



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
DE ZAMORA A.C.

INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CLAVE 8723

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA TANATOLOGICO APLICADO A UNA  
USUARIA CON ALTERACION EN LA NECESIDAD  
DE COMUNICACION- RELACIONES**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

**ESPERANZA DEL ROCIO ALVAREZ GONZALEZ**

No. DE CUENTA

**407537295**

ASESORA:

**L.E.O. LEONOR CASTAÑEDA BARRERA**

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACAN, NOVIEMBRE 2012.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## DEDICATORIA

### **A DIOS:**

Por darme lo más valioso que tenemos los humanos:  
LA VIDA y poder gozar del presente.

### **A MI MADRE:**

Quién con su ejemplo de honradez y trabajo me enseñó a crecer como persona y profesional.

Por guiarme siempre por el buen camino, y que a pesar de ser mi cómplice y amiga supo enderezarme en el momento preciso.

Por demostrarme siempre su amor, comprensión y calidad humana, aún en ocasiones de descontento.

Por entregarme con cariño y sacrificios la mejor herencia que deja un padre a su hijo: el estudio.

GRACIAS MAMÁ! TE AMO.

## AGRADECIMIENTOS

A mi Madre, por su amor incondicional.

A mi tía Nina, por su alegría y sensibilidad.

A mi tía Lucha, por su apoyo y compartir sus conocimientos.

A mi tía Vicky, por su decisión sobre la vida.

A mi tío Juan, por su sabiduría y respaldo.

A mi tía Lulú, por sus ilusiones puestas en mí.

A mis abuelos, por sus enseñanzas.

A Joël, por estar conmigo en todo momento con paciencia y comprensión.

A la profesora Leonor Castañeda Barrera, por su asesoría y tiempo en la realización de este proyecto.

A la Escuela de Enfermería de Zamora, por mi formación como Profesional de Enfermería.

GRACIAS!!!

*Quien conoce a los demás, es sensato.*

*Quien se conoce a sí mismo, es sabio.*

*Quien vence a otros, es fuerte.*

*Quien se vence a sí mismo, es poderoso.*

*Quien consigue sus propósitos, es voluntarioso.*

*Quien se contenta con lo que tiene, es rico.*

*Quien no abandona su puesto, es perseverante.*

*Quien no muere ni siquiera con la muerte, posee la vida.*

*Lao – Tsé.*

## INDICE

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos.....	II
Índice.....	III

### Apartado I

Introducción.....	6
Justificación.....	8
Objetivos.....	10
Metodología.....	11

### Apartado II

#### Marco Teórico

Antecedentes históricos y evolución de la enfermería.....	13
	15
Proceso de atención de enfermería.....	
Etapas del proceso enfermero.....	16
a) Valoración.....	16
b) Diagnostico.....	17
c) Planeación.....	19
d) Ejecución.....	20
e) Evaluación.....	20

Modelo conceptual de Virginia Henderson.....	22
a) Datos biográficos.....	22
b) Aplicación del modelo de Virginia Henderson.....	22
c) 14 necesidades humanas.....	23
d) Metaparadigma.....	24
Tanatología.....	25
a) Concepto.....	25
b) Origen y desarrollo de la Tanatología.....	26
c) En que me puede ayudar un Tanatólogo?.....	28
d) Campos de aplicación de la Tanatología.....	28
El proceso de morir y el duelo.....	30
a) La muerte y su dimensión en la vida.....	30
b) El proceso de morir.....	31
c) El duelo y el ser humano.....	32
d) Tareas del duelo.....	34
Elisabeth Kübler-Ross y el duelo.....	35
a) Negación.....	35
b) Ira.....	35
c) Pacto o negociación.....	36
d) Depresión.....	36
e) Aceptación.....	37
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....	38
a) Definición y generalidades.....	38
b) Historia natural de la enfermedad del VIH.....	40
c) Medidas preventivas del VIH.....	41

### Apartado III

Proceso de Atención de Enfermería Tanatológico aplicado a una usuaria con alteración en la necesidad de comunicación- relaciones.

Datos generales.....	44
Valoración de las 14 necesidades.....	45
Jerarquización de las necesidades afectadas.....	50
Diagnósticos enfermeros, Planeación y Ejecución de las actividades.....	52
Evaluación.....	62
Conclusiones.....	67
Anexos.....	68
Bibliografía.....	85

## APARTADO I

### INTRODUCCION

La enfermería como profesión, asume la responsabilidad de cuidar al individuo sano o enfermo, y en su formación ha respondido en las diferentes épocas a las formas en que se ha concebido el proceso salud-enfermedad, así como a los avances científicos y tecnológicos.

Tomando en cuenta que la enfermería tiene una amplia base teórica, el cuidado enfermero se centra en un terreno multidisciplinario que no solo se basa en el cuidado físico; abarca además aspectos emocionales, familiares y sociales del paciente, en los que la enfermera (o) juega un papel fundamental como auxiliar, terapeuta, orientadora, consejera y amiga...

Dentro de los cuidados de enfermería, el apoyo tanatológico está fundamentado en ayudar al bien morir del paciente. La Tanatología habla más de vida que de muerte, por lo que ayudar a que el hombre tenga una muerte digna, no es su única finalidad; lo es también curar en vida, el duelo de la muerte y la desesperanza.

La ejecución de los cuidados de enfermería utiliza una forma organizativa llamada Proceso Enfermero, describiendo la atención que requiere el usuario en relación a sus problemas ya sea de manera parcial o integral.

Tomando en cuenta la importancia del profesionalismo en los cuidados; el presente Proceso Enfermero se aplicó a una usuaria con diagnóstico de VIH positivo, enfocándose al cuidado emocional de la paciente mediante intervenciones de enfermería en función tanatológica.

Cabe mencionar que el desarrollo de dicho proceso consta de varios apartados, donde se presenta el Marco Teórico sintetizando la Historia de la Enfermería, El



Proceso Enfermero, la Enfermería Tanatológica, así como diversos temas relacionados con los cuidados de enfermería brindados.

El Proceso de Atención de Enfermería se basa en el modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, y a partir de la Valoración, se formularon Diagnósticos Tanatológicos de las necesidades afectadas determinando el grado de dependencia e independencia para continuar con la elaboración de objetivos y posteriormente con la planeación y ejecución de los cuidados encaminados a cubrir sus necesidades, se efectúa la Evaluación, y de ésta manera determinar la respuesta de la paciente realizando las conclusiones finales del caso.

## JUSTIFICACION

A lo largo de las dos últimas décadas, el mundo se ha enfrentado a una enfermedad que después de varios intentos para su erradicación ha logrado permanecer como una amenaza a la salud de la población mundial; hablamos del VIH/SIDA, enfermedad para la cual aún no existe cura y sigue causando estragos entre la población.

Lo que realmente sorprende; es que, pese a los casi 23 años de que fue descubierto, el número de personas que se infecta y muere a causa del VIH/SIDA va en aumento, de tal forma que para el 2010, se calcularon un promedio de 30 millones de personas muertas a nivel mundial por causa del VIH/SIDA.(*ONUSIDA*).

La información más reciente de ONUSIDA reporta que existen aproximadamente entre 34 y 46 millones de personas que viven con SIDA en todo el mundo, calculando un promedio de 14 mil nuevos casos diarios de infección por el VIH, siendo el 50% adolescente, en su mayoría mujeres.

Aunque se ha trabajado por frenar la epidemia, ha sido insuficiente lo que se ha logrado, puesto que aproximadamente el 90% de las personas que viven con SIDA desconocieron su estado de salud sino hasta el desarrollo del síndrome.

La enfermería, al igual que otras disciplinas, como la medicina, la psicología, o la sociología, tiene un papel crucial en la prevención del contagio; ya que la investigación epidemiológica ha demostrado que una gran cantidad de enfermedades incluyendo el VIH/SIDA, están estrechamente ligadas a factores comportamentales, por lo que es crucial el ejercicio educativo del paciente sano e infectado, para la conservación de la salud, o un mejor manejo de la enfermedad.

El presente trabajo, se realizó con la intención de aportar estrategias para brindar cuidados de calidad y con un enfoque tanatológico a una paciente con VIH positivo.

Las intervenciones de enfermería realizadas en esta propuesta determinan la mejora de la autoestima, la superación en la aceptación de pérdidas significativas y duelos generados en la paciente ante la presencia de esta enfermedad, promoviendo en ella el autocuidado, disminuyendo riesgos y favoreciendo un mejor estilo de vida.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar e implementar cuidados de enfermería de calidad a través del proceso de atención de enfermería, incorporando estrategias de apoyo tanatológico específicas en la atención a una paciente con VIH, así mismo proporcionar herramientas de autocuidado para minimizar complicaciones a corto o largo plazo.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Detectar las necesidades afectadas de la usuaria, sobre todo el área emocional, a través de la Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.
2. Establecer Diagnósticos de Enfermería, realizando un juicio clínico en base a la taxonomía de la NANDA, de acuerdo a las respuestas humanas y fisiopatológicas de la usuaria.
3. Elaborar un Plan de Cuidados de calidad que responda a las necesidades afectadas, así mismo ejecutar las intervenciones de enfermería pertinentes en cada necesidad de acuerdo a un fundamento científico.
4. Realizar la evaluación de los cuidados otorgados a Juanita para la consecución de los objetivos.

## METODOLOGIA

Para la elaboración de éste trabajo se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería, como un recurso que asegura al profesional de enfermería, la sistematización e individualización del cuidado, así como su abordaje en cada una de las etapas del proceso enfermero.

### TIPO Y DISEÑO:

- Descriptivo, ya que narra la patología, actividades planeadas y ejecutadas junto con la paciente durante un tiempo establecido de trabajo, todo con un fundamento científico.
- Observacional, por que se aplicó la observación directa en Juanita así como de sus familiares durante la convivencia y la realización de actividades.
- A Mediano Plazo, pues se trabajó con la usuaria en un lapso de tiempo de Julio de 2011 a Mayo de 2012.

### MODELO DE RELACIÓN:

Es un trabajo continuo, basado en el Modelo Conceptual de las 14 Necesidades de Virginia Henderson. Así mismo se apoyó en Elizabeth Kübler-Ross y las etapas de Duelo.

### GUÍAS DE VALORACIÓN:

Se utilizaron guías de valoración de Virginia Henderson referente a las 14 Necesidades (Anexo I), y el Test de Duelo de Marco Polo Scott (Anexo II).

TÉCNICA DE TRABAJO: Comunicación, Entrevista, Escucha Activa, Introspección y Acercamiento. (Anexo III).

## APARTADO II

### MARCO TEORICO

#### ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y EVOLUCION DE LA ENFERMERÍA

A enfermería se le conoce como la más antigua de las artes y la más moderna de las profesiones. Ha sido una profesión de lucha permanente, de trabajo abnegado humanitario.

La esencia de la enfermería, es proporcionar cuidados holísticos al individuo, a la familia y a la comunidad.

Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en algunos documentos, enfermería asumió el carácter de arte doméstico, en donde la enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos.

Los antecedentes de la enfermería se remontan desde los inicios de la humanidad; primeramente en la preservación de la raza humana, en donde cuidar era un acto que tenía como finalidad permitir la continuación de la vida y el desarrollo de la persona, el grupo y la especie, de esta manera se luchaba contra la enfermedad y la muerte.

El propósito y la función de mantener la vida de los seres vivos para permitirles su reproducción y perpetuación, seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. *(Siles, J. pág. 98-102).*

La enfermería, es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo más sus funciones dentro de las ciencias de la salud.

En el siglo XVIII, los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarias sin formación en la salud, generalmente pertenecientes a distintas órdenes religiosas.

A mediados del siglo XIX, se definió a la enfermería como arte y ciencia, por el desarrollo de habilidades y destrezas, acompañado de la motivación al cuidado de las personas enfermas.

Según Florence Nightingale, el trabajo en enfermería es un proceso que incorpora elementos como el alma, la mente y la imaginación; en donde el fundamento es la interacción entre el entorno y el paciente. *(Almedia de J, Elsa pág. 12).*

La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de ésta mujer, transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Enfermería se refiere a aquellos actos de asistencia, soporte, ayuda y conservación, que facilitan a la persona o grupos el poder mejorar sus condiciones de vida o anticiparse a sus necesidades; todo ello en una relación de participación.

El desafío actual de la enfermería, es desarrollar y mantener la dimensión humana del cuidado; pues nos encontramos en una sociedad cuyos valores están centrados en la tecnología, el dinero y el mercado, donde la dignidad humana parece no tener el mismo valor. *(Prieto Parra, G, pág. 20).*



## PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA

Para que enfermería proporcione un cuidado integral del individuo, familia o comunidad, necesita un método basado en principios científicos denominado Proceso de Enfermería, siendo este, una herramienta habitual y útil para organizar los cuidados del individuo en la salud o en la enfermedad.

Definición:

El proceso de atención de enfermería, es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente; es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el personal de enfermería para proporcionar cuidados al individuo, familia y la comunidad.

Tiene las siguientes características:

- Es un método, porque tiene una secuencia de pasos que guían a la enfermera en la organización de su trabajo y solución de problemas del paciente.
- Es sistemático, porque lo conforman cinco etapas que tienen un orden lógico.
- Es humanista, porque considera al ser humano holísticamente, el cual no se puede fraccionar.
- Es intencionado, ya que se centra en el logro de objetivos y guía las acciones para resolver problemas o disminuir factores de riesgo.
- Es dinámico, porque está expuesto a cambios relacionados con la evolución del paciente.
- Es flexible, porque puede aplicarse a cualquier situación y se adapta a cualquier teoría de enfermería.
- Es interactivo, porque se necesita la relación entre humanos para lograr objetivos comunes.

## **ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO**

Sus etapas son Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación; las cuales deben ser flexibles y adaptables para su aplicación y satisfacción de las necesidades de la persona.

### **a) VALORACION**

Es la primera etapa del proceso enfermero, la cual nos permite identificar el estado actual de salud del usuario, así como respuestas humanas y fisiopatológicas. La valoración debe realizarse con un enfoque holístico e integral.

Son tres pasos a seguir en la valoración:

- 1.-Recolección de la información
- 2.- Validación de la información
- 3.- Registro de la información

### **Fase de valoración**

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

### **Modelos para la recolección de datos**

Los siguientes modelos de Enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

- Teoría de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.
- Patrones funcionales de salud de Gordon.
- Jerarquía de necesidades de Maslow.

### **Tipos de datos significativos**

Los datos significativos pueden ser objetivos o subjetivos, históricos o actuales.

### **Fuentes de datos**

- Fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

### **b) DIAGNÓSTICO**

Es la segunda etapa del proceso enfermero que se produce como resultado de la valoración de enfermería y constituye una función intelectual compleja.

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento de forma independiente (Rodríguez S, Bertha A, pág. 55).

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Los diagnósticos de enfermería sirven de base para elegir las intervenciones encaminadas a lograr los objetivos formulados en base a las necesidades del paciente.

En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Un problema potencial (riesgo) se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

En los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica; cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en la mayoría de los casos. 4.- Factores etiológicos relacionados o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

### **Tipos de diagnósticos:**

Existen cuatro tipos de Diagnósticos, que son: reales, de riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz.

### c) PLANEACIÓN

Una vez elaborados los diagnósticos de enfermería, se realiza la planeación de actividades, en la cual se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados. En ésta fase se trata de determinar lo que puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, conservación o el fomento de la salud (*Rosales B, Susana, pág. 248*).

La planeación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

Se considera como el núcleo del proceso de enfermería, ya que se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas.

#### d) EJECUCIÓN

Es poner en práctica los cuidados programados.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados (*Iyer, W, Taptich, pág. 224*).

Las actividades implicadas en la ejecución son:

- 1.- Validación
- 2.- Documentación
- 3.- Intervenciones actualizadas

#### e) EVALUACIÓN

Determina si se han conseguido los objetivos establecidos.

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución.

El proceso de evaluación es emitir un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados y tiene como finalidad asegurar cuidados de calidad verificando continuamente la pertinencia de las intervenciones, dando la oportunidad de realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio; si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar.

Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez.

## MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

### a) DATOS BIOGRÁFICOS

Virginia Henderson nació en Kansas (Missouri), durante la primera Guerra Mundial despertó su interés por la enfermería, así en 1918 ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente.

En 1955 publicó en su libro *The Nature Nursing* por primera vez su definición de enfermería:

“La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda, sin contara con la fuerza, volutando o conocimiento necesario haciéndolo de tal forma que se le ayude a ser independiente lo antes posible” (*Marriner, TA, 1999*).

### b) APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo conceptual de Virginia Henderson nos da una visión clara de los cuidados de enfermería. La aplicación del proceso de cuidados a partir de éste modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que vive en paciente

Virginia Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, fomentando, en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente; se ubica ésta teoría en la categoría de enfermería humanista como arte y ciencia.



Para Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

c) 14 NECESIDADES HUMANAS

- 1.- Oxigenación.
- 2.- Nutrición e hidratación.
- 3.- Eliminación de los productos de desecho del organismo.
- 4.- Moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Sueño y descanso.
- 6.- Usar prendas de vestir adecuadas.
- 7.- Termorregulación.
- 8.- Mantener la higiene.
- 9.- Evitar los peligros del entorno.
- 10.- Comunicarse con otras personas.
- 11.- Vivir según sus valores y creencias.
- 12.- Trabajar y realizarse.
- 13.- Participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

#### d) METAPARADIGMA

##### ENFERMERÍA.

Henderson definió la enfermería como: La función única de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que éste podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. (*Ann Marner T, Modelos y Teorías, pág. 108*).

##### SALUD.

Es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con mayor efectividad y alcanzar el nivel más alto de satisfacción en la vida.

##### ENTORNO.

Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

##### PERSONA.

Individuo que necesita ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad.

## TANATOLOGÍA

La pérdida es una parte ineludible del estar vivo. Puede no ser justo, pero es real, y el enfrentarla es necesario. En cada pérdida se experimenta dolor, angustia, tristeza, etc., y tanto el dolor como la dificultad para superarlo dependerán de la intensidad de la pérdida y la personalidad individual, así como su relación con el objeto y/o persona.

En este sentido, la pérdida más profunda, dolorosa y difícil de superar es la muerte.

### a) CONCEPTO

La Tanatología es la disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte, con un método científico que la ha convertido en un arte y una especialidad. Su objetivo principal está centrado en proporcionar calidad de vida al enfermo terminal buscando que sus últimos días transcurran de la mejor forma posible, fomentando el equilibrio de y entre los familiares. Además se ocupa de todos los duelos derivados de pérdidas significativas que no tienen que ver con la muerte ni con los enfermos moribundos.

La Tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones. Gira alrededor del enfermo terminal y se basa en las descripciones y observaciones que sobre él se realizan para ofrecer un diagnóstico y mediante éste, determinar las acciones a seguir (*Kubler, 1972*).

La Tanatología ofrece una comprensión de la muerte y sus procesos con el fin de construir mejores alternativas ante la vida.

## b) ORIGEN Y DESARROLLO DE LA TANATOLOGÍA

La muerte siempre ocurre. Es un hecho ineludible, y al tener que enfrentarse con lo cotidiano de la muerte el hombre ha tenido que aprender, a lo largo de su evolución, a plantear este tema desde otros ángulos y perspectivas.

El vocablo Tanatos deriva del griego “Thanatos”, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, quién era hija de la noche y hermana del sueño.

“Thanatos” (la muerte) es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida. *(Thomas, L. Vincent. Antropología de la muerte).*

A la muerte se le ubicaba geográficamente en una región comprendida entre dos territorios de la antigua Hélade, a la derecha el territorio de la noche (su madre) y a la izquierda el territorio del sueño (su hermano).

La muerte o “Tanatos” es una deidad capaz de sanar todos los males, pero como es la única entre todos los dioses que no acepta dádivas, nunca cura a nadie.

El término Tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina.

En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico-legal.

En la década de 1950, el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de modo que la sociedad de la época “escondió” la muerte en un afán de hacerla menos visible. Durante esa época se

hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante.

Sin embargo, a mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra *El Psiquiatra y el paciente moribundo*), y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*) dieron a la Tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross se dio cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, por lo que define a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”; por ello, es considerada la fundadora de esta nueva ciencia.

Con su labor, la Dra. Kübler hace sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin creó clínicas y hospicios cuyo lema es “ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”. (E. Kübler-Ross, pág. 115).

La nueva Tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la “cultura de la muerte”, mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad. (Polo Scott, pág. 206).

*-“La muerte es sólo un paso más hacia la forma de vida en otra frecuencia y el instante de la muerte es una experiencia única, bella, liberadora, que se vive sin temor y sin angustia”.-*

*Elizabeth Kübler Ross*

### c) EN QUE ME PUEDE AYUDAR UN TANATÓLOGO?

El Tanatólogo, es el profesional capacitado para ayudar en el proceso de duelo, así como en cualquier tipo de pérdidas significativas, a la persona que muere y a aquellas que lo rodean.

Otra la finalidad del Tanatólogo es procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento.

El Tanatólogo debe de tener la capacidad para “ponerse en los zapatos del otro”, con respeto, confidencialidad, cordialidad, en pocas palabras con calidad humana para poder ofrecer al paciente el apoyo que él busca.

El Tanatólogo entiende, conoce el tema de la muerte y ayuda brindando apoyo durante todo el proceso de muerte, en la elaboración del duelo y así lograr vivirlo de una manera positiva.

*Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro. Elizabeth Kübler- Ross*

### d) CAMPOS DE APLICACIÓN DE LA TANATOLOGÍA

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, señalando que se deben evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida como su acortamiento deliberado. Es decir, deben de propiciar una "Muerte Adecuada" misma que se puede definir como aquella en la que hay:

- Ausencia de sufrimiento
- Persistencia de las relaciones significativas del enfermo

- Intervalo permisible y aceptable para el dolor
- Alivio de los conflictos
- Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo
- Creencia del enfermo en la oportunidad
- Consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes y de los Instintivos del enfermo.
- Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre el paciente.

Todo lo anterior, será dentro del marco del ideal y del ego del paciente. De esta manera se entiende que el deber de la Tanatología como rama de la medicina consiste, en facilitar toda la gama de cuidados paliativos terminales y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el duelo producido por la muerte.

## EL PROCESO DE MORIR Y EL DUELO

### a) LA MUERTE Y SU DIMENSIÓN EN LA VIDA

La muerte, es decir, la cesación de las funciones biológicas es una realidad incuestionable. Todos, tarde o temprano moriremos. La muerte nos confronta con nuestra finitud y limitada existencia.

La muerte no es propia de los seres humanos, afecta a todos los que tienen una dimensión temporal: las flores se marchitan, las especies se extinguen, los sistemas políticos y económicos entran en decadencia, los objetos se desgastan, el día termina, las horas se acaban.

La Muerte es por principio, el fin último de la vida. No es ni buena ni mala, se sujeta a órdenes superiores y está por encima de nuestro propio orden de las cosas.

Pero, mientras la muerte es un hecho biológico, que ocurrirá en su momento en todos nosotros, el morir es una experiencia humana que tenemos que vivir, con ello, el duelo es un fenómeno psíquico y emocional que permitamos o no, se hace posible en la medida en que se presenta la adaptación psicológica a la pérdida.

La muerte tiene varios niveles o clasificaciones tales como:

- Muerte Parcial. Que hace referencia a las pérdidas que vivimos día a día propias de un proceso de crecimiento físico, asociadas al proceso de maduración, o relacionadas con los procesos psicosociales (la jubilación, el desempleo, la migración, etc.).
- Muerte Biológica. Hace referencia a la transformación de la persona en cadáver.
- Muerte Psíquica o la “Locura”, es la pérdida de la conciencia de nuestros actos, del control consciente de nuestra existencia.



□ Muerte Social. Parece ser solamente una “ausencia prolongada”, donde referencialmente dejamos de estar para los otros. Ejemplo de esto es el encarcelamiento, asilamiento o aislamiento, etc.

□ Muerte Espiritual. Cuando el ser humano pierde la fe y la esperanza.

En este sentido, estar muerto es estar excluido del mundo de los vivos, como el pecador de la gracia y reino de los cielos, o el “loco” del mundo de los “cuerdos”... y así el minusválido, el anciano, el homosexual, etc.

La Madre Teresa de Calcuta en relación a la Muerte afirma: “La muerte no es el fin, es sólo un comienzo. La muerte es la continuación de la vida.... En la muerte sólo entregamos el cuerpo, pues el corazón y el alma vivirán para siempre” (*Vincent Thomas, L., 1994, pág. 148*).

#### b) EL PROCESO DE MORIR

El morir, es el proceso de deterioro que sufre el organismo desde su condición terminal (diagnosticada o no) hasta la muerte. Dicho proceso, como todo en el ser humano, no puede ocurrir aislado, es decir el proceso del morir es un proceso biológico, psicológico, social y espiritual.

En este sentido, cada paciente puede percibir de muchas formas que su fin está cerca, es decir, en ocasiones el paciente conoce la realidad de su situación a través de la honesta y veraz información que el médico le proporciona, pero en otros momentos son los hechos los que le hacen suponer al paciente, y hasta afirmar con certeza, que la muerte está cerca. Mucho se ha hablado de sobre si debemos decirle al paciente la verdad de su condición, pero poco hablamos de lo que el paciente nos tiene que decir con su enojo, con su silencio, con su angustia, o simplemente con palabras.

El paciente de acuerdo a la calidad de comunicación que tiene con las personas que lo rodean, elige hablar parcial o totalmente su verdad interna; en ocasiones

aunque la realidad sea evidente, es el usuario quien no puede escucharla, ya que ésta rebasa su capacidad interna de asimilación, y es ahí cuando aparecen los mecanismos de defensa (duelo).

Independientemente de lo preparado que el paciente este para escuchar, en la mayoría de los casos se encuentra rodeado de un muro de incompreensión, incomunicación, temor, distancia física y emocional. Un muro que lo aísla del mundo que lo rodea y del que él tanto necesita.

### c) EL DUELO Y EL SER HUMANO

La palabra “duelo” viene del latín *dolus* (dolor) y “luto” viene del latín *lugere* (llorar); es decir, el luto es la aflicción por la pérdida de un ser querido que se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

La reacción adaptativa a la pérdida de una persona amada es un largo periodo de pena y dolor.

Está comprobado, que la mayoría de las personas fracasan de algún modo en el proceso de despedirse o concluir una relación, a esto se le puede llamar “agarrarse”; cuya reacción, tiene por objeto inhibir las emociones suscitadas por la pérdida y mantener presente a la persona en la fantasía. (*S. Tobin, 1975, pág. 121*).

Se cree que el origen de la reacción de duelo, la constituye la presencia de asuntos inconclusos entre las dos personas, entendiéndolos como una emoción vivenciada durante la relación, pero que por diversos motivos no fue expresada o llevada a término.

Al despedirse y elaborar el duelo, se pasa por el sufrimiento de soltar los amarres y aceptar que la relación ha terminado, y que el lazo emocional que existió en la relación está terminado o, bien, está a punto de terminar.

Existen distintos **tipos de duelo** que algunos autores han mencionado en sus estudios, abordaremos las clasificaciones generales para permitir tener una visión más amplia de sus características:

#### Duelo Sano.

Es el más común después de la pérdida. Presenta manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales que en la vida cotidiana se consideran anormales, no así en el contexto de una pérdida. Se manifiestan emociones como tristeza, enojo y miedo, opresión del pecho y malestares corporales propios del duelo, ideas recurrentes acerca de la persona muerta y trastornos del sueño y la alimentación entre otros.

#### Duelo Anticipado.

Este término, hace referencia a ese duelo que de forma parcial o total, da inicio desde antes de la pérdida y prepara al individuo para el momento inevitable. Y con prepararlo no quiere decir que el sujeto ya no sufra porque ya sufrió, sino que tenga más recursos internos para manejar la pérdida. Esto es, que el dolor no inunde al “yo” y sobrecargue la capacidad adaptativa del individuo ante la pérdida; es decir, permite que el sujeto se prepare, no tomándolo así por sorpresa. El duelo anticipatorio está vinculado tanto con el paciente como con el familiar.

- Duelos atípicos.

Existen tres diferentes tipos de duelo atípicos:

El Duelo Retardado. Se manifiesta en aquellas personas que aparentemente tienen bajo control sus sentimientos, y lo único que hacen es retener el cauce normal de este; en algunas personas se inicia el proceso y resolución del duelo de manera no consciente; en otras, la persona se mantiene en un estado maniaco para evitar caer en la dolorosa depresión.

El Duelo Crónico. Este tipo de duelo dura más de los seis meses a 18 meses esperados. El sobreviviente se queda vinculado al ese ser querido, mostrándose incapaz de vincularse con el medio circundante.

El Duelo patológico. Es el resultado de una psicopatología previa que generaba pobres condiciones yóicas, y en donde la pérdida del ser amado, sólo agudizó el cuadro.

#### d) TAREAS DEL DUELO

- 1.- Aceptar la realidad de la pérdida
- 2.- Experimentar dolor y trascender a él encontrándole un sentido.
- 3.- Adaptarse al medio ambiente circundante.
- 4.- Integrar lo mejor del otro, enriquecerse del otro.
- 5.- Volverse a vincular socialmente.
- 6.- Hacer planes de vida.

## ELISABETH KÜBLER-ROSS Y EL DUELO

Elisabeth Kübler-Ross, considerada como la iniciadora del estudio de la Tanatología, con un enfoque humanista pero sin desligarse por completo de la teoría psicoanalista, señala que el proceso de dolor siempre va acompañado de un sentimiento de ira difícil de aceptar, porque aunque es parte del proceso, es rechazado por la sociedad. Por lo tanto, las personas optan por suprimir este sentimiento y por lo general terminan manifestándolo de otra manera, complicando el duelo; la actitud hacia la muerte más predominante es la del rechazo.

Con respecto al paciente terminal, la Dra. Kübler-Ross en 1994, describió las diferentes fases por las que pasa este paciente creando el denominado Modelo Escalonado de Kübler Ross, el cual consiste en lo siguiente:

### a) NEGACIÓN

La negación de una verdad desconcertante tiene una importante función protectora, es una defensa provisional que más tarde es sustituida por una aceptación parcial. Esta etapa, es especialmente fuerte cuando la gravedad del padecimiento se realiza de manera directa y con escasa sensibilidad o simpatía. La primera reacción del paciente, puede ser un estado de conmoción temporal del que se recuperará gradualmente. Cuando la sensación empieza a desaparecer y consigue recuperarse, su respuesta habitual es: “no, no puedo ser yo”. Es casi imposible reconocer que tenemos que afrontar la muerte. (*E. Kubler-Ross, Sobre la muerte y los moribundos, pág.60*).

### b) IRA

El paciente llega al conocimiento de que es a él a quien le toca morir y a nadie más. Se llena de sentimientos de irritación, envidia, amargura y siempre se pregunta ¿Por qué yo? (*Ibídem, pág. 63*).

La ira se proyecta contra todo y contra todos; con uno mismo, con Dios y con todo en general.

En contraste con la fase de negación, esta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal, debiéndose a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

#### c) PACTO O NEGOCIACIÓN

Son periodos de tiempo muy breves. Kübler-Ross señala, “El pacto es un intento por posponer los hechos; incluye un premio- a la buena conducta-, además fija un plazo de vencimiento impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede éste aplazamiento” (*Kubler-Ross, 1975*).

Éste pacto, generalmente se hace con Dios y las promesas se guardan en secreto; en el caso de que el pacto se cumpla, por lo regular, el paciente pedirá otro y así sucesivamente, hasta que ya no haya posibilidad por el marcado deterioro del enfermo; también se pueden presentar pseudosentimientos como el de abandono o soledad.

#### d) DEPRESIÓN

El paciente reconoce que ya no puede seguir negando su enfermedad, ni puede dilatar la llegada de la muerte. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia, serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida, (*Ibídem, pág.73*).

Es una especie de luto anticipado, del que brota una buena disposición para asumir la propia muerte y morir sereno. Los profesionales pueden ayudarlo, brindando un marco adecuado para que el enfermo resuelva problemas personales pendientes, por ejemplo las reconciliaciones.

#### e) ACEPTACIÓN

No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Casi siempre está desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del “descanso final antes del largo viaje”. Muchas personas se retraen lentamente del mundo que los rodea y aumenta su necesidad de descanso. A menudo muestran una singular expresión de serenidad y paz llena de dignidad humana.

Si un paciente tuvo tiempo suficiente y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la aceptación de su muerte, ya no le deprimirá ni tampoco lo enojará.

“En estos momentos la familia es la que necesita más ayuda: el moribundo ha encontrado ya cierta paz y su capacidad de interesarse por las cosas o las gentes está disminuida” (A. Reyes, *pág. 82*).

Kübler-Ross señala: “hay pacientes que luchan hasta el final, éstos no podrán llegar a la aceptación con paz y dignidad”.

## VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

### VIH

#### a) DEFINICIÓN Y GENERALIDADES.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, más referido por su acrónimo SIDA, es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. Así, el SIDA es una etapa avanzada de la infección por el VIH, por eso lo correcto es hablar de la infección VIH-SIDA sabiendo que es un proceso.

Este fenómeno se debe a un virus (VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana) que es capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse, dicho virus ataca el sistema de inmunodeficiencia y provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (*Sepúlveda, 1989*).

Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de sida. Una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4, células que ataca el virus, desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre.

A decir verdad, no se sabe exactamente cuál es el origen geográfico del virus ni en qué momento se convirtió en agente patógeno para el hombre.

Debido a las características de las primeras personas con VIH, mucha de la literatura consultada atribuye a África el origen del virus, sin embargo, actualmente existe el consenso de que la enfermedad puede ser tan nueva en África como en muchos otros países (*Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA [ONUSIDA], 2002*).



Dentro de las principales formas de contagio se encuentran las conductas sexuales, ocupando el primer lugar con un 89.7% de los casos; en segundo lugar, la transmisión del virus por contacto directo con sangre infectada -8%-(ya sea por transfusión sanguínea, en hemofílicos, donadores, en usuarios de drogas intravenosas o por exposición ocupacional); y en tercer lugar por vía perinatal - 1.8%-, es decir, el contagio de la madre al hijo, ya sea durante la gestación, el parto o el amamantamiento (*Fan, Conner y Villareal, 2000; HIV/AIDS Information Center, 1999*).

El tiempo que demora el diagnóstico de SIDA desde la infección inicial del virus VIH es variable. Algunos pacientes desarrollan algún síntoma de inmunosupresión muy pocos meses después de haber sido infectados, mientras que otros se mantienen asintomáticos hasta 20 años.

La razón por la que algunos pacientes no desarrollan la enfermedad, y porque hay tanta variabilidad interpersonal en el avance de la enfermedad, todavía es objeto de estudio. El tiempo promedio entre la infección inicial y el desarrollo del SIDA varía entre ocho a diez años en ausencia de tratamiento.

Aunque actualmente existen medicamentos capaces de detener la replicación viral, el VIH/SIDA es mortal; sin embargo, los nuevos medicamentos pueden convertir al SIDA de una enfermedad mortal en una enfermedad crónica (*Orzechowzki, 2002*).

Lo mismo que las más antiguas enfermedades, el VIH/SIDA se muestra como un problema global que va acompañado de una serie de prejuicios y actitudes sociales de estigmatización del enfermo, que no reconoce fronteras, estatus social, económico, edad, género, etcétera.

El Día Mundial de la Lucha contra el Sida se celebra el 1 de diciembre.

## b) HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DEL VIH

### **Infección.**

Es el momento de contacto con sangre o fluidos cervicales o vaginales infectados. El VIH entra a la corriente sanguínea e infecta las células T (o células CD4), que son parte del sistema inmunológico. Las personas son consideradas como portadoras del virus inmediatamente después de su infección, asimismo, éstas pueden transmitirles el virus a otras personas, independientemente del tiempo que hayan tenido el virus. Se da durante los primeros 5 días (*Fundación Anti-SIDA de San Francisco, 2002c, 2002d*).

### **Infección Aguda/ Seroconversión.**

Es el momento comprendido después de que se da la infección total y hasta que el cuerpo comienza a producir los anticuerpos contra el virus (seroconversión) comenzando a tener síntomas parecidos a los de la gripa, estos síntomas, duran algunos días y pueden incluir fiebre, dolor de cuerpo y escalofríos, sudoración nocturna y salpullidos o erupciones de la piel. Es el periodo comprendido después de la infección y durante las próximas 8 a 12 semanas.

La mayor parte de las personas infectadas se ven saludables por muchos años aunque tengan el virus en sus cuerpos. La única forma de averiguar si una persona tiene el VIH es tomar una prueba de anticuerpos.

### **Deterioro del Sistema Inmunológico/Asintomática.**

Etapa después de la seroconversión hasta que aparecen los primeros síntomas y signos de la inmunodeficiencia, su tiempo promedio en México es de 7 a 10 años.

En la mayoría de los casos en que no hay una intervención con un tratamiento, el virus parece dañar lentamente al sistema inmunológico durante años después de la infección (tal vez porque el cuerpo es capaz de combatirlo durante este tiempo). Más adelante, suele ocurrir un rápido deterioro del sistema inmunológico y el virus se reproduce más activamente.

Hasta este periodo se considera seropositivo al individuo que no ha presentado sintomatología alguna pero que posee el VIH. Durante esta etapa se presenta inflamación de los ganglios linfáticos, como un

signo evidente de que se encuentran trabajando para contrarrestar la infección por el VIH; es posible que aquí se presenten las primeras manifestaciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, diaforesis, pérdida de peso, fatiga, etc. Usualmente, los síntomas aparecen cuando el virus ha causado daño considerable al sistema inmunológico.

## **SIDA**

El término SIDA se utiliza para aquellas personas que presentan al menos uno de los procesos clínicos definidos que ponen en peligro la vida y que están vinculados con la inmunodepresión provocada por el VIH.

Esta es la última etapa de la infección por el VIH, se relaciona con la presencia de síntomas más graves y enfermedades sistémicas como el síndrome de desgaste y una serie de infecciones oportunistas, es decir, aquellas producidas por agentes que no producen enfermedades en personas con un sistema inmunológico normal, pero aprovechan la "oportunidad" de manifestarse en las personas afectadas por el VIH.

### c) MEDIDAS PREVENTIVAS DEL VIH

La única causa de la transmisión es el intercambio de fluidos corporales, en particular la sangre y las secreciones genitales. El virus VIH no se puede transmitir por otro medio físico.

#### ▪ **Penetración**

La infección por VIH en su mayoría se debe a las relaciones sexuales desprotegidas. El uso de condones de látex se recomienda para todo tipo de actividad sexual que incluya penetración. Los condones tienen una tasa estimada del 90-95% de efectividad para evitar el embarazo o el contagio de enfermedades, y usado correctamente es el mejor medio de protección contra la transmisión del

VIH. Se ha demostrado repetidamente que el VIH no pasa efectivamente a través de los condones de látex intactos.

El sexo anal, debido a la delicadeza de los tejidos del ano y la facilidad con la que se llagan, se considera la actividad sexual de más riesgo.

- **Sexo oral**

En términos de transmisión del VIH, se considera que el sexo oral tiene menos riesgos que el vaginal o el anal. Sin embargo, la relativa falta de investigación definitiva sobre el tema, sumada a información pública de dudosa veracidad e influencias culturales, han llevado a que muchos creen, de manera incorrecta, que el sexo oral es seguro. Aunque el factor real de transmisión oral del VIH no se conoce aún con precisión, hay casos documentados de transmisión a través de sexo oral por inserción y por recepción (en hombres).

- **Vía parenteral**

Se sabe que el VIH se transmite cuando se comparten agujas entre usuarios de drogas inyectables, y éste es uno de las maneras más comunes de transmisión. Los centros y profesionales del cuidado de la salud y de las adicciones disponen de información sobre la limpieza de agujas con lejía.

El personal del área de la salud puede prevenir la extensión del VIH desde pacientes a trabajadores y de paciente a paciente, siguiendo normas universales de asepsia o aislamiento contra sustancias corporales, tales como el uso de guantes de látex cuando se aplican inyecciones o se manejan desechos o fluidos corporales, así mismo practicando el lavado de manos frecuentemente.

Una apropiada profilaxis post exposición (con medicamentos anti-VIH) logra contrarrestar ese pequeño riesgo, reduciendo al mínimo la probabilidad de seroconversión.

- **Resistencia natural**

Investigaciones recientes confirmaron que existen personas más inmunes al Virus, debido a una mutación en el genoma llamada "CCR5-delta 32". La teoría dice que los organismos con ese gen impiden que el virus ingrese en el glóbulo blanco. El VIH se desarrolla en estas personas de manera más lenta, y han sido bautizados como "no progresores a largo plazo".

- **Saliva**

Después de la sangre, la saliva fue el segundo fluido del cuerpo donde el VIH se aisló. El origen del VIH salivar son los linfocitos infectados de las encías. Estas células emigran dentro de la saliva en una tasa de un millón por minuto. Esta migración puede aumentar hasta 10 veces en enfermedades de la mucosa oral, las cuales son frecuentes en un huésped inmunodeficiente. (*A. Lisec, 1994, págs.270-271.*)

- **Monogamia**

En el África subsahariana, y otros países subdesarrollados, se ha mostrado eficaz en la lucha contra el sida el fomento de la monogamia y el retraso de la actividad sexual entre los jóvenes. (*Edward C. Green 2003, pág. 192.*)

Edward Green, director del Aids Prevention Research Project de Harvard, asegura que "El preservativo no detiene el sida. Sólo un comportamiento sexual responsable puede hacer frente a la pandemia" (*Ibidem, pág. 189.*)

### APARTADO III

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA TANATOLÓGICO APLICADO A UNA USUARIA CON ALTERACION EN LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN-RELACIONES

### DATOS GENERALES

La señora Juanita tiene 32 años de edad, pesa 68 kilos y tiene una talla de 1.62 metros. Nació el 31 de marzo de 1980 en la ciudad de Zamora, Michoacán. Es viuda desde hace 2 años, y madre de tres hijas, la información recabada es de una fuente directa, por lo que tiene una máxima fiabilidad.

Juanita, es portadora del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Fue infectada por contacto sexual, generado por su esposo (+) por lo que no sabe con certeza cuanto tiempo ha transcurrido desde el contagio hasta la actualidad.

Es la tercera de 5 hermanos, se desarrollaron y crecieron en un ambiente de pobreza y recursos limitados, pero en una familia aparentemente funcional. La relación con su familia cambio a raíz de su matrimonio.

Refiere no padecer enfermedades de gran importancia durante su niñez.

A los 18 años de edad, decide casarse sin el consentimiento de sus padres. Al formar su familia todo se desarrollaba normalmente, refiriendo no tener problemas trascendentes al principio de su relación.

Diez años más tarde, el incremento en el consumo de alcohol y el uso de drogas por parte de su esposo, ocasionó múltiples problemas maritales en la pareja, motivo suficiente para decidir separarse y romper con su relación.

Dos años después, es informada del accidente que lleva a la muerte a su marido en un medio privado, siendo ahí donde es identificado como portador del virus del VIH; motivo por el que a Juanita y a sus tres hijas se le realizan pruebas de detección y diagnóstico, en repetidas ocasiones, como contactos del caso; refiriendo ser positiva la prueba de ELISA y confirmatoria la prueba de Western Blook.

La paciente, fue canalizada a una institución de salud donde le han brindado atención médica, así como educación personal y familiar sobre medidas de autocuidado, de acuerdo a sus citas a las que con periodicidad se presenta.

## VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

### Valoración

#### 1. Oxigenación.

Buena ventilación pulmonar, sin ruidos agregados ni disociación en los movimientos toraco-abdominales, consiente y buen retorno venoso teniendo un llenado capilar 2-3 por segundo, niega tabaquismo.

Signos vitales: TA 110/70 mm/Hg, FC 90x', FR 20x' y T°36.3° C

#### 2. Nutrición e hidratación.

Realiza tres comidas al día en mala calidad y cantidad ya que refiere pérdida del apetito, consume de 5 a 6 vasos de agua diariamente. Mucosas íntegras e hidratadas, así como buen funcionamiento neuromuscular y esquelético. Cuenta con todas las piezas dentarias y en buen estado.

### 3. Eliminación.

Evacúa de 1 a 2 veces al día en cantidad y consistencia normal y de 4 a 5 micciones diariamente de sin alteraciones y en buena cantidad. Abdomen blando depresible con ruidos intestinales y peristalsis presentes.

### 4. Termorregulación.

Normotérmica con 36.3° de temperatura corporal, así como buena coloración de piel y tegumentos. Niega interferir el clima con su estado de ánimo. Su entorno ambiental de desarrollo le resulta adaptable.

### 5. Moverse y mantener una buena postura.

Juanita, en relación a su edad cuenta con una buena capacidad física y musculoesquelética, negando que se le dificulte realizar actividades cotidianas, ya que solamente es portadora asintomática del virus, sin haber desarrollado características que conformen el síndrome. Entre sus actividades en tiempo libre, gusta de salir a pasear o ver películas con sus pequeñas. Manifiesta querer aprovechar todo el tiempo que pueda con su familia.

### 6. Descanso y sueño.

No cuenta con un horario establecido para dormir, refiriendo que le cuesta mucho conciliar el sueño debido a la situación de salud en la que se encuentra y el temor que ésta le produce; por lo que existen días en los que logra dormir 4-5 horas y su descanso no es efectivo, manifestándose por la aparición de ojeras y cansancio. Mentalmente se muestra inestable, con ansiedad, denota demasiado estrés, de igual manera refiere sentimientos encontrados: rabia, tristeza y confusión emocional.



#### 7. Uso de prendas adecuadas para vestir.

Por el hecho de las actividades que desempeña, la mayor parte del tiempo usa ropa cómoda y seminueva para trabajar, pero refiere vestir de una manera sencilla y sin llamar la atención, pues manifiesta no tener ánimo de dedicarse a su arreglo personal. Juanita es independiente y autónoma en la elección y vestido de su ropa.

#### 8. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Realiza baño diario de preferencia por las noches, llevando a cabo un aseo bucal dos veces al día, por lo que su aspecto en general es limpio. Realiza lavado de manos para todas las actividades relacionadas con la alimentación, así como después de ir al baño, refiere que es una de las principales actividades que le fomentaron como prevención de infecciones. No presenta lesiones dérmicas ni halitosis y tiene buena implantación capilar.

#### 9. Necesidad de evitar peligros.

Juanita es viuda desde hace 2 años y ahora su familia está conformada por ella y sus tres hijas de 12, 10 y 8 años. Menciona ser más precavida y tomar medidas de autocuidado fomentadas por el personal de salud, en relación a los accidentes en el hogar y la prevención de infecciones. Niega malformaciones congénitas o discapacidades y el ambiente del entorno es adaptable.

#### 10. Necesidad de comunicarse

Juanita vivió con su marido 10 años de relación, actualmente vive con sus tres hijas. La usuaria refiere que su mayor preocupación es el futuro de sus hijas. Se encuentra alejada de su madre y hermanos ya que reprochan su enfermedad. En cuanto a su convivencia social, evita puntualizar aspectos personales, pero habla

con la verdad cuando se le cuestiona. Siente vergüenza y miedo al rechazo de las personas. Objetivamente, no muestra dificultad en la visión, expresión y audición.

#### 11. Necesidad de vivir según sus creencias.

Su familia es católica y manifiesta que su religión no interfiere en su forma de vivir, sin embargo, menciona haberse despegado de profesar la fe en Dios ya que describe su enfermedad como algo injusto para ella, pues siempre llevo una vida con buenos principios. (Fue algo difícil que permitiera el contacto físico pero se logró por medio de la confianza).

#### 12. Necesidad de trabajar y realizarse.

Desde hace 6 años trabaja como afanadora, realizando el aseo en una oficina de lunes a viernes en horario de medio tiempo. Al mismo tiempo alterna por las tardes el aseo de una casa particular 2 días por semana (martes y viernes). Juanita refiere sentir satisfacción por su trabajo, y aunque su salario es el mínimo, es suficiente para los gastos básicos; pues recibe una pensión por la muerte de su esposo. Muestra temor de que su enfermedad a futuro genere más gastos que no pueda llegar a cubrir.

#### 13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Anteriormente participaba en deportes colectivos, ahora solo se divierte con sus hijas en actividades que favorezcan su convivencia, como asistir a parques o ir al cine; pues teme experimentar el rechazo de las personas. Su estado de ánimo es cambiante, algunas veces ansioso, temeroso e irritable. Su sistema neuromuscular se encuentra íntegro y se presta para colaborar con las actividades propuestas en la secuencia del proceso.

#### 14. Necesidad de aprendizaje.

El nivel de escolaridad de Juanita es secundaria incompleta, debido a la insolvencia económica familiar, refiriendo haber aprendido a desarrollar habilidades prácticas de oficina por su iniciativa en antiguos trabajos. Ahora se preocupa por que sus hijas logren un mejor nivel de educación para su futuro. Se interesa en aprender a cuidar de su salud acudiendo a sus citas de control. Con buena retención de su aprendizaje y mostrando memoria presente y remota.

## Jerarquización de las necesidades afectadas

NECESIDAD	DATOS SIGNIFICATIVOS	GRADO DE DEPENDENCIA
<b>Descanso y sueño</b>	<p>Duerme aprox. De 4-5 horas sin contar con un horario establecido.</p> <p>Refiere dificultad para conciliar el sueño por lo que su descanso no es efectivo.</p> <p>Se puede percibir ansiedad y ojeras que marcan el cansancio.</p> <p>Muestra ansiedad, estrés y confusión emocional.</p>	DEPENDIENTE
<b>Nutrición e hidratación</b>	<p>Realiza tres comidas al día en deficiente calidad y cantidad, refiriendo pérdida del apetito.</p> <p>Toma de 5-6 vasos de agua diariamente.</p>	PARCIALMENTE DEPENDIENTE
<b>Necesidad de comunicarse</b>	<p>Presenta preocupación por el futuro de sus hijas.</p> <p>Se encuentra alejada de su madre y hermanos. Evita puntualizar aspectos personales pues siente vergüenza y miedo al rechazo.</p>	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE
<b>Necesidad de vivir según creencias y valores</b>	<p>Es católica no practicante. Despegada de su fe ya que manifiesta su enfermedad como algo injusto. Permitió el contacto físico por medio de la confianza después de mucho trabajo.</p>	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE
<b>Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas</b>	<p>Actualmente solo convive con sus hijas por el temor al rechazo. Su estado de ánimo es cambiante, algunas veces ansioso, temeroso e irritable.</p>	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE

<b>Necesidad de aprendizaje</b>	Con secundaria incompleta. Se interesa en aprender a cuidar de su salud acudiendo a sus citas.	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE
<b>Necesidad de evitar peligros</b>	Refiere tomar medidas fomentadas por personal de salud en relación con la prevención de infecciones.	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE
<b>Necesidad de trabajar y realizarse</b>	Muestra temor de que su enfermedad a futuro genere más gastos que no pueda llegar a cubrir.	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE
<b>Uso de prendas de vestir adecuadas</b>	Juanita viste de una manera sencilla, refiriéndose sin ánimo para dedicarle tiempo a su arreglo personal. (No así antes del dx.)	PARCIALMENTE INDEPENDIENTE

## Diagnósticos enfermeros, planeación y ejecución de las actividades

Diagnóstico:

Insomnio RC ansiedad, depresión, temor y duelo MP expresión verbal de dificultad para conciliar el sueño y sueño no reparador.

#00095. Dom. 4, clase 1. Pág. 116, 2009-2011.

Objetivo:

Mejorar el rendimiento físico de Juanita, al aumentar su descanso y sueño, por medio de las orientaciones de enfermería.

Planeación	Ejecución	Fundamentación
Manejo ambiental de confort que facilite la meditación y relajación muscular como medida para conciliar el sueño.	<p>*se acondiciona un cuarto alejado de ruidos exteriores, con luz intermedia y una almohada cómoda que favorezcan el descanso y sueño.</p> <p>*se recomienda musicoterapia o el suave ruido de un ventilador para disminuir el estrés.</p> <p>*se fomenta la meditación así como la introspección y el encuentro con el yo interno.</p>	<p>Un ambiente terapéutico incrementa las condiciones de tranquilidad y seguridad. (Fundamentos de enfermería. Rosales B. Susana, pág. 507).</p> <p>La meditación produce resultados satisfactorios en el tratamiento del dolor, insomnio y depresión. (Fundamentos de enfermería. A. Potter-Perry, pág. 603).</p>

Diagnóstico:

Trastorno de la identidad personal RC cambios en el rol social MP baja autoestima.

# 00121. Dom. 6, clase 1. Pág. 184, 2009-2011.

Objetivo:

Aumentar la autoestima de Juanita para que se reincorpore a sus actividades cotidianas.

Planeación	Ejecución	Fundamentación
Potenciación de la autoestima.  Aumentar los sistemas de apoyo en relación a su familia por medio con el apoyo del personal de salud.	*se brinda confianza para que Juanita exprese sus sentimientos y preocupaciones.  *se sensibiliza e informa a los familiares y personas cercanas a la paciente, sobre las características generales y curso de la enfermedad.  *se fomenta mayor interacción entre la usuaria y familiares eliminando barreras y prejuicios.	Establecer confianza significa conectar con el cliente y mostrar interés por él. Esto constituye una técnica eficaz que facilita el inicio de la conversación. (Benner,1989).  La información a familiares sobre el pronóstico tiende a disminuir interpretaciones erróneas y evitan generación de temores. (Fundamentos. Rosales B. Susana, pág.507).

Diagnóstico:

Desesperanza RC pérdida de la fe en un poder espiritual y valores. MP disminución del apetito y trastornos del patrón del sueño.

# 00124. Dom. 6, clase 1. Pág. 182, 2009-2011.

Objetivo:

Lograr que Juanita encuentre la motivación suficiente para hacer frente a su padecimiento con esperanza en las expectativas.

Planeación	Ejecución	Fundamentación
Ofrecer apoyo espiritual a la paciente.	*se propicia contacto personal directo enfermera-paciente para aumentar su seguridad.  *se realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo: ¡sí se puede!, ¡adelante!....	La espiritualidad se identifica frecuentemente como el elemento clave de la esperanza. (Miller y Powers, 1988).
Infusión de esperanza hacia la paciente.	*motivar la comunicación para la aceptación de la realidad en cuanto a la patología (familia).  *se conforta en momentos difíciles y desalentadores.  *se anima a la usuaria al acercamiento hacia Dios y recuperar su fe.	La realidad relativa al curso de la enfermedad ayudará a infundir esperanza en el paciente. (Hall 1998).



Diagnóstico:

Afrontamiento ineficaz RC crisis situacionales e incertidumbre MP incapacidad para el afrontamiento.

#00069. Dom. 9, clase 2. Pág. 249, 2009-2011.

Objetivo:

Reforzar los mecanismos físicos y psicológicos para que Juanita aumente el afrontamiento en el duelo y las pérdidas.

Planeación	Ejecución	Fundamentación
Fomentar en la paciente, la aceptación de su enfermedad para que alcance un mejor nivel de vida tomando conciencia de sus necesidades y posibilidades.	*se trabaja en equipo con la paciente sobre sus necesidades físicas y emocionales.  *se mantiene comunicación constante sobre las expectativas de vida que Juanita percibe de sí misma y la aceptación de su enfermedad.	Las personas afectadas de VIH aprenden a vivir y experimentar la vida en un contexto creado por la propia enfermedad y que mediante la educación logran superar los juicios y etiquetas.  (Hall BA. ResNurs Health 1998).
Aumentar el nivel de confianza de la paciente para establecer una interrelación social.	*se propicia el contacto, tanto de enfermería como de los familiares para favorecer apoyo emocional.  *se documenta a Juanita por medio de la lectura para que pueda identificar los factores de riesgo del padecimiento viviendo con éste.	Adaptarse al medio ambiente circundante y volverse a vincular socialmente son dos de las tareas para superar el duelo.  (Kübler Ross, 1975).

Diagnóstico:

Duelo RC muerte de una persona significativa y anticipación de su propia muerte  
MP dolor y sufrimiento.

# 00136. Dom. 9, clase 2. Pág. 264, 2009- 2011.

Objetivo:

Juanita identificará el proceso de duelo y explorará sus esquemas de respuesta habituales a los miedos para llegar a la aceptación y el cierre de ciclos inconclusos.

Planeación	Ejecución	Fundamentación
Dar a conocer a Juanita qué es el proceso de duelo y en qué etapa de su desarrollo se ubica, de acuerdo a los estadios de Kübler-Ross.	*se establece una actitud positiva, creando una atmósfera de intercambio.  *por medio de la comunicación y documentación se informa a Juanita acerca del significado del duelo.	El duelo es una respuesta emotiva y conductual que experimentan todas las personas frente a una pérdida. (Fundamentos de enfermería. A. Potter-Perry, pág. 626).
Realizar actividades que faciliten la superación del duelo por medio del apoyo emocional.	*se estimula a la paciente a darse permiso de experimentar y manifestar su dolor.  *se incita a Juanita a expresar sus sentimientos y resentimientos para poder alcanzar una resolución del duelo.	Para entender los procesos de duelo y como afectan a las personas es importante saber cómo están constituidos, solo de este modo se comprenderán los efectos y consecuencias que producen. (Polo Scott Marco A., Duelos en la familia, Pág., 69).

<p>Explorar las posibilidades de perdón por medio de la liberación de sentimientos y propósitos de enmienda.</p> <p>Se estimula a la reconciliación con ella misma, con los otros y con los superiores.</p>	<p>*se brinda apoyo emocional por medio de la presencia y el contacto de sus familiares y seres queridos.</p> <p>*se incluyen los familiares del paciente en la experiencia del proceso de duelo así como en la toma de decisiones de la paciente.</p> <p>*se impulsa a Juanita a facilitar el perdón a sí misma y hacia los demás.</p> <p>*se recomienda comunicarse interiormente el perdón, así como exteriorizarlo a Dios por medio de los Sacramentos de fe como la confesión y la reconciliación.</p>	<p>Las dinámicas terapéuticas con familiares significativos refuerzan sentimientos y pensamientos en torno a la muerte. (Fundamentos de enfermería. Rosales Barrera S., pág. 507).</p> <p>La confianza y las relaciones ya formadas van a favorecer el proceso de la comunicación terapéutica. (Stocker 1994).</p> <p>La liberación y la relajación emocional es un arte que contribuye a la sanación. (Intervenciones de enfermería. J. Mc Closkey, pág. 5280).</p>
---	---	--

Diagnóstico:

Ansiedad ante la muerte RC confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal MP preocupación de su propia muerte sobre las personas significativas.

# 00147. Dom. 9, clase 2. Pág. 253, 2009-2011.

Objetivo:

Que Juanita logre disminuir su ansiedad ante la muerte y clarificar sus emociones para una mejor toma de decisiones.

Planeación	Ejecución	Fundamentación
Abordar a la paciente en su disposición y empeño para “vivir” con esta patología así como incluir a sus hijas en su trayecto por la enfermedad.	<p>*se concientiza a la usuaria que puede lograr un buen nivel de vida sin desarrollar complicaciones y extender sus expectativas de vida, si ésta sigue de forma correcta el cuidado de su salud.</p> <p>*se recomienda (en el momento oportuno) hablar sobre su condición con sus hijas, ante todo con honestidad, para que experimenten su propio duelo y puedan llegar a la resignación.</p> <p>*se enfatiza incluir a sus hijas y en la toma de decisiones para llegar a acuerdos que pudieran ser necesarios a futuro.</p>	<p>El logro en el afrontamiento emocional se basa en el equipo multidisciplinario, incluyendo al terapeuta, paciente y las relaciones afectivas, siendo éstas primordiales en el éxito de la ansiedad...</p> <p>(La familia ante la enfermedad y la muerte. Castro Glez. C. pág. 36).</p>

Diagnóstico:

Temor RC enfermedad terminal MP informes de intranquilidad y pánico.

# 00148, Dom. 9, Clase 2. Pág. 274, 2009-2011.

Objetivo:

Disminuir el temor de la usuaria por medio de la interacción y el trabajo en equipo.

Planeación	Ejecución	Fundamentación
Ayudar a Juanita a buscar mecanismos físicos y psicológicos que le ayuden a minorar el temor.	*se mantiene contacto físico para mejorar la comunicación y dar seguridad a la paciente.  *se invita a Juanita a expresar sus emociones y temores; participando por medio de la escucha activa.  *apoyados en videos, folletos, revistas y trípticos; se trabaja con la paciente en la aclaración de sus dudas e inquietudes con la finalidad de enriquecer su nivel de conocimientos en relación a su enfermedad y disminuir el temor.	Brindando un espacio al doliente y ese clima "seguro" que hemos creado, para que exprese sus sentimientos más profundos. "Solo hay que estar...."  (Brothers Joyce, Vivir sin él. Cómo superar el trauma de la viudedad, 1992)
Recomendar a la paciente fuentes bibliográficas que le sean de utilidad y proporcionen ayuda emocional.	*se le regala Juanita el libro "La muerte: un nuevo amanecer" de Elisabeth Kübler-Ross.	Libro de autoayuda recomendado para desarrollar un nuevo contexto encontrando el sentido de la vida.  (Elisabeth Kübler-Ross, Luciérnaga, Barcelona 1999.)

Diagnóstico:

Deterioro de la religiosidad RC afrontamiento ineficaz y miedo a la muerte MP cuestionar su propia religión.

# 00169. Dom. 10. Clase 3. Pág. 295, 2009-2011.

Objetivo:

Recuperar la estabilidad espiritual y religiosa de la paciente logrando una conciliación interna apoyándose en el personal de salud y religioso.

Planeación	Ejecución	Fundamentación
Que Juanita exprese todos los sentimientos negativos que experimenta con el fin de clausurar su dolor y se dé una experiencia de limpieza y rencuentro con ella misma y con Dios.	<p>*se busca un espacio adecuado y libre de interrupciones y se pide a Juanita escriba una carta en la que exprese todo lo que tiene que agradecer y reprochar a lo largo de su vida, con el propósito de desahogo y limpieza. (Esposo, familia y Dios).</p> <p>El mensaje final será ver algo bello entre la oscuridad, como es el dolor mismo, pero experimentando aun la vida.</p> <p>*se propicia a reencontrarse con Dios, disculpándose las situaciones de reacción negativa en momentos difíciles.</p>	<p>El ejercicio de catarsis permite expresar todo aquello que queda tras una pérdida. Para determinadas personas, el escribir, alivia, aclara y ordena sus ideas y emociones.</p> <p>(Levinstein Raquel, Cuando alguien se va, Pág. 61)</p>

<p>Que la usuaria recupere sus hábitos religiosos y mantenga viva la fe en Dios, invitando a vivir la comunión y el amor en familia, así mismo a nuestro Padre.</p>	<p>*se leen algunas citas de la biblia, para mostrarle a Juanita que en medio de la oscuridad siempre se encuentra la luz si se tiene fe.</p> <p>*se recuerda a la usuaria sobre la importancia de la oración y la conexión con Dios, no solo para pedirle sino como agradecimiento a todos sus regalos.</p> <p>*se recomienda ofrecer todos sus dolores y sufrimientos a Dios.</p>	<p>“Dichosos los que reconocen su necesidad espiritual, pues el reino de Dios les pertenece”</p> <p>“Dichosos los que están tristes, pues Dios les dará consuelo”</p> <p>(Mt 5, 3-4)</p> <p>Pero tú, cuando ores, entra en tu cuarto, cierra la puerta y ora a tu Padre que está allí a solas contigo. Y tu Padre, que ve lo que haces en secreto, te dará tu premio.</p> <p>(Lc. 11, 2-4)</p> <p>Jesús sana a muchos enfermos:</p> <p>“Él tomó nuestras debilidades y cargó con nuestras enfermedades”</p> <p>(Mr. 1. 32-34)</p>
---	---	---

## Evaluación de las intervenciones de enfermería

Se trabajó con la Sra. Juanita a lo largo de 9 meses. Los resultados y avances a las acciones realizadas se registran en la EVALUACION del proceso, así como se enuncian algunos diagnósticos de mejora que presenta la paciente después de las intervenciones de enfermería.

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE MEJORA</b>
<p>Insomnio RC ansiedad, depresión, temor y duelo MP expresión verbal de dificultad para conciliar el sueño y sueño no reparador. 00095. Dom. 4, clase 1. Pág. 116, 2009-2011.</p>	<p>Al realizar las actividades que se propusieron, la paciente refiere que poco a poco ha logrado conciliar el sueño, pues ya tiene el valor de encontrarse consigo misma y ya no le teme a la soledad.</p>	<p>Disposición para mejorar el sueño MP seguir rutinas de inducción al sueño que promueven los hábitos de sueño y manifestación de descanso. 00165. Dom. 4. Clase 1. Pág. 119, 2009-2011.</p>
<p>Trastorno de la identidad personal RC cambios en el rol social MP baja autoestima. 00121. Dom. 6, clase 1. Pág. 184, 2009-2011.</p>	<p>El conocimiento de Juanita ha sido ampliado y paso de ser un “mito” a una realidad fundamentada, por lo que ya cuenta con argumentos para actuar a favor de sí misma y eliminar los prejuicios de terceros por medio de la información.</p> <p>De la misma manera,</p>	<p>Disposición para mejorar el poder MP expresar disposición para mejorar la toma de conciencia de posibles cambios a realizar. 00187. Dom. 6, clase 1. Pág. 187, 2009-2011.</p>



	convive más con su familia y amigos, pues la impulsan a mejorar día con día. También la familia está informada y se eliminaron los miedos y prejuicios que impedían el apoyo y la convivencia con Juanita por ser portadora de VIH.	
<p align="center"><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Desesperanza RC pérdida de la fe en un poder espiritual y valores MP disminución del apetito y trastornos del patrón del sueño. 00124. Dom. 6, clase 1. Pág. 182, 2009-2011.</p>	<p align="center"><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>Durante el periodo de trabajo la paciente permitió el acercamiento y el apoyo ofrecido, al principio no ponía mucho interés en las cosas y hasta mostraba una risa "burlona" cuando se le hacían afirmaciones enfáticas respondiendo con frecuencia "es que no te está pasando a ti" o "como si fuera tan fácil", pero con el tiempo admitió que todos queríamos ayudarla. Actualmente se le sigue apoyando y ella se apoya en el terapeuta extendiéndose la socialización en forma continua.</p>	<p align="center"><b>DIAGNÓSTICO DE MEJORA</b></p> <p>Disposición para mejorar la esperanza MP deseos de mejorar la confianza en las posibilidades. 00185. Dom. 10, clase 2. Pág. 287, 2009-2011.</p>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE</b>

<p>Afrontamiento ineficaz RC crisis situacionales MP incapacidad para el afrontamiento.</p> <p>00069. Dom. 9, clase 2. Pág. 249, 2009-2011.</p>	<p>Juanita logró afrontar la realidad de su situación y ya no evade hablar del tema por lo que no se encuentra a la defensiva ni interpone barreras entre las personas cercanas y ella.</p> <p>Claro, aún no logra tener la iniciativa de expresar su enfermedad a las personas con la que no tiene confianza.</p>	<p><b>MEJORA</b></p> <p>Disposición para mejorar el afrontamiento MP búsqueda de soporte social y utilización de recursos espirituales.</p> <p>00158. Dom. 9, clase 2. Pág. 244, 2009-2011.</p>
<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Duelo RC muerte de una persona significativa y anticipación de su propia muerte MP dolor y sufrimiento.</p> <p>00136. Dom. 9, clase 2. Pág. 264, 2009-2011.</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>Abordar éstos diagnósticos fueron los que más trabajo, esfuerzo y tiempo implicaron, pues la usuaria se encontraba cerrada a que se tocara su intimidad y sentir; por medio de la confianza ella misma en el momento elegido fue quien decidió hablar del tema, sus emociones, sentimientos y resentimientos.</p> <p>La paciente perdonó las acciones de su marido, no</p>	<p><b>DIAGNÓSTICO DE MEJORA</b></p> <p>Disposición para mejorar la comunicación MP expresión de satisfacción al compartir sentimientos con los demás.</p> <p>00157. Dom. 5, clase 5. Pág. 177, 2009-2011.</p>

	<p>solamente lo que la condicionó a la infección del VIH, sino muchas otras experiencias negativas que venía arrastrando desde su relación marital; dice ya no recordarlo con odio, tampoco maldecirlo.</p> <p>En lo cierto, su actitud cambio notablemente y está por entrar a la aceptación de su enfermedad, pues aún negocia entre lo bueno y lo malo de su condición.</p>	
<p><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Ansiedad ante la muerte RC confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal MP preocupación de su propia muerte sobre las personas significativas. 00147. Dom. 9, clase 2. Pág. 253, 2009-2011.</p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>La ansiedad que presentaba la usuaria disminuyo considerablemente pues ya no existen suposiciones erróneas.</p> <p>La toma de conciencia sumada a la comunicación familiar ha ido clarificando el rumbo de sus decisiones.</p>	<p><b>DIAGNÓSTICO DE MEJORA</b></p> <p>Disposición para mejorar el bienestar espiritual MP solicitar interacciones con personas significativas. 00068. Dom. 10, clase 2. Pág. 288, 2009-2011.</p>

<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Temor RC enfermedad terminal MP informes de intranquilidad y pánico. 00148. Dom. 9, clase 2. Pág. 274, 2009-2011.</p>	<p style="text-align: center;"><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>Juanita ya no percibe el VIH como sinónimo de muerte y tiene argumentos para demostrarlo con lo que se logró disminuir el temor. Además, reconoce que puede llevar su vida normal siempre y cuando se tomen ciertas medidas preventivas para evitar cualquier complicación en su salud.</p>	<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO DE MEJORA</b></p> <p>Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal MP demostrar una perspectiva positiva y hacer progresos hacia el logro de objetivos. 00212. Dom. 9, clase 2. Pág. 258, 2009-2011.</p>
<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Deterioro de la religiosidad RC afrontamiento ineficaz y miedo a la muerte MP cuestionar su propia religión. 00169. Dom.10, clase 3.Pág. 295, 2009-2011.</p>	<p style="text-align: center;"><b>EVALUACIÓN</b></p> <p>Después de varias catarsis, encontró que no hay motivo para enfadarse con Dios, pues cada persona es dueño y elector de su destino. La Sra. Juanita dice que después de mucho “renegar con Dios” se dio cuenta que estaba perdiendo un día más de vida que le regala para aprovecharlo con sus seres queridos y le da tiempo de aceptar sus designios. Desde hace tiempo realiza oración, asiste a misa y se encomienda a Dios para todas sus actividades.</p>	<p style="text-align: center;"><b>DIAGNÓSTICO DE MEJORA</b></p> <p>Disposición para mejorar la religiosidad MP expresar deseos de reforzar sus patrones religiosos y aumentar su participación en las creencias. 00171. Dom. 10. Clase 3. Pág. 296, 2009-2011.</p>



## CONCLUSIONES

Al desarrollar el proceso de enfermería, reconocí la importancia de contar con un modelo que guíe la práctica enfermera, así mismo me dio la oportunidad de ver a la persona desde todos los aspectos identificando así sus problemas o factores de riesgo que comprometían su salud.

Al realizar la valoración de las catorce necesidades básicas encontré que la paciente necesitaba de un apoyo multidisciplinario, que además de atender su malestar físico, se centrara en el apoyo psicológico y emocional; con ello poder conseguir no solo aliviar el cuerpo, sino también el alma.

El implementar en el proceso enfermero tanatológico las teorías de autores como Marco Antonio Polo Scott y Elisabeth Kübler-Ross fue personalmente significativo para mí, ya que por la sintetización de su bibliografía se aplicaron en la paciente conocimientos basados en un fundamento científico para alcanzar el logro de los objetivos planeados en este proceso.

La respuesta de la usuaria en relación al proceso aplicado fue satisfactoria, en la medida en que se logró la readaptación social y religiosa de la paciente e intervenir de manera directa en la terapia tanatológica.

La experiencia que me dejó trabajar con la señora Juanita fue enriquecedora, y me di cuenta que así como ella, existen personas con enormes capacidades, experiencias y aptitudes, y una gran fuerza de voluntad para luchar por la vida, y que sólo esperan una mano que los apoye en su caminar, para llegar hasta el fin con lo más valioso que les queda: la esperanza.

## ANEXO I

### TEST DE DUELO DE MARCO POLO SCOTT

El test de duelo Polo Scott que nos permite establecer estrategias de trabajo con base en las necesidades presentes de la persona en duelo. El test permite conocer en el aquí y ahora la situación que un paciente vive a partir de una pérdida significativa desde las cuatro áreas más importantes del desarrollo del ser humano.

Para su realización se elaboro un cuestionario base de 40 preguntas clasificadas en ítems:

- 12 preguntas de tipo psicológico
- 12 preguntas de tipo social
- 8 preguntas de tipo físico
- 8 preguntas de tipo espiritual

#### Área social.

1. Todos dependen de mi
2. Estar solo es mejor
3. Necesito la aprobación de mis seres queridos
4. Me siento solo
5. Evito ir a reuniones sociales
6. No sé colocar límites con los demás
7. Me molesta lo que dicen los demás
8. Necesito que los demás quieran
9. Dependo de los demás
10. Tengo la sensación de ser rechazado

11. Siento que todos se aprovechan de mi
12. Nadie me quiere

#### Área psicológica.

1. Evito recordar ciertas cosas
2. Me siento triste
3. Constantemente lloro
4. Todo me da sentimiento
5. Siento miedo
6. Pienso que todo está en mi mente
7. Tengo miedo a morir
8. Consumo alcohol, drogas o pastillas para sentirme mejor
9. He pensado o tratado de suicidarme
10. Recuerdo en cada momento lo sucedido
11. Solo pienso en tragedias
12. Siento un gran vacío

#### Área física.

1. Despierto durante la noche
2. Ahora como más que antes
3. Estoy más cansado de lo normal
4. Últimamente me cuesta trabajo levantarme de la cama
5. Mi deseo sexual ha disminuido o ha aumentado
6. Siento palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
7. Siento un vacío o malestar en el estómago
8. Siento que me ahogo o me falta el aire

#### Área espiritual.

1. Dios no existe



2. Ahora siento que creo en cosas diferentes
3. Dejé de creer en lo que me enseñaron mis padres
4. A partir de lo que viví mis creencias cambiaron
5. Ya no se en quien creer
6. Después de esta vida no existe nada
7. Si Dios existiera no pasarían cosas malas
8. Estoy enojado con Dios

La forma de evaluación de las preguntas se determino por la escala Likert en función de que nos permite calificar en forma más sencilla y clara.

El Test de Duelo está dividido en tres partes:

1. Sección de afirmaciones que el paciente responde en función de una escala de Likert, que considera los siguientes puntos:
  - a) Totalmente de acuerdo (5)
  - b) Ligeramente de acuerdo (4)
  - c) Ni si, ni no (3)
  - d) Ligeramente en desacuerdo (2)

## ANEXO II

### VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Ficha de identificación.

Nombre \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ peso \_\_\_\_\_ talla \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ ocupación \_\_\_\_\_

Fecha de admisión \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_ procedencia \_\_\_\_\_

Fuente de información \_\_\_\_\_

Fiabilidad (1-4) miembro de la familia/ persona significativa \_\_\_\_\_

#### Valoración de las necesidades humanas

#### 1.- NECESIDADES BASICAS DE OXIGENACION, NUTRICION E HIDRATACION, ELIMINACION Y TERMORREGULACIÓN.

##### a) Oxigenación

Subjetivo

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ tos productiva/seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la respiración: \_\_\_\_\_ fumador: \_\_\_\_\_ desde cuando fuma/ cuantos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional: \_\_\_\_\_

Objetivo

Registro de signos vitales y características:\_\_\_\_\_ tos productiva/  
seca:\_\_\_\_\_ estado de conciencia:\_\_\_\_\_ coloración de piel/ lechos ungueales /  
peribucal:\_\_\_\_\_ circulación del retorno venoso:\_\_\_\_\_ otros:\_\_\_\_\_

## b) Nutrición e Hidratación

### Subjetivo

Dieta habitual (tipo):\_\_\_\_\_ numero de comidas diarias:\_\_\_\_\_ trastornos  
digestivos:\_\_\_\_\_ intolerancia alimentaria/  
alergias: \_\_\_\_\_ problemas de la masticación y deglución:  
\_\_\_\_\_ patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

### Objetivo

Turgencia de la piel:\_\_\_\_\_ membranas mucosas hidratadas/ secas:  
\_\_\_\_\_ características de uñas / cabello: \_\_\_\_\_  
funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_  
aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_ heridas, tipo y tiempo  
se cicatrización: \_\_\_\_\_ otros:  
\_\_\_\_\_

## c) Eliminación

### Subjetivo

Hábitos intestinales:\_\_\_\_\_ características de las heces, orina  
y:\_\_\_\_\_  
menstruación:\_\_\_\_\_ historia de hemorragias/ enfermedades  
renales:\_\_\_\_\_  
otros:\_\_\_\_\_ uso de laxantes:  
\_\_\_\_\_ hemorroides:\_\_\_\_\_ dolor al defecar/ menstruar / orinar:

\_\_\_\_\_ cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivo

Abdomen/ características: \_\_\_\_\_ ruidos intestinales: \_\_\_\_\_ palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

d) Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_ ejercicio/ tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_ temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo

Características de la piel: \_\_\_\_\_ transpiración: \_\_\_\_\_ condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA, USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_ actividades en el tiempo libre:  
\_\_\_\_\_ hábitos de descanso: \_\_\_\_\_ hábitos de trabajo:  
\_\_\_\_\_

### Objetivo

Estado del sistema muscular esquelético / fuerza:  
\_\_\_\_\_ capacidad muscular  
tono / resistencia / flexibilidad: \_\_\_\_\_ posturas:  
\_\_\_\_\_ ayuda para la deambulación: \_\_\_\_\_ dolor con el movimiento:  
\_\_\_\_\_ presencia de temblores: \_\_\_\_\_  
estado de conciencia: \_\_\_\_\_ estado emocional: \_\_\_\_\_  
otros: \_\_\_\_\_

### b) Descanso y sueño

#### Subjetivo

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ horario de sueño: \_\_\_\_\_ horas de descanso:  
\_\_\_\_\_ horas de sueño: \_\_\_\_\_ siestas: \_\_\_\_\_  
ayudas: \_\_\_\_\_ ¿padece insomnios?  
\_\_\_\_\_ A que considera que se  
deba \_\_\_\_\_ ¿se siente descansado al levantarse?:  
\_\_\_\_\_

#### Objetivo

Estado mental: ansiedad / estrés/ lenguaje: \_\_\_\_\_ ojeras: \_\_\_\_\_  
atención: \_\_\_\_\_ bostezos: \_\_\_\_\_ concentración: \_\_\_\_\_ apatía:  
\_\_\_\_\_ cefaleas: \_\_\_\_\_ respuestas a estímulos: \_\_\_\_\_ otros:  
\_\_\_\_\_

### c) Uso de prendas de vestir adecuadas

## Subjetivos

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:  
\_\_\_\_\_ ¿su autoestima es determinante en su  
modo de vestir?: \_\_\_\_\_ ¿Sus creencias le impiden vestir  
como a usted le gustaría? : \_\_\_\_\_ ¿Necesita ayuda para la  
selección de su vestuario?: \_\_\_\_\_

## Objetivo

Vestirse de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_ capacidad psicomotora para vestirse y  
desvestirse: \_\_\_\_\_ vestido incompleto: \_\_\_\_\_ sucio:  
\_\_\_\_\_ inadecuado: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

### d) Necesidad de higiene y protección de la piel

## Subjetivo

Frecuencia del aseo: \_\_\_\_\_ momento preferido para el baño:  
\_\_\_\_\_ cuantas veces se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_ aseo  
de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ después de  
eliminar: \_\_\_\_\_ ¿tiene creencias personales o religiosas que limiten  
sus hábitos higiénicos?: \_\_\_\_\_

## Objetivos

Aspecto general: \_\_\_\_\_ olor corporal: \_\_\_\_\_ halitosis:  
\_\_\_\_\_ estado de cuero cabelludo: \_\_\_\_\_ lesiones dérmicas, que tipo:  
\_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

### e) Necesidad de evitar peligros

## Subjetivo

Que miembros componen su familia de pertenencia: \_\_\_\_\_ como reacciona ante una situación de urgencia: \_\_\_\_\_ ¿conoce las medidas de prevención de accidentes? \_\_\_\_\_ en el hogar: \_\_\_\_\_ en el trabajo: \_\_\_\_\_ ¿realiza controles periódicos de salud recomendados? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida:  
\_\_\_\_\_

### Objetivos

Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_ condiciones del ambiente del hogar: \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3.- NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS DE APRENDIZAJE.

#### a) Necesidad de comunicarse

### Subjetivos

Estado civil: \_\_\_\_\_ años de relación: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_ preocupaciones/ estrés: \_\_\_\_\_ familiares: \_\_\_\_\_ otras personas que pueden ayudar: \_\_\_\_\_ rol en la estructura social: \_\_\_\_\_ comunica sus problemas debido a la enfermedad/ estado: \_\_\_\_\_ cuanto tiempo pasa sola: \_\_\_\_\_ frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_

### Objetivos

Habla claro: \_\_\_\_\_ confusa: \_\_\_\_\_ dificultad en la visión:  
\_\_\_\_\_ audición: \_\_\_\_\_ comunicación verbal/ no verbal con la familia/  
con otras personas significativas: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

## b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

### Subjetivos

Creencia religiosa: \_\_\_\_\_ ¿su creencia religiosa le genera conflictos  
personales?: \_\_\_\_\_ principales valores en su familia:  
\_\_\_\_\_ principales valores personales:  
\_\_\_\_\_ ¿es congruente su forma de pensar con su forma de  
vivir? \_\_\_\_\_

### Objetivos

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): \_\_\_\_\_ ¿permite el contacto  
físico?: \_\_\_\_\_ ¿tiene algún objeto indicativo de determinado valores o  
creencias?: \_\_\_\_\_ otros:  
\_\_\_\_\_

## c) Necesidad de trabajar y realizarse

### Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: \_\_\_\_\_ tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ riesgos:  
\_\_\_\_\_ cuanto tiempo le dedica al trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Está  
satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_ ¿su remuneración le permite cubrir sus necesidades  
básicas y/o las de su familia?: \_\_\_\_\_ ¿está  
satisfecho con el rol familiar que juega?: \_\_\_\_\_



## Objetivos

Estado emocional calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/  
quieto/ eufórico: \_\_\_\_\_ otros:  
\_\_\_\_\_

### d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

#### Subjetivo

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre:  
\_\_\_\_\_ ¿las situaciones de estrés influyen en la  
satisfacción de sus necesidades?: \_\_\_\_\_ ¿existen recursos en su comunidad  
para la recreación?: \_\_\_\_\_ ¿ha participado en alguna actividad lucida o  
recreativa?: \_\_\_\_\_

#### Objetivo

Integridad del sistema neuromuscular: \_\_\_\_\_ ¿rechaza las  
actividades recreativas?: \_\_\_\_\_ su estado de ánimo es apático/ aburrido/  
participativo/: \_\_\_\_\_ otros:  
\_\_\_\_\_

### e) Necesidad de aprendizaje

#### Subjetivo

Nivel de educación: \_\_\_\_\_ problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_  
limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_ preferencias leer/  
escribir: \_\_\_\_\_ ¿conoce las fuentes de apoyo para el  
aprendizaje en su comunidad?: \_\_\_\_\_ ¿sabe como utilizar estas  
fuentes de apoyo?: \_\_\_\_\_ ¿tiene interés en aprender a resolver problemas  
de salud?: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

## Objetivos

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_ órganos de los sentidos:  
\_\_\_\_\_ estado emocional/ ansiedad/ dolor:  
\_\_\_\_\_ memoria reciente: \_\_\_\_\_ memoria  
remota: \_\_\_\_\_ otras manifestaciones: \_\_\_\_\_

## ANEXO III

### TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EN LA PSICOTERAPIA

Aquí abordaremos algunas de las técnicas de intervención más utilizadas dentro de la aplicación del proceso enfermero a JGVA basadas en la psicoterapia de Gestalt. Cabe resaltar la importancia de usarlas con respeto para el paciente y con ética profesional.

#### ❖ LA COMUNICACIÓN

Somos primordialmente seres “sociales”, en el sentido de que pasamos la mayor parte de nuestras vidas con otras personas. Por consiguiente, es importante aprender a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales. Ciertas habilidades de comunicación nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales.

La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso:

- Emisor: La persona (o personas) que emite un mensaje.
- Receptor: La persona (o personas) que recibe el mensaje.
- Mensaje: Contenido de la información que se envía.
- Canal: Medio por el que se envía el mensaje.
- Código: Signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- Contexto: Situación en la que se produce la comunicación.

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías: la comunicación verbal y la comunicación no verbal.

La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor.

#### ❖ ENTREVISTA

Toda entrevista es una conversación entre dos o más personas, según la modalidad aplicada, que tiene propósitos investigativos y profesionales de: Obtención de informaciones individuales o grupales, facilitar la información e influir en cierto aspectos conductuales, sociales, educativos, sentimentales y opiniones, por lo tanto la entrevista ejerce una función terapéutica como necesidad educativa, clínica y social, entre otros.

Ciertamente que toda entrevista exige unos parámetros o criterios que exige el dialogo entre dos o más personas con unas pautas de preguntas que orientan la conversación.

#### ❖ ESCUCHA ACTIVA

Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el saber escuchar. La falta de comunicación que se sufre hoy día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás.

La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.

¿Cuál es la diferencia entre el oír y el escuchar?

Existen grandes diferencias. El oír es simplemente percibir vibraciones de sonido. Mientras que escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye.

La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.

Elementos que facilitan la escucha activa:

- 1.- Disposición psicológica.
- 2.- Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.
- 3.- Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, umm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.).

Elementos a evitar en la escucha activa:

- 1.- No distraernos.
- 2.- No interrumpir al que habla.
- 3.- No juzgar.
- 4.- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
- 5.- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada".
- 6.- No contar "tu historia" cuando el otro necesita hablarte.
- 7.- No contra argumentar. Por ejemplo: el otro dice "me siento mal" y tú respondes "y yo también".

8.- Evitar el "síndrome del experto": ya tienes las respuestas al problema de la otra persona, antes incluso de que te haya contado la mitad.

Habilidades para la escucha activa:

✓ Mostrar empatía

Escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de "meternos en su pellejo" y entender sus motivos. No se trata de mostrar alegría, si siquiera de ser simpáticos. Simplemente, que somos capaces de ponernos en su lugar. Para demostrar esa actitud, usaremos frases como: "entiendo lo que sientes", "noto que...".

✓ Parafrasear.

Este concepto significa verificar o decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. Un ejemplo de parafrasear puede ser: "Entonces, según veo, lo que pasaba era que...", "¿Quieres decir que te sentiste...?".

✓ Emitir palabras de refuerzo o cumplidos.

Pueden definirse como verbalizaciones que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir. Algunos ejemplos serían: "Esto es muy divertido"; "Me encanta hablar contigo" o "Debes ser muy bueno jugando al tenis". Otro tipo de frases menos directas sirven también para transmitir el interés por la conversación: "Bien", "umm" o "¡Estupendo!".

✓ Resumir:

Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración. Expresiones de resumen serían:

- "Si no te he entendido mal..."
- "O sea, que lo que me estás diciendo es..."
- "A ver si te he entendido bien...."

## ❖ INTROSPECCIÓN

La introspección es un método por el cual el ser humano puede analizarse a sí mismo, ver su interior, y hacer una especie de examen de conciencia, con lo cual puede conocerse en mayor medida; no obstante, es un método subjetivo, ya que el sujeto se observa a sí mismo según su criterio.

El término introspección está constituido por dos vocablos provenientes del latín: "intro" y "spectare", el primero de ellos significa "adentro", mientras que el segundo quiere "mirar" u observar; por lo tanto, este concepto puede entenderse desde su etimología como la capacidad de mirar hacia adentro.

Es un muy buen medio por el cual una persona puede perfeccionarse y evaluar respecto de sus virtudes; es también una buena manera de analizar los errores cometidos en el pasado, para no volver a caer en ellos; ayuda además, a la maduración y a la comprensión de las cualidades y defectos propios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siler, J. Historia de la Enfermería. Editorial Aguaclara, España 1999.
2. Almedia de la Jara Elsa, Manual de la Enfermería, Editorial Cultural, Perú 2005.
3. Prieto Parra Gloria Inés, Cuidado de Enfermería, Enfermería Universitaria ENEO-UNAM 2007.
4. Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, Proceso de Enfermería, Ediciones Cuellar, 2000.
5. Rosales Barrera Susana, Fundamentos de Enfermería, Editorial El Manual Moderno, 1999.
6. Iyer, W, Taptich, B, Etal; Proceso y Diagnóstico de enfermería, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México 1997, 437 pp.
7. Marriner, TA, Raile, AM; Modelos y Teorías de enfermería, Editorial Harcourt Brace, 4° Ed. España 1999, 555pp.
8. Marriner Toney Ann, Raile Martha; Modelos y Teorías de enfermería, Editorial Mosby, 5° Ed. España 2003.
9. Marriner, TA, Raile, AM; Modelos y Teorías de enfermería, Editorial El Sevier, Edición en Español 2007, 828 pp.
10. Kübler-Ross Elisabeth, Sobre la muerte y los moribundos, Editorial Debolsillo. 1972, 359 pp. ----- Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Editorial Grijalbo, 1975.
11. Kübler-Ross, Elisabeth. La rueda de la vida. Bilbao: Grafo Ediciones, 1998.
12. Thomas, Louis-Vincent. Antropología de la muerte. México: Fondo de Cultura Económica, 1983.
13. Commelin, P. Nueva mitología griega y romana. México: Ed. Divulgación, 1955.
14. Polo Scott Marco Antonio, Tanatología del Siglo XXI, Mc Editores, 354 pp.
15. Polo Scott Marco Antonio, Polo Scott Maria Patricia; Psicoterapia Gestalt en el manejo y resolución del duelo, Editorial Mc, 159 pp.



16. Louis. Vincent Thomas, La Muerte, Editorial Paidós, 1ra Edición. España, 1991.
17. El Proceso de Morir y la Muerte. Editorial Fundación Omega. Primera Edición. Colombia, 1996.
18. Fonnegra de Jaramillo Isa, De cara a la muerte, Editorial Andrés Bello, Barcelona, 296 pp.
19. Fonnegra de Jaramillo Isa, El Duelo Anticipatorio, IV Congreso Colombiano de Psicología Clínica. 1989.
20. S. Tobin, "El proceso de despedirse", Esto es Gestalt, Editorial Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1975.
21. A. Reyes, Acercamientos Tanatológicos al paciente terminal y a su familia, México, 1996.
22. DeVita et al., 1990; Orzechowzki, 2002; Sepúlveda, 1989). VIH Origen y Etiología.
23. Fan, Conner y Villareal, 2000; HIV/AIDS Information Center, 1999.
24. A. Lisec, "Za zivot", izdanje "U pravi trenutak", Dakovo 1994. s.270-271.
25. Donegan E, Stuart M, Niland JC, et al; «Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) among recipients of antibody-positive blood donations». 1990, 739 pp.
26. El Duelo. Arnaldo Pangrazzi. Editorial CENCAPAS-SELARE. Segunda edición. Colombia 1993.
27. Castro G. Ma. Del Carmen; La familia ante la enfermedad y la muerte; Editorial Trillas, 1ra. Ed. 2007, México D.F., 110 pp.
28. Aprender a Morir. Rebolledo Mota, F. Primera edición. México. 1996
29. Aries, Phillipe, El hombre ante la muerte, Taurus Ediciones Madrid, España, 1984.
30. Behar, Daniel, Un buen morir, Editorial Pax, México, 2004.
31. Gerardo Sánchez, VIH/SIDA "Una gran mentira", Editorial S.N.G. 273 pp.
32. Patricia A. Potter-Perry; Fundamentos de Enfermería Vol. I y II, Editorial el Sevier, 5ta. Edición, 1748 pp.

33. Kozier B, Erb G, McKay P; Fundamentos de Enfermería, 5ta. Ed. Vol. I; Editorial Interamericana Mc. Graw Hill; México 1999, 964 pp.
34. Joanne Mc Closkey Dochterman, Gloria M. Bulechek; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), Editorial El Sevier, 4ta. Ed, Madrid España, 1072 pp.
35. Rosales Barrera Susana, Reyes Gómez Eva, Editorial el Manual Moderno, 3ra. Ed, México 1999, 636 pp.
36. García Martín, Caro Catalina, Martínez; Historia de la Enfermería: Evolución Histórica del cuidado enfermero, Editorial El Sevier, Madrid España 2007.
37. Bertha Alicia Rodríguez Sánchez, Proceso Enfermero, Ediciones Cuellar.
38. NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros 2009-2011.

#### EN LÍNEA:

Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA [ONUSIDA], 2002.

Fundación Anti-SIDA de San Francisco, 2002.

Medlineplus (SIDA en MedlinePLus).

Morbidity and Mortality Weekly Report, June 5, 1981.

[www.google.com.mx](http://www.google.com.mx)