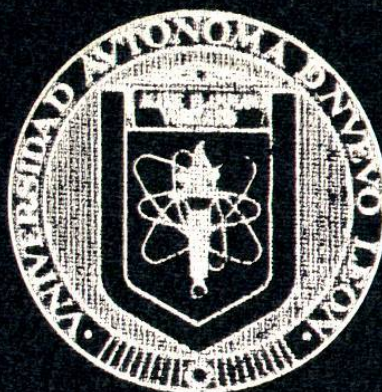


**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SECRETARIA DE POSTGRADO**



**SISTEMA SOCIAL Y PERSONAL DE LA  
ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON VIH/SIDA**

**Por**

**LIC. MAGDALENA FRANCO OROZCO**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad  
en Materno Infantil Pediátrica**

**Agosto de 1997**

C  
F7  
:1  
FM  
RJ387  
A26

SISTEMA SOCIAL Y PERSONAL DE LA  
M.F.O.  
ENFERMERA EN EL CUIDADO CON VIH/SIDA



1080071201

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POSTGRADO



## SISTEMA SOCIAL Y PERSONAL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON VIH/SIDA

Por

LIC. MAGDALENA FRANCO OROZCO

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad  
en Materno Infantil Pediatría

Agosto de 1997

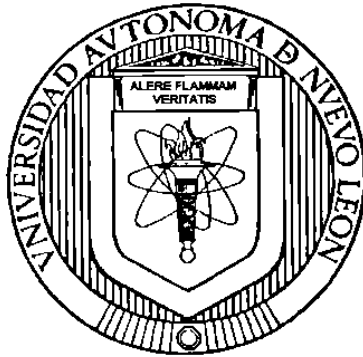
TM  
R2387  
.A25  
F7



71201



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SECRETARÍA DE POSTGRADO**



**SISTEMAS SOCIAL Y PERSONAL DE LA  
ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON VIH/SIDA**

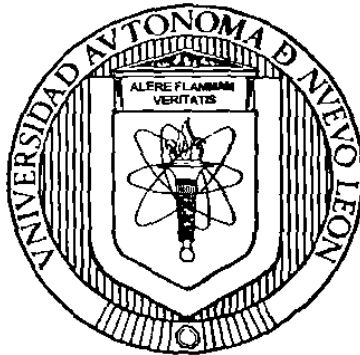
**Por**

**LIC. MAGDALENA FRANCO OROZCO**

**Como requisito parcial para obtener el Grado de  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA con especialidad  
en Materno Infantil Pediátrica**

**Agosto de 1997**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SECRETARÍA DE POSTGRADO**



**SISTEMAS SOCIAL Y PERSONAL DE LA  
ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON VIH/SIDA**

**Por**

**LIC. MAGDALENA FRANCO OROZCO**

**ASESOR**

**LIC. DORA ELIA SILVA LUNA MSP**

**Como requisito parcial para obtener el Grado de  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA con especialidad en  
Materno Infantil Pediátrica**

**Agosto de 1997**

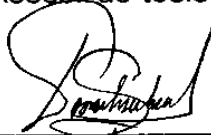
**SISTEMAS SOCIAL Y PERSONAL DE LA  
ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON VIH/SIDA**

Aprobación de tesis:



---

Lic. Dora Elia Silva Luna MSP  
Asesor de tesis



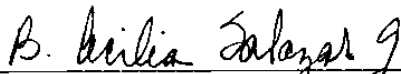
---

Lic. Dora Elia Silva Luna MSP  
Presidente



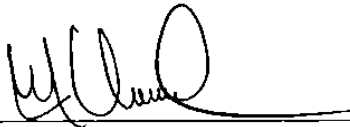
---

Lic. Margarita Magallanes Z. M E  
Secretario



---

Lic. Bertha Cecilia Salazar González. M E  
Vocal



---

Lic.Ma. Magdalena Alonso Castillo MSP  
Secretario de Postgrado



## **AGRADECIMIENTOS**

A las Autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad para realizar los estudios de Maestría en Enfermería, mediante la beca otorgada, especialmente a la Lic. Susana Salas Segura.

A las autoridades del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" por el apoyo brindado, en particular al Dr. Romero S. Rodríguez Suárez, Director de esta honorable Institución.

A las autoridades de Intercambio Académico Universitario, tanto de la UNAM como de la UANL por su apoyo.

A la Lic. Dora Elia Silva Luna M.S.P., con admiración y respeto por compartir sus conocimientos durante la maestría y por su asesoría en el desarrollo de la investigación.

A la Lic. Maragarita Magallanes y Lic. Bertha Cecilia Salazar Gonzáles por sus valiosas aportaciones en la comisión de tesis.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza por su valiosa asesoría estadística.

A los maestros de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por compartir sus conocimientos y experiencia.

A Liliana González Juárez, por su amistad, motivación constante y apoyo incondicional.

A Irma Rosa Acevedo González, por su amistad y apoyo brindado.

A Mabel Guevara por la amistad y por el intercambio profesional.

A Rosa Ma. Ostiguin Meléndez por compartir las experiencias en la maestría.

Al personal administrativo y de la Biblioteca de la Facultad de Enfermería de la UANL por su atención.

A la Lic. Eloy Margarita Aguilar, las supervisoras y enfermeras del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" por el apoyo brindado, y especialmente a los niños de este hospital por su paciente espera durante la recolección de los datos.

## **DEDICATORIA**

**A mi esposo Javier por su amor, por su paciente espera y  
por su apoyo para mi realización profesional.**

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Hipótesis .....	6
1.3 Objetivos .....	6
1.4 Importancia del estudio.....	7
1.5 Limitaciones del estudio.....	8
1.6 Definición de términos.....	9
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	11
2.1 Marco conceptual de los Sistemas Dinámicos Interactivos de Imogene King.....	11
2.1.1 Adaptación del Marco Conceptual de Los sistemas Dinámicos de Interacción de Imogene King Al Estudio Del Sistema Social y personal de La enfermera en El Cuidado del niño con VIH/SIDA.....	16
2.2 Estudios Relacionados .....	23
3. METODOLOGIA.....	33
3.1 Diseño del estudio.....	33

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
3.2 Universo.....	33
3.3 Plan de muestreo y muestra .....	34
3.4 Criterios de inclusión.....	34
3.5 Material.....	34
3.6 Procedimientos.....	36
3.7 Ética del estudio.....	39
4. RESULTADOS .....	42
4.1 Datos Demográficos .....	42
4.2 Estadísticas descriptivas.....	54
4.3 Análisis Estadístico.....	55
4.3.1 Prueba de X <sup>2</sup> .....	55
4.3.2 Prueba de Kruskal Wallis .....	62
4.3.3 Correlación de Spearman.....	67
5. DISCUSION.....	69
5.1 Conclusiones .....	77
5.2 Recomendaciones.....	78
REFERENCIAS.....	80

## APÉNDICES

### APÉNDICE A: CUESTIONARIO: SISTEMA SOCIAL Y

#### PERSONAL DE LA ENFERMERA EN EL

CUIDADO DEL NIÑO CON VIH/SIDA.....85

### APÉNDICE B: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR EL

CUESTIONARIO.....90

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
APÉNDICE C: FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO.....	91
APÉNDICE D: ANÁLISIS ALPHA PARA LA ESCALA DEL MIEDO AL SIDA .....	93
APÉNDICE E: PROGRAMA DE CAPTURA DE DATOS .....	94
APÉNDICE F: COMPOSICIÓN DE LAS COMBINACIONES DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS Y NÚMERO DE OBSERVACIONES.....	99

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Tipos de transmisión más frecuentes.....	18
2. Datos Demográficos de la Población Estudiada .....	43
3. Frecuencias y Porcentajes de la escala de Bouton de Miedo Al SIDA.....	53
4. Estadísticas Descriptivas para los Índices Estudiados y Resultados de la Prueba de Kolmogorov Smirnov .....	54
5. Conocimientos sobre la enfermedad y el Entorno Familiar con Los Datos Demográficos.....	56
6. Datos Demográficos y la percepción del riesgo de contraer el VIH.....	58
7. Datos Demográficos con Entorno Laboral .....	59
8. Datos Demográficos con Actitud.....	61
9. Resultados de la Prueba de Kruskal Wallis para las combinaciones de datos demográficos e índices del cuestionario.....	62
10. Rangos medios y Promedios para el Índice de entorno Laboral por Servicio y Edad .....	63
11. Rangos medios y Promedios para el Índice de percepción por Servicio y Edad .....	65
12. Resultados de la Correlación de Spearman.....	67

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Marco Conceptual de los Sistemas Dinámicos de Interacción de King.....	15
2. Adaptación del Marco Conceptual de los Sistemas Dinámicos de Interacción de King al Estudio del Sistema Social y Personal de la Enfermera en el Cuidado del niño con VIH/SIDA.....	22
3. Distribución del Personal de Enfermería en los Servicios Seleccionados.....	44
4. Conocimientos de los Fluidos Corporales de Alto Riesgo .....	45
5. Opinión de las Enfermeras Sobre el Aislamiento de los Niños con VIH/SIDA .....	46
6. Opinión de los Padres, Referida por la Enfermera acerca de la Causa del VIH/SIDA.....	47
7. Edad de la Enfermera y el Hecho de Reencapuchar Agujas.....	48
8. Experiencia de la enfermera y Disposición de Tiempo para Aplicar las Precauciones Universales.....	49
9. Antecedentes Profesionales y la Disposición de Material para Aplicar las Precauciones Universales .....	50

;

.

**Figura****Página**

10. Edad de la Enfermera y Tema de Conversación con la Familia del Niño .....	51
11. Situación en la que se Negaría el Personal de Enfermería a Cuidar al Niño con VIH/SIDA.....	52
12. Promedios y Edades para los Servicios en el Índice de Entorno Familiar .....	64
13. Promedios y Edades para los Servicios en el Índice de Percepción .....	66



## RESUMEN

Magdalena Franco Orozco

Fecha de Graduación: Agosto 1997

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: **SISTEMAS SOCIAL Y PERSONAL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON VIH/SIDA.**

Número de páginas: 100

Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con Especialidad Materno Infantil Pediátrica.

Área de Estudio: Enfermería Pediátrica

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito fue identificar los factores del entorno social y la actitud de la enfermera en el cuidado del niño con VIH/SIDA. Se utilizó un diseño descriptivo y transversal, el tipo de muestra fue por conveniencia, el tamaño de la muestra fue de 329 sujetos. Se aplicó un cuestionario diseñado por la investigadora titulado; Sistema Social y Personal de la enfermera en el cuidado del niño con VIH/SIDA y una escala para estimar el miedo al SIDA diseñada por Bouton, la cual fue adaptada. Se usó como base el marco conceptual de Imogene King.

**Contribuciones y Conclusiones:** Se obtuvo que la actitud de la enfermera como sistema personal y la percepción que ella tiene sobre el VIH/SIDA no mostraron significancia, por tanto no se rechaza las hipótesis nulas de que ambas variables son independientes. Los conocimientos de la enfermera acerca del VIH/SIDA no están asociados con la actitud en forma significativa ( $\alpha=0.05$ ) por tanto se acepta la hipótesis nula. La actitud de la enfermera (sistema personal) y el entorno familiar como sistema social no mostraron asociación significativa. Del entorno laboral como sistema social y la actitud se obtuvo un coeficiente de correlación positivo ( $r_s=.1310$ ) pero no significativo (valor de  $p=.067$ ). Al considerar el índice de miedo y el índice de actitud de la enfermera en el cuidado de niño con VIH/SIDA se obtuvo un coeficiente de correlación de  $r_s=.529$ , con valor de  $p=.005$ , el cual es significativo, se rechaza la hipótesis nula de que estos índices no están asociados y se concluye que existe una asociación positiva y significativa.

FIRMA DEL ASESOR:



-----

# **CAPÍTULO 1**

## **Introducción**

Actualmente la epidemia por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su consecuente Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituyen uno de los tópicos de mayor interés para la salud pública. El VIH puede afectar a todos los individuos por igual, sin distinción de raza, fronteras, credo, posición social, sexo o edad. Las estimaciones de los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concuerdan que en el año 2000 habrá por lo menos 30 millones de personas infectadas con el VIH (Vallejo y Cols., 1995).

Las estimaciones de Joint United Nations Program on HIV/AIDS, avaladas por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como por otras organizaciones mundiales interesadas en frenar dicha epidemia, reportan que hasta diciembre de 1996 había en el mundo 29.4 millones de infectados y 8.4 millones de casos de SIDA, de los cuales 1.7 millones son menores de 15 años de edad (UNAIDS, 1996).

Ante el surgimiento de esta epidemia se han generado diversas consecuencias de orden psicosocial, político y económico. Debido a que, por un lado, no existe un tratamiento efectivo para frenar la infección por el VIH, lo

cual enfrenta al enfermo con lo irremediable; por otro, a que su principal vía de transmisión es la sexual, considerada ésta como un estigma, y debido a ello se ha generado una actitud de miedo al contagio o rechazo hacia las personas que padecen la enfermedad, ya sea adultos o niños; reacciones que se han permeado en la sociedad en general, en los trabajadores de la salud y, específicamente, en el personal de enfermería.

En el presente proyecto de investigación, se consideró necesario indagar lo que la enfermera refiere sobre su entorno familiar, el entorno laboral y su sistema personal en relación con algunos factores psicosociales que influyen en sus actitudes durante el cuidado del niño con VIH/SIDA.

En el primer capítulo de este informe se presenta el planteamiento del problema, se formulan las hipótesis en las que se establece la relación de las variables de interés, los objetivos, la importancia que los resultados pueden arrojar para la práctica de la enfermería pediátrica, así como las limitaciones del estudio.

En el segundo capítulo, y a manera de marco teórico conceptual, se presenta el Modelo de los Sistemas Dinámicos de Interacción de Imogene King, así como su adaptación para esta investigación y los estudios relacionados con el tema.

El capítulo tercero incluye la metodología seguida para el desarrollo del estudio; el diseño fue de tipo descriptivo y transversal. El cuarto expone los resultados y finalmente la discusión de éstos.

## 1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad, el número de enfermos que viven con el VIH/SIDA rebasa los 22 millones, de los cuales 830 mil son niños; además se considera que actualmente existen más de 29 millones de personas, hombres, mujeres y niños, infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, por lo que el problema se convierte en un reto para la salud pública mundial (UNAIDS, 1996).

En América, México ocupa el tercer lugar por el número de casos registrados de SIDA. El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, hasta el 1 de abril de 1997, registró más de 30 mil casos. La Secretaría de Salud estima que para fines del presente milenio puede haber alrededor de 88 mil personas infectadas, de las cuales sólo la mitad serán diagnosticadas debido al retraso en la notificación (SIDA/ETS, 1997).

En México, hasta el 1 de abril de 1997 se habían reportado 817 casos de SIDA en individuos menores de 15 años de edad. De 645 casos se identificó la forma de transmisión, sólo de 172 se desconoce este factor. Según la vía de transmisión los porcentajes quedan como sigue: el 59.4 por ciento corresponde a la vía perinatal el 37.17 por ciento, a las transfusiones sanguíneas y el 3.4 por ciento a la vía sexual (SIDA/ETS, 1997).

En el mundo la epidemia del VIH/SIDA ha sido acompañada por otra epidemia de miedo, estigmatización y discriminación. Esto ha significado un nuevo reto para aquellos que trabajan en la salud pública, pues resulta

necesario proteger los derechos humanos de los afectados como parte fundamental de cualquier programa eficaz contra la epidemia (Rico y Cols., 1994). Las reacciones negativas hacia las personas que padecen esta enfermedad no son únicas en la sociedad en general, sino que se han manifestado en los trabajadores de la salud, en particular en el personal de enfermería que atiende a los niños con dicho problema de salud, actitudes que pueden ir desde una preocupación por mantenerse informados para ofrecer servicios más eficientes hasta un declarado rechazo hacia los pacientes.

Parece que esta diversidad de reacciones se origina en los antecedentes personales de cada trabajador del sector salud, como la familia, educación y experiencia laboral, entre otros factores (Sande, 1994). En particular, el personal de enfermería ha manifestado actitudes como miedo al contagio y a la muerte, negación a cuidar a los niños, a realizar procedimientos, a tener un acercamiento físico o verbal con ellos o con sus familiares. Tales actitudes pueden afectar de una o de otra manera el cuidado (Durham, 1994).

Ahora, si se considera que el proporcionar los cuidados de enfermería, se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales y potenciales (Alfaro, 1992), entonces, respecto al niño con SIDA, esto no sólo se logra con un cúmulo de conocimientos acerca de ese padecimiento, sino que además intervienen otros factores como los valores y creencias que las enfermeras y la sociedad tienen sobre la salud y la enfermedad; todo esto en conjunto determina una forma de actitud en el cuidado. En su entorno familiar, la enfermera adquiere los valores, creencias y patrones de conducta que

determinan la forma de actuar en los distintos papeles que desempeña, ya sea como persona o como profesional de la salud.

Los estudios realizados por Bell (1994), Pujol (1994), Vallejo (1995) como García (1994) coinciden al afirmar que la enfermedad está asociada con la sexualidad, la moral, la religión y la muerte, además de otros factores y, por tanto, puede propiciar conductas específicas en los profesionales de la salud, en particular en los de enfermería en la interacción con el enfermo. De esta forma se estudió la actitud de las enfermeras durante el cuidado a niños con SIDA; dicho estudio se llevó a cabo a partir de las siguientes preguntas de investigación:

**¿Cómo influyen la percepción y el conocimiento de la enfermera sobre el VIH/SIDA en su actitud en el cuidado del niño hospitalizado con esta enfermedad?**

**¿Cuál es la influencia del entorno familiar y del entorno laboral en la actitud de la enfermera en el cuidado del niño hospitalizado con VIH/SIDA?**

## 1.2 Hipótesis

**HI.** La percepción y el conocimiento sobre el VIH/SIDA, como elementos del sistema personal de la enfermera, están relacionados con la actitud de ésta en el cuidado del niño con VIH/SIDA

**HI.** La familia y el entorno laboral de la enfermera, como sistemas sociales, están relacionados con la actitud de ésta en el cuidado del niño con VIH/SIDA

**HI.** El miedo al contagio de la enfermera respecto al VIH/SIDA está relacionado con su actitud en el cuidado del niño con esta enfermedad.

## 1.3 Objetivos

### **Objetivo General**

Describir la relación de los sistemas personal, social y laboral de la enfermera con su actitud en el cuidado del niño con VIH/SIDA.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento y la percepción que las enfermeras tienen acerca del VIH/SIDA en el cuidado del niño.

- Describir la opinión de las enfermeras, sobre la creencia que tiene su entorno familiar acerca del SIDA.
- Describir la relación del entorno laboral y los miedos de la enfermera al cuidar a los niños con VIH/SIDA.
- Describir el perfil demográfico de las enfermeras respecto a su entorno laboral y social.

#### **1.4 Importancia del estudio**

La relevancia del estudio radicó en conocer algunas dimensiones que afectaron el comportamiento de la enfermera en el cuidado de los niños con VIH/SIDA, así como las relaciones que existen entre ellos. El niño está expuesto al cuidado que le brinda la enfermera, por tanto, las percepciones que ella tenga acerca de la enfermedad influyen en la interacción de ambos, en consecuencia en el cuidado que le brinda.

Con el presente estudio se contribuye al acervo de conocimientos de la disciplina mediante la aplicación del marco conceptual de los Sistemas Dinámicos de Interacción de Imogene King, el que permitió conocer algunos aspectos de la interacción entre la enfermera y el niño con VIH/SIDA, y aportó información sobre los conocimientos, la percepción, el entorno familiar y



laboral, así como las actitudes de ésta en el cuidado del niño que padece la enfermedad, aspectos que retroalimentaron el marco conceptual antes señalado.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

Los resultados del estudio sólo podrán ser generalizados para la población encuestada y para otras con características similares.

La institución seleccionada concentra el mayor número de casos de niños con VIH/SIDA en el país por lo que el muestreo fue por conveniencia.

El efecto de la variable independiente sobre la dependiente fue registrada a través de un diseño transversal, lo que limita la posibilidad de hacer afirmaciones absolutas como las obtenidas en los diseños longitudinales.

Debido al resultado de las pruebas de confiabilidad y validez, se ve la necesidad de someter al instrumento de esta investigación a nuevas pruebas en futuros estudios.

## 1.6 Definición de términos

**El cuidado de la enfermera:** es el conjunto de actividades que las enfermeras realizan y que implican contacto directo verbal y físico, con el niño.

**Actitud:** es el resultado de aprendizajes realizados al responder a los estímulos y se manifiesta bajo la forma de tendencias positivas o negativas hacia los objetos, personas o situaciones (Thorndike, 1980). Para este estudio es la conducta que la enfermera dice asumir durante el cuidado del niño, manifestada por el comportamiento de aceptación o de rechazo al contacto físico y comunicación en la interacción con el niño y su familia.

**Conocimientos:** es el saber que la enfermera (sistema personal) tiene respecto al VIH/SIDA en cuanto a etiología, evolución, mecanismos de transmisión y tratamiento.

**Percepción:** es la representación que las personas tienen de la realidad. Es el proceso de organizar, interpretar y transformar la información de los datos sensoriales y de la memoria (King, 1981); para este estudio, la percepción del riesgo hacia el VIH/SIDA se concibe como la opinión que el personal de enfermería tiene acerca del riesgo personal de adquirir el virus.

**Miedo al contagio:** es una respuesta de ansiedad ante la amenaza percibida de adquirir el SIDA (Bell, 1994). Para el estudio se consideró como tal el temor que la enfermera percibe al contagio del SIDA.

**Sistema personal:** son los individuos, como sistemas abiertos, que procesan y perciben activamente información acerca del medio ambiente (King, 1981); para el estudio es el conocimiento de la enfermera acerca del VIH/SIDA y la percepción del riesgo de adquirir el virus.

**Entorno familiar:** es el sistema social primario, integrado por parientes y personas cercanas, en que se desenvuelve la enfermera y del cual deriva u obtiene un conjunto de valores y creencias.

**Entorno laboral:** es la institución, como sistema social, donde trabaja la enfermera; es el medio en el cual se desempeña, adquiere y ejecuta las normas y procedimientos para el cuidado del niño con VIH/SIDA.

**Sistema social:** es el producto de la interacción humana; es un proceso estructuralmente organizado que otorga a sus miembros estatus y una función determinada, transfiere a los individuos creencias, valores costumbres y formas de conducta y los límites y mecanismos para regularlas (King, 1981); los sistemas sociales son la familia, escuela, el sistema de cuidados a la salud (hospital). Para fines de esta investigación, el sistema social de la enfermera es el entorno familiar y el entorno laboral.

**Interacción:** es un proceso de percepción y comunicación entre las personas y el entorno, que se manifiesta por conductas verbales y no verbales (King, 1981) en este estudio únicamente se consideraron la comunicación verbal y no verbal que la enfermera establece con el niño y su familia.

## **CAPÍTULO 2**

### **Marco Teórico-Conceptual**

Este apartado consta de tres secciones; en la primera se plantea el marco conceptual de los Sistemas Dinámicos Interactivos de Imogene King (1981), en la segunda se presenta la adaptación del mencionado marco en que se da contexto a las variables del estudio y en la tercera sección se argumentan los estudios relacionados con el tema de investigación.

#### **2.1 Marco Conceptual de los Sistemas Dinámicos de Interacción de Imogene King**

El marco conceptual de los Sistemas Dinámicos de Interacción de King se inicia a partir de la década de los sesenta. Los elementos que utilizó la autora para su propuesta son diversos, tales como la teoría del conocimiento, la teoría del crecimiento y desarrollo, la teoría de la comunicación, elementos

de psicología, sociología, filosofía y, la más destacada, la teoría de sistemas que se ha utilizado en las ciencias de la conducta, lo cual la llevó a desarrollar sus sistemas dinámicos interactivos.

Puede decirse que el propósito perseguido por la doctora King consistió en llenar el hueco que había en el campo de la teoría de enfermería, pues ella descubrió en sus investigaciones que en el mencionado campo predominaba la atención a los aspectos técnicos del cuidado y a los sistemas de salud, pero no se consideraba al paciente como persona y a las relaciones de éste con la enfermera.

En este marco teórico de sistemas se concibe a la *persona* como un sistema abierto que interactúa con otras personas, grupos y el entorno; como resultado de esa interacción, se producen cambios en la conducta.

La autora concibe *la salud* como una experiencia dinámica en la vida de un ser humano, la cual implica continuos ajustes a tensiones en el ambiente, interno o externo, a través del aprovechamiento óptimo de los recursos para lograr el potencial máximo en la vida diaria.

El concepto de *entorno*, en este marco conceptual, se identifica con el de sistema social, que es definido como un conjunto organizado de límites, roles, conductas y prácticas desarrolladas para mantener los valores y las normas que regulan las conductas de los individuos; son el producto de la interacción humana; éste es un proceso estructuralmente organizado que otorga a sus miembros estatus y una función determinada; las presiones que ejerce en los grupos influyen en las conductas y actitudes de los individuos (King, 1981).

*La enfermería* es conceptualizada como un proceso de acción, reacción e interacción, en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en situaciones de enfermería (King,

1981). Tanto la percepción como los Sistemas Dinámicos de Interacción se derivan del concepto de persona. Además de estos conceptos, la autora adiciona los de percepción y el de los sistemas dinámicos interactivos.

*La percepción* es la representación que cada sistema personal, interpersonal y social tienen de la realidad. La autora sostiene que es universal, proporciona información acerca del mundo y a través de ella los individuos configuran sus puntos de vista y éstos, a su vez, determinan en cierta medida las actuaciones o actitudes. Es una experiencia selectiva y subjetiva que está relacionada con el espacio, el tiempo, el nivel de desarrollo y el contexto en el cual ocurren las experiencias de las personas. La percepción se relaciona con el concepto de uno mismo, es decir, con el yo, con la herencia biológica, con la formación educativa y con los grupos socioeconómicos a los que pertenece la persona o el grupo.

*El sistema personal* está relacionado con el concepto de espacio y, a su vez, con la percepción. El espacio es el área física llamada territorio; éste le da a los individuos un sentido de seguridad; el grado en que se percibe tiene sus raíces en la cultura y se manifiesta en conductas y actitudes aprendidas por los individuos y está en función de las situaciones a las que se enfrenta en el entorno. El espacio psicológico es la conducta de las personas en interacción. Las dimensiones espacio temporales influyen en cada uno de los componentes del sistema personal y, al mismo tiempo, en la dinámica de las interacciones entre dos o más personas. Las relaciones interpersonales, formadas por dúos, triadas o grupos como la familia y los sistemas sanitarios, entre otros, están caracterizados en el proceso de interacción humana.

*Los sistemas interpersonales* son concebidos por King (1981) como un proceso dinámico de interacción humana, caracterizado por una serie de conductas verbales y no verbales. En el mencionado proceso se relacionan los conceptos de percepción, interacción y comunicación.

Las interacciones son actos o conductas, revelan cómo piensa y actúa una persona; son observadas en tiempo y espacio, en situaciones concretas y están relacionadas con el estatus y el rol que se desempeña y con las reacciones de la relación que se establece entre las personas. Por tanto, las conductas observadas como producto de la interacción son las unidades de análisis de las interacciones humanas. Posterior a la acción se produce una reacción en el campo conceptual de quienes interactúan, momento en el que se pueden observar las conductas o actitudes manifestadas por las personas; por tanto, la conducta o actitud se origina en las percepciones (King, 1981).

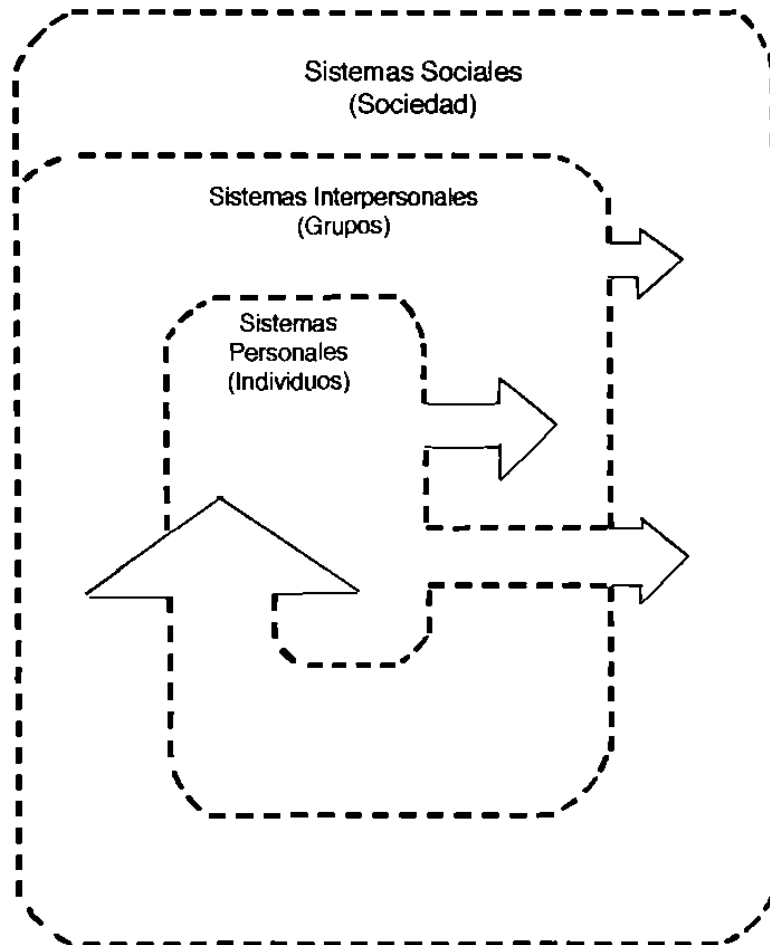
*Los sistemas sociales* guardan una influencia recíproca con sus miembros, haciéndolos evolucionar en función del crecimiento y desarrollo de cada sistema personal; a la vez, el individuo recibe del sistema social creencias, valores, costumbres y formas de conducta e, implícitamente, los límites y mecanismos para regular todos estos elementos (King, 1981).

Las características de los sistemas sociales son las siguientes: organización, poder, autoridad, estatus y toma de decisiones. La organización es un ambiente donde se moldean cualidades y hábitos de las personas, tales parámetros son valores humanos, conductas, necesidades, metas y expectativas; es un ambiente natural donde los recursos son esenciales para el logro de las metas, y allí los grupos interactúan para conseguir objetivos y el uso de la tecnología facilita el logro de las metas (King, 1981).

Esta autora opina que la autoridad es la capacidad para tomar decisiones, el poder es la capacidad de influir en las personas en una determinada situación. El estatus, es definido como la posición que ocupa un individuo dentro de un grupo respecto de otro en la organización; mientras que la toma de decisiones es un proceso continuo, dinámico y sistemático para elegir una opción con base en hechos y valores (King, 1981).

La autora representa su marco conceptual de la siguiente manera (Figura1).

**FIGURA 1**  
**MARCO CONCEPTUAL DE LOS SISTEMAS**  
**DINÁMICOS DE INTERACCIÓN**  
**(King, 1981)**



Considerando los elementos de este marco conceptual se identificó como idóneo para buscar un acercamiento a la relación del sistema social y personal de la enfermera y su actitud en el cuidado del niño con VIH/SIDA.



### **2.1.1 Adaptación del Marco Conceptual de Imogene King**

La enfermera como *persona* es un sistema abierto que interactúa con otros, entre los que se incluye al paciente, y como resultado de dicha interacción ocurren cambios en la conducta y actitud de aquella hacia ellos. King (1981) afirma que las emociones pueden cerrar parcialmente el campo perceptual, dando lugar a que se desencadenen estados emocionales como el *miedo*, lo que restringe la percepción y la adecuada actuación de la enfermera con el paciente y su entorno.

*La percepción* que tiene la enfermera acerca del riesgo de contraer el VIH, depende de la experiencia de ella y del tipo de exposición al virus. Aún cuando según Kumate (1990) se toma en cuenta el bajo porcentaje (0.4 por ciento) de riesgo laboral por exposición por aguja contaminada por ejemplo, el riesgo percibido por las enfermeras puede ser mayor, lo cual incrementa el miedo al contagio.

La secuencia de acciones que la enfermera realiza con su paciente incluye el reconocimiento de las condiciones, las actividades relacionadas con dicha condición o situación y la acción mental para lograr algún control sobre los acontecimientos. En este proceso el sistema personal de la enfermera en interacción percibe y elabora juicios que no son observables fácilmente (King, 1981).

En el proceso de interacción, en la forma como percibe la enfermera influyen los siguientes factores: las experiencias pasadas, los conocimientos sobre la enfermedad, la formación profesional, el sistema social al que pertenece y la herencia genética, entre otros.

En la atención de todo paciente, la enfermera debe guiarse por los *conocimientos* que se derivan directamente de su quehacer profesional; también debe poseer una gran variedad de aptitudes, incluidas las de carácter pedagógico y de asesoría para proporcionar una atención eficiente donde sea necesaria: en el hogar, la comunidad o el hospital.

Con las medidas pertinentes para el control de infecciones intrahospitalarias, la enfermera debe adoptar aquellas que la protejan del potencial contagio durante la exposición a los fluidos corporales. Tales medidas son las recomendadas por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, las cuales además, están avaladas por la Organización Mundial de la Salud a partir de 1987 y son conocidas como precauciones universales, también denominadas recientemente como precauciones de aislamiento (Ponce de León Rosales, 1996). Estas medidas surgieron a partir de la combinación del aislamiento para sustancias corporales y las precauciones universales; estas últimas estaban orientadas sólo a evitar la transmisión de patógenos por sangre. De esta combinación resultaron las precauciones estándar, a las que finalmente se le sumaron otras estrategias, llamadas precauciones basadas en la transmisión, con el fin de disminuir los riesgos de contagio en el personal de salud por las vías aéreas, por gotas y por contacto: esta última clasificación se resume en el siguiente cuadro (tabla 1).

}

.

TABLA 1

## Tipos de transmisión más frecuentes

Por contacto	Por gotas	Por vía aérea
<p>Es la forma más frecuente de transmisión en los hospitales; se clasifica en dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto directo entre las superficies corporales (saludar con la mano, bañar al paciente).</li> <li>• Contacto indirecto: con objetos inanimados (como el empleo de los guantes y no cambiarlos entre pacientes).</li> </ul>	<p>Es la diseminación de núcleos de gotas (partículas de más de 5 micras de tamaño que contienen microorganismos y permanecen en el aire suspendidas por largos periodos) generados al toser, estornudar, hablar y en ciertos procedimientos.</p> <p>La transmisión ocurre cuando las gotas son espelidas y se depositan en la mucosa oral, nasal o conjuntivas.</p>	<p>Es la diseminación de núcleos de gotas cuyo tamaño es menor de 5 micras (contienen microorganismos, permanecen suspendidas en el aire por largos periodos).</p> <p>Los microorganismos se diseminan ampliamente por corrientes de aire que pueden ser inhaladas en un cuarto o a largas distancias.</p>

Los *conocimientos* sobre el VIH/SIDA se basan en la comprensión correcta de los mecanismos de transmisión de las infecciones, de la fisiopatología, de la sexualidad humana, de la bioética y de los aspectos legales respecto a la atención de los enfermos y sobre el crecimiento y desarrollo del paciente, niño o adulto, así como de las estrategias de prevención de la enfermedad. En cuanto al VIH/SIDA la enfermera ha de saber que el virus causa daño irreversible al sistema inmunológico y que se ha encontrado en fluidos corporales como la sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, líquido cefalorraquídeo, sinovial, peritoneal, amniótico, pleural y pericárdico; a éstos se les considera agentes de alto riesgo para transmitir el VIH. También se ha encontrado en la orina, heces, expectoraciones, vómitos, lágrimas y saliva; cuando éstos están mezclados con sangre, son potencialmente infectantes.

Es necesario que la enfermera esté familiarizada con algunos términos, como seropositivo (éste es un término utilizado en forma general como

sinónimo de infección por VIH), portador del VIH o portador asintomático del VIH. Un caso de SIDA es un individuo que está infectado por el VIH y que presenta datos clínicos de diversas enfermedades oportunistas; y es la etapa final de la enfermedad (Navarrete y Cols., 1992).

En cuanto al tratamiento de los niños con esta enfermedad, la enfermera interviene en la satisfacción de las necesidades físicas y psicosociales del niño, además colabora con el grupo multidisciplinario de salud en la atención integral, participa en la aportación de suplementos protéicos, vitamínicos y calóricos suficientes para cada edad y caso.

Algo muy importante es que con el fin de prevenir las reacciones del niño a la separación de la madre por la hospitalización, la enfermera debe fomentar el vínculo madre hijo.

En relación con el *entorno familiar*; King (1981) señala que, como *sistema social*, éste transfiere a sus integrantes valores costumbres y creencias, determina la experiencia y el aprendizaje que influye en las actitudes; de acuerdo con Gillis (1993), todas las sociedades humanas proporcionan copias culturales de pensamiento y acción a sus miembros. Las prescripciones culturales aportan la estructura para las creencias, los valores y los patrones de comportamiento normativo y esperados para los individuos de cada sociedad, por lo que cada familia tiene su propia cultura que, a su vez, está determinada por la sociedad en que vive.

La familia es la unidad básica de la sociedad; es decir, es el contexto donde se adquieren las creencias, principios y valores que posibilitan el funcionamiento de la estructura social.

De esta noción se puede inferir que, en la familia, la enfermera adquiere los elementos desencadenantes de sus actitudes en el cuidado de los niños, en especial a los que padecen VIH/SIDA; en otras palabras, el

entorno familiar de la enfermera juega un papel determinante en la forma como se conduce en los distintos roles que desempeña, ya sea en el hogar mismo o en su trabajo.

En cuanto al *entorno laboral*, como componente del *sistema social* de la enfermera, King (1981) sostiene que al desenvolverse en sistema social, como la institución donde labora, aprende costumbres, creencias, actitudes y valores que repercuten en el cuidado de los pacientes.

Al respecto Sande (1994) sostiene que existen factores en el ámbito del trabajo del personal de salud que se asocian con intentos de evasión al tratar a enfermos con SIDA, por ejemplo, las actitudes negativas hacia los pacientes, la competencia profesional y el temor al contagio. Según este autor, existe la creencia de que atender a pacientes con VIH/SIDA es negativo para el ejercicio profesional; considera que existen situaciones estresantes en los profesionales de la salud, como el exceso de trabajo, la confrontación diaria con la muerte, la impotencia y la sobrecarga de aflicción.

Las políticas y procedimientos de las instituciones son otros factores que influyen en las actitudes de las enfermeras para brindar cuidados eficientes; entre éstos se destacan los procedimientos del control de infecciones, que se relacionan con la percepción del riesgo laboral (Sande, 1994).

En el ámbito de enfermería, King (1981) sostiene que las enfermeras están enfrentándose continuamente a diversos factores que producen estrés, o algunas de sus formas en el ambiente hospitalario y en las unidades de cuidados intensivos. Los horarios de trabajo crean tensiones y cambios en los ritmos biológicos son otras causas de estrés. El constante contacto con pacientes crónicos y en fase terminal genera ansiedad, sentimientos de pérdida, cambios en la forma de vida, además de *miedo* al posible contagio,

por ello se dice que son causas de estrés en los hospitales. Este contexto laboral constituye el espacio físico de la enfermera y el campo perceptual donde puede surgir el miedo al posible contagio del VIH.

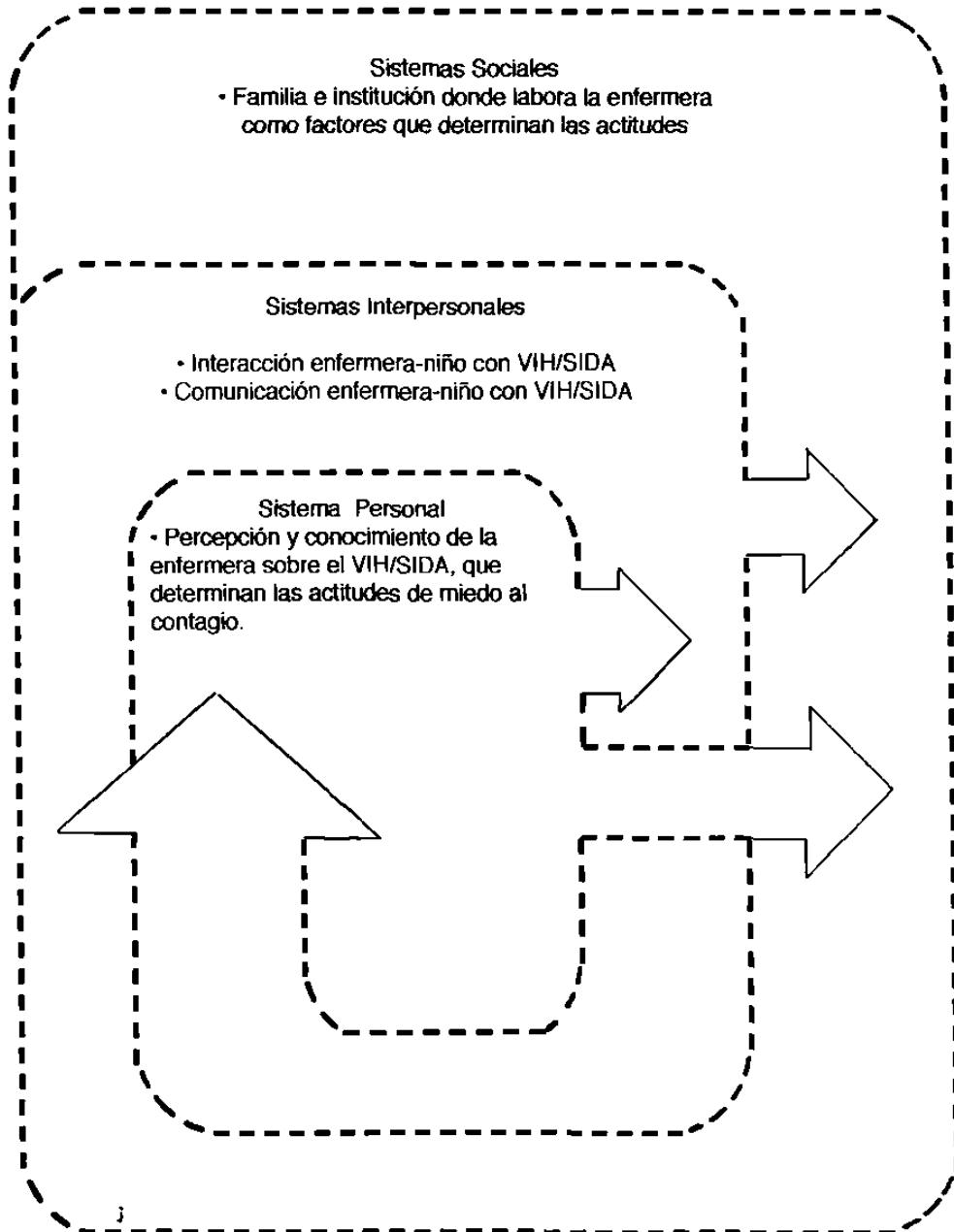
Como fue señalado previamente, para King la interacción humana es un proceso inherente al sistema personal, del que se desprenden, entre otras cosas, actitudes y conductas en cada persona, por otro lado, Thorndike (1980) concibe a las *actitudes* como el resultado de aprendizajes realizados al responder a los estímulos, resultado que se manifiesta bajo la forma de tendencias positivas o negativas hacia los objetos, personas o situaciones; son sentimientos de simpatía o antipatía respecto de algún grupo o institución.

Sobre el particular King sostiene que la interacción está representada por las conductas verbales y no verbales, tanto de la enfermera como del paciente; afirma que en el proceso de interacción hay dos componentes básicos, la comunicación, entendida ésta como la estructura de símbolos que dan orden y significado a las interacciones, y las transacciones, definidas como las conductas y *actitudes* humanas intencionadas; producidas por el aprendizaje y las experiencias entre las personas y el entorno.

Para la autora, en la interacción la enfermera asume una acción intencionada para el cuidado, constituida por conductas observables que generan una reacción, la cual puede ser una actitud de rechazo o de aceptación. En la comunicación no verbal que se da durante la interacción, son los gestos de la enfermera, el acercamiento físico (tacto), el involucramiento emocional y el interés, las que en conjunto constituyen los rasgos que evidencian la actitud. En el siguiente esquema se representa la adaptación del marco conceptual del Imogene King para el presente estudio (Figura 2).

**ADAPTACIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL DE LOS SISTEMAS DINÁMICOS DE INTERACCIÓN DE KING AL ESTUDIO DE LOS SISTEMAS SOCIAL Y PERSONAL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON VIH/SIDA**

**(Franco y Silva, 1997)**



## 2.2 Estudios Relacionados

En la revisión de la literatura sobre la percepción y conocimiento de las enfermeras sobre el VIH/SIDA, se encontró que Bell (1993) reportó que el temor al contagio con el VIH parece ser común entre las enfermeras a pesar de que existe evidencia empírica de bajo riesgo de transmisión ocupacional entre los trabajadores al cuidado de la salud. La autora realizó un estudio correlacional, utilizó una muestra por correo dirigido a 200 enfermeras tituladas, seleccionadas al azar en el registro del estado de Massachusetts, Estados Unidos. El cuestionario incluía items relacionados con información demográfica, una escala de nueve items del factor personal y las escalas del miedo al contagio y miedo al SIDA elaboradas por Bouton (Bouton, 1987).

En los resultados, los niveles de confiabilidad Alfa de Cronbach fueron 0.80 para la escala tipo Likert del miedo al SIDA. El cuestionario incluyó seis preguntas de conocimientos sobre el SIDA en un formato de falso y verdadero; estas preguntas se relacionaron con el miedo. Se encontró que existe una fuerte relación ( $p = 0.000$ ) entre la falta de conocimientos, el miedo a lo desconocido y la falta de involucramiento emocional con el miedo al contagio. El miedo al castigo se encontró significativamente menor correlacionado ( $r = 0.7$ ,  $p = 0.035$ ) y el miedo a la muerte no mostró relación con el miedo al contagio.

Sólo dos variables demográficas se correlacionaron en forma significativa y negativa con el miedo al contagio, fueron la educación con una  $r = -0.219$ , y un valor de  $p = 0.0009$ , y las horas de trabajo con una  $r = -0.193$ , y un valor de  $p = 0.021$ , lo cual significa que a mayor educación, menor es el



miedo y a mayor número de horas de trabajo, el miedo disminuye y, por tanto, mayor es el involucramiento emocional.

En otra encuesta sobre la valoración de las actitudes y conocimientos del personal de enfermería sobre el SIDA, realizada por Pujol (1994) en un hospital de España, se utilizó un cuestionario de 40 preguntas con variables cualitativas y cuantitativas, el cual se aplicó a 170 sujetos.

Los resultados fueron los siguientes: el 90.9 por ciento de la muestra presenta una elevada percepción del riesgo; el 96.6 por ciento consideró que existe un rechazo de la sociedad hacia la enfermedad y hacia los pacientes infectados; por último, el 63.3 por ciento atribuyó el rechazo al miedo de contagiarse. Por otra parte un 74.4 por ciento consideró que ante un pinchazo accidental el riesgo de contagio es probable o bastante probable y un 25.4 por ciento poco probable y que la maniobra de reencapuchar agujas según un 11.3 por ciento de los encuestados es un procedimiento habitual que no entraña mayor riesgo y un 10.9 por ciento creía que sólo debe evitarse en caso de pacientes con SIDA.

En el estudio de significancia se reportó que el grado de riesgo al contagio respecto a la variable personal sanitario fue valorado con mayor puntuación por las auxiliares que por las enfermeras ( $p = 0.046$ ). Las auxiliares, en comparación con las enfermeras, consideraron también que la probabilidad de contagio del VIH por un pinchazo accidental es mayor, con una  $p = 0.0057$ . La variable más significativa fue la procedencia de las fuentes de información sobre la enfermedad; para las enfermeras la información provenía de cursos especializados o revistas científicas ( $p = 0.0000$ ).

Pujol encontró que las auxiliares valoraron el riesgo de su propio grupo con una puntuación más elevada que el de las enfermeras ( $p = 0.0244$ ), y respecto a la percepción del contagio por el VIH, ante un pinchazo accidental,

las auxiliares consideraron que la probabilidad de contagio era más elevada que las enfermeras ( $p = 0.0438$ ).

En la revisión de la literatura se encontró que Sande (1994) y Pujol (1994) coinciden en opinar en que la tasa de transmisión ocupacional por aguja contaminada con el VIH es aproximadamente de 0.32 por ciento y que el riesgo por contacto en las membranas mucosas e inoculación de la piel por solución de continuidad mediante sangre y otros fluidos corporales infectados por el virus representan un riesgo mínimo hasta el momento.

Gala (1995) realizó un estudio en la provincia de Cádiz, España; aplicó a 359 enfermeras un cuestionario de actitudes del personal sanitario ante el enfermo de SIDA. Los hallazgos sobresalientes del estudio fueron que los prejuicios de los profesionales cuentan con un mínimo soporte social, difundiéndose en forma estereotipada; anidan en la ignorancia y en el sensacionalismo de los medios masivos de comunicación al respecto y ocultan un sentimiento de victimización hacia los enfermos, a los que se percibe y culpa como responsables de su enfermedad.

El autor señala que estos prejuicios pueden dañar la relación enfermera-enfermo en su más íntima esencia y en detrimento de este último, se agrega que estas actitudes negativas prejuiciosas, como era de esperarse, aparecen en los sujetos con rasgos de personalidad autoritario prejuiciosa, aunque también aparecen, con un peso importante, en personalidades sin esos rasgos autoritarios; tales prejuicios aparecen en sujetos de más de 40 años de edad y el surgimiento se atribuyó a la falta de actualización. Las variables que con mayor peso se correlacionaron fueron los conocimientos y prejuicios; los prejuicios aumentan a medida que faltan conocimientos.

En un estudio descriptivo y observacional realizado por Rovira (1993) y colaboradores en el año 1991, acerca de comportamiento y actitud de los

profesionales de enfermería hospitalaria ante los pacientes VIH positivos, en los diferentes hospitales de la ciudad de Tarragona, España, se obtuvieron los siguientes hallazgos (n = 403); respecto al grado de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre los mecanismos de transmisión de VIH, se reportó que el 57 por ciento tenía un conocimiento aceptable, el 33.5 por ciento fue insuficiente, y el 5.4 no contestaron la pregunta.

En referencia a los sentimientos experimentados por las enfermeras ante los pacientes VIH positivos, se encontró que el 33.4 por ciento manifestó sentir miedo al posible contagio; el 22.1 por ciento sintió lástima o compasión y el 21.2 por ciento, impotencia; el 18.6 por ciento, incomodidad. Otros sentimientos reportados en el estudio fueron rabia, comprensión, simpatía y respeto. Resulta interesante que el 72.2 por ciento de los encuestados de este estudio declararon que si pudiesen elegir, escogerían no trabajar con pacientes VIH positivos y sólo un 1.6 por ciento lo haría; por último, el 27.3 por ciento contestó que les sería indiferente trabajar con estos pacientes.

Los resultados de una encuesta aplicada a los profesionales de la salud, 105 médicos y 35 enfermeras, en el servicio de urgencias de un hospital de la Paz en Madrid, España (Sebastián y Cols., 1994), permitieron determinar que existe una marcada diferencia de conocimientos entre los médicos y las enfermeras, así como mayores sentimientos de rechazo y temor en las enfermeras en la atención de los pacientes VIH positivos del servicio de urgencias; el 84.4 por ciento de las enfermeras afirmó tener miedo a contagiarse, frente a un 49 por ciento de los médicos.

En lo referente al rechazo en la atención, el 71.9 por ciento de las enfermeras contestó que si pudieran, dejarían de atender al paciente VIH positivo, y sólo seguirían tratándolo el 21.9 por ciento, mientras que en los

médicos ocurrió todo lo contrario: el 23.5 por ciento dejaría de tratarlos, mientras que el 72.5 por ciento seguiría con ellos.

En cuanto al trato discriminatorio del paciente, en este estudio se encontró que el 68.7 por ciento de las enfermeras encuestadas afirmaron que prestaban las mismas atenciones a los pacientes con VIH que a otros enfermos, en tanto que el 31.3 por ciento contestó que no prestaban la misma atención; el 91 por ciento de los médicos manifestaron prestar la misma atención frente a un 7.8 por ciento que no la prestan.

En un estudio comparativo entre enfermeras ubicadas en un hospital, en un centro comunitario y en un asilo, realizado por Steele (1995) en Irlanda del Norte, sobre los conocimientos, creencias y percepciones de las enfermeras acerca de SIDA (n = 45), los resultados arrojaron los siguientes datos: en relación con los conocimientos, la mayoría de los encuestados en cada una de las localidades dijeron que su información la adquirieron a través de los medios de información masiva y leyendo publicaciones periódicas de enfermería. Se encontró que las enfermeras que laboraban en asilos parecían disponer de más información que las enfermeras comunitarias y de las ubicadas en un hospital.

Las creencias relacionadas con la forma de contraer el VIH fueron las siguientes: el 50 por ciento de la muestra creía incorrectamente que al ser vomitadas por pacientes con SIDA se ponían en riesgo de contraer el virus. El riesgo asociado con el ser mordido por el paciente como medio de contagio significó una respuesta extremadamente alta, aunque incorrecta; el 7 por ciento indicó que tocaban al paciente con SIDA con menor frecuencia de lo acostumbrado. Las enfermeras de hospital indicaron un uso mayor de guantes para practicar la higiene oral y corporal en comparación con las enfermeras de centros comunitarios y de asilos, y en las tres localidades casi

siempre se usan guantes para la disposición de vómitos. Un 7 por ciento de la muestra de enfermeras comunitarias utiliza guantes en forma rutinaria para tomar muestras de sangre, lo cual indica que su percepción del riesgo es menor.

En cuanto al temor al contagio, este estudio reportó que el 38 por ciento de la muestra sintió que el cuidar a pacientes con SIDA las pone en riesgo de contraer el VIH. El 50 por ciento de las enfermeras de hospital percibe el riesgo con más frecuencia que las enfermeras de comunidad y de hospicio. En las conclusiones de Steele, destaca que las enfermeras de hospital no han asistido a programas de atención a pacientes con SIDA, por tanto, están carentes de conocimientos al respecto, y sus percepciones sobre el riesgo de adquirir el VIH influyen en su conducta.

Respecto al entorno laboral Reeder y Cols. (1994) realizaron un estudio de los conocimientos y actitudes de las enfermeras quirúrgicas (n = 1 015) respecto al VIH/SIDA, se reportó que una cuarta parte de la muestra declaró que había cuidado por lo menos a un paciente con VIH/SIDA en el último año, en comparación con el estudio original en el que 70 por ciento respondió haber cuidado a más pacientes con SIDA. De la muestra de la réplica, el 14 por ciento dijo que había cuidado a 10 o más pacientes seropositivos en el año anterior. En relación con la disposición de cuidar a los pacientes, el 47 por ciento de la muestra de la réplica respondió estar completamente dispuesto a cuidar a los pacientes en comparación con el estudio original que respondió en forma positiva en un 36 por ciento.

Este autor concluye que aunque las enfermeras quirúrgicas practican en un ambiente que los profesionales de la salud perciben como de más alto riesgo, no se protegían a sí mismas con las precauciones universales en forma consistente. Las actitudes de miedo acerca de la exposición al VIH y la

preocupación de cuidar a los pacientes o de evitar el cuidado pueden ser factores de las tasas de rotación de las enfermeras.

En relación con la percepción del riesgo en el ámbito laboral, los hallazgos de Reeder reportan que el 60 por ciento las enfermeras del estudio réplica contestaron que se sentían en riesgo de adquirir el VIH por manejar muestras de sangre, contra un 50 por ciento de la muestra original. El riesgo percibido en ambos estudios, tanto en el original como en la réplica, variaba de bajo hasta alto conforme las actividades cambiaban desde las menos hasta las más invasivas. La percepción del riesgo de las enfermeras quirúrgicas con respecto al diagnóstico de VIH, Hepatitis B y Tuberculosis era alto; el autor del estudio supone que esto se debe a que el potencial de exposición a la sangre y a los fluidos corporales es más frecuente en el área de operaciones que en otras áreas menos invasivas en el cuidado de los pacientes.

En México, la Secretaría de Salud (García y Cols., 1994) realizó una encuesta de conocimientos y actitudes sobre el SIDA en los trabajadores de la salud en los años 1987 y 1988 para evaluar el impacto de la intervención educativa en la prevención de esta enfermedad.

La muestra fue de 1 202 médicos y enfermeras, seleccionados al azar, que trabajaban en seis hospitales de seis ciudades del país. En los resultados se encontró que el 34 por ciento de la muestra opinó que el SIDA era un tipo de cáncer, y el 95 por ciento identificó correctamente las vías de transmisión: sexual, sanguínea y perinatal. Se reportaron actitudes negativas, tales como el rechazo en la atención de los pacientes infectados. El 75 por ciento de los encuestados tenía miedo de infectarse, el 8 por ciento manifestó que se negaría francamente a hacerse cargo de un paciente infectado. Los resultados de la encuesta mostraron que el impacto de la campaña de

información recayó en los aspectos cognitivos, por ello el nivel de conocimientos mejoró y las creencias basadas en mitos disminuyeron. Sin embargo, la campaña de información no fue efectiva para cambiar las actitudes, muchas de ellas profundamente arraigadas en la personalidad de los individuos.

En otro estudio (García y Cols., 1994) realizado en 1990 por la Secretaría de Salud, en dos hospitales de la Ciudad de México, se investigó el nivel de utilización de las medidas de bioseguridad por los trabajadores de la salud, así como la determinación de marcadores de infección por VIH y del virus de la hepatitis con el fin de averiguar si la adopción de estas medidas se asociaba con la prevalencia detectada.

En la investigación anterior, fueron estudiadas 1 265 personas, de las cuales el 55 por ciento refirió depositar de manera rutinaria, en recipientes rígidos, las agujas utilizadas; sólo el 34 por ciento utiliza guantes en los procedimientos invasivos y el 57 por ciento reencapucha las agujas; esto ocurrió a pesar de que el personal tenía una percepción considerable del riesgo. El 32 por ciento se consideró en riesgo de adquirir la infección por VIH y el 32.

En otro estudio similar, realizado por Burtis (1992) en el Hospital técnico de Midwest, Estados Unidos, acerca de la aplicación de las precauciones universales por las enfermeras, se reportó que más del 75 por ciento del personal opinó que es necesario conocer el diagnóstico de los pacientes que tienen SIDA; en cuanto a la asignación de los pacientes, una vez que se implantaron las precauciones universales, más de la mitad del personal encuestado ( $n = 102$ ) respondió estar en desacuerdo con ser voluntario para el cuidado de los pacientes con esas enfermedades.

En el estudio antes mencionado, después de la intervención educativa sobre las precauciones universales, el 84 por ciento de las enfermeras estuvo de acuerdo en que su potencial de exposición al SIDA era mayor, pero implicaba un riesgo personal bajo de seroconversión.

El 92 por ciento temía contraer la enfermedad cuando estuviera al cuidado de un paciente con SIDA o Hepatitis B; a su vez, el 95 por ciento respondió haberse negado a atender a los pacientes. Se mostró que la percepción de riesgo persistía en el 90 por ciento del personal después de seis meses de haber instituido las precauciones universales.

Vallejo y Cols. (1995) realizaron un estudio transversal con tres grupos comparativos para evaluar los conocimientos y actitudes en relación con la consejería sobre el VIH/SIDA. Se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención educativa. La muestra fue de 89 sujetos, tanto médicos, enfermeras, químicos como trabajadoras sociales.

Los resultados reportaron que en los distintos niveles de especialidad se acepta de buen grado la intervención educativa como parte del desarrollo personal y capacitación en el trabajo; entre los hallazgos se encontró que existen actitudes de rechazo del personal de salud, especialmente entre los trabajadores que no tenían experiencia en la atención de los pacientes con SIDA. Con respecto a la intervención educativa se observó que el trabajador de la salud es capaz de sobreponerse al miedo del contagio y cuidar a los pacientes en forma óptima, atendiendo incluso sus necesidades afectivas.

Brow (1994) efectuó un estudio cualitativo cuyo propósito fue describir la experiencia de personas que, en relación con los profesionales de la salud, cuidaban a un familiar enfermo de SIDA. Se llevaron a cabo entrevistas de amplio alcance a 53 individuos, que cuidaban en el hogar a alguna persona



que padecía la enfermedad. Se exploraron las características importantes del contexto social de la familia que proporcionaba los cuidados.

Los hallazgos revelaron que el problema social básico de las familias es la incertidumbre, de la que se derivaron cinco subcategorías: manejo y ser manejado por la enfermedad, viviendo con la pérdida y la muerte, renegociando la relación, haciendo público el problema y ser seropositivo. La incertidumbre fue definida por Brow como la incapacidad del cuidador para predecir eventos y resultados futuros, y la falta de confianza en la toma diaria de decisiones con respecto al cuidado.

Brow sostiene que la incertidumbre ejerce una profunda influencia en los cuidadores, no desaparece nunca y varía de intensidad y contenido. El ser manejado por la enfermedad implicó para los cuidadores una sensación de nunca poder hacer lo suficiente en el cuidado del enfermo con SIDA, que podía ser un niño, adulto o un anciano, lo que contribuyó a la percepción de ser manejado. La subcategoría de ser seropositivo se definió como el miedo que se manifiesta por la diseminación del VIH, y por la creencia de que las estrategias utilizadas por los cuidadores para prevenir la transmisión son ineficaces; esto se refleja en los trabajadores de la salud que, de acuerdo con Durham (1994), viven con la incertidumbre respecto a su nivel de riesgo de adquirir el VIH por exposición accidental en circunstancias de trabajo.

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño del estudio**

El diseño propuesto para el estudio fue de tipo descriptivo, porque se documentaron aspectos de una situación que ocurre en forma natural, y transversal porque la recolección de los datos fue realizada en una sola ocasión y en un punto determinado en el tiempo (Polit, 1994).

#### **3.2 Universo**

El universo del estudio estuvo constituido por 530 enfermeras de un hospital de tercer nivel de atención pediátrica del Distrito Federal.

### **3.3 Plan de muestreo y muestra**

La muestra fue por conveniencia; se eligió el personal de enfermería que laboró en el hospital en los tres turnos y en los siguientes servicios: Terapia de urgencias, Terapia quirúrgica, Unidad de cuidados intensivos pediátricos, Unidad de cuidados intensivos neonatales, Medicina interna y nutrición, Oncología, Infectología y Quirófano, que suman un total de 329 sujetos. Los servicios fueron elegidos porque corresponden a los que el personal se expone con más frecuencia a los fluidos corporales de niños con VIH/SIDA.

### **3.4 Criterios**

De inclusión: Personal de enfermería con al menos un año de experiencia en la institución y que laborara en los servicios seleccionados.

De eliminación: Las enfermeras que no aceptaron contestar el instrumento.

### **3.5 Material**

Para el desarrollo de la investigación, fue preciso contar con el apoyo de un asesor metodológico, un asesor estadístico, así como la participación

del personal de enfermería que labora en los servicios seleccionados para el estudio.

A partir de la operacionalización de las variables de las hipótesis del estudio, se construyó un cuestionario autoaplicable (Apéndice A).

El cuestionario está compuesto por tres secciones: la primera contiene los datos sociodemográficos, los cuales permitieron obtener información sobre algunas características de los sujetos de estudio; para ello, se consideraron los siguientes factores: edad, sexo y estado civil, experiencia en la atención de niños con VIH, turno, servicio y antecedentes profesionales.

La segunda sección corresponde a la percepción y conocimientos de la enfermera sobre el VIH/SIDA, además de reactivos sobre el entorno familiar y entorno laboral que corresponden a la variable independiente.

La tercera sección contiene la valoración de las actitudes (variable dependiente), y miedo al contagio; esta última escala, elaborada por Bouton y Cols. (1987), posee una confiabilidad Alfa de Cronbach de .80.

Los reactivos 33 a 46 miden el miedo al contagio, siete son positivos y el resto son negativos; los positivos indican poco miedo al SIDA y los negativos señalan mayor miedo. Las calificaciones asignadas están en una escala de 0 a 4 para cada una de las respuestas posibles (TA = Totalmente de acuerdo, De = De acuerdo, NS = No sabe, DE = En desacuerdo, TD = Totalmente en desacuerdo).

Así, una calificación elevada en esta prueba indica miedo al SIDA, en tanto que una calificación baja señala que el encuestado tiene relativamente poco miedo a la enfermedad. Las calificaciones totales fluctúan en un rango de 0 a 56 puntos.

### 3.6 Procedimiento

Previa autorización por parte de las autoridades de la institución donde se realizó el estudio, fue consultada la plantilla del personal con el fin de recabar los datos necesarios para obtener la muestra.

Se establecieron los mecanismos por medio de los cuales se solicitó a las autoridades de la institución la autorización para aplicar la prueba piloto con el fin de identificar las variables de interés, determinar el tiempo que demoraría su aplicación, determinar la claridad de los términos empleados en los reactivos, así como la aplicación del instrumento definitivo. Posteriormente se solicitó autorización para aplicar el cuestionario (Apéndice B).

A las personas que apoyaron la autoaplicación del cuestionario (12 enfermeras del personal administrativo) se les capacitó acerca del llenado de éste, y se les informó sobre los objetivos del estudio.

Identificados los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, mediante un listado, a cada uno se le asignó un número progresivo que correspondía al número del instrumento. Previa autorización verbal de los sujetos para participar en el estudio, se les aplicó el cuestionario a cada uno de ellos, en el turno y servicio asignado. Para controlar las ausencias del personal de enfermería, por vacaciones y permisos entre otras, se dejó en el servicio un aviso, en el que se les solicitaba su consentimiento informado y verbal para llenar el cuestionario, hasta en dos ocasiones, para que acudieran a la oficina de enfermeras, con el fin de aplicar el cuestionario, en caso contrario se suplió el sujeto de estudio. Los datos recolectados en los instrumentos fueron revisados y codificados por el investigador responsable.

Se realizó una primera prueba piloto con 40 sujetos elegidos en las áreas de la institución no consideradas en el estudio a fin de valorar las preguntas en el tiempo de aplicación, la claridad y comprensión. Al procesar esta información fue necesario hacer ajustes en algunos reactivos, para facilitar su comprensión por los contestantes sin alterar la esencia de los contenidos.

Una vez efectuados los cambios, se consideró pertinente realizar una segunda prueba piloto con 10 sujetos para valorar que los cambios realizados fueran suficientes, después de lo cual quedó conformado el cuestionario.

Los datos fueron recolectados entre la segunda y tercera semana del mes de junio de 1997, lo que requirió de un tiempo promedio de 22 minutos para contestarse.

Una vez recopilados los datos, se procedió a su captura y procesamiento, se aplicó la prueba de Alpha de Cronbach para medir la consistencia interna del instrumento encontrándose lo siguiente:

Subescalas	Preguntas	Alpha de Cronbach
Conocimientos	8, 10, 11	.1315
Percepción	14, 15, 16	.2515
Entorno Familiar	18, 19, 20, 21	.4787
Entorno Laboral	22, 23, 24	.6143
Actitud	27, 28, 29, 30	.3801
Miedo al SIDA	35, 36, 38, 40, 43, 44, 46	.5053

Como se puede observar, todos los valores resultaron bajos, los más altos fueron para la escala de entorno laboral con una Alpha de .61, para la del entorno laboral y el miedo al SIDA con .50, el menor valor fue para la de conocimientos con un alpha de .13. Una vez obtenidas estas puntuaciones,

se construyeron los índices para cada subescala a partir de las medias de cada uno, obteniéndose los resultados que se presentan en la sección de estadísticas descriptivas y las frecuencias y porcentajes en el apéndice C.

Debido al comportamiento anormal de algunas de las variables fueron eliminadas varios reactivos; la escala del miedo al SIDA quedó integrada por siete preguntas de las 14 que originalmente contenía (Apéndice D).

Para el análisis y captura de los datos se utilizó el programa computacional Statal Package For The Social Science (SPSS), Word, versión 5.0 (Apéndice E) Para la elaboración del texto se utilizó el procesador Microsoft Word 4.0 y para los gráficos Microsoft Excel 3.0.

Los servicios donde se encontró ubicado el personal de enfermería se agruparon en tres; la primera fue cuidados intensivos, que incluyeron; Terapia quirúrgica, Cuidados intensivos pediátricos, Cuidados Intensivos Neonatales y Urgencias; la segunda, Medicina Interna, se integró por Nutrición, Oncología, Hematología e Infectología; por último, el servicio de especialidades, que constituye el Quirófano y otras especialidades.

Los estadísticos utilizados fueron los descriptivos, incluida la prueba de Kolmogorov Smirnov; para el análisis de los datos, se aplicaron las estadísticas inferenciales: pruebas no paramétricas como la Chi Cuadrada, aquí se tomaron algunos reactivos de cada índice como variable independiente, dado que en la escala total no se obtuvo relación; también se aplicó la prueba de Kruskal Wallis y correlación de Spearman. La presentación de los resultados se realizó por medio de gráficas y cuadros de contingencia.

;

.

### 3.7 Ética del estudio

El aspecto ético de la investigación se basó en las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo, Capítulo 1, sobre las disposiciones comunes del Artículo 13, en el que se especifica lo siguiente: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

De acuerdo con el artículo 16 de la mencionada Ley, se protegió la privacidad de los individuos sujetos de la investigación, por lo que los instrumentos se manejaron respetando el anonimato.

Este estudio no representó riesgo alguno para los sujetos que participaron en la investigación; se procedió de acuerdo con el artículo 17, fracción I, pues no se manipularon las variables de interés, sólo se aplicaron cuestionarios. Se solicitó el consentimiento (verbal) de los sujetos involucrados, respetando lo establecido en el Artículo 21, en las siguientes fracciones: fracción I, se les dio a conocer los objetivos de la investigación; fracción VII: tuvieron la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan perjuicios, y fracción VIII: no se identificó a los sujetos y se mantuvo la confidencialidad de la información proporcionada.

En relación con la investigación en grupos subordinados (Capítulo V, Artículo 57), los cuestionarios fueron aplicados por el personal de enfermería que las supervisoras eligieron con el propósito de que la autoridad del supervisor investigador no influyera las respuestas, y a fin de cumplir con lo establecido en el Artículo 58 del Capítulo V será la Comisión de



Investigación y Ética de la Institución donde se realizó el estudio la que dictamine su cumplimiento.

Por otro lado, la presente investigación está orientada con la finalidad de concretar lo establecido en los Derechos Humanos y la Enfermería, en cuanto a que fue respetada la confidencialidad de los datos que se proporcionaron, ya que en el cuestionario no se identificaron nombres de los participantes y en retribución se les darán a conocer los resultados.

Lo anterior cobra mayor sentido aún en el marco del Código de Enfermeras (1973), adoptado por el Consejo Internacional de Enfermeras; en el proceso del estudio se procedió irrestrictamente según los cuatro aspectos que son responsabilidad de enfermería:

1. Mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento.
2. Atender en primer término a aquellas personas que necesiten servicios profesionales.
3. Mantener una conducta irreprochable que dé crédito a la profesión.
4. Cuando los cuidados que recibe un paciente sean puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera debe tomar la decisión más adecuada para protegerlo, y actuar en consecuencia.

La investigación en enfermería se relacionó con los derechos humanos de los pacientes a quienes brinda sus servicios en la medida en que la enfermera es responsable de los actos y omisiones que realice en el ejercicio de su profesión, y tiene el deber de mantenerse actualizada en conocimientos para estar en posibilidad de brindar la máxima calidad de atención, contribuir con los demás servidores públicos en las actividades que satisfagan las necesidades de bienestar de la sociedad (Los Derechos Humanos y la Enfermería).

Es necesario subrayar que en el proceso de este estudio se actuó de acuerdo con las propuestas del Consejo Internacional de Enfermeras (1973) acerca de los conceptos éticos que son aplicables a la investigación en enfermería, a saber:

- La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.
- La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o condición social.

## **CAPÍTULO 4**

### **RESULTADOS**

Los resultados de este estudio se presentan de la siguiente manera: el primer apartado corresponde a los datos demográficos, el segundo a las estadísticas descriptivas, el tercero a las estadísticas inferenciales

#### **4.1 Datos Demográficos**

Los datos demográficos de los sujetos de estudio se presentan en tablas y figuras que corresponden a edad, sexo, estado civil, experiencia en el cuidado del niño con VIH/SIDA, el turno en que laboran y antecedentes profesionales.

**TABLA 2**  
**DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA**  
**POBLACIÓN ESTUDIADA**

DATOS DEMOGRÁFICOS	FRECUENCIA	%
<b>EDAD</b>		
20 a 25 años	117	35.6
26 a 35 años	130	39.5
36 y más	82	24.9
<b>SEXO:</b>		
Masculino	13	4
Femenino	316	96
<b>ESTADO CIVIL:</b>		
Soltero	166	50.5
Casado	163	49.5
<b>EXPERIENCIA EN EL CUIDADO:</b>		
1 a 5 años	235	71.4
6 a 10 años	56	17.0
Más de 10 años	38	11.6
<b>TURNO EN QUE LABORAN:</b>		
Matutino	138	41.9
Vespertino	75	22.8
Nocturno	116	35.3
<b>ANTECEDENTES PROFESIONALES:</b>		
Enf. General	248	75.4
Licenciado	12	3.6
Postécnico	55	16.7
Auxiliares	14	4.3

Fuente: Sistema Social y Personal de la Enfermera en el Cuidado del Niño con VIH/SIDA  
(SSPECNVIH/SIDA) n = 329

En la tabla 2 se observa que el mayor porcentaje de la edad de los sujetos de estudio fue de 39.5 por ciento para la edad de 26 a 35 años, y el menor de 24.9 por ciento para la edad de 36 años y más.

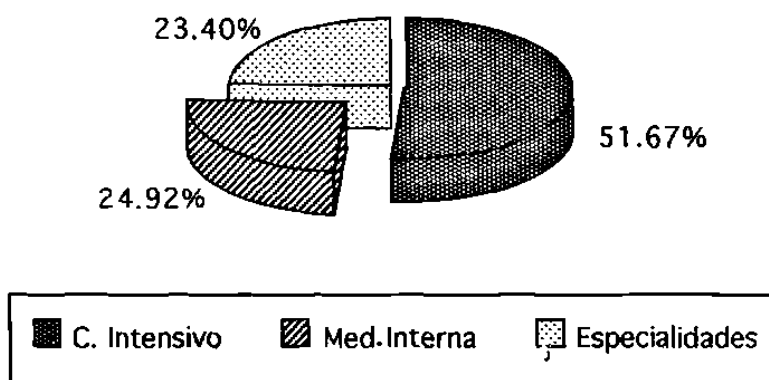
En relación con el sexo, el 96 por ciento corresponden al femenino y el 4 por ciento al masculino. El estado civil de la población estudiada se integró por el 50.5 por ciento de casados y el 49.5 por ciento de solteros. Con referencia a la experiencia en el cuidado del niño con VIH/SIDA, el 71.4 por ciento tenía de 1 a 5 años, el 17.5 por ciento de 6 a 10 años y el 11.6 por ciento más de 10 años.

En cuanto al turno en que laboran se observa que el 41.9 por ciento se concentra en el turno matutino, el 22.8 por ciento en el turno vespertino y el 35.3 por ciento en el turno nocturno. En relación con los antecedentes profesionales, la mayoría de los participantes (75.4 por ciento) perteneció a la categoría de enfermera general, y una minoría corresponde a las categorías de licenciados en enfermería (3.6 por ciento) y auxiliares (4.3 por ciento). De los sujetos, el 16.7 por ciento tienen algún curso postécnico.

A continuación se presentan las frecuencias más representativas para este estudio.

**FIGURA 3**

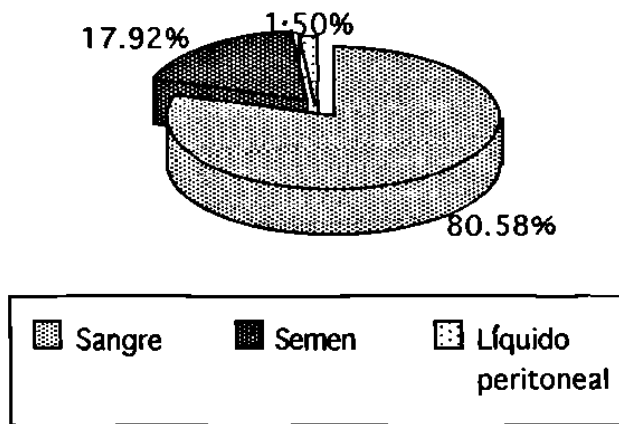
**DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
EN LOS SERVICIOS SELECCIONADOS**



En la figura 3, se aprecia el área donde se ubicó la muestra del estudio. El mayor porcentaje, 51.67 por ciento, se ubicó en las áreas de cuidados intensivos y el menor, 23.40 por ciento, en las áreas de especialidades.

**FIGURA 4**

**CONOCIMIENTO DE LOS FLUIDOS CORPORALES DE ALTO RIESGO**



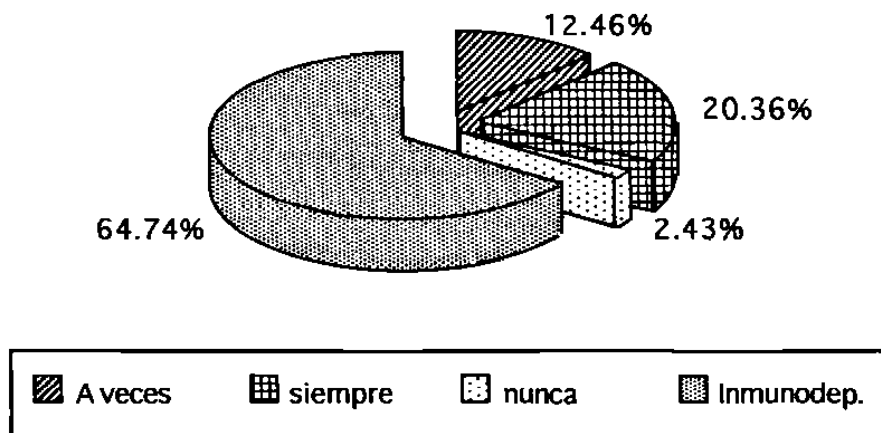
Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n= 329

En esta figura se observa que la mayoría del personal encuestado (80.58 por ciento) manifestó que el líquido corporal de más alto riesgo para contraer el VIH es la sangre, seguido del semen y del líquido peritoneal.

FIGURA 5

**OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL AISLAMIENTO DE  
LOS NIÑOS CON VIH/SIDA**



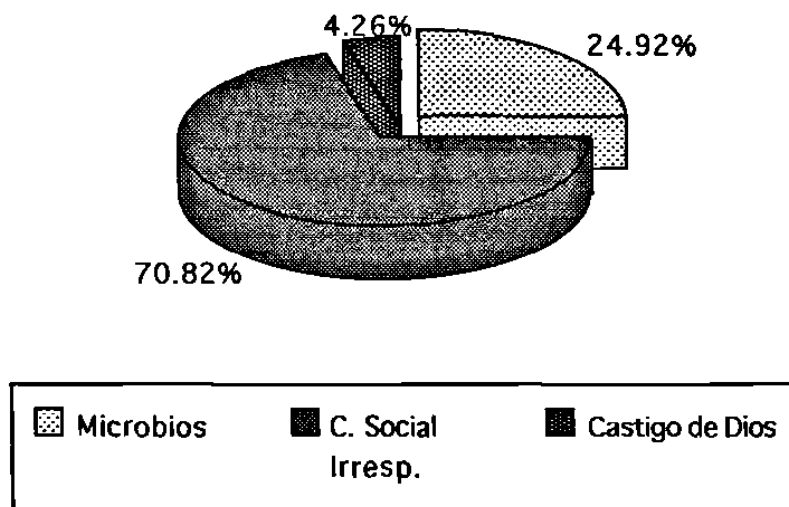
Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

En esta figura se puede observar que el 64.74 por ciento de la población estudiada refirió que los niños con VIH/SIDA deben permanecer aislados sólo cuando están inmunodeprimidos, y el porcentaje menor, 2.43 por ciento, manifestó que los niños con esta enfermedad nunca se deben aislar.

FIGURA 6

**OPINIÓN DE LOS PADRES, REFERIDA POR LA ENFERMERA  
ACERCA DE LA CAUSA DEL VIH/SIDA**



Fuente: SSPECNVIH/SIDA  
C. Social. Irresp. es Conducta Social Irresponsable

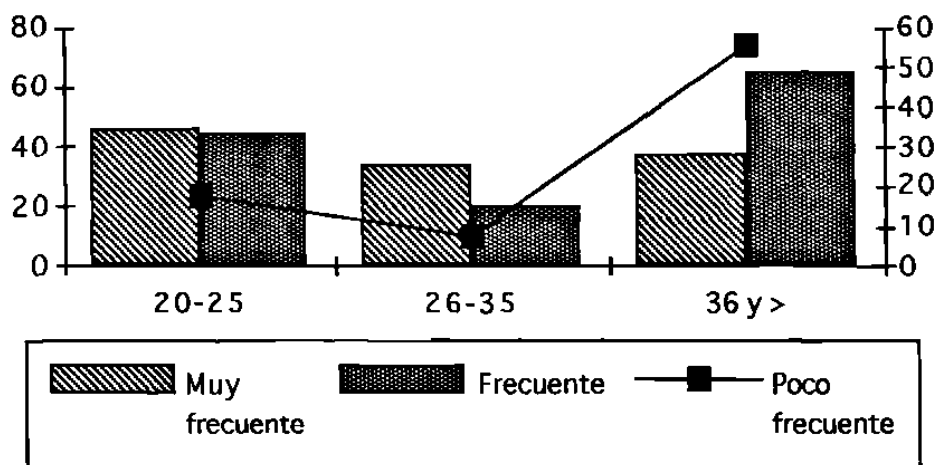
n = 329

En la figura 6 se observa que el mayor porcentaje (70.82 por ciento), del personal de enfermería refirió que la opinión de sus padres acerca de la causa del VIH/SIDA es por una conducta social irresponsable, seguido de un porcentaje menor (24.92 por ciento) cuya opinión fue los es por microbios son la causa de la enfermedad y por último, que es producida por castigo de Dios (4.26 por ciento).



FIGURA 7

**EDAD DE LA ENFERMERA Y EL HECHO DE  
REENCAPUCHAR AGUJAS**



Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

Muy Frecuente: 33.2%

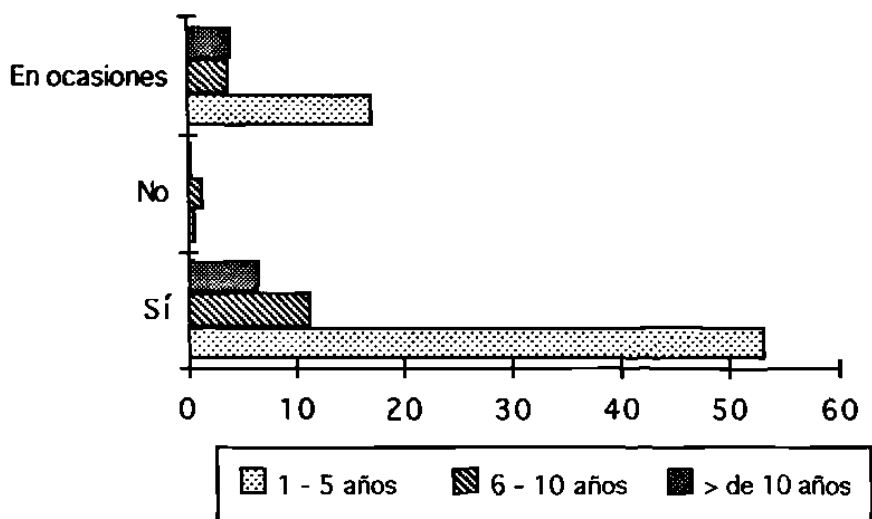
Poco Frecuente: 48.0%

Frecuente: 18.8%

En esta figura, se representa la frecuencia con la que se realiza la maniobra de reencapuchar las agujas; el personal de enfermería más joven responde que es poco frecuente esta actividad (48.0 por ciento), un porcentaje de 33.2 por ciento manifestó que es muy frecuente y el 18.8 por ciento refiere que es frecuente la maniobra.

FIGURA 8

**EXPERIENCIA DE LA ENFERMERA  
DISPOSICIÓN DE TIEMPO PARA APLICAR  
LAS PRECAUCIONES UNIVERSALES**



Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

Sí: 71.4%

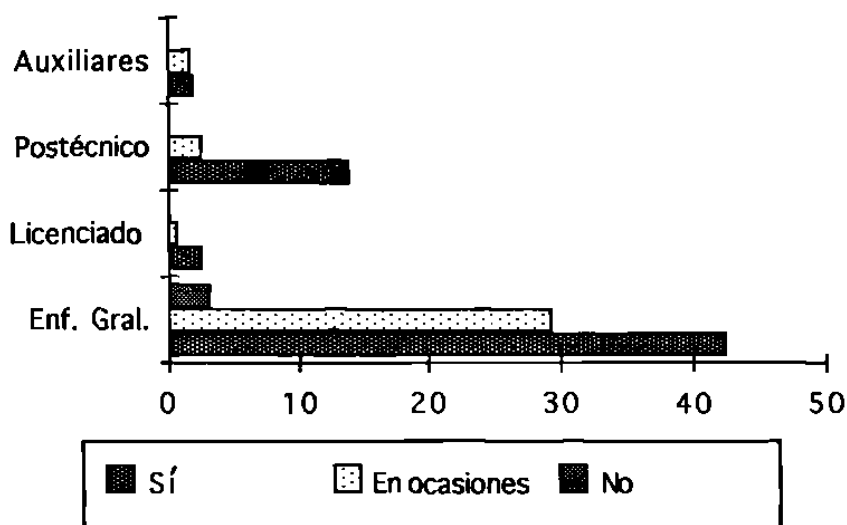
En ocasiones: 25.5%

No: 3.1%

En la figura 8 se aprecia que, en referencia a la disposición de tiempo para aplicar las precauciones universales en el cuidado del niño con VIH/SIDA, los participantes del estudio manifestaron en un 71.4 por ciento que sí disponen de tiempo para aplicarlas, el 25.5 por ciento refirieron que sólo en ocasiones y el 3.1 por ciento que no disponen de tiempo para realizar estas medidas de seguridad. Se advierte que las que tienen menos experiencia en el cuidado del niño con VIH/SIDA, afirmaron en mayor proporción que el resto, que aplican las precauciones universales.

FIGURA 9

**ANTECEDENTES PROFESIONALES Y  
LA DISPOSICIÓN DE MATERIAL PARA APLICAR  
LAS PRECAUCIONES UNIVERSALES**



Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

Sí: 61.4%

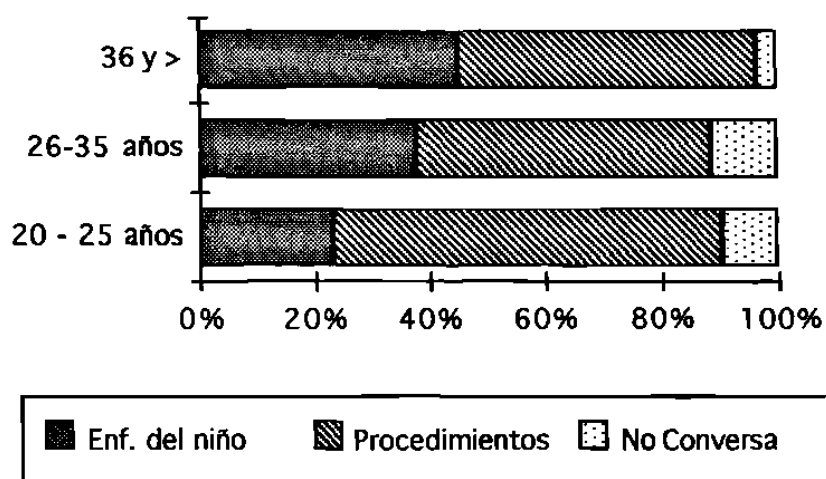
No: 3.6%

En ocasiones: 35.6%

En la figura 9 se observa la disposición de material que el personal de enfermería dijo tener para aplicar las precauciones universales y sus antecedentes profesionales; particularmente las enfermeras generales que es el mayor porcentaje de la muestra estudiada, manifiestan (61.4 por ciento) que sí disponen, el 35.6 por ciento dice que sólo en ocasiones y un mínimo porcentaje refiere que no dispone de material para aplicar estas medidas preventivas.

FIGURA 10

### EDAD DE LA ENFERMERA Y TEMA DE CONVERSACIÓN CON LA FAMILIA DEL NIÑO



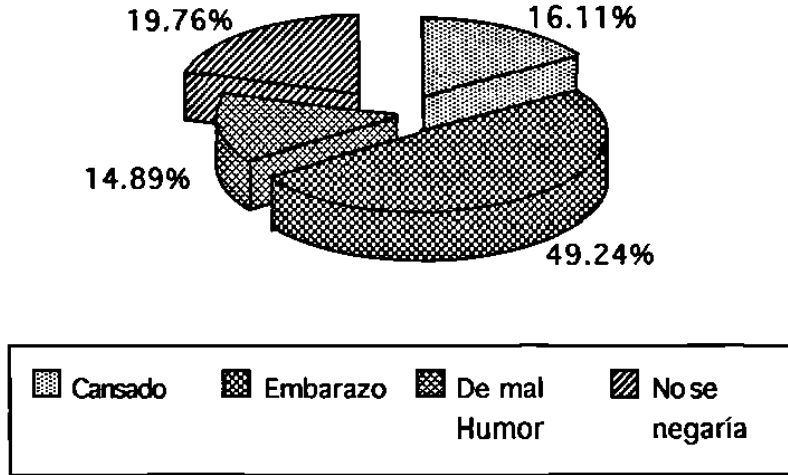
Fuente: SSPECNVIH/SIDA  
 Enfermedad del niño:34.7%  
 Los procedimientos: 57.1%  
 No conversa :8.2%

n = 329

En la figura 10 se observa que, en los tres grupos de edad, la mayor proporción (57.1 por ciento) corresponde a la conversación de la enfermera con la familia del niño sobre los procedimientos, lo cual es mayor en las jóvenes; también se destaca que a mayor edad de las enfermeras se registró un porcentaje alto de que conversan con la familia del paciente sobre la enfermedad.

FIGURA 11

**SITUACIÓN EN LA QUE SE NEGARÍA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A CUIDAR AL NIÑO CON VIH/SIDA**



Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

Se observa que, en relación con la situación en la que se negaría el personal de enfermería al cuidado de niño con VIH/SIDA, el mayor porcentaje (49.24 por ciento) manifestó que lo haría si estuviera embarazada; un 19.76 por ciento que no se negaría a cuidar a los niños con esta enfermedad, y porcentajes similares contestaron que se negarían al cuidado si estuvieran cansados o de mal humor (Figura 11).

Respecto al miedo de las enfermeras al SIDA, la escala estuvo conformada por reactivos específicos, y se encontró que los más significativos para el análisis fueron los que se presentan en la siguiente tabla.

**TABLA 3**

**FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA ESCALA DE BOUTON  
(1987) DE MIEDO AL SIDA**

Pregunta	TA	DA	NS	ED	TD
35	15 (4.6)*	24 (7.3)	17 (5.2)	109 (33.1)	164 (49.8)
36	32 (9.7)	41 (12.9)	59 (17.9)	94 (28.6)	103 (31.3)
38	122 (37.1)	84 (25.5)	34 (10.3)	37 (11.2)	52 (15.8)
40	28 (8.5)	34 (10.3)	3 (.9)	89 (27.1)	175 (53.2)
43	94 (28.6)	102 (31.0)	26 (7.9)	66 (20.1)	41 (12.5)
44	26 (7.9)	26 (7.9)	12 (3.6)	116 (35.3)	149 (45.3)
46	36 (10.9)	49 (14.9)	49 (14.9)	101 (30.7)	94 (28.6)

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

\*El porcentaje está entre paréntesis.

En la tabla 3 muestra los porcentajes acerca del miedo al SIDA. En ella se observa que el 53.2 por ciento de los encuestados está totalmente en desacuerdo acerca de que esta enfermedad sea un problema de salud pública menor; el 37.1 está totalmente de acuerdo en tener miedo de contraer SIDA, y el 28.6 por ciento está totalmente de acuerdo en que el SIDA puede convertirse en una epidemia grave.

## 4.2 Estadísticas Descriptivas

En la siguiente tabla se presentan las medianas, promedios, así como los resultados de la prueba de Kolmogorov Smirnov para los índices de actitud, conocimientos, entorno laboral, entorno familiar, percepción y miedo al SIDA.

**TABLA 4**

**ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS PARA LOS ÍNDICES ESTUDIADOS Y RESULTADOS DE LA PRUEBA DE KOLMOGOROV SMIRNOV**

Índice	Mediana	Media	D.E.	Min.	Max.	K.S./ (p)
Actitud	100.00	90.00	14.4	25.00	100	5.48 (0.000)
Conocimiento	66.66	56.12	23.7	.00	100	4.87 (0.000)
Ent. Laboral	37.50	43.57	22.4	.00	100	4.68 (0.000)
Ent. Familiar	83.33	83.23	20.3	.00	100	4.99 (0.000)
Percepción	57.14	67.91	16.2	11.11	100	1.82 (0.002)
Miedo al SIDA	66.66	54.81	17.8	.00	92.8	2.49 (0.000)

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

K.S. = Kolmogorov Smirnov

Como se puede observar en la tabla 4, las medias más altas fueron para los índices de actitud, el del entorno familiar, seguido por el de percepción. Las medias más bajas se registraron en los índices de entorno laboral y miedo al SIDA. A estos resultados se adicionó la prueba de

Kolmogorov Smirnov con el fin de saber que tan bien se ajusta la distribución de los datos de la muestra a una distribución teórica y como una prueba alternativa de bondad de ajuste a la de Ji cuadrada ; lo que en este estudio mostró irregularidad en la distribución de los datos (Daniel, 1996).

### **4.3 Análisis Estadístico**

En este apartado se presentan las pruebas no paramétricas de  $X^2$ , Kruskal Wallis y Spearman.

#### **4.3.1 Prueba de $X^2$**

Se presentan cuadros que muestran las relaciones entre algunos índices del conocimiento, percepción, entorno laboral y actitud del personal de enfermería en el cuidado del niño con VIH/SIDA, los cuales fueron relacionados con los datos demográficos: edad, sexo, experiencia en el cuidado, turno y servicio donde se ubicaba el personal. A continuación se presentan los resultados con la significancia del estadístico de prueba.



TABLA 5

**CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD  
Y EL ENTORNO FAMILIAR CON DATOS DEMOGRÁFICOS**

Datos Demográficos	GL	Conocimientos						Entorno Familiar	
		Vía de transmisión más frecuente del VIH en los niños		Fluidos corporales de alto riesgo		La infección por VIH es igual a SIDA		Opinión de los padres de la enfermera sobre causa del SIDA	
		$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
Edad	4	34.041	0.000	14.512	0.005				
	2								
Experiencia	4	33.923	0.000	13.962	0.007	3.766	0.152	2.818	0.965
Servicio	6					32.485	0.000		
	16								

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

La tabla 5 muestra que la edad del personal de enfermería y sus conocimientos sobre la vía de transmisión del VIH más frecuente en los niños están asociados significativamente con una  $\chi^2 = 34.041$ ,  $p = 0.000$ ; el 67.2 por ciento contestó que la vía de transmisión más frecuente es la perinatal; el 30.4 por ciento respondió que es la sanguínea y el 2.4 por ciento manifestó que es la sexual. Lo que significa que las variables no son excluyentes.

La edad del personal de enfermería y su conocimiento de los fluidos corporales de alto riesgo resultó con una de  $\chi^2 = 14.512$ ,  $p = 0.005$ . En este sentido, el 80.5 por ciento respondió que el fluido de más alto riesgo es la sangre, el 17.9 por ciento refirió que es el semen y el 1.5 por ciento que es el líquido peritoneal. Se buscó asociar este mismo conocimiento con la experiencia de la enfermera, ambos se relacionaron con una  $\chi^2 = 13.962$ ,  $p = 0.007$ .

Con respecto a la experiencia del personal de enfermería en el cuidado del niño con VIH/SIDA, y su conocimiento de la vía de transmisión más frecuente de la enfermedad, resultó una  $X^2 = 33.923$ ,  $p = 0.000$ ; los resultados revelan que el 62.2 por ciento reconoce la vía perinatal como más frecuente, el 30.4 por ciento dijo que las transfusiones, y sólo un 2.4 por ciento que la vía sexual es la más frecuente.

Al relacionar los servicios donde labora dicho personal con su conocimiento acerca de si la infección por VIH es igual al SIDA, se obtuvo una  $X^2 = 32.485$ ,  $p = 0.000$ , la mayoría de los participantes manifestó que la infección es igual al SIDA (72.9 por ciento) y el resto que la infección por VIH no es igual al SIDA.

Como indicador del entorno familiar, se relacionó la opinión que el personal de enfermería dice que tienen sus padres acerca de la causa del VIH/SIDA con el servicio donde está adscrito para brindar atención a los niños, encontrando que el 78.8 por ciento de los participantes, particularmente del quirófano, respondieron que el SIDA es causado por una conducta social irresponsable, el 24.9 por ciento refiere que es por microbios, y sólo el 4.3 por ciento que es por castigo de Dios, de lo cual resultó una  $X^2 = 31.865$ ,  $p = 0.010$ , y esto es significativo.

TABLA 6

**DATOS DEMOGRÁFICOS Y LA PERCEPCIÓN  
DEL RIESGO DE CONTRAER EL VIH**

Datos Demográficos	GL	Percepción del riesgo	
		Adquirir el VIH por pinchazo de aguja $\chi^2$	Los niños con VIH/SIDA deben permanecer aislados $\chi^2$
Edad	4	17.806	0.001
Turno	4	9.148	0.057
	16		14.159
Servicio	16	30.118	0.017
	24		37.351

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

En la tabla 6 se observa que al relacionar la edad con la percepción del riesgo de la enfermedad por adquirir el VIH por pinchazo de aguja contaminada, los resultados revelan una asociación significativa de  $X^2 = 17.806$ ,  $p = 0.001$ ; la mayoría de las enfermeras jóvenes tienen una percepción de la enfermedad que oscila entre alta (61.4 por ciento), mediana (22.2 por ciento) y baja (16.4 por ciento); asimismo, se relacionó la edad con la opinión de si los niños con VIH/SIDA deben permanecer aislados, se obtuvo una  $X^2 = 24.964$ ,  $p = 0.000$ , los participantes respondieron en un 64.7 por ciento, particularmente las más jóvenes, que los niños con esta enfermedad deben permanecer aislados sólo cuando están inmunodeprimidos. Lo que significa que a menor edad mayor es la percepción del riesgo.

El turno en el que se encontró ubicado el personal se contrastó con la posibilidad de adquirir el VIH por un pinchazo de aguja contaminada; el 64.4

por ciento se obtuvo una  $X^2 = 9.148$ ,  $p = 0.057$ . Lo que quiere decir que su percepción del riesgo es mayor.

La opinión de la enfermera sobre su percepción del riesgo de contraer el VIH por un pinchazo de aguja contaminada se contrastó en función de los servicios donde se encuentra ubicado el personal de enfermería; los hallazgos reportan que, en todos los servicios, el personal considera que el riesgo de adquirir la enfermedad por este accidente es alta, con una  $X^2 = 30.118$ ,  $p = 0.017$ .

**TABLA 7**  
**DATOS DEMOGRÁFICOS**  
**CON ENTORNO LABORAL**

Datos Demográficos	GL	Entorno				Laboral			
		Reencapucha agujas		Dispone de tiempo para aplicar las P.U. *		Dispone de material para aplicar las P.U.		Precauciones para tomar las constantes vitales	
		$X^2$	p	$X^2$	p	$X^2$	p	$X^2$	p
Edad	4	29.102	0.000	8.821	0.065	2.555	0.624	3.375	0.497
Experiencia	4	3.157	0.531	12.980	0.011	6.039	0.196	8.037	0.090
Turno	4	11.405	0.022	10.213	0.036	11.489	0.021	.326	0.988
Servicio	16	7.611	0.959	23.742	0.095	30.288	0.016	40.454	0.000
Antecedentes profesionales	4					16.666	0.010		
	6	18.809	0.004	7.570	0.271			12.870	0.042

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

\* P.U.:es Precauciones Universales

En la tabla 7 se observa que cinco indicadores del entorno laboral se relacionaron con los datos demográficos, encontrándose que en la frecuencia del hecho de reencapuchar agujas se observa una  $X^2 = 29.102$ ,  $p = 0.000$ , entre ambas variables; como ya se señaló, sólo el 48 por ciento aceptó que

pocas veces se realiza esta maniobra; lo que significa no se toman en cuenta en cuenta las medidas de seguridad al aplicar las precauciones universales.

Respecto a la experiencia en el cuidado del niño con VIH/SIDA, relacionada con la disposición de tiempo para aplicar las precauciones universales, el 71.4 por ciento de los participantes respondieron que sí disponen del tiempo, encontrando una  $X^2 = 12.960$ ,  $p = 0.011$  entre estas variables. El turno y la disposición de tiempo se relacionaron con una  $X^2 = 10.213$ ,  $p = 0.036$ . Recuérdese que la mayor proporción de enfermeras labora en el turno matutino y nocturno.

Al relacionar los servicios donde se desempeña el personal de enfermería con la disposición de material para aplicar las precauciones universales, se encontró una  $X^2 = 30.288$ ,  $p = 0.016$ .

También al relacionar el servicio donde labora el personal con las precauciones para tomar las constantes vitales, se obtuvo que el 43.5 por ciento de la población estudiada refirió usar guantes para realizar esta actividad con los niños de VIH/SIDA, un 28.9 por ciento dijo que usa bata y mascarilla y un 27.7 por ciento refiere no usar protección alguna ( $X^2 = 40.454$ ,  $p = 0.000$ ).

Al relacionar los antecedentes profesionales con hecho de reencapuchar agujas, resultó una  $X^2 = 18.809$ ,  $p = 0.004$ .

En la asociación de las variables antecedentes profesionales y la disposición de material para aplicar las precauciones universales, se encontró una relación entre ellas ( $X^2 = 16.666$ ,  $p = 0.010$ ).

TABLA 8

**DATOS DEMOGRÁFICOS  
CON ACTITUD**

Datos Demográficos	GL	Actitud			
		Conversa con la familia		Se negaría a cuidar al niño con VIH/SIDA	
		$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
Edad	4	13.866	0.007	67.043	0.316
Servicio	24			44.501	0.006
	16	16.827	0.396		

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

La tabla 8 muestra que la edad del personal de enfermería y el hecho de conversar con la familia del niño con VIH/SIDA se relacionaron con una  $\chi^2 = 13.866$ ,  $p = 0.007$ . Lo que indica que del total de la muestra estudiada, las enfermeras más jóvenes son las que conversan con la familia.

Acerca del servicio en que se encuentran ubicadas las enfermeras y la situación en que se negarían al cuidado del niño, el 49.24 por ciento manifestó que se negaría cuando estuviera embarazada, relacionándose con una  $\chi^2 = 44.501$ ,  $p = 0.006$ . Lo que quiere decir que existe tendencia al rechazo en un circunstancia que las enfermeras consideran especial.

### 4.3.2 Prueba de Kruskal Wallis

Se aplicó la prueba de Kruskal Wallis a los índices considerando las combinaciones de los datos demográficos: edad y experiencia (combinación 1), edad y servicios (combinación 2) y, por último, experiencia del personal de enfermería en el cuidado del niño con VIH/SIDA con el servicio donde se encontró ubicado (combinación 3). Los componentes de cada combinación de presentan en el apéndice F. En la siguiente tabla se presentan los resultados de la prueba antes señalada.

**TABLA 9**

**RESULTADOS DE LA PRUEBA DE KRUSKAL WALLIS PARA LAS COMBINACIONES DE DATOS DEMOGRÁFICOS CON LOS ÍNDICES DEL CUESTIONARIO**

Fuente de variación	G L	Actitud		Conocimientos		Entorno Familiar		Entorno Laboral		Miedo		Percepción	
		$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
Edad y Experiencia	5	8.98	.109	2.81	.729	7.94	.159	6.32	.275	5.04	.410	8.99	.109
Edad y Servicio	8	9.75	.282	7.74	.458	<b>16.84.031</b>		13.62	.092	2.94	.937	<b>18.57.017</b>	
Experiencia y Servicio	5	1.56	.905	3.36	.643	6.28	.279	10.49	.062	8.08	.408	10.68	.057

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

En la tabla 9 se resumen los resultados de la prueba de Kruskal Wallis para las tres combinaciones con los índices de actitud, conocimientos, entorno familiar, entorno laboral, miedo y percepción. Para las combinaciones 1 (edad y experiencia) y 3 (experiencia y servicio), no se encontró significancia. El entorno familiar de la enfermera mostró efectos significativos con la edad y el servicio donde se encuentra ubicado el personal de enfermería en la atención de los niños con VIH/SIDA (combinación 2) con una  $X^2 = 16.84$ ,  $p = 0.031$ .

También se encontró un efecto significativo para la percepción de la enfermera ( $X^2 = 18.57$ ,  $p = .017$ ) y las mismas variables demográficas.

A continuación se presentan los rangos medios y promedios para los índices de entorno familiar y percepción y las combinaciones de los factores demográficos (edad y servicio) que resultaron con significancia

**TABLA 10**

**RANGOS MEDIOS Y PROMEDIOS PARA  
EL ÍNDICE DE ENTORNO FAMILIAR  
POR SERVICIO Y EDAD**

Agrupación	Servicio	Edad	Casos	Rangos	Media
1	1*	1**	64	174.78	45.70
2	1	2**	77	165.03	43.66
3	1	3**	29	151.45	39.65
4	2*	1	25	212.02	56.00
5	2	2	27	193.33	50.46
6	2	3	30	139.73	36.67
7	3*	1	28	137.79	37.94
8	3	2	26	154.35	40.66
9	3	3	23	148.54	29.67

Fuente:SSPECNVIH/SIDA

n = 329

\* Servicio 1: Cuidados intensivos

\* Servicio 2: Medicina interna

\* Servicio 3: Especialidades

\*\* Edad 1: de 20 a 25 años

\*\* Edad 2: 26 a 35 años

\*\* Edad 3: 36 o más años

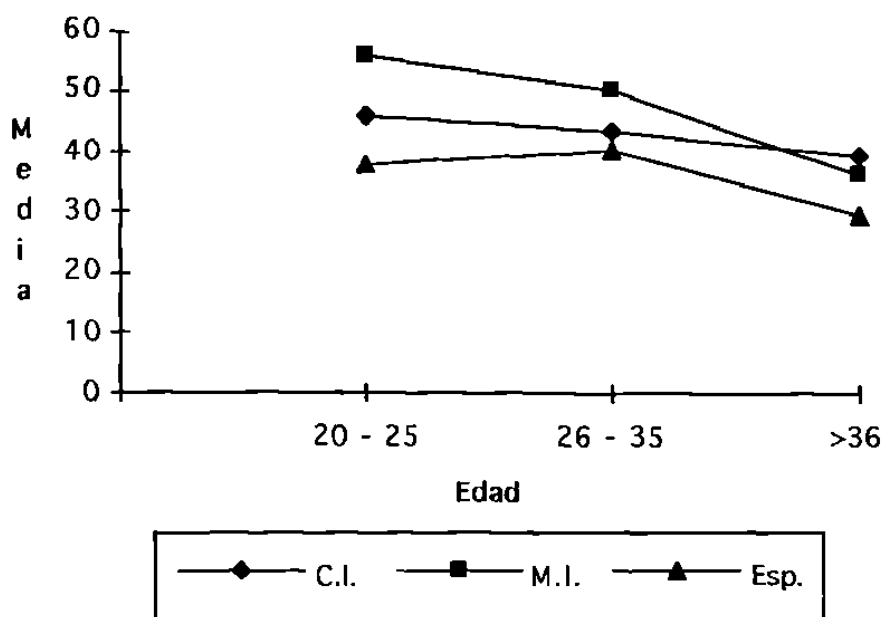


En La tabla 10 se observa que el rango más alto en el índice de entorno familiar fue de 212.02, y correspondió a la agrupación 4 del área de Medicina interna, cuando la edad del personal de enfermería fue de 20 a 25 años (25 casos) con un promedio de 56 por ciento. El rango más bajo fue de 137.79 y correspondió a la agrupación 7, la cual incluye el área de especialidades, con la edad de 20 a 25 años (28 casos), con un promedio de 37.94 por ciento.

En la siguiente figura se pueden observar los promedios y las edades en los servicios elegidos para el estudio.

**FIGURA 12**

**PROMEDIOS Y EDADES PARA LOS SERVICIOS EN EL ÍNDICE DE ENTORNO FAMILIAR**



Fuente: SSPECNVIH/SIDA  
 Servicio:  
 C.I.: Cuidados intensivos  
 M.I.: Medicina interna  
 Esp.: Especialidades

n = 329

En la figura 12 se observa el promedio más alto en el servicio de Medicina interna (56 por ciento), integrado por Nutrición, Oncología e Infectología, cuando la edad es de 20 a 25 años; el promedio más bajo fue para los servicios de especialidades, cuando la edad fue de más de 36 años; estos datos se pueden corroborar en la tabla 10.

**TABLA 11**

**RANGOS MEDIOS Y PROMEDIOS PARA  
EL ÍNDICE DE PERCEPCIÓN POR  
SERVICIO Y EDAD**

Agrupación	Servicio	Edad	Casos	Rangos	Media
1	1	1	64	189.96	72.74
2	1	2	77	173.70	69.40
3	1	3	29	164.38	68.19
4	2	1	25	179.90	69.77
5	2	2	27	119.15	59.25
6	2	3	30	158.02	66.66
7	3	1	28	177.21	69.84
8	3	2	26	139.00	63.67
9	3	3	23	128.46	61.35

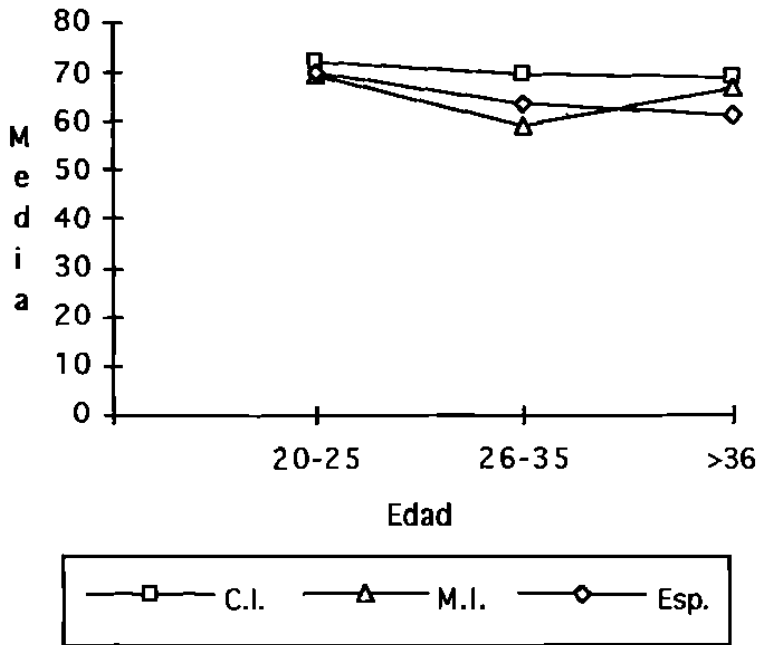
Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

En la tabla 11 se observa que el rango más alto para el índice de percepción fue de 189.96, lo cual correspondió al área de cuidados intensivos, integrada por los servicios de Unidad de terapia intensiva pediátrica, Terapia quirúrgica, Cuidados intensivos neonatales y Urgencias, cuando la edad fue de 20 a 25 años en 64 casos, con un promedio de 72.4 por ciento. El rango más bajo fue de 119.15, que correspondió al área de Medicina interna, en la que se incluyen los servicios de Infectología, Oncología y Nutrición cuando la edad del personal de enfermería fue de 26 a 35 años observándose, 27 casos y un promedio de 59.25 por ciento.

FIGURA 13

**PROMEDIOS Y EDADES PARA LOS SERVICIOS  
EN EL ÍNDICE DE PERCEPCIÓN**



Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

C.I.: Cuidados intensivos

M.I.: Medicina interna

Esp.: Especialidades

En la figura 13 se observa que a mayor edad menor promedio para el índice de percepción; en el servicio de Cuidados intensivos se obtuvo un promedio de 72.4 por ciento, en Medicina interna 69.77 por ciento, y Especialidades 69.84 por ciento, datos que se pueden apreciar en la tabla 11.

### 4.3.3 Correlación de Spearman

En este apartado se presentan los resultados de la correlación de Spearman con la intención de someter a prueba las hipótesis del estudio, relacionando entre sí los índices de conocimientos, entorno familiar, entorno laboral, miedo al VIH/SIDA y la percepción que la enfermera tiene sobre la enfermedad.

**TABLA 12**

#### **RESULTADOS DE LA CORRELACIÓN DE SPEARMAN**

Conocimientos	-.0330 (.550) <sup>a</sup>				
Entorno Familiar	-.0492 (.373)	.697 (.208)			
Entorno Laboral	.1013 (.067)	-.0344 (.534)	-.1043 (.059)		
Miedo	.1529 (.005)	.0131 (.812)	.0754 (.172)	.1358 (.014)	
Percepción	-.1060 (.055)	-.1529 (.005)	-.0369 (.481)	-.1070 (.329)	-.1620 (.003)
	<b>Actitud</b>	<b>Conocimientos</b>	<b>Entorno Familiar</b>	<b>Entorno Laboral</b>	<b>Miedo</b>

Fuente: SSPECNVIIH/SIDA

n = 329

a: El valor de p se presenta en el paréntesis.

En la tabla 12 se observa que existe una correlación positiva y significativa ( $r_s = .1529$ ,  $p = .005$ ) entre el miedo de la enfermera al contagio del VIH/SIDA y la actitud de ésta en el cuidado de los niños con esta

enfermedad, así como una asociación significativa y positiva ( $r_s = .1358$ ,  $p = .014$ ) entre miedo al contagio con el entorno laboral. En tanto que los índices de percepción del riesgo de contraer el VIH y conocimientos acerca de la enfermedad se asociaron en forma significativa pero negativa ( $r_s = -.1529$ ,  $p = .005$ ), de la misma forma la percepción y el miedo se correlacionaron en forma negativa y significativa ( $r_s = -.1620$ ,  $p = .003$ ).

Por los resultados encontrados en esta prueba y respecto a la primera hipótesis: *La percepción y el conocimiento sobre el VIH/SIDA, como elementos del sistema personal de la enfermera, están relacionados con la actitud de ésta hacia el cuidado del niño con VIH/SIDA*, se decide aceptar la hipótesis nula correspondiente, dado que ambas variables son independientes al no mostrar relación significativa ( $\alpha = 0.05$ ).

En cuanto a la segunda hipótesis planteada: *La familia y el entorno laboral de la enfermera, como sistemas sociales, están relacionados con la actitud de ésta en el cuidado el niño con VIH/SIDA*, se puede decir que la actitud, el sistema personal y el entorno familiar, como sistema social, no mostraron asociación significativa, por lo que se aceptan las hipótesis nulas correspondientes. Al considerar el entorno laboral como sistema social y la actitud, se obtuvo un coeficiente de correlación positivo ( $r_s = .1310$ ) pero no significativo (valor de  $p = .067$ )

Finalmente respecto a la tercera hipótesis: *El miedo al contagio de la enfermera respecto al VIH/SIDA está relacionado con su actitud en el cuidado del niño con esta enfermedad*, y al considerar los índices de miedo y de actitud, se obtuvo un coeficiente de correlación de  $r_s = .529$ , con valor de  $p = .005$ , el cual es significativo, es decir, se rechaza la hipótesis nula de que estos índices no están asociados y se concluye que existe una asociación positiva y significativa.

## **CAPÍTULO 5**

### **DISCUSIÓN**

De acuerdo con King (1981), la comunicación no verbal, como el tacto, implica la cercanía física de los individuos en interacción, y tiene diferentes significados de acuerdo con la persona, la cultura, el grupo al que se pertenece y con la situación, proporcionando información precisa sobre las actitudes entre la enfermera y el paciente, este concepto concuerda con el de Thorndike (1980), quien sostiene que la actitud se manifiesta en torno a tendencias positivas y negativas hacia los objetos, personas o situaciones (aceptación o rechazo). Las enfermeras encuestadas para este estudio manifiestan una actitud un tanto ambivalente en su interacción con el niño con VIH/SIDA, pues mientras se trata de una actitud de comunicación verbal hacia el niño o su familia, los porcentajes son altos (95.5 por ciento), es decir, de aceptación, sin embargo, al tratarse de una interacción que implique contacto físico, como el tomarlo en brazos (64.7 por ciento) o acariciarlo cuando llora (87.5 por ciento), los porcentajes de las enfermeras que aceptan llevar a cabo estas actitudes con el niño disminuyen; al menos una de estas dos últimas actitudes puede interpretarse como de rechazo en el cuidado.

Como ya se señaló, la enfermera como persona es un sistema abierto que interactúa con otros, especialmente con sus pacientes; en la atención ella considera como guía sus conocimientos y la percepción individual que tenga de la realidad en la que se encuentra; este conjunto constituirá su punto de vista y determinará en cierta medida sus actuaciones y actitudes (King, 1981).

La percepción, como elemento del sistema personal de la enfermera, está directamente relacionada con el conocimiento. King (1981) sostiene que lo que una persona conoce o sabe repercute en la percepción, y ambos aspectos en las actitudes.

En cuanto al conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH en los niños, el 97.6 por ciento identifica correctamente el mecanismo de transmisión más común, así como la etiología; por lo que en este aspecto su conocimiento es aceptable; sin embargo, cuando se trata de la fisiopatología aparece incorrecto (72.9 por ciento considera que el VIH y el SIDA son lo mismo) y aparece disperso el conocimiento para impedir la réplica del VIH.

La percepción y el conocimiento del riesgo de contraer el VIH por un pinchazo de aguja contaminada se identifica como alto para el 61 por ciento de las enfermeras, en particular las que se ubican en los servicios de cuidados intensivos y, en general, las más jóvenes (64.7 por ciento) refieren que el aislamiento para los niños es apropiado sólo cuando están inmunodeprimidos.

King (1981) postula que en el proceso de interacción humana, que es parte del sistema interpersonal y social, los individuos reaccionan a las personas, los acontecimientos, objetos, valores, creencias y experiencias en términos de sus percepciones; esta interacción puede ser interferida por estados de ansiedad, como el enojo y otras emociones. La autora afirma que las emociones pueden cerrar parcialmente el campo perceptual, dando lugar

a que se desencadenen estados emocionales, como el miedo, lo que limita la percepción y la adecuada actuación de la enfermera con los pacientes y el entorno. Sobre esto, cerca de la tercera parte de las enfermeras del estudio (37.1 por ciento) expresaron tener miedo de abrazar a un niño que tiene SIDA, en un porcentaje menor (28.6 por ciento) les da miedo besarlo, por lo que se ratifica el concepto de King en cuanto a que el conocimiento y la percepción son conceptos que están íntimamente interrelacionados, ya que, como se señaló en párrafos anteriores, el conocimiento de las enfermeras sobre el VIH/SIDA es inconsistente.

King (1981) define el sistema social como un conjunto organizado de límites, roles y prácticas desarrolladas para mantener los valores y normas que regulan las conductas y actitudes de los individuos; es un producto de la interacción humana que otorga a sus miembros estatus y funciones determinadas. El individuo recibe del sistema social creencias, valores, costumbres, conductas e implícitamente los límites y mecanismos que los regulan. En este estudio, parientes (78.8 por ciento) y personas cercanas (73.9 por ciento) a la enfermera, como integrantes de su sistema social, expresan una opinión referida por ella de que el VIH/SIDA es causado por una conducta social irresponsable, y coinciden en un 70.5 y 67.2 por ciento, respectivamente, en que los niños que padecen el VIH/SIDA deberían ser hospitalizados en las grandes ciudades.

Por otro lado, a una alta proporción de enfermeras (77.5 por ciento) en la institución donde laboran, como sistema social, les exige aplicar las precauciones universales, y les facilitan el tiempo (71.4 por ciento) y el material (61.4 por ciento) para su aplicación.

Con lo anterior es claro que a más de la mitad de la población estudiada le son transmitidas opiniones y formas de conducta de sus entornos



familiar y laboral, destacando un punto de coincidencia entre ellos, lo relativo a la gravedad de la enfermedad, y será la enfermera en función de sus conocimientos y percepciones la que determine la actitud que habrá de asumir hacia los enfermos con VIH/SIDA.

Al relacionar la percepción del riesgo de contraer el virus por un pinchazo de aguja contaminada con la edad, turno y servicio donde se encuentra ubicado el personal de enfermería, se obtuvieron resultados significativos, el 61.4 por ciento se consideró en alto riesgo de contraer el virus por este accidente, datos que diferentes a los a los hallazgos de Pujol (1994), quien encontró que las enfermeras (11.3 por ciento) refirieron que es un procedimiento habitual que no entraña mayor riesgo. Este autor conjuntamente con otros (Sande, 1994; Bell, 1994 y Kumate, 1990) reportan que el riesgo adquirir el VIH por este accidente es bajo, oscila entre el 0.34 y 0.4 por ciento, y que la percepción del personal de enfermería puede ser mayor.

En relación con la edad de las enfermeras y su percepción de que los niños deben permanecer aislados, se arrojó una  $X^2 = 24,964$ ,  $p = 0.000$  y con el turno una  $X^2 = 14.159$ ,  $p = 0.002$ , en ambos casos significativo; sin embargo, no se localizó bibliografía para argumentar al respecto.

En cuanto a la relación entre el conocimiento de las vías de transmisión del VIH más frecuentes en los niños y la edad y experiencia (67.2 por ciento) más de la mitad de la muestra manifestó la vía de transmisión más frecuente es la perinatal, con una  $X^2 = 34.041$ ,  $p = 0.000$ , seguida por las transfusiones y la vía sexual, resultados que concuerdan con los de García (1994) y Rovira (1994), quienes encontraron que el 95 por ciento de su muestra estudiada identificó correctamente las vías de transmisión del VIH.

En relación con los conocimientos sobre los fluidos corporales de alto riesgo para la transmisión del VIH, la edad experiencia de la enfermera, se obtuvo una  $X^2 = 14.512$ ,  $p = 0.005$  y una  $X^2 = 13.962$ ,  $p = 0.007$  para cada relación. En cuanto al conocimiento sobre si la infección por VIH (80.5 por ciento) es igual a SIDA y el servicio donde se encuentran ubicadas las enfermeras, se encontró una  $X^2 = 32.485$ ,  $p = 0.000$ ; a este respecto los hallazgos de Pujol (1994) son diferentes, él encontró que para el 14 por ciento de la población estudiada respondió que la infección por VIH es igual a SIDA. Los datos anteriores se sustentan con los conceptos de King (1981) acerca de la conocimiento antes señalado.

Al relacionar la edad de la enfermera con el tema de conversación con la familia del niño con VIH/SIDA, se reportó un  $X^2 = 13.866$ ,  $p = 0.007$ . King (1981) afirma que la comunicación es esencial para compartir la información entre la enfermera, el paciente y los sistemas familiar y social.

En cuanto a la actitud de negación de las enfermeras a cuidar a los niños con VIH/SIDA, la mayoría respondió que lo haría si estuviera embarazada y al relacionar este dato con el servicio donde estaban ubicadas, se reporta una  $X^2 = 44.501$ ,  $p = 0.006$ . Sobre el particular Sebastián (1994), Rovira (1994), Vallejo (1995) y Gala (1995) reportan que las enfermeras se negarían a cuidar a enfermos de SIDA, con lo que se afecta la interacción enfermera y paciente, lo cual concuerda con el concepto de interacción de King (1981), definido como un proceso de percepción, juicio y acción entre las personas que interactúan con el propósito de lograr objetivos; además, esta autora señala que es un proceso de percepción y comunicación entre las personas y el entorno, que se manifiesta por conductas verbales y no verbales, de ahí que la negación al cuidado pueda estar compuesta de

opiniones y juicios que son normados por el sistema social en el que se desenvuelve la enfermera.

Con relación a la opinión de los padres referida por las enfermeras acerca de la causa del VIH/SIDA, la mayoría de los casos se orientó a la afirmación de que es por un conducta social irresponsable; al relacionar esta opinión y el servicio donde estaba la enfermera. Acerca del cuidado de los pacientes con SIDA, Brow (1991) y Durham (1994) coinciden en señalar que el problema social básico en el cuidado de los enfermos de SIDA es la incertidumbre del personal de enfermería respecto a su nivel de riesgo de contraer el VIH por exposición en circunstancias de trabajo y la incapacidad para predecir eventos y resultados futuros, además afirman que la incertidumbre es transferida del sistema social al sistema personal.

El hecho de que el 48 por ciento de las enfermeras realiza el reencapuchado de agujas con poca frecuencia se relacionó con la edad y los antecedentes profesionales con una  $X^2 = 29.102$ ,  $p = 0.000$  y una  $X^2 = 18.809$ ,  $p = 0.004$  para cada variable, encontrándose una relación importantes entre ellas, datos que concuerdan con los resultados de García (1994) sobre el nivel de aplicación de las precauciones universales, quien encontró que la mitad de la muestra reencapucha las agujas contaminadas, a pesar de que el personal de salud, entre el que se encontraban las enfermeras, tenían una percepción considerable del riesgo de infectarse.

En cuanto a la relación de las precauciones para tomar las constantes vitales y el servicio donde se proporcionaba el cuidado a los niños con VIH/SIDA, se obtuvo una  $X^2 = 40.454$ ,  $p = 0.000$ . Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos por Burtis (1992), quien encontró que en el uso de las barreras protectoras, es decir, las precauciones universales, dos terceras partes de las enfermeras usaban dobles guantes para el cuidado de los

pacientes; en este estudio, un porcentaje considerable de encuestados usa guantes para tomar los signos vitales, situación que muestra su percepción del riesgo de contraer el VIH.

En los resultados de la prueba de Kruskal Wallis, el entorno familiar de la enfermera mostró efectos significativos con la edad y servicio donde ella labora, con una  $X^2 = 16.84$ ,  $p = .031$ . Lo que significa que a menor edad mayor es la influencia del sistema familiar. Como ya se dijo, la familia se constituye en el medio por el cual se transfieren las actitudes, costumbres, valores y creencias sobre el VIH/SIDA, por lo que en los servicios donde se encontró el personal de enfermería para el cuidado del niño con esta enfermedad pueden estar influyendo las creencias sobre el VIH/SIDA.

King (1981) señala que la familia, como sistema social, transfiere a sus integrantes valores, creencias y costumbres; determina la experiencia y el aprendizaje que influye en las actitudes. Las enfermeras, por tanto, se desenvuelven dentro y son parte de muchos sistemas sociales diferentes que determinan su actitud ante la salud y la enfermedad, que para este estudio es el SIDA. También se encontró un efecto significativo entre la percepción que tiene la enfermera sobre el VIH/SIDA y la edad (sistema personal) y los servicios donde brinda el cuidado (la institución, como entorno laboral), con una  $X^2 = 18.87$ ,  $p = .017$ , lo que mostró que a menos edad la percepción del riesgo de adquirir el virus es mayor.

Resulta interesante que en la correlación de Spearman, se encontró una asociación significativa y positiva entre el miedo de la enfermera al SIDA y el entorno laboral con una  $r_s = .1358$ ,  $p = .014$ , lo que ratifica que las enfermeras (sistema personal) se consideran en riesgo de contraer el VIH en el entorno laboral (sistema social). Los hallazgos de Rovira (1994) y los de este estudio (33.4 y 37.1 por ciento) coinciden con la proporción de

enfermeras que manifiestan sentir miedo al posible contagio del SIDA durante el cuidado de los pacientes y discrepan con los resultados de Sebastián (1994), quien encontró que el 84.4 por ciento de las enfermeras contestó tener miedo a contagiarse.

Sobre el particular, King (1981) sostiene que las enfermeras, como sistemas personales, al desenvolverse en el sistema social (hospital), aprenden costumbres, actitudes, creencias valores y modos de conducta dentro de las instituciones. Por tanto, es posible que el entorno laboral, como sistema social, influya en las actitudes, como el miedo y en las creencias y modos de conducta dentro de las instituciones. Por tanto, es posible que el entorno laboral, como sistema social, influya en las actitudes de miedo de las enfermeras (sistema personal) durante el cuidado del niño con VIH/SIDA.

También se encontró en la correlación de Spearman que el índice del miedo mostró una asociación positiva y significativa  $r_S = .1529$ ,  $p = .005$  con el índice de actitud, lo cual indica que el miedo al SIDA influye en la actitud de la enfermera en el cuidado al niño con esta enfermedad; además, los hallazgos mostraron una correlación positiva y significativa ( $r_S = .1358$ ,  $p = .014$ ) con el entorno laboral.

Por otra parte, se relacionaron en forma negativa y significativa ( $r_S = -.1620$ ,  $p = .003$ ) el miedo de la enfermera al SIDA y la percepción que ella tiene de la enfermedad. Probablemente esto se deba a que con frecuencia quienes cuidan a estos niños están en contacto con los fluidos corporales de alto riesgo, observan la evolución, que en la mayoría es tórpida, y además, en muchos casos, se enfrentan al desenlace de algunos niños.

## 5.1 Conclusiones

- Se aceptan las hipótesis nulas de que *la percepción y el conocimiento sobre el VIH/SIDA, como elementos del sistema personal de la enfermera, están relacionados con la actitud de ésta hacia el cuidado del niño con VIH/SIDA y el entorno familiar y laboral de la enfermera, como sistemas sociales, están relacionados con la actitud de ésta en el cuidado del niño con VIH/SIDA.*
- Se acepta la hipótesis de investigación que dice: *el miedo de la enfermera al contagio respecto al VIH/SIDA está relacionado con su actitud en el cuidado del niño que padece esta enfermedad.*
- No se pudo categorizar la actitud de la enfermera como de aceptación o de rechazo, dado que estas características fluctuaron entre alta aceptación al cuidado, al tratarse de la comunicación verbal, y la tendencia al rechazo, tratándose de una interacción que implicó contacto físico con el niño.
- Las enfermeras tienen conocimiento aceptable de los mecanismos de transmisión del VIH y deficiente en la fisiopatología de la enfermedad.
- La percepción de las enfermeras respecto al riesgo de contraer el VIH es alta para más de la mitad de los sujetos de estudio.
- El estudio permitió identificar la interrelación de la percepción y el conocimiento que propone King en el sistema personal de las enfermeras.
- Los padres y amigos de la enfermera, en opinión de ésta, como integrantes de su sistema social, expresan en un porcentaje elevado que el VIH/SIDA es causado por una conducta social irresponsable.

- El entorno familiar como sistema social de la enfermera se encontró asociado con la edad de ésta y el servicio donde se encontró ubicada.
- la institución como sistema social exige y facilita tiempo y material para la aplicación de las precauciones universales.
- La percepción de las enfermeras sobre el riesgo de contraer el VIH en su entorno laboral es alta; esta percepción se encontró relacionada con la edad, turno y servicio, y se correlacionó con el miedo de contraer la enfermedad.
- Alrededor de la tercera parte de los sujetos de estudio manifestaron total aceptación de tener miedo de contraer el SIDA durante el cuidado del paciente.
- Dos terceras partes de la muestra corresponden a enfermeras con menos de 35 años de edad, característica que se encontró relacionada con los índices de actitud, conocimientos, percepción y entorno laboral.
- Cerca del 90 por ciento de la muestra tiene de 1 a 10 años de experiencia en el cuidado del niño con VIH/SIDA, circunstancia que se encontró relacionada con los índices de conocimientos y entorno laboral.
- El 75 por ciento de la muestra son enfermeras generales, hecho que se encontró relacionado con el índice de entorno laboral.

## 5.2 Recomendaciones

Se recomienda que:

- La actitud de la enfermera y el entorno laboral sean estudiados en diseños de tipo observacional.

- La institución considere los resultados de este estudio con el fin de actualizar al personal de enfermería sobre el conocimiento del VIH/SIDA.
- En futuros estudios el entorno familiar de la enfermera debe ser examinado mediante instrumentos más amplios y confiables en ese aspecto.
- Se realicen estudios longitudinales para conocer la interacción de la enfermera con el niño desde el punto de vista del menor, hecho que en este estudio no fue considerado.
- Se efectúen estudios que lleven a mejorar la congruencia interna del instrumento utilizado en esta investigación.



## REFERENCIAS

- Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica. 2a. ed., España, Doyma. (1992).
- Bell, Meisenhelder, Janice. Contributing Factors to Fear of HIV Contagion in Registered Nurses. Journal of Nursing Scholarship, Image. (1994).
- Bouton, Richard A. Scales of Fear of SIDA and Homofobia. Journal of Personality Assessment. 51(4), 606-614. (1987).
- Brow, Marie A. El cuidado Familiar ante el SIDA: Transiciones por la Incertidumbre. Nursing Research. Nov-Dic. Vol. 40. No. 5. (1991).
- Burtis, Rae E. Will Universal Precautions Protect Me? A Look at staff nurses Attitudes. Nursing Outlook, may-jun. (1992).
- Colegio Nacional de Enfermeras, A.C. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Enfermeras. Conceptos éticos aplicados a la enfermería. México. (1973).
- Daniel, Wayne W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. Uthea. Noriega Editores. México. (1996).
- Durham, Jerry D. La Cambiante Epidemia del VIH/SIDA: Desafíos Psicosociales Emergentes para las Enfermeras. Mental Health Nursing. Vol. 29. No. 1. (1994).
- Durham, Jerry D. y Felisa Lashey Cohen . Pacientes con SIDA. Cuidados de enfermería. México. El manual Moderno. (1990).

- Gala León, Francisco Javier y Cols. Necesidades de una Intervención Psicosocial entre el Personal Sanitario para Paliar los Miedos y los Prejuicios hacia el SIDA. en *Enfermería Científica*. Madrid, España. No. 164-165, Nov.-Dic. (1995).
- García García, María de Lourdes. Educación del Personal de Salud en México sobre el SIDA. Bol. Oficina Sanit. Panam. (3) p. 213. (1994).
- King, Imogene M. Enfermería como Profesión. Filosofía, Principios y Objetivos. México. Limusa. (1981).
- Gillis Caterin L. y Cols. Cultura y Familia en Ablon, Joan y Genevieve M. Ames. *Toward a Science of Family*. Adison Wesley Publishing Company, Healter Sciences Division, Melo Park, California. (1993). Documento de La Secretaría de Postgrado de la UANL. Traducido por Virginia López Casados. (1994).
- Kumate, R. Jesús y Cols. Manual de Infectología. México, Francisco Méndez Cervantes. (1990).
- Los Derechos Humanos y la Enfermería. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Secretaría Técnica del Consejo. Dirección de Capacitación. (S.F.).
- Navarrete Navarro, Susana y Cols. Guía para Enfermeras en la atención del Paciente con HIV/SIDA. México, CONASIDA, Hospital Infantil de México. (1992).
- Polit Denise, F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México. Interamericana McGraw-Hill. (1994).
- Ponce de León Rosales, Samuel. Nuevas técnicas de Aislamiento. Revista "Enfermedades Infecciosas y Microbiología". 16 (1) 23-28 (1996).
- Ponce de León Rosales, Samuel y Carlos del Río Chiriboga. Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta

Externa y Hospitales. SS, CONASIDA, ISSSTE, IMSS, PEMEX, OPS/OMS. México. (1996).

Pujol y Pauyané y Cols. Valoración de las Actitudes y Conocimientos del Personal de Enfermería (Diplomados y Auxiliares) sobre el SIDA. en Enfermería clínica. Vol. 4 No. 1. España, Doyma. (1994).

Reeder, Jean M. y Cols. Conocimientos y Actitudes de las Enfermeras Respecto al VIH/SIDA. Un estudio comparativo. AORN Journal. Vol. 59 No. 2. February. (1994).

Rico, Blanca y Cols. Las Campañas contra el SIDA en México ¿Los Sonidos del Silencio o Puente sobre Aguas Turbulentas? en Revista Salud Pública de México. Nov-Dic. Vol. 37. No. 6. (1994).

Rovira Veciana, E. y Cols. Comportamiento y Actitud de los Profesionales de Enfermería Hospitalaria ante los Pacientes VIH Positivos. Enfermería clínica. Vol. 3. No. 4. España, Doyma. (1994).

Sande, Merle A. Manejo Médico del SIDA. 3a ed. México. Interamericana McGraw-Hill. (1994).

Sebastián Viana, T. y Cols. Los Profesionales de Urgencias ante el Enfermo VIH Positivo. Resultados de una Encuesta. Enfermería Clínica. Vol. 3, No. 5. España, Doyma. (1994).

Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. (1987).

SIDA/ETS. CONASIDA, D.G.E. Vol. 1. No. 2. Marzo-Abril. (1997).

Steele, A. y Cols. Conocimientos y Creencias de las Enfermeras acerca del SIDA: Comparación de las Enfermeras en Ubicaciones de Hospital, Centros Comunitarios y Asilos. Blackwell Science Ltd. Journal Of Advanced Nursing. Vol. 22: 879-887. (1995).

Thorndike, Robert L. y Elizabeth Hagen. Tésis y técnicas de medición en Psicología en educación. México. Trillas. (1980).

UNAIDS AND WHO. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Global Epidemic. December. (1996).

UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. J & J Asociados, Barcelona. España. (1995).

Vallejo, Octavio y Cols. El Trabajador de la Salud y la Consejería sobre VIH/ SIDA. Salud Pública de México. Vol. 37, No. 6, Nov-Dic. pp. 636-642. (1995).

## **APÉNDICES**

## Apéndice A

### Cuestionario

#### Sistema social y personal de la enfermera en el cuidado del niño con VIH/SIDA

No. \_\_\_

Instrucciones: lea cuidadosamente las preguntas y marque con una X la respuesta que usted considere correcta.

#### I. Sección: Datos Demográficos

Código

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Edad:  | _____ |
| 1. 20 a 25  |       |
| 2. 26 a 35  |       |
| 3. 36 y más   |       |
| 2. Sexo:  | _____ |
| 1. Masculino  |       |
| 2. Femenino   |       |
| 3. Estado civil:  | _____ |
| 1. Soltero  |       |
| 2. Casado   |       |
| 4. La experiencia que ha tenido usted en la atención de niños con VIH/SIDA es de: | _____ |
| 1. 1 a 5 años   |       |
| 2. 6 a 10 años  |       |
| 3. Más de 10 años   |       |
| 5. En qué turno labora:   | _____ |
| 1. Matutino   |       |
| 2. Vespertino   |       |
| 3. Nocturno   |       |
| 6. Escriba el servicio en que labora  |       |
| _____   |       |
| 7. Antecedentes profesionales:  | _____ |
| 1. Enfermera General  |       |
| 2. Licenciado en Enfermería   |       |
| 3. Postécnico   |       |
| 4. Otro, especifique _____  |       |

## II. Sección: Índice de conocimientos

8. La vía de transmisión más frecuente del VIH en los niños es: \_\_\_\_\_
1. Perinatal (1)
  2. Transfusiones (1)
  3. Sexual (0)
9. De los siguientes fluidos corporales cuáles son considerados de alto riesgo:  
en la transmisión del VIH: \_\_\_\_\_
1. Sangre (1)
  2. Sémen (1)
  3. Líquido peritoneal (0)
10. ¿La infección por VIH es igual al SIDA? \_\_\_\_\_
1. Sí (0)
  2. No (1)
  3. Lo desconozco (0)
11. ¿Conoce algún tratamiento para impedir la replicación del VIH? \_\_\_\_\_
1. Sí (0)
  2. No (1)
  3. No existe (1)
  4. Está en experimentación (4)

### Índice de percepción

12. En su opinión, ¿qué tanto riesgo existe de contraer las siguientes enfermedades como resultado del cuidado de niño con VIH/SIDA? \_\_\_\_\_
1. Hepatitis B (1)
  2. VIH/SIDA (1)
  3. Tuberculosis (0)
13. En su opinión, ¿qué enfermedad es más transmisible por un pinchazo de aguja? \_\_\_\_\_
1. Hepatitis B (1)
  2. VIH (.5)
  3. Tuberculosis (0)
14. La posibilidad que existe de adquirir el VIH por un pinchazo de aguja contaminada de un paciente seropositivo es: \_\_\_\_\_
1. Alta (1)
  2. Mediana (.5)
  3. Baja (0)
15. ¿Con cuál de las siguientes enfermedades, puede usted contagiarse al limpiar las heces de los niños \_\_\_\_\_
1. Cólera (.5)
  2. Hepatitis (1)
  3. VIH/SIDA (1)

16. Según su opinión los niños que tienen VIH/SIDA deberían permanecer aislados: \_\_\_\_\_

1. A veces (.5)
2. Siempre (1)
3. Nunca (0)
4. Sólo cuando están inmunodeprimidos (0)

17. Si en forma accidental se salpicara las manos con líquido de lavado gástrico de un niño que tuviera SIDA, ¿qué haría? \_\_\_\_\_

1. Lavarse las manos con agua y jabón (1)
2. Avisar al supervisor (0)
3. Avisar a medicina preventiva (0)

### Índice de Entorno Familiar

18. Mis padres opinan que el VIH/SIDA es causado por: \_\_\_\_\_

1. Microbios (1)
2. Conducta social irresponsable (0)
3. Castigo de Dios (3)

19. Mis amigos más cercanos opinan que el VIH/SIDA es causado por: \_\_\_\_\_

1. Microbios (1)
2. Conducta social irresponsable (2)
3. Castigo de Dios (3)

20. Mis padres opinan que los niños con SIDA deberían ser atendidos: \_\_\_\_\_

1. En lugares alejados de las grandes ciudades (0)
2. En lugares especializados en las grandes ciudades (.5)
3. En cualquier lugar (1)

21. Mis amigos más cercanos opinan que los niños con SIDA, deberían ser atendidos: \_\_\_\_\_

1. En lugares alejados de las grandes ciudades (0)
2. En lugares especializados en las grandes ciudades (.5)
3. En cualquier lugar (1)

### Índice de Entorno Laboral

22. La institución, en qué casos le exige aplicar las precauciones universales: \_\_\_\_\_

1. En todos los pacientes (1)
2. Sólo en pacientes con infecciones (.5)
3. Sólo en pacientes con VIH/SIDA (0)

23. En su horario, dispone de tiempo para aplicar las precauciones universales: \_\_\_\_\_

1. Sí en lo general (1)
2. Sólo en ocasiones (.5)
3. No (0)

24. En su horario, dispone de material para aplicar las precauciones universales: \_\_\_\_\_

1. Sí en lo general (1)
2. Sólo en ocasiones (.5)
3. No (0)



25. Qué medidas de precaución la institución le marca para tomar las constantes vitales en pacientes VIH positivos sin patología agregada: \_\_\_\_\_

1. Guantes (.5)
2. Bata y mascarilla (.5)
3. Ninguna protección (1)

26. En su turno, ¿ con qué frecuencia realiza la maniobra de reencapchar las agujas hipodérmicas? \_\_\_\_\_

1. Muy frecuente (1)
2. Frecuente (1)
3. Poco frecuente (0)

### III. Sección: Índice de Actitud

27. Su conversación con el niño con VIH/SIDA se orienta a: \_\_\_\_\_

1. El procedimiento por realizar (1)
2. Los familiares y amigos (1)
3. No conversa (0)

28. Su conversación con la familia del niño con VIH/SIDA es sobre: \_\_\_\_\_

1. La enfermedad del niño (1)
2. Los procedimientos del hospital (1)
3. No converso (0)

29. Procura mantener en sus brazos al niño cuando lo alimenta: \_\_\_\_\_

1. Sí (1)
2. No (0)
3. A veces (.5)
4. Me es indiferente (4)

30. Procura acariciar al niño cuando llora: \_\_\_\_\_

1. Sí (1)
2. No (0)
3. A veces (.5)

31. Durante el cuidado del niño con VIH/SIDA, siento: \_\_\_\_\_

1. Lástima (.5)
2. Miedo al contagio y a la muerte (0)
3. Impotencia (1)

32. Me negaría a cuidar a un niño con VIH/SIDA sólo si: \_\_\_\_\_

1. Estoy cansada (.5)
2. Estoy embarazada (.5)
3. Estoy de mal humor (1)
4. No me negaría (1)

Entre paréntesis se reporta el puntaje usado en la construcción del índice correspondiente.

### Índice de Miedo al SIDA

Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una X en la columna de la derecha la respuesta que considere correcta según el siguiente código:

TA= Totalmente de Acuerdo, DA= De Acuerdo, NS= No Sabe, ED= En Desacuerdo, TD= Totalmente en Desacuerdo.

	TA	DA	NS	ED	TD
33. Yo no me molestaría en estar en el mismo cuarto de un niño que tenga SIDA:	4	3	2	1	0
34. Se debería crear un archivo centralizado que contuviera los nombres de todos los niños que tengan SIDA:	0	1	2	3	4
35. Si descubro que un niño tiene SIDA, me daría miedo abrazarlo:	0	1	2	3	4
36. Yo me opongo a mandar a mi hijo sano a una escuela que tuviera niños con SIDA:	4	3	2	1	0
37. Yo creo en los trabajadores de la salud cuando dicen que el SIDA no puede ser transmitido por contacto casual:	0	1	2	3	4
38. Tengo miedo de contraer el SIDA:	4	3	2	1	0
39. Los niños con SIDA deben ser aceptados en las escuelas públicas:	0	1	2	3	4
40. En comparación con otros problemas de salud pública, creo que el SIDA es un problema menor:	0	1	2	3	4
41. Si descubro que el niño que atiendo tiene SIDA, aun así, lo atendería	0	1	2	3	4
42. El SIDA en los niños debe ser ampliamente difundido por los niños:	0	1	2	3	4
43. El SIDA en los niños puede convertirse en una epidemia grave y ampliamente difundida:	4	3	2	1	0
44. Estoy preocupado por adquirir el SIDA al tocar a un niño con esta enfermedad:	4	3	2	1	0
45. Si un niño tuviera SIDA, no me importaría tocarlo:	4	3	2	1	0
46. Si me enterara que un niño tiene SIDA, me daría miedo de besarlo:	4	3	2	1	0

Fuente: escala del miedo al SIDA de Bouton (1987), modificada.

En los cuadros de la derecha se presenta el puntaje usado para la construcción del índice correspondiente.



# HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ

90

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
DR. MARQUEZ No. 162 MEXICO 7, D.F.  
*Institución de Servicio Médico, Enseñanza e Investigación  
afiliado a la Universidad Nacional Autónoma de México*

## Apéndice B

DIRECCION GENERAL

Tel. Dir. 7610181  
Fax. 761-89-74

México, D.F., a 30 de mayo de 1997.

1100/

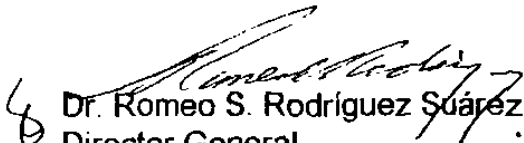
1293<sup>1997</sup>

**Lic. M<sup>a</sup> del Refugio Duran López**  
Subsecretario de Investigación  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Av. Gonzalitos N° 1500 Norte  
Colonia Mitras Centro  
64460 Monterrey, Nvo. León.

Estimada Lic. Duran:

En relación a su atenta solicitud con número de oficio FE/036/97, por este conducto me permito informar a usted que no tengo ningún inconveniente en que la C. Lic. Enf. Magdalena Franco Orozco aplique la encuesta "Sistema social y personal de la enfermera en el cuidado del niño hospitalizado con SIDA", entre 370 enfermeras del Hospital. Por otra parte, le suplico que nos envíe el protocolo de investigación que incluya el cuestionario para someterlo a la Comisión de Investigación y Ética de nuestra Institución.

Atentamente

  
Dr. Romeo S. Rodríguez Suárez  
Director General

### Apéndice C

Frecuencias y porcentajes obtenidos en las subescalas del cuestionario.

Subescala	Pregunta	Opciones	Frecuencia	%	
Conocimientos	8	1	221	(67.2)	
		2	100	(30.4)	
		3	8	(2.4)	
	10	1	240	(72.9)	
		2	89	(27.1)	
	11	1	57	(17.3)	
		2	129	(39.2)	
		3	18	(5.5)	
		4	125	(38.8)	
	Percepción	14	1	202	(61.4)
			2	73	(22.3)
			3	54	(16.4)
15		1	166	(50.5)	
		2	137	(41.6)	
		3	26	(7.9)	
16		1	41	(12.5)	
		2	67	(20.4)	
		3	8	(2.4)	
		4	213	(64.7)	
Entorno Familiar		18	1	83	(24.9)
			2	233	(70.8)
	3		14	(4.3)	
	19	1	86	(26.1)	
		2	243	(73.9)	
	20	1	8	(2.4)	
		2	232	(70.5)	
		3	89	(27.1)	
	21	1	17	(5.2)	
		2	221	(67.2)	
		3	91	(27.7)	

Entorno Laboral	22	1	225	(77.5)
		2	60	(18.2)
		3	14	(4.3)
	23	235	235	(71.4)
			84	(25.5)
			10	(3.0)
	24	1	202	(61.4)
		2	115	(35.0)
		3	12	(3.6)
Actitud	27	1	225	(68.4)
		2	89	(27.1)
		3	15	(4.6)
	28	1	114	(34.4)
		2	188	(57.1)
		3	27	(8.2)
	29	1	213	(64.7)
		2	12	(3.6)
		3	104	(31.6)
	30	1		(87.5)
		2		(12.5)

## APÉNDICE D

### ANÁLISIS ALPHA PARA LA ESCALA DEL MIEDO

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
X033	.0135	-.0085						
X034	.0057	.0377	.0280	.0560	.0465			
X035	.2044	.2323	.2554	.2881	.3225	.3376	.3347	.3644
X036	.2011	.2471	.2752	.2993	.3269	.3077	.3814	.2306
X037	.0941	.0571	.0408	.0310	.0228	.0553		
X038	.0891	.1168	.1279	.1200	.1197	.1024	.0907	.0952
X039	-.0849							
X040	.8030	.1008	.1122	.0979	.1062	.1446	.0203	.1137
X041	.1077	.0622	.0382	-.0067	.0343			
X042	.1145	.0927	.0968	.0755	.1427	.1443		
X043	.1111	.1209	.1317	.1405	.2476	.0316	.1355	.0687
X044	.1829	.1888	.2159	.2434	.1476	.2622	.2783	.3154
X045	.0448	.0338	-.0056					
X046	.2055	.2497	.2742	.2837	.2961	.2834	.2981	.3137

Escala del miedo al SIDA de Bouton (1987).

En este apéndice se concentran los ocho pasos que se siguieron en el análisis Alfa para la escala del miedo, ya que debido al comportamiento errático se eliminaron siete de las 14 que originalmente componían la escala, quedando constituida por las variables 35, 36, 38, 40, 43, 44 y 46.

RECODE  
 v008  
 (1=1) (2=1) (3=0) (4=0) INTO v008t .  
 EXECUTE .

## Apéndice E

### Programa de captura de Datos

RECODE  
 v009  
 (1=1) (2=1) (3=0) INTO v009t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v010  
 (1=0) (2=1) (3=0) INTO v010t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v011  
 (1=0) (2=1) (3=1) (4=0) INTO v011t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v012  
 (2=1) (1=1) (3=0) INTO v012t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v013  
 (1=1) (2=.5) (3=0) INTO v013t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v014  
 (1=1) (2=.5) (3=0) INTO v014t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v015  
 (1=.5) (2=1) (3=1) INTO v015t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v016  
 (1=.5) (2=1) (3=0) (4=0) INTO v016t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v017  
 (1=1) (2=0) (3=0) INTO v017t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v018  
 (1=1) (2=0) (3=0) INTO v018t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v019  
 (1=1) (2=0) (3=0) INTO v019t .  
 EXECUTE .

RECODE  
 v020  
 (1=0) (2=.5) (3=1) INTO v020t .

```
EXECUTE .
RECODE
  v021
  (1=0) (2=.5) (3=1) INTO v021t .
EXECUTE .
RECODE
  v022
  (1=1) (2=.5) (3=0) INTO v022t .
EXECUTE .
RECODE
  v023
  (1=1) (2=.5) (3=0) INTO v023t .
EXECUTE .
RECODE
  v024
  (1=1) (2=.5) (3=0) INTO v024t .
EXECUTE .
RECODE
  v025
  (1=.5) (2=.5) (3=1) INTO v025t .
EXECUTE .
RECODE
  v026
  (1=0) (2=0) (3=1) INTO v026t .
EXECUTE .
RECODE
  v027
  (1=1) (2=1) (3=0) INTO v027t .
EXECUTE .
RECODE
  v028
  (1=1) (2=1) (3=0) INTO v028t .
EXECUTE .
RECODE
  v029
  (1=1) (2=0) (3=.5) (4=0) INTO v029t .
EXECUTE .
RECODE
  v030
  (1=1) (2=0) (3=.5) INTO v030t .
EXECUTE .
RECODE
  v031
  (1=.5) (2=0) (3=1) INTO v031t .
EXECUTE .
RECODE
  v032
  (1=.5) (2=.5) (3=1) INTO v032t .
EXECUTE .
AUTORECODE ;
  VARIABLES=v033 v036 v038 v043 v044 v045 v046 /INTO v033t v036t v038t
```



```

v043t v044t v045t v046t
/DESCENDING
/PRINT.
RELIABILITY
/VARIABLES=v008t v009t v010t v011t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=v008t v010t v011t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=v012t v013t v014t v015t v016t v017t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=v012t v014t v015t v016t v017t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=v012t v014t v015t v016t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=v014t v015t v016t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=v018t v019t v020t v021t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=v022t v023t v024t v025t v026t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .

```

## RELIABILITY

```

/VARIABLES=v027t v028t v029t v030t v031t v032t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE

```

## RELIABILITY

```

/VARIABLES=v027t v028t v029t v030t v031t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .

```

## RELIABILITY

```

/VARIABLES=v027t v028t v029t v030t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .

```

## FACTOR

```

/VARIABLES v033t v034 v035 v036t v037 v038t v039 v040 v041 v042 v043t
v044t v045t v046t /MISSING LISTWISE /ANALYSIS v033t v034 v035 v036t v037
v038t v039 v040 v041 v042 v043t v044t v045t v046t
/PRINT UNIVARIATE INITIAL EXTRACTION ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(50)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX .

```

## RELIABILITY

```

/VARIABLES=v033t v034 v035 v036t v037 v038t v039 v040 v041 v042 v043t
v044t v045t v046t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .

```

## RELIABILITY

```

/VARIABLES=v033t v034 v035 v036t v037 v038t v040 v041 v042 v043t v044t
v045t v046t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .

```

## RELIABILITY

```

/VARIABLES=v034 v035 v036t v037 v038t v040 v041 v042 v043t v044t v045t
v046t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .

```

## RELIABILITY

```

/VARIABLES=v034 v035 v036t v037 v038t v040 v041 v042 v043t v044t v046t
/FORMAT=NOLABELS

```

```
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
RELIABILITY
/VARIABLES=v034 v035 v036t v037 v038t v040 v042 v043t v044t v046t
/FORMAT=NOLABELS
/SCALE(ALPHA)=ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR
/SUMMARY=TOTAL MEANS VARIANCE .
FACTOR
/VARIABLES v034 v035 v036t v037 v038t v040 v042 v043t v044t v046t
/MISSING LISTWISE /ANALYSIS v034 v035 v036t v037 v038t v040 v042 v043t v044t
v046t
/PRINT UNIVARIATE INITIAL EXTRACTION ROTATION
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(50)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25).
/ROTATION VARIMAX .
```

### Apéndice F

Composición de las combinaciones de los datos demográficos y número de observaciones

#### COMPOSICIÓN DE LA COMBINACIÓN 1 Y NÚMERO DE OBSERVACIONES

Agrupación	Edad	Experiencia	Casos
1	20 a 25 años	1 a 5 años	108
2	26 a 35	1 a 5 años	92
3	36 o más	1 a 5 años	35
4	20 a 25	Más de 5 años	9
5	20 a 25	Más de 5 años	38
6	20 a 25	más de 5 años	47

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

En este cuadro se presentan los seis grupos resultantes para las diferentes edades de la muestra y los años de experiencia. El mayor número de casos (108) tiene de 1 a 5 años en el cuidado del niño con VIH/SIDA, con una edad que oscila entre 20 a 25 años.

#### COMPOSICIÓN DE LA COMBINACIÓN 2 Y NÚMERO DE OBSERVACIONES

Agrupación	Edad	Servicio	Casos
1	20 a 25	Cuidados intensivos	64
2	26 a 35	Cuidados intensivos	77
3	36 o más	Cuidados intensivos	29
4	20 a 25	Medicina interna	25
5	26 a 36	Medicina interna	27
6	36 o más	Medicina interna	30
7	20 a 25	Especialidades	28
8	26 a 36	Especialidades	26
9	36 o más	Especialidades	23

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

Se observa que resultaron nueve combinaciones para edad y servicio. El servicio que más casos registró fue el área de Cuidados intensivos (77), donde las edades de los participantes fluctuaron entre 26 y 36 años.

A continuación se presentan los resultados de la combinación 3 (servicio y experiencia) y el número de casos que la componen.

### COMPOSICIÓN DE LA COMBINACIÓN 3 Y NÚMERO DE OBSERVACIONES

Agrupación	Servicio	Experiencia	Casos
1	Cuidados intensivos	1 a 5 años	142
2	Cuidados intensivos	más de 5 años	46
3	Medicina interna	1 a 5 años	49
4	Medicina interna	más de 5 años	33
5	Especialidades	1 a 5 años	62
6	Especialidades	más de 5 años	15

Fuente: SSPECNVIH/SIDA

n = 329

En este cuadro se muestra que el mayor número (142) de casos que componen la combinación de los factores demográficos: servicio y experiencia, se encontraron en el área de Cuidados intensivos, donde la experiencia del personal de enfermería osciló entre 1 y 5 años en el cuidado de los niños con VIH/SIDA.

## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

**Magdalena Franco Orozco**

**Candidato para el grado de**

**Maestría en Enfermería con Especialidad en Materno Infantil  
Pediátrica**

**Tesis: SISTEMAS SOCIAL Y PERSONAL DE LA  
ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL NIÑO CON  
VIH/SIDA**

**Campo de Estudio: Enfermería Pediátrica**

### **Biografía:**

Datos personales: nacida en San Miguel El Alto, Jalisco, el 1 de noviembre de 1952; hija de Casildo Franco Romo y María Orozco Rodríguez; casada con Javier Andrés Suárez Ruiz.

### **Educación:**

Egresada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, con el título de Enfermera en 1980. Egresado del Curso Postécnico de Enfermería Pediátrica de la ENEO de la UNAM con sede en el Hospital Infantil de México, "Federico Gómez", en 1981. Egresado de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del IPN, título de Licenciado en Enfermería en 1992.

### **Experiencia profesional:**

Enfermera general en diferentes servicios del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" desde 1971. Jefe de servicio en; Nefrología, Infectología, Recuperación y Terapia Quirúrgica del mismo Hospital , supervisora del área clínica en 1993. Profesor titular B en la Carrera de Enfermería Básica de la ESEO del IPN, en 1990. Coordinadora del curso Postécnico de Enfermería Pediátrica de la ENEO de la UNAM con sede en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", de Abril de 1993 a Enero de 1996.

Profesor de asignatura A en la ENEO de la UNAM de Febrero de 1994 a Enero de 1996.

