también son frecuentes la insuficiencia pulmonar, renal, hepática y la maceración cutánea por inmovilidad, los déficit neurológicos suelen avanzar hasta el coma y en último la muerte.

A menudo los sujetos con infección por VIH o SIDA en etapas avanzadas tiene que dejar de trabajar, no pueden conservar sus funciones ni cuidar de sí mismos.

### **3.3.- Características Según Dependencias**

Los pacientes que se encuentran con SIDA en su mayoría son dependientes por las enfermedades oportunistas que se presentan, por lo

cual requieren de cuidados ya que también tiene necesidades así como otro paciente la diferencia radica en que se debe atender con la mayor prontitud y habilidad, teniendo muy presente las medidas de bioseguridad, especialmente los medios de barrera ya que así protegemos al paciente de contraer enfermedades oportunistas como también protegemos al personal que lo atiende todo esto a fin de lograr su bienestar, propiciando cambios vitales importantes que requieren para la satisfacción de las mismas, para esto hay que verlo como una persona con valor y dignidad, ayudándolo a sentirse a sí mismo como una persona.

### **3.4.- Reacciones Emocionales de los Pacientes con SIDA**

Los pacientes que tienen SIDA, deben afrontar la enfermedad y su tratamiento mediante distintas reacciones psicológicas que interfieren con la tolerancia al tratamiento, se enfrentan al miedo, debilitamiento, infección y muerte, haciendo que este miedo que sientan muestre una dependencia excesiva o requiera de la ayuda constante del personal de salud, en aquellos en los que el tratamiento es ya ineficaz y la enfermedad progresa se enfrentan a sentimientos próximos a la muerte como: son el rechazo, angustia, ambivalencia y búsqueda de un sentido para la existencia. También se enfrentan al miedo de abandono social, pues temen al rechazo por parte de la sociedad, la pérdida de los compañeros de trabajo y el abandono de amigos íntimos, lo cual supone un aislamiento, el sentimiento de culpa sobre la conducta sexual anterior que puede haber sido la causa del contagio de la enfermedad.

### **3.5.- Cuidados paliativos para las personas con el VIH/SIDA**

Los cuidados paliativos son un concepto de “atención que combina una serie de terapias con la finalidad de conseguir la mejor calidad de vida

posible para los pacientes y sus familias que están sufriendo enfermedades que ponen en peligro su vida y que en ultimo términos son incurables.”(27)

A través del tiempo se ha demostrado que estos cuidados pueden disminuir el sufrimiento intenso y prolongado de las personas que viven con el VIH/SIDA, pues es una enfermedad muy variable e impredecible, con gran variedad de complicaciones potenciales además algunos pacientes no presentan los mismos síntomas graves durante mucho tiempo, otros experimentan periodos de dolencias agudas, entre otras que colocan su vida en peligro durante toda la infección. Y estos cuidados procuran buscar le equilibrio entre el tratamiento y el control de los síntomas y enfermedades crónicas.

### **3.6.- Consideraciones Emocionales y Éticas en las Enfermeras**

Las enfermeras en todos los hospitales pueden ser llamadas para proporcionar cuidados a los pacientes con SIDA, al hacerlo no solo se encuentran ante los retos físicos de esta enfermedad sino también ante muchas preocupaciones emocionales y éticas, las cuales abarcan temor al contagio, responsabilidad al proporcionar cuidados, aclaración de valores, confidencialidad, etapas de desarrollo del paciente y de quien lo atiende.

A la mayoría de los enfermos con SIDA se les considera de conductas estigmatizadas, y como esto va en contra de muchas creencias religiosas, en contra de los valores individuales y morales, existen enfermeras que se oponen a proporcionarles asistencia además el personal asistencial siente temor y ansiedad por la posibilidad de transmisión de la enfermedad a pesar de los conocimientos que tienen en cuanto al control de la infección.

Las enfermeras son responsables de proteger el derecho de los pacientes, a la privacidad al salvaguardar la información.

A diferencia del cáncer u otras enfermedades, el SIDA abarca mas aspectos de controversia que significan un reto para los sistemas legales y políticos así como para las creencias religiosas y personales, por lo que muchas de ellas entran en un estado de estrés originado por los cuidados que le proporcionan a pacientes con esta enfermedad.

#### **4.- Niveles De Atención**

Se considera que nivel es operar un plano que permite poner en equilibrio y la atención es la acción de aplicar o acoger favorablemente a fin de satisfacer una necesidad entonces podemos decir que nivel de atención es el conjunto de actividades o acciones de salud al alcance del individuo, familia y comunidad con el fin de satisfacer las necesidades básicas de salud.

Existen tres niveles de prevención que forman parte del sistema de servicios de salud y es la forma de acceso al usuario entonces los niveles de atención son de mayor complejidad, pues para que sea eficaz es necesario apoyarse en el sistema de referencia de pacientes, supervisión técnica, medidas de apoyo y adiestramiento de personal.

Dentro de los niveles de atención se tienen que son cuatro:

**a.- Primer Nivel de Atención:** es aquel al que acude todo usuario en primer lugar, pues es el más cercano al lugar donde vive, es decir esta formado por los centro y puestos de salud de la comunidad, en el que la función de enfermería es de reducir la propagación de infecciones y mejorar el estado de salud de la población, es decir se enfoca en promover la salud.

**b.- Segundo Nivel de Atención:** es aquel al que el usuario es enviado con un sistema de referencia, es decir se encuentra formado por lo hospitales locales, donde la función de las enfermeras son solo las esenciales, es decir la enfermera desempeña la función asistencial ayudando a las personas enfermas o no en actividades que contribuyen a la salud y/o recuperación.



**c.- Tercer Nivel de Atención:** son aquellos hospitales regionales o generales que cuentan con varias especialidades en la atención, en el que las enfermeras definen su función en términos en que proveen en forma controlada una amplia gama de servicios a los pacientes y sus familiares, teniendo el enfoque de proporcionar un cuidado directo al paciente en un ambiente que promueva su estado de autonomía y colaboración con otros profesionales de salud, también interviene en el marco de cuidados agudos y crónicos.

Satisfacer las diversas necesidades de los pacientes obliga a la enfermera a desempeñar numerosos papeles como: cuidador, coordinador, maestro, defensor, colaborador y administrador.

En el papel de cuidador, la enfermera proporciona atención física a los pacientes y en los papeles de coordinador de la asistencia y administrador, adquiere los recursos necesarios para garantizar que el paciente reciba una asistencia de enfermería de calidad en el momento adecuado y con eficacia. Como planificador de altas, garantiza la continuidad de una asistencia adecuada una vez que el paciente abandone la institución. como educador y defensor o consejero del paciente, las obligaciones de la enfermera van desde la simple instrucción en aspectos de higiene hasta la organización y dirección de grupos de apoyo a los pacientes y sus familias, así como de definir y defender y promover los derechos de este. La enfermera también desempeña un importante papel como colaborador, ya que constituye el enlace vital entre los distintos grupos de profesionales y el paciente.

En este nivel de atención la enfermera tiene la distinción peculiar de responsabilizarse del paciente durante el tiempo que permanezca hospitalizado, cuida de los pacientes desde su ingreso durante las 24 horas del día y sin excepciones.

**d.- Cuarto Nivel de Atención:** son aquellos hospitales especializados en un área específica o también son considerados institutos, en el que la función de enfermería recibe una educación avanzada en especialidades, es decir se preparan como especialista y practican dentro de un área circunscrita de cuidados, sin dejar de lado los papeles de cuidador, maestro, coordinador, colaborador, defensor, administrador.

#### **G.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.**

**Enfermeros:** Profesional de la Salud responsable del cuidado y/o satisfacción de las necesidades de quienes requieren servicios de salud, como son los pacientes que se encuentran estadio SIDA.

**Pacientes en estadio SIDA:** Son las personas con enfermedad del SIDA avanzado, con graves dificultades debido a la posibilidad de que cualquier órgano sea blanco de infecciones o cánceres si es que ya no los presenta, es decir con presencia de enfermedades oportunistas.

**Dimensión Humana en la Atención de enfermería:** Actuar de la enfermera para proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, satisfaciendo sus necesidades, adecuándose a las expectativas del usuario, manteniendo la calidad de vida.

**Hospitales de Tercer Nivel de Atención:** Son aquellos hospitales regionales o generales que cuentan con varias especialidades entre ellas infectología.

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **A.- Nivel, Tipo y Método de Investigación**

El diseño metodológico a utilizar en el presente trabajo es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo y de corte transversal.

Aplicativo por que se concentra en la solución de un problema inmediato; su objetivo final es la planeación sistemática de un cambio.

Cuantitativo por que hace referencia a un conjunto general de procedimientos ordenados y disciplinados que se utilizan para adquirir información, es decir los datos son cuantificables, estudia fenómenos observables y medibles, a través de técnicas estadísticas.

Descriptivo porque nos permitirá presentar los hechos que están dirigido a determinar como está la situación de las variables a estudiar en la población y se considera el más apropiado para el problema y objetivos además de las características de la variable descritos en el estudio que permitirán determinar la presencia de la dimensión humana en la atención de las enfermas a pacientes con SIDA en hospitales de tercer nivel.

Transversal por que se realizara en un determinado periodo de tiempo.

## **B.- Descripción del Área de Estudio**

El área de estudio son los hospitales de 3º nivel de atención en salud del MINSA, teniendo entre ellos a los siguientes: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, perteneciente a la DISA centro, ubicado en la avenida Alfonso Ugarte N° 800, frente al hospital San Bartolomé, El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión perteneciente a la DISA Callao, ubicado en avenida Colina Bellavista.

Todos los Hospitales antes mencionado se encuentran categorizados como hospitales del tercer nivel de atención, todos cuentan con los servicios de medicina en los cuales encontramos pacientes con VIH/SIDA, los cuales acuden por enfermedades oportunistas, más que por problemas de la misma enfermedad.

Es por todas estas características que se escogió como área de estudio a estos hospitales, ya que la afluencia es mayor y cuentan con pabellones exclusivos para este tipo de pacientes, en el cual creemos será oportuno para el estudio.

## **C.- Población y Muestra**

La población total estuvo formada por las enfermeras de los hospitales: El Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los servicios de medicina, de acuerdo a los datos estadísticos por servicio que hayan tenido más pacientes con SIDA (pabellón 1i, 1ii, 2i y 2ii de medicina), El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en los servicios de medicina.

La muestra poblacional de estudio estuvo constituida por las enfermeras que trabajan en los servicios de infectología y medicina, siendo un número total de

40 enfermeras, por lo cual, por tratarse de una población pequeña se determino no extraer una muestra.

***Dentro de los Criterios de Inclusión y Exclusión:***

***Inclusión:*** enfermeras que tengan experiencia laboral más de 2 años, que trabajen actualmente en el servicio seleccionado, que hayan trabajado en el área asistencial más de 1 año, que actualmente se dediquen al área asistencial.

***Exclusión:*** enfermeras que no trabajen en el servicio seleccionado, que lleven trabajando menos de 1 año, que solo hayan trabajado en el área administrativa y no asistencial, que en la actualidad se dediquen al área administrativa.

**D.- Técnica e Instrumento**

La técnica que se utilizó para recolectar datos que permitieran establecer la relación con el objeto o sujeto de estudio fue un cuestionario (anexo C) que nos permitió tener un registro escrito sobre las actitudes humanas de las enfermeras.

El instrumento que se utilizó es una escala actitudinal tipo likert modificado que contiene todos los parámetros elementales a evaluar en la atención a los paciente más los cuidados elementales para el paciente con SIDA.

La escala actitudinal permite al sujeto a través de su conducta colocarse en la situación de prueba consciente o inconscientemente a lo largo de la variable, además de ser considerada una escala aditiva que corresponde aun nivel de medición ordinal, consistente en una serie de ítems ante los cuales se solicita la reacción del sujeto.

El instrumento consta de 3 partes: la primera que consta de la presentación y el propósito que se desea alcanzar, la segunda consta de la identificación o

datos generales y la tercera que contiene los datos específicos de acuerdo a la dimensión humana.

Para la elaboración del instrumento se partió de la variable “Presencia de la dimensión Humana en la Atención de la enfermera...” elaborándose para tal efecto 31 ítems.

La validez del contenido y constructo del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos, participando profesionales de enfermería, luego se aplicó la tabla binomial para establecer el grado de concordancia, posteriormente se realizó la prueba piloto con el fin de determinar la validez estadística del instrumento mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson (anexo G) quedando finalmente 29 ítems, la confiabilidad se determinó a través de la aplicación de la prueba de Alfa de Cronbach (anexo H)

#### **E.- Plan de Recolección de Datos**

Para el procedimiento de recolección de datos se realizaron coordinaciones con los hospitales a fin de obtener las facilidades, para dicha procedimiento se coordinó previamente con la Escuela Académica Profesional de Enfermería facilitando la presentación de un oficio dirigido al director general de cada hospital a fin de obtener la autorización para la realización del estudio. Posteriormente se realizaron las coordinaciones pertinentes con las jefas de departamento de enfermería de cada hospital y a la vez con la jefa de cada servicio para darle a conocer los fines del estudio e iniciar la recolección de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo en un periodo aproximado de 40 días, en las cuales se asistió a los servicios de medicina en los diferentes turnos, para realizar el cuestionario a las enfermeras que se encontraran de turno.

## **F.- Plan De Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de Datos**

Luego de concluida la recolección de datos se procesaron de forma manual previa elaboración de libro de códigos (anexo D) haciendo uso de una hoja matriz para dicho vaciamiento.

Para el procesamiento de la información se consignó una puntuación que va desde 1 – 4 para cada una de las respuestas en caso positivo o negativo clasificándose mediante la categoría tal como lo estipula la escala de likert.

La presentación de los hallazgos se realizaron mediante cuadros y/o gráficos estadísticos así como para el análisis e interpretación de estos se considero el marco teórico. Para la medición de la variable se aplicó el promedio del mismo modo para sus dimensiones. (anexo I)

### **Dimensión Humana General**

(Total 116 p.)

Presente: 88 – 116 puntos

Ausente: 29 – 87 puntos

### **Dimensión Humana en la Personalización de Atención**

(Total 32 p.)

Presente: 29 – 32 puntos

Ausente: 8 – 28 puntos

### **Dimensión Humana en Satisfacción de las Necesidades**

(Total 44 p.)

Presente: 34 – 44 puntos

Ausente: 11 – 33 puntos

### **Dimensión Humana en Comunicación**

(Total 40 p.)

Presente: 30 – 40 puntos

Ausente: 11 – 29 puntos

### **G.- Consideraciones Éticas**

1. Se contó con la autorización de los directores generales de cada uno de los hospitales, el Dr. **Manuel Ige Afuso**, Director del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Dr. **Víctor Sánchez Acevedo**, Director del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
2. Se contó con la autorización de las jefas de departamento de enfermería de los hospitales y jefas de los servicios a encuestar.
3. Previo al cuestionario se explicaba el objetivo de la investigación y el carácter anónimo de este, así mismo la voluntad de participar.



## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Luego de haber recolectado y procesado los datos, los resultados obtenidos se presentan en cuadros y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico.

En cuanto a los datos generales, tenemos que de un total de 40 (100%) de enfermeras encuestadas, 38(95%) pertenecen al sexo femenino y 2 (5%) al sexo masculino, respecto a la edad, 24 (60%) tiene la edad comprendida entre 27 – 36 años, 6 (15%) entre 37-41 años, 3 (7.5%) entre 42-46 años, 5 (12.5%) entre 47-51 años y 2 (5%) entre 57-61 años. Acerca de los años de experiencia laboral en el área asistencial, 18 (45%) se encuentran entre los 3 - 7 años, 8 (20%) entre los 8-12 años, 4 (10%) se encuentran entre 13-17años, entre 18-22 años, y entre 23-27 años y 2 (5%) se encuentran entre 33-37 años de experiencia.

Las enfermeras constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden, en número, sus miembros sobrepasan de lejos a los otros profesionales de la salud, sus competencias están diversificadas y se las encuentra en todas las esferas de actividades relacionadas con la salud, cuidan, educan, aconsejan,

dirigen y también investigan. Su trabajo esta marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad pero igualmente esta lleno de paradojas pues se les pide desarrollar un espíritu analítico y tener en cuenta la globalidad se les exige técnicas de alto nivel, manteniendo el calor humano y la simplicidad en el contacto. Además de las condiciones en el ejercicio de su trabajo tienden a transformarse sin olvidar el impacto de fenómenos como el envejecimiento, el SIDA, la pobreza, más allá de la diversidad y el cambio, los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión, constituyen el motor y el centro.

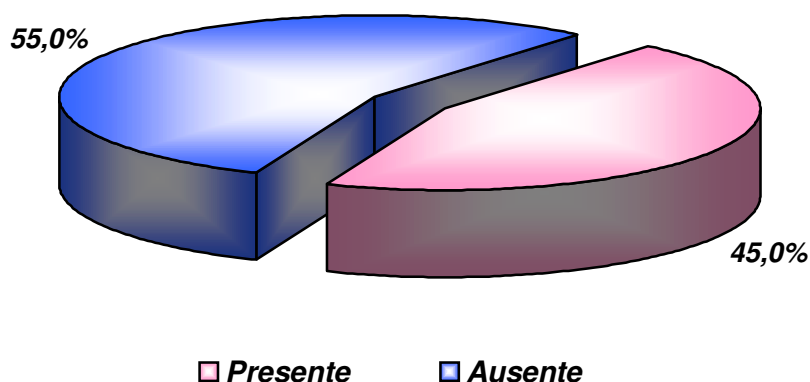
Por lo expuesto se puede decir que la mayoría de las enfermeras encuestadas son de sexo femenino, que se encuentran en su mayoría en la etapa de adulto joven y madura, con una experiencia laboral en el área asistencial obteniéndose un porcentaje muy significativo en los 7 primeros años lo cual predispone que a menor tiempo de experiencia laboral los pacientes reciban mayor cuidado humano por no caer en la rutina del servicio.

### Grafico N° 1

#### Dimensión Humana Respecto a la Personalización de Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del 3er Nivel de Atención del MINSA

Enero – Febrero

2007



**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

En relación a la presencia de la dimensión humana sobre la personalización de la atención que brinda la enfermera pacientes en estadio SIDA de 40(100%) encuestados, 18(55%) no presentan la dimensión humana y 22(45%) presenta dicha dimensión al brindar cuidados al paciente con SIDA.

Si se sabe que el personaje central de los servicios de salud es por supuesto el paciente cuyo termino significa “padecer” y designa a las personas que reciben asistencia de enfermería , cuando este se presenta en el hospital o cualquier institución de salud con uno o más problemas de salud lo hace también como persona, y en el gráfico anterior podemos evidenciar que dicha

**Tabla N° 1**  
**Indicadores de la presencia de la Dimensión Humana respecto a la**  
**Personalización de Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes**  
**en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA**  
**Enero – Febrero**  
**2007**

Indicadores	Presente		Ausente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Llama por su nombre	18	45	<b>22</b>	55	40	100
Explicación de procedimientos	16	40	<b>24</b>	60	40	100
Preocupación por cumplimiento de instrucc	21	52.5	19	47.5	40	100
Dejo en posición cómoda	16	40	<b>24</b>	60	40	100
Cuidado de intimidad	19	47.5	<b>21</b>	52.5	40	100
Reacción al Dolor	21	52.5	19	47.5	40	100
Ética	21	52.5	19	47.5	40	100
Prevención de inf.	21	52.5	19	47.5	40	100

**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

personalización no está presente, por lo que respecto a los indicadores evaluados para determinar la presencia y ausencia de la personalización se puede apreciar con más detalles en la tabla N° 1, que se ven afectados por el cuidado se la intimidad del paciente, así como la explicación de procedimientos y el llamado pos su nombre al usuario.

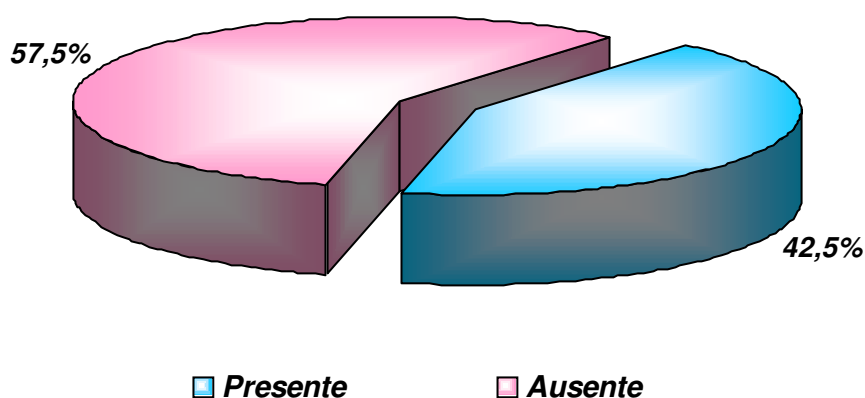
En este contexto, el profesional de enfermería precisa de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, para el basamento a la confianza que

deposita el enfermo con la finalidad de recibir una atención óptima. sustentadas en las características de segura, oportuna, apropiada y libre de riesgo, fundamentada en la condición de persona en estado de necesidad, porque los enfermos con SIDA son seres con valor y dignidad que merecen aprecio, seguridad, amor pertenencia y autoestima para reconocer y prestar apoyo a las estrategias de afrontamiento como: enseñarle los deberes y derechos que tienen como enfermo y proporcionarle la oportunidad de aprender acerca de la enfermedad además de tratarlos con respeto, resaltando la importancia de reconocer y responder a cada paciente en forma individual y variada es decir personalizando su atención y respetando su intimidad, sin dejar de lado la autonomía de este. El enfermo con SIDA, ante el estigma social que vive, puede tener limitadas las manifestaciones de afecto y es importante y necesario que el profesional de enfermería promueva en la familia y el enfermo estas manifestaciones al identificar esta necesidad como también a través de un trato humano

Por lo expuesto se puede concluir que la dimensión humana en lo referente a la personalización de atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA se encuentra ausente, relacionados en su mayoría en los aspectos de cuidado de la intimidad, llamado por su nombre al usuario, explicación de los procedimientos antes de realizarlos, entre otros, lo cual conlleva a la falta de la personalización de atención, es decir anteponiendo la enfermedad y sus cuidados sobre la condición de ser humano íntegro.

**Grafico N° 2**

**Dimensión Humana Respecto a la Satisfacción de Necesidades biopsicosociales y espirituales en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del 3er Nivel de Atención del MINSA  
Enero – Febrero  
2007**



**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

En relación a la presencia de la dimensión humana sobre la satisfacción de necesidades biopsicosociales y espirituales del usuario en la atención que brinda la enfermera pacientes en estadio SIDA de 40(100%) encuestados, 23(57.5%) no presentan la dimensión humana y 17(42.5%) presenta dicha dimensión al brindar cuidados al paciente con SIDA.

Como sabemos la satisfacción de la necesidades biopsicosociales y espirituales del usuario varían de acuerdo a la enfermedad de este, sin embargo existen ciertas necesidades básicas que son comunes en todos los individuos y

**Tabla N°2**  
**Indicadores de la Presencia de la Dimensión Humana respecto a la**  
**Satisfacción de Necesidades en la Atención que Brinda la Enfermera a**  
**Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del**  
**Tercer Nivel del MINSA**  
**Enero – Febrero**  
**2007**

Indicadores	Presente		Ausente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Delegación de necesidades básicas	5	12.5	<b>35</b>	87.5	40	100
Respeto por creencias	14	35	<b>26</b>	65	40	100
Preocupación por descanso	16	40	24	60	40	100
Demora de atención	8	20	<b>32</b>	80	40	100
Movilización	15	37.5	25	62.5	40	100
Respeto por opiniones	13	32.5	<b>27</b>	67.5	40	100
Solución de inquietudes	<b>18</b>	45	22	55	40	100
Apoyo emocional	17	42.5	23	57.5	40	100
Interrelación personal	<b>18</b>	45	22	55	40	100
Apoyo en planes	17	42.5	23	57.5	40	100
Soporte emocional	14	35	<b>26</b>	65	40	100

**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

que precisan de atención, pero esto se logra a cabalidad con el grado de prioridad que les corresponda, viéndose de este modo que en el gráfico anterior se ve afectada la presencia de dicha satisfacción de necesidades en aspectos importantes que se pueden apreciar con detalles en la tabla N° 2, así tenemos preocupación por la necesidades de alimentación, higiene, etc; demora en la

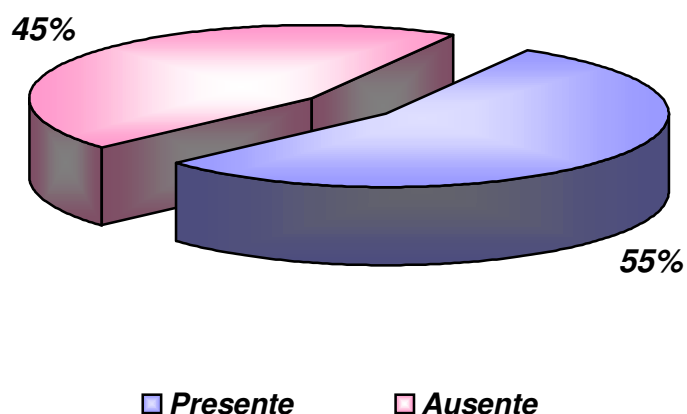
atención, respeto por sus creencias, entre otras. Estas necesidades son los requerimientos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que encierra al ser biopsicosocial y considerarlo en forma holística. El profesional de enfermería debe ayudar a satisfacer estas necesidades básicas asistiendo al enfermo y su entorno familiar, con un enfoque positivo e integral con su valor y dignidad. Ayudar al enfermo a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denominó "cuidados básicos de enfermería", esencia de la profesión de enfermería. pero además considera a la enfermera en su capacidad de solidaridad y colaboración poniendo en practica la teoría de Jean Watson que enfoque su teoría en “la practica del cuidado solidario, es fundamental en la enfermería: es el núcleo que unifica el ejercicio”.

Estos hallazgos corroboran las conclusiones realizadas por *Cardozo Castillo Ysrrael, Pérez Violeta y Reyes Martha Leonor*, en el año 1997, “Participación del Profesional de Enfermería en la Satisfacción de las Necesidades Emocionales y Espirituales del Enfermo con SIDA”, donde se encontró un alto índice de profesionales que no satisfacían las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes, y en los cuidados que inciden en el bienestar biopsicosocial de los pacientes con SIDA, lo que es explicado por la falta de planificación de las acciones, priorización de las mismas y falta de calidad humana.

Por lo expuesto se puede concluir que la dimensión humana en lo referente la satisfacción de necesidades biopsicosociales y espirituales del usuario en la atención que brinda la enfermera pacientes en estadio SIDA se encuentra ausente, relacionado en los aspectos de necesidades básicas, el tiempo en brindar atención, respeto de las opiniones y creencias del usuario, lo cual conlleva al incremento de la ausencia de la satisfacción de necesidades, es decir que el cuidado solidario en enfermería no se unifica con el ejercicio de la profesión.



**Grafico N° 3**  
**Dimensión Humana Respecto a la Comunicación Efectiva en la**  
**Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA**  
**en Hospitales del 3er Nivel de Atención del MINSA**  
**Enero – Febrero**  
**2007**



**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

En relación a la presencia de la dimensión humana sobre la comunicación efectiva durante la atención que brinda la enfermera pacientes en estadio SIDA de 40(100%) encuestados, 22(55%) presentan la dimensión humana y 18(45%) no presenta dicha dimensión al brindar cuidados al paciente con SIDA, sin embargo podemos observar que en cuanto a los aspectos referidos a la comunicación efectiva con el usuario (tabla N° 3 ), la comunicación verbal, el saber escuchar, la empatía, las respuestas asertivas, entre otras, afectan de manera negativa a esta comunicación.

**Tabla N° 3**  
**Indicadores de la Presencia de la Dimensión Humana respecto a la**  
**Comunicación Efectiva en la Atención que Brinda la Enfermera a**  
**Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del**  
**Tercer Nivel del MINSA**  
**Enero – Febrero**  
**2007**

Indicadores	Presente		Ausente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Mirada al dialogar	21	52.5	19	47.5	40	100
Averiguar motivos de enojo	12	30	28	70	40	100
Trato amigable	24	60	16	40	40	100
Distracción	15	37.5	25	62.5	40	100
Tiempo breve en atención	3	7.5	37	92.5	40	100
Asertividad	8	20	32	80	40	100
Tono de voz	20	50	20	50	40	100
Opiniones sobre la enfermedad	21	52.5	19	47.5	40	100
Influencia de la atención	13	32.5	27	67.5	40	100
Recreación	3	7.5	37	92.5	40	100

**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

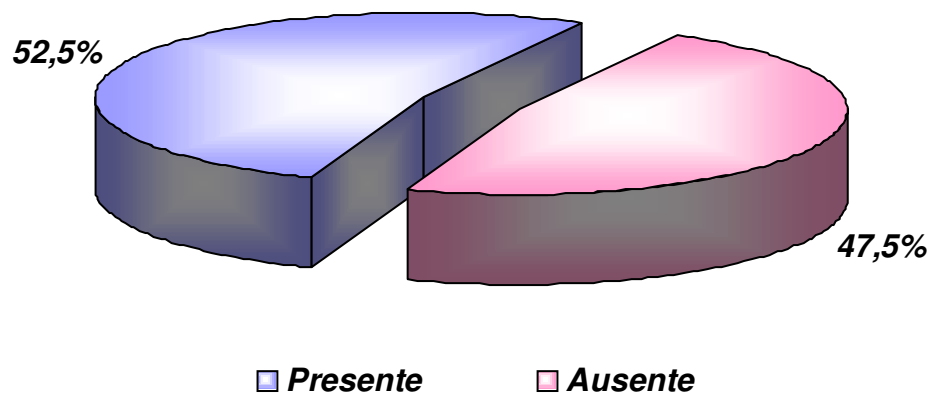
La comunicación es considerada parte elemental en la relación enfermero paciente pues de esta relación se obtendrá una perspectiva más clara de las responsabilidades y derechos de ambos en el proceso de decisión, además influye en la forma de tomar las decisiones y de resolver conflictos, Es importante tener en cuenta que la comunicación es universal y sus requisitos

son los mismos en cualquier lugar y dimensión. Cuando se habla con alguien los ojos, la postura, los gestos y otros signos no verbales pueden decir más que las palabras, el tiempo, en la relación de enfermero paciente también es necesario para tener una buena comunicación el saber escuchar que es una habilidad necesaria e imprescindible para la comunicación oral.

Existe un nivel que es considerado el más importante y más eficiente para escuchar por el que se debe poner en práctica, junto con la respuesta asertiva que es el escuchar empático. Los pacientes con SIDA requieren de este saber escuchar pues afrontan momentos difíciles en su vida. El reconocimiento del otro en el llamado de cuidado es un elemento primordial en la relación enfermera paciente se considera la esencia del cuidado.

Por lo expuesto se puede concluir que se encuentra presente la dimensión humana en lo referente a la comunicación efectiva en la atención que brinda la enfermera pacientes en estadio SIDA, relacionado en los aspectos de buena interrelación con el usuario, apoyo emocional, tono de voz adecuado al dirigirse hacia él, lo cual conlleva a un incremento de las relaciones interpersonales incrementando la relación enfermero – paciente, así como lo describen Peplau y Travelbee en sus teorías del cuidado de enfermería.

**Grafico N° 4**  
**Presencia de la Dimensión Humana en la Atención que Brinda la**  
**Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del**  
**3er Nivel de Atención del MINSA**  
**Enero – Febrero**  
**2007**



**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

En cuanto a la presencia de la Dimensión Humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA de 40 (100%) encuestadas, 21(52.5%) presentan el cuidado humano hacia dichos pacientes y 19 (47.5%) no presentan el cuidado humano, los aspectos relacionados a la presencia o ausencia de la dimensión humana esta dado por la personalización de atención, la satisfacción de las necesidades biopsicosociales y espirituales del usuario y por la comunicación efectiva a través de la interrelación con el usuario.

Siendo la calidad de atención el proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar y considerando dentro de la calidad la dimensión Humana que es un aspecto fundamental ya que la razón de ser de los servicios

de salud es brindar una buena atención y garantizar la salud del ser humano cuyo objetivo debe ser personalizar la atención, es decir no considerarlo como un objeto más de la atención de enfermería, dicha atención debe ser de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno, es decir colocarnos en el lugar del paciente buscando satisfacer sus necesidades y expectativas, tomando en cuenta los requerimientos del paciente, los cuales se hacen evidentes a través de la atención oportuna, continua y libre de riesgos, el usuario debe tener la información necesaria garantizando que la entienda y la comprenda.

En la actualidad la atención no solamente esta ligada a los medios, la automatización, la tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la actitud de quienes prestan el servicio concientes de que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de prestación de servicios. De poco sirven los mejores conocimientos con las mejores habilidades técnico profesionales, si se desconoce al paciente como fundamental y la razón de ser de los servicios.

El profesional de enfermería debe conocer el fenómeno de la comunicación, el impacto de la enfermedad en la vida de la persona, pues como cuidador no solo cubre necesidades de higiene y mantenimiento vital, sino también las emocionales y psicológicas, sumando a esto que la diseminación de la infección del VIH y el SIDA ha provocado respuestas de rechazo y otros sentimientos en el personal de salud que labora en los hospitales, hacia los individuos que la padecen, y siendo ella quien tiene un contacto más estrecho y directo con estos pacientes debe comprender que su labor incluye brindar la atención con calidad humana, entendiendo al usuario como cuerpo, alma y espíritu (Watson)

Por lo expuesto podemos concluir que la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA de los hospitales del tercer nivel del MINSA presenta la dimensión humana considerando la personalización de

atención, la satisfacción de las necesidades biopsicosociales y espirituales del usuario; y la comunicación efectiva siendo estos tres los principales objetivos que debe tener en cuenta la enfermera al brindar la atención, lo cual conlleva a una atención en salud basado en su dimensión Humana dejando de lado los temores y rechazo hacia estos pacientes.

Estos hallazgos difieren de los encontrados por *Silvia Becerra*, en el año 1996 sobre titulado “El Nivel de Atención Humanizada en el Actuar de la Enfermera en el Departamento de emergencia del HNCH”, los cuales estaban referidos a un nivel mínimo de trato humanizado a los usuarios por parte de las enfermeras, lo cual es explicado por el leve incremento de la interacción entre enfermera – paciente.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES**

Luego de haber concluido el estudio, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- ★ En relación a la dimensión humana sobre la personalización de atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA, la mayoría se encontró ausente relacionado a los aspectos de cuidado de la intimidad, explicación de los procedimientos, el llamado por su nombre, lo cual conlleva a la disminución de la personalización de atención.
- ★ En relación a la presencia de la dimensión humana sobre la satisfacción de necesidades biopsicosociales y espirituales del usuario en la atención que brinda la enfermera pacientes en estadio SIDA, la mayoría se encuentra ausente, relacionado en los aspectos de necesidades básicas, tiempo de demora en brindar atención, respeto de las opiniones del usuario, conlleva al incremento de la ausencia de la satisfacción de necesidades.
- ★ En relación a la presencia de la dimensión humana sobre la comunicación efectiva durante la atención que brinda la enfermera pacientes en estadio SIDA, se puede concluir que se encuentra

presente, relacionado en los aspectos de interrelación con el usuario, apoyo emocional, tono de voz adecuado, lo cual conlleva a un incremento de las relaciones interpersonales incrementando a su vez la dimensión Humana.

- ★ La dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA, en hospitales del tercer nivel de atención del MINSA con respecto a sus tres objetivos principales, se encuentra presente, lo cual conlleva a una atención de salud basado en la dimensión Humanística dejando así de lado los temores y rechazo hacia dichos pacientes, esta presencia se debe gran parte al aspecto de la comunicación efectiva con el usuario

Dentro de las recomendaciones que se han formulado :

- ★ Concientizar al profesional de enfermería que labora en los hospitales de dicho estudio, en la importancia de la dimensión humanística a fin de mejorar la atención y propiciar la atención integral.
- ★ Realizar investigaciones similares enfatizando los años de experiencia y sexo del profesional de enfermería sobre la atención que brinda.
- ★ Realizar estudios de investigación en la dimensión humana desde la perspectiva del paciente y la enfermera, contrastando ambos.
- ★ Realizar estudios comparativos entre diferentes instituciones de salud y diferentes al MINSA.

Las limitaciones del presente estudio esta dad porque los resultados y conclusiones solo son validos para ambas instituciones donde se desarrollo la investigación.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- ONUSIDA / OMS, **“Situación Actual Sobre el VIH/SIDA”** 2003 pag. 1
- 2.- OPS **“Situación Actual Sobre el VIH/SIDA”** [www.google.com/SIDA](http://www.google.com/SIDA)  
junio 2004: 1-2
- 3.- OGE **“Situación Actual Sobre el VIH/SIDA en el Perú”** 2004
- 4.- BECERRA N. Silvia **“El Nivel de Atención Humanizada en el Actuar de la Enfermera en el Departamento de Emergencia del HNCH”** tesis para optar el título de licenciada en enfermería. 1996 UNCH- Lima
- 5.- HUAPAYA M, VILCHEZ L., ZETA V. **“Expectativas del Paciente en la Admisión Respecto a la Atención de Enfermería Humanizada y su Percepción sobre la Calidad de la misma al Momento del Alta en el Servicio de Cirugía del HNGAI”** tesis para optar por el título de licenciada en enfermería UNMSM-Lima
- 6.- CARDOZO CASTILLO Ysrael. **“Participación Del Profesional De Enfermería En La Satisfacción De Las Necesidades Emocionales Y Espirituales Del Enfermo Con SIDA”**; trabajo de tesis para optar al título de licenciado en enfermería 1997
- 7.- SOPENA, Ramón **“Diccionario de la Real Academia Española”**. Edit. Ramón Sopena. Barcelona – España 1996; 1: 176
- 8.- ESPINOZA, Rubén, **“Perspectivas de la Calidad en Salud.”**  
[www.google.com/calidaddeatención](http://www.google.com/calidaddeatención) 2005; 1
- 9.- AUCCASI ROJAS, Marcelino. **“Calidad de Atención en Enfermería”**  
[www.google.com/calidaddeatenciónenenfermería](http://www.google.com/calidaddeatenciónenenfermería) 2004; 2
- 10.- LAURER, Diane. **“Liderazgo Y Administración De Enfermería”**. Edit. Interamericana. México D.F. 2000; 1: 45

- 11.- LAIN ESTRALGO, Pedro **“Dimensiones de la Calidad”**  
www.biensalud.com 2005; 1: 2-4
- 12.- KEROUC, Suzane PEPIN, Jacinthe **“ El Pensamiento Enfermero”** Edit.  
Masson S.A. Barcelona España 1996; 2: 44
- 13.- BERMEJO, José Carlos **“Humanizar la Salud”** Edit. Printed en Artes  
Graficas, Madrid Epaña 1997;1: 16
- 14.- Ibíd. Pag. 14
- 15.- C. SMELTZER, Suzanne / G. BARE, Brenda . **“ Tratado de Enfermería  
Médico – Quirúrgica de Brunner y Suddarth.”** Edit. McGraw-Hill  
interamericana. México D.F. 2002; 9 (vol 1): 4
- 16.- Opcit **“ El Pensamiento Enfermero”** 1996; 2: 29
- 17.- WESLEY, R. L. **“Teorías y Modelos de Enfermería”**.. Editorial  
McGraw-Hill. México 1998; 2: 44 – 45.
- 18.- Opcit **“ El Pensamiento Enfermero”** 1996; 2: 43-45
- 19.- Opcit **“Teorías y Modelos de Enfermería”**.. 1998; 2: 48
- 20.- Opcit **“ El Pensamiento Enfermero”** 1996; 2: 32
- 21.- CISNEROS G. Fanny **“Introducción a las Teorias y Modelos de  
Enfermería”** www.google.com/teoriasdeenfermeria 2002, 13
- 22 Opcit. **“ Tratado de Enfermería Médico – Quirúrgica de Brunner y  
Suddarth.** 2002; 9 (vol 1): 4
- 23.- KOZIER, **“Fundamentos De Enfermería”** Edit. Océano. 1999; 7  
(vol-1): 25

- 24.- Opcit                                    **“Calidad de Atención en Enfermería”**  
www.google.com/calidaddeatenciónenenfermería 2004; 2
- 25.- FLORENCIA MARTINETTI, María **“Estadios Clínicos del SIDA”**  
www.google.com/estadiosdelSIDA 2003; 3-5
- 26.- (Ibíd.) estadios clínicos del SIDA pag. 4
- 27.- ONUSIDA. **“ El SIDA: Cuidados Paliativos”** colección prácticas  
óptimas del ONUSIDA. Ginebra – Suiza Febrero 2001:2

## BIBLIOGRAFÍA

- ★ BEARE MYERS. 1999. “ **El Tratado De Enfermería Mosby**” editorial Mosby/ doyma. Madrid – España.
- ★ BERMEJO, José Carlos 1997 “**Humanizar la Salud**” Edit. Printed en Artes Graficas, Madrid Epaña
- ★ CANALES, Alvarado. 2000 “ **Metodología De La Investigación Científica**”. Edit. San Marcos. Lima – Perú..
- ★ DE VITA, Vincent T. 1986 “ **SIDA Etiología, Diagnostico, Tratamiento y Prevención**” Edit. Salval. Barcelona – España.
- ★ HERNÁNDEZ S., Roberto. 1999 “ **Metodología de la Investigación**”. Edit. McGraw-Hill. México D.F.
- ★ KEROUC, Suzane PEPIN, Jacinthe 1996 “ **El Pensamiento Enfermero**” Edit. Masson S.A. Barcelona España
- ★ KOZIER, 1999 “**Fundamentos De Enfermería**” Edit. Océano.
- ★ LAURER, Diane. 2000. “**Liderazgo Y Administración De Enfermería**” . Edit. Interamericana. México D.F.
- ★ MELTZER, Suzanne / G. BARE, Brenda . 2002 “**Tratado de Enfermería Medico – Quirúrgica de Brunner y Suddarth.**” Edit. McGraw-Hill interamericana. México D.F. 9na edición.

- ★ MILLER, David 1995 “ **Atención de Pacientes de SIDA**” Edit. Manual Moderno. México D.F.
- ★ MINSA. 1999. “ **Guia Nacional de Tratamiento Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA**” Edit. MINSA. Lima – Perú .
- ★ ONUSIDA. 1998 “ **El SIDA y los Derechos Humanos**” publicación de las Naciones Unidas Ginebra – Suiza .
- ★ ONUSIDA 2001. “ **El SIDA: Cuidados Paliativos**” colección practicas optimas del ONUSIDA. Ginebra – Suiza Febrero.
- ★ OPL / OMS. 1994 “ **Guia de Orientación para los Pacientes VIH / SIDA y Familiares**” Edit. OPS/OMS Caracas Venezuela .
- ★ OTTO, Shirley. 1999 “ **Enfermería Oncológica**”, Edit. Mosby. Madrid – España. 3ra edición,
- ★ URDEN, Linda. 2001 “**Cuidados Intensivos en Enfermería**” Edit. Océano. Barcelona – España. 3ra edición.
- ★ WESLEY, R. L. 1998 “**Teorías y Modelos de Enfermería**”.. Edit. McGraw-Hill. 2da. Edición . México

### ***Revistas***

- ★ Sheryl L. Mac. **Nursing Edición Española** . Febrero vol. 19 N° 2 Edit. Staff 2001.
- ★ IMSS “ **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social**” vol. 7 N° 1 enero – abril 1999

*Paginas de internet visitadas*

- ★ [www.nodo50.org/sindpitagoras/educacion.htm](http://www.nodo50.org/sindpitagoras/educacion.htm)
- ★ [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- ★ [www.medline.com](http://www.medline.com)
- ★ [www.tuotromedico.com](http://www.tuotromedico.com)
- ★ [www.comitebioetica.org/biblio14.htm](http://www.comitebioetica.org/biblio14.htm)
- ★ [www.google.com/calidaddeatención](http://www.google.com/calidaddeatención)
- ★ [www.google.com.pe/dimensionesdelacalidad](http://www.google.com.pe/dimensionesdelacalidad)
- ★ [www.google.com.pe/estadioclinicosdelSIDA](http://www.google.com.pe/estadioclinicosdelSIDA)
- ★ [www.google.com.pe/datosestadisticosdelSIDA](http://www.google.com.pe/datosestadisticosdelSIDA)
- ★ [www.google.com.pe](http://www.google.com.pe)

**ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>	<b>Pág.</b>
A.- Operacionalización de Variables .....	I
B.- Matriz de Operacionalización de la Variable .....	IV
C.- Instrumento.....	V
D.- Libro de Códigos .....	VIII
E.- Tabla Matriz General.....	X
F.- Tabla Binomial .....	XII
G.- Determinación de la Validez del Instrumento.....	XIII
H.- Determinación de la Confiabilidad del Instrumento .....	XV
I.- Medición de la Variable Dimensión Humana .....	XVI
J.- Edad y Sexo de las Enfermeras que Brindan Atención a los Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	XVIII
K.-Años de Experiencia Laboral en el Área Asistencial de las Enfermeras que Brindan Atención a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	XIX
L.- Dimensión Humana en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en los Diferentes Hospitales del 3er Nivel de Atención del MINSA .....	XX



<b>M.-</b> Dimensión Humana Respecto a la Personalización de Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en los Diferentes Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	XXI
<b>N.-</b> Dimensión Humana Respecto a la Satisfacción de Necesidades en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en los Diferentes Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	XXII
<b>Ñ.-</b> Dimensión Humana Respecto a la Comunicación en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en los Diferentes Hospitales del Tercer Nivel del MINSA .....	XXIII

## ANEXO A

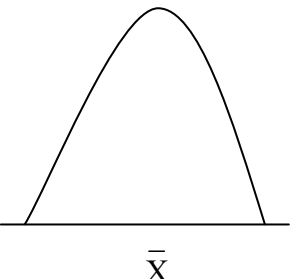
### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Presencia de la dimensión humana que brindan las enfermeras.	La dimensión humana un aspecto fundamental de la calidad de atención, entendiéndose que es el paciente quien es la fuente de control y que es un ser humano y al igual que otro tiene necesidades, solo que son más prioritarias de acuerdo a la enfermedad que presenten y que la enfermera es la encargada de proporcionar dichos cuidados.	Es el máximo y más completo bienestar del usuario proporcionado por la enfermera a través de sus acciones y actitudes con los usuarios en estadio SIDA, cuyo objetivo de los servicios de salud debe es personalizar la atención, satisfacer sus necesidades y la comunicación efectiva con el usuario.	En la personalización de la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Llamar al paciente por su nombre</li> <li>★ Disposición para tratar al paciente.</li> <li>★ Explicación previa de los procedimientos</li> <li>★ Respeto por la intimidad.</li> <li>★ Tiempo de demora en la atención</li> <li>★ Respuesta al dolor</li> <li>★ Proteger la integridad del paciente</li> <li>★ Práctica de los principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia)</li> </ul>	Presente Ausente

			<p>En la satisfacción de las necesidades biopsicosociales y espirituales del usuario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Satisfacer necesidades de alimentación, movimiento, descanso, recreación, etc.</li> <li>★ Priorizar acciones de acuerdo a la necesidad del paciente.</li> <li>★ Capacidad solidaria y colaboradora de la enfermera (capacidad humana )</li> <li>★ Relación de ayuda-confianza.</li> <li>★ Interés por creencias y costumbres</li> <li>★ Respeto a las practicas y costumbres del paciente</li> <li>★ Interés por los sentimientos del paciente.</li> </ul>	<p>Presente Ausente</p>
--	--	--	---	---	-----------------------------

			<p>En la comunicación efectiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Soporte emocional y Psicológico al paciente.</li> <li>★ Comunicación oral, visual y gestual.</li> <li>★ Barreras de la comunicación.</li> <li>★ Tono de voz adecuado.</li> <li>★ Uso de palabras claras y entendibles.</li> <li>★ Niveles deficientes del saber escuchar.</li> <li>★ Las características del escuchar empática.</li> </ul>	<p>Presente Ausente</p>
--	--	--	-------------------------------------	---	-----------------------------

**ANEXO B**  
**MATRIZ OPERACIONAL DE LA VARIABLE**

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN	APROXIMACIÓN		ESCALA DE MEDICIÓN
			TECNICA	INSTRUMENTO	
Presencia de la dimensión humana que brindan las enfermeras.  Presente Ausente	A cada ítem se le asigno un puntaje de 1-4 sea positivo o negativo. Para establecer los intervalos se aplicó el promedio en la curva de Gauss    <b>Dimensión Humana General</b> (Total 116 p.) Presente: 88 – 116 puntos Ausente: 29 – 87 puntos	Dentro de los procedimientos para la medición de la variable de estudio que permitió la recolección de datos se tuvo en cuenta: * Autorización de los hospitales para la realización del estudio. * Selección de la población y muestra. * Selección del método, técnica e instrumento a utilizar para la recolección de datos. * Elaboración del instrumento * Validación del instrumento. * Reproducción del instrumento. * Coordinar con las jefas de departamento y servicio para el inicio de la recolección de datos que fue durante aproximadamente 30 días en los diferentes turnos.	Entrevista	Escala de actitudes (lickert)	Ordinal

## ANEXO C INSTRUMENTO

UNMSM-FM  
EAPE-2007

### Introducción

Estimado Enfermera (o):

Buenos días, soy interna de enfermería de la UNMSM y en coordinación con la institución me encuentro realizando mi trabajo de tesis.

El presente cuestionario tiene como objetivo evidenciar la presencia de la dimensión humana que brinda la enfermera a pacientes con SIDA, para lo cual solicito responda con veracidad, expresándole que la información es de carácter anónima. Le agradezco por anticipado su colaboración.

### Datos:

Sexo: M ( ) F ( )

Edad:

Años de experiencia laboral en el área asistencial:

### Alternativas:

Raras veces o nunca en mi caso (N)

A veces en mi caso (AV)

Muchas veces en mi caso (MV)

Con mucha frecuencia o siempre en mi caso (S)

Items	N	AV	MV	S
1.- Llamo al usuario por su nombre.				
2.- Realizo los procedimientos al usuario, sin explicarlos con anterioridad.				
3.- Me preocupo porque el usuario tome a tiempo todos sus medicamentos.				
4.- Delego y/o verifico que dejen al usuario arreglado y en posición cómoda antes de tomar sus alimentos				
5.- Realizo los procedimientos sin preocuparme por cuidar la intimidad del usuario.				

6.- Cuando el usuario muestra dolor, no muestro interés por saber el grado de este, para administrar el tratamiento prescrito.				
7.- Cuando transfundo un medicamento y este demora, acelero el goteo para que termine a tiempo.				
8.- Realizo el cambio de los medios invasivos cumplido el tiempo de caducidad.				
9.- Delego las curaciones simples y/o la atención de sus necesidades básicas( alimentación, eliminación, vestido) al personal técnico de enfermería.				
10.- No tomo importancia por las creencias religiosas del usuario.				
11.- Cuando el usuario descansa me preocupo por evitar ruidos molestos.				
12.- Cuando el usuario solicita algo me demoro en atenderlo.				
13.- Si el usuario quiere movilizarse muestro interés en ayudarlo.				
14.- No tomo en cuenta las opiniones que emite el usuario.				
15.- Muestro interés por responder las inquietudes del usuario.				
16.- Cuando el usuario manifiesta sus temores y preocupaciones de lo que sucederá más adelante, no le tomo importancia.				
17.- Establezco una relación de confianza con el usuario, conociendo y comprendiendo sus sentimientos.				
18.- No brindo apoyo cuando el usuario planea su vida.				
19.- Brindo soporte emocional y psicológico al usuario y su familia.				
20.- Esquivo la mirada del usuario al contestar sus preguntas.				
21.- Cuando el usuario me contesta de manera agresiva me preocupo por saber los motivos.				
22.- Trato al usuario de manera amigable o respetuosa				
23.- Cuando el usuario me habla aprovecho el tiempo en realizar otras actividades.				

24.- Por las actividades propias del servicio, el tiempo dedicado a la atención directa al usuario es breve.				
25.- Respondo asertivamente a las interrogantes del usuario.				
26.- Intervengo en el dialogo entre el usuario y familiares.				
27.- El tono de voz que utilizo para dirigirme al usuario es adecuado.				
28.- Al dar instrucciones me aseguro que me haya entendido.				
29.- Al interactuar con el usuario, emito opiniones sobre su enfermedad.				
30.- Las opiniones del personal técnico de enfermería influyen en la atención que brindo.				
31.- Genero la recreación en el usuario durante el periodo de hospitalización.				

**Gracias!**



## ANEXO D LIBRO DE CODIGOS

### Datos Generales :

Sexo	Código		Código
Femenino	1	Masculino	2

Edad	Código		Código
27-31 años	1	47-51 años	5
32-36 años	2	52-56 años	6
37-41 años	3	57-61 años	7
42-47 años	4		

### Años de Experiencia Asistencial

3-7 años	1	23-27 años	5
8-12 años	2	28-32 años	6
13-17 años	3	33-37 años	7
18-22 años	4		

### DATOS ESPECÍFICOS

#### En caso positivo :

- (N) Raras veces o nunca en mi caso ..... 1 punto
- (AV) A veces en mi caso ..... 2 puntos
- (MV) Muchas veces en mi caso ..... 3 puntos
- (S) Siempre en mi caso ..... 4 puntos

#### En caso negativo:

- (N) Raras veces o nunca en mi caso ..... 4 puntos
- (AV) A veces en mi caso ..... 3 puntos
- (MV) Muchas veces en mi caso ..... 2 puntos
- (S) Siempre en mi caso ..... 1 punto

**Personalización De Atención:** preguntas 1-

**Satisfacción De Las Necesidades:** preguntas 11-21

**Comunicación :** preguntas 22- 32, 34

Nº de Items	Puntuación			
	N	AV	MV	S
1	1	2	3	4
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7	4	3	2	1
8	1	2	3	4
9	4	3	2	1
10	4	3	2	1
11	1	2	3	4
12	4	3	2	1
13	1	2	3	4
14	4	3	2	1
15	1	2	3	4
16	4	3	2	1
17	1	2	3	4
18	4	3	2	1
19	1	2	3	4
20	4	3	2	1
21	1	2	3	4
22	1	2	3	4
23	4	3	2	1
24	4	3	2	1
25	1	2	3	4
26	4	3	2	1
27	1	2	3	4
28	1	2	3	4
29	4	3	2	1
30	4	3	2	1
31	1	2	3	4

**ANEXO E**  
**TABLA MATRIZ GENERAL**

N°	DATOS GENERALES			DATOS ESPECIFICOS																															
				Personalización de Atención								Satisfacción de las Necesidades												Comunicación											
	sexo	edad	exp asist	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	*26	27	28	*29	30	31	
1	1	2	1	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	4	3	3	3	3	4	3	3	2	
2	1	3	3	3	4	4	3	4	1	3	2	3	2	2	3	3	1	4	4	4	4	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	3	3	2	
3	1	2	2	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	4	2	4	3	4	4	2	2	4	4	3	2	3	4	4	4	4	2	
4	1	1	2	3	1	4	3	3	2	3	3	2	3	3	3	4	2	4	4	3	3	4	2	4	2	2	2	2	3	3	3	4	4	2	
5	1	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	4	2	3	3	4	4	2	3	3		
6	1	5	5	4	2	3	3	3	4	4	1	4	3	1	3	2	4	1	2	3	1	2	3	4	4	4	4	1	3	1	4	4	4	2	
7	1	1	1	4	1	4	4	3	1	4	4	2	1	4	1	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	2	4	1	4	4	4	2	4
8	1	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	1	4	4	2	4	2	4	4	3	4	3	3	3	2	4	2	
9	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	2	4	4	4	2	4	2	3	1	4	4	1	3	3	
10	1	2	1	4	4	1	4	4	4	3	4	3	1	4	3	4	2	4	3	2	3	2	4	3	4	3	2	3	3	4	4	3	3	2	
11	1	2	2	3	4	3	3	4	4	4	4	1	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	3	4	3	1	4	3	4	4	2	2	3	
12	1	2	2	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	3	4	3	2	4	3	2	2	4	1	
13	1	1	1	4	1	4	2	1	2	4	4	1	1	4	3	4	1	4	4	4	4	3	4	3	4	2	1	3	4	4	4	4	4	3	3
14	1	7	7	3	4	4	4	3	2	4	4	1	4	4	3	4	1	4	3	4	1	4	4	3	4	4	1	2	2	4	4	2	1	1	
15	1	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	3	1	1	2	1	4	1	4	4	4	4	3	1	2	3	4	4	3	4	2	
16	2	1	1	4	3	4	4	4	4	3	3	2	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	3	2	3	2	3	3	4	3	2	
17	1	5	5	4	4	4	3	4	1	1	4	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	3	4	1	2	3
18	1	1	1	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	3	1	4	4	4	4	2
19	1	1	1	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	
20	1	1	1	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	4	3	4	3	2
21	1	2	1	2	3	3	3	1	1	3	4	3	3	3	4	2	2	3	2	3	4	3	4	3	4	4	3	3	2	3	3	1	2	1	
22	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	3	4	1	4	4	4	2	4	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	2	3	
23	1	2	1	3	3	4	2	3	3	4	4	2	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	4	3	4	3	1	3	3	4	4	4	4	2	

24	1	5	5	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	3	2	3	4	3	4	2	4	4	4	1
25	1	2	2	4	4	3	4	1	4	4	4	1	2	1	4	3	1	4	3	4	1	4	4	4	4	4
26	2	1	1	3	3	3	2	4	4	4	4	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	1
27	1	5	5	1	4	4	4	3	4	4	2	3	3	4	3	4	3	2	2	2	3	4	1	2	4	1
28	1	1	1	3	3	4	4	4	4	3	4	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3
29	1	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	1	4	4	1	4	3	3	2	4	4	4	4	2	3
30	1	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	1	2	1	2	1	1
31	1	2	2	2	2	4	2	4	4	3	2	1	4	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2
32	1	4	4	2	3	2	1	3	1	4	1	4	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2
33	1	7	7	3	4	3	2	3	4	3	3	3	3	2	2	4	3	3	3	3	4	3	4	1	3	4
34	1	3	3	4	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	4	2
35	1	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	2	2	2	3	1	3	2	2	1	2	1	1
36	1	1	1	2	3	3	3	4	4	3	3	4	4	2	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3
37	1	1	1	4	4	4	2	3	4	3	3	2	4	3	3	2	3	3	4	4	4	3	4	1	3	3
38	1	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	3
39	1	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	4	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1
40	1	2	1	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2

\* Items no válidos según la Prueba de Coeficiente de Pearson.

**ANEXO F**  
**TABLA BINOMIAL – JUICIO DE EXPERTOS**

ITEMS	N° DE JUEZ							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	0	1	0.062
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 2 (NO)

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa

En el presente cuadro se puede evidenciar la prueba de correlación de juicio de expertos que para la presente investigación se consideró un número de 7 profesionales de enfermería, entre los cuales se pudo evidenciar que existe una concordancia en la opinión de los juicios en los diferentes ítems. Encontrándose que el valor de P en la prueba binomial oscila entre 0.008 y 0.062, es decir que se encontró en el ítem 5 que  $p > 0.05$  por lo que se puede concluir que se debe modificar la secuencia del instrumento, para que sea válido.

## ANEXO G

### DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Además de solicitar la opinión de los jueces expertos, se validó el instrumento estadísticamente aplicando la fórmula de R de Pearson a cada uno de los ítems, obteniéndose:

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

Donde:

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

y: Puntaje total del individuo.

Ítem 1 :	r = 0,32
Ítem 2:	r = 0,55
Ítem 3:	r = 0,25
Ítem 4:	r = 0,55
Ítem 5:	r = 0,81
Ítem 6:	r = 0,30
Ítem 7:	r = 0,53
Ítem 8:	r = 0,83
Ítem 9:	r = 0,22
Ítem 10:	r = 0,33
Ítem 11:	r = 0,64
Ítem 12:	r = 0,48
Ítem 13:	r = 0,70
Ítem 14:	r = 0,27
Ítem 15:	r = 0,51
Ítem 16:	r = 0,22

Ítem 17:	$r = 0,33$
Ítem 18:	$r = 0,24$
Ítem 19:	$r = 0,33$
Ítem 20:	$r = 0,33$
Ítem 21:	$r = 0,26$
Ítem 22:	$r = 0,53$
Ítem 23:	$r = 0,51$
Ítem 24:	$r = 0,29$
Ítem 25:	$r = 0,37$
Ítem 26:	$r = -0,23^*$
Ítem 27:	$r = 0,67$
Ítem 28:	$r = 0,11^*$
Ítem 29:	$r = -0,21^*$
Ítem 30:	$r = 0,2$
Ítem 31:	$r = 0,34$

Si  $r > 0.20$ , el instrumento es válido, por lo tanto este instrumento es valido en cada uno de sus ítems, excepto para el ítem N° 26, y 29 en los cuales no se alcanzó el puntaje deseado, por lo cual se eliminaron, sin embargo el ítem N° 28 a pesar de tener un valor menor al deseado se considera importante en el instrumento por o que se decidió que continuara en el mismo, quedando de esta manera el instrumento constituido por 29 ítems válidos.

## ANEXO H

### DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba estadística Coeficiente Alfa de Cronbach.

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

Donde:

$S_i^2$ : Varianza del ítem i ( pregunta i)

$S_x^2$ : Varianza de la prueba x

k : Número de Items

$$\alpha = \frac{29}{29-1} \left[ 1 - \frac{23.68}{74.47} \right]$$

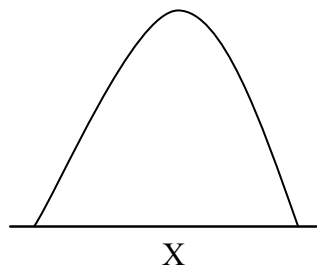
$$\alpha = 0.70$$

Si  $\alpha$  tiende a 1 hay más confiabilidad del instrumento, por lo tanto se puede concluir que la confiabilidad del instrumento es de 70%.



**ANEXO I**  
**MEDICIÓN DE LA VARIABLE DIMENSIÓN HUMANA**  
**PROMEDIO**

Para establecer los intervalos se aplicó el promedio en la curva de Gauss.



Promedio:

$$X = \frac{\sum x_i}{n}$$

Donde:

n : es el tamaño de la población

$x_i$  : los valores de la variable

**Dimensión Humana General**

$$X = 86.9 \cong 87$$

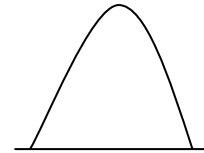
Presente: 88 – 116 puntos

Ausente: 29 – 87 puntos

### **Dimensión Humana en la Personalización de Atención**

Presente: 29 – 32 puntos

Ausente: 8 – 28 puntos

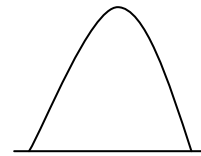


27.2  $\approx$  28

### **Dimensión Humana en Satisfacción de las Necesidades**

Presente: 34 – 44 puntos

Ausente: 11 – 33 puntos

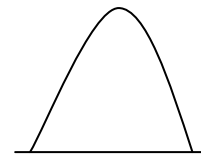


33

### **Dimensión Humana en Comunicación**

Presente: 30 – 40 puntos

Ausente: 11 – 29 puntos



29

## ANEXO J

**Edad y Sexo de las Enfermeras que Brindan Atención a los Pacientes en  
Estadio SIDA en Hospitales del Tercer Nivel de Atención del MINSA  
Enero – Febrero  
2007**

<b>Edad \ Sexo</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>27-31</b>	10	25	2	5
<b>32-36</b>	11	27.5	0	0
<b>37-41</b>	6	15	0	0
<b>42-46</b>	3	7.5	0	0
<b>47-51</b>	5	12.5	0	0
<b>52-56</b>	1	2.5	0	0
<b>57-61</b>	2	5	0	0
<b>Total</b>	38	95	2	5

**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

## ANEXO K

**Años de Experiencia Laboral en el Área Asistencial de las Enfermeras  
que Brindan Atención a Pacientes en Estadio SIDA en Hospitales  
del Tercer Nivel del MINSA  
Enero – Febrero  
2007**

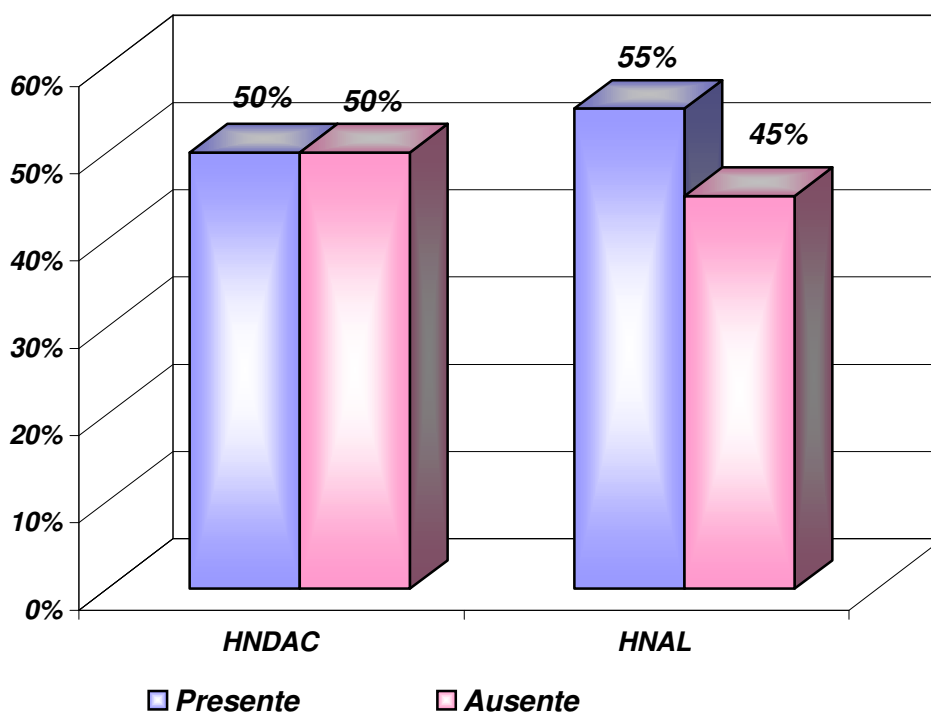
<b>Años de Experiencia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>3-7</b>	17	42.5
<b>8-12</b>	8	20
<b>13-17</b>	4	10
<b>18-22</b>	4	10
<b>23-27</b>	4	10
<b>28-32</b>	1	2.5
<b>33-37</b>	2	5
<b>Total</b>	40	100

**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

## ANEXO L

### Dimensión Humana en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en los Diferentes Hospitales del 3er Nivel de Atención del MINSA

Enero – Febrero  
2007



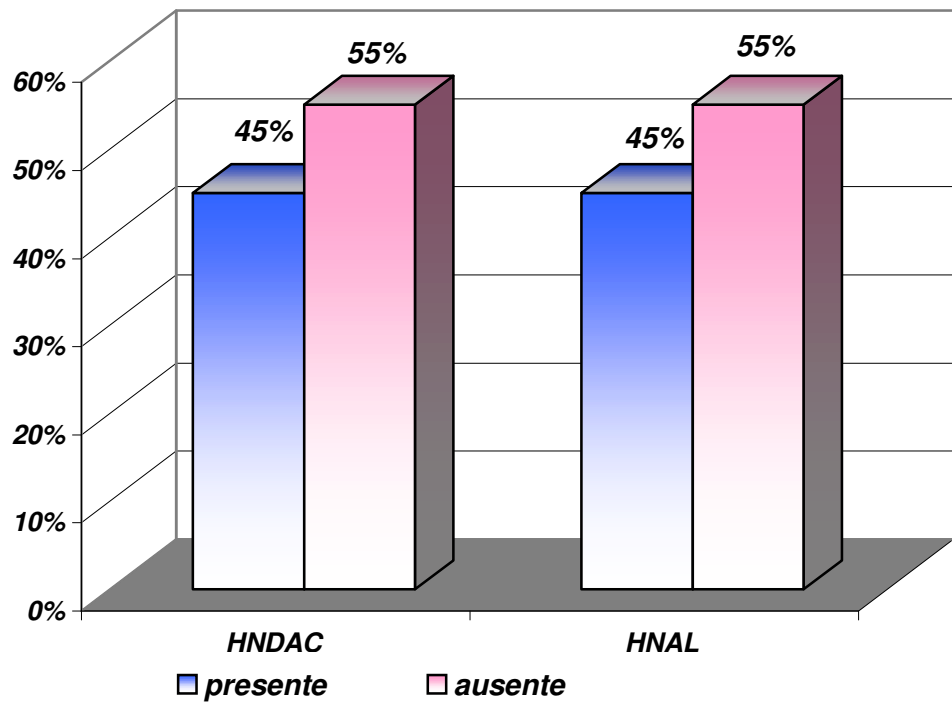
**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

## ANEXO M

### Dimensión Humana Respecto a la Personalización de Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en los Diferentes Hospitales del 3er Nivel de Atención del MINSA

Enero – Febrero

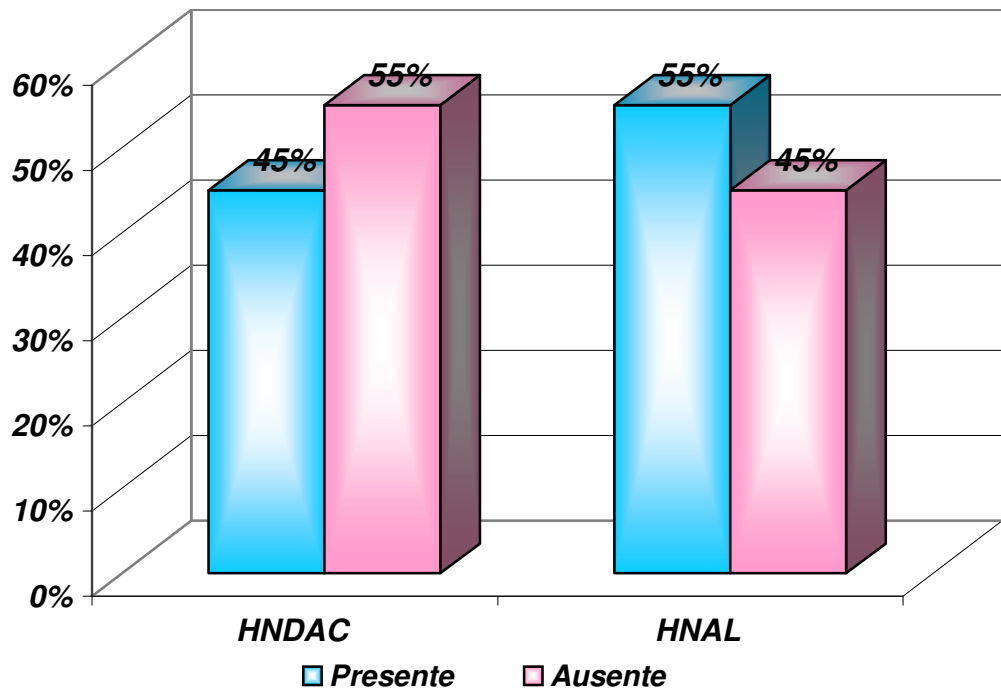
2007



**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

## ANEXO N

**Dimensión Humana Respecto a la Satisfacción de Necesidades biopsico-  
espirituales en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en  
Estadio SIDA en los Diferentes Hospitales del  
3er Nivel de Atención del MINSA  
Enero – Febrero  
2007**



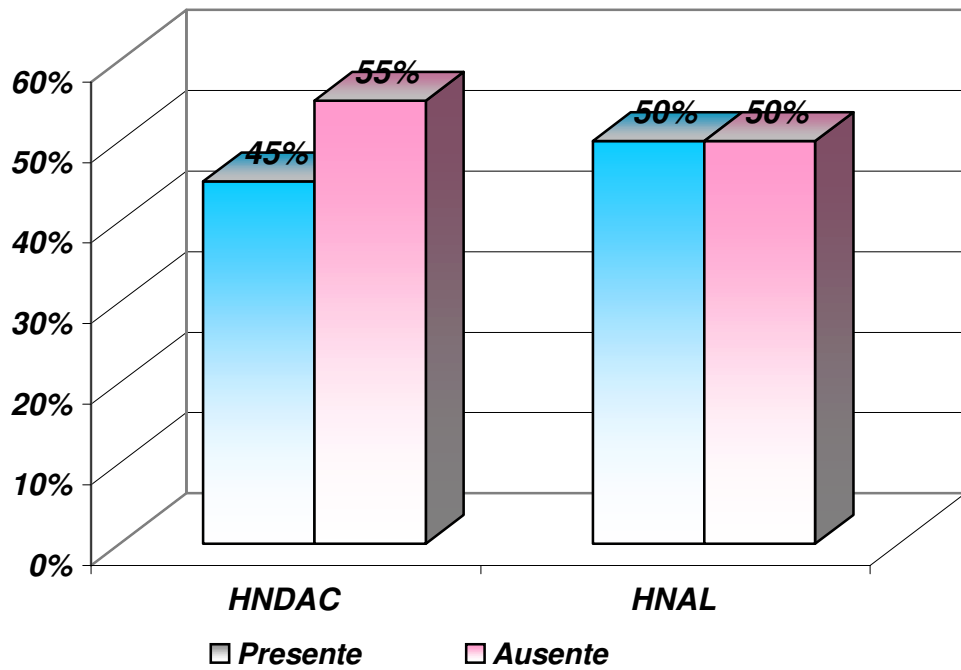
**Fuente:** Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA

## ANEXO Ñ

### Dimensión Humana Respecto a la Comunicación Efectiva en la Atención que Brinda la Enfermera a Pacientes en Estadio SIDA en los Diferentes Hospitales del 3er Nivel de Atención del MINSA

Enero – Febrero

2007



*Fuente:* Encuesta realizada a las Enfermeras de los Hospitales del tercer Nivel del MINSA