



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**  
**APLICADO A UN ADULTO JOVEN INFECTADO POR VIH EN FASE DE NEGACIÓN**  
**MANIFESTADO POR CONOCIMIENTOS DEFICIENTES EN RELACIÓN A SU**  
**PADECIMIENTO**

**PARA OBTENER EL TITULO**  
**DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**MARISOL PONCE SÁNCHEZ**

**No. DE CUENTA 300114241**

**DIRECTORA ACADEMICA**

**MAESTRA IRMA VALVERDE MOLINA**

**MÉXICO. D. F. 2014.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## ÍNDICE

I.- INTRODUCCION.....	3
II.- OBJETIVOS.....	5
III.- METODOLOGIA .....	6
3.1 Estrategias de investigación .....	6
3.2 Selección del caso y fuentes de información .....	7
3.3 Consideraciones éticas .....	7
IV.- MARCO TEORICO .....	9
4.1 Conceptualización de enfermería .....	9
4.2 Paradigmas .....	9
4.3 Teoría de enfermería.....	11
4.4 Proceso de atención de enfermería .....	14
V.- PRESENTACIÓN DEL CASO .....	23
5.1 Descripción de caso .....	23
5.2 Valoración focalizada .....	28
5.3 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete jerarquización de problemas .....	28
5.4 Diagnósticos de enfermería .....	31
VI.- PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS .....	34
6.1 Objetivos de enfermería .....	35
6.2 Intervenciones de enfermería (fundamentación).....	36
VII.- PLAN DE ALTA .....	38
7.1 Registro de las intervenciones.....	41
7.2 Evaluación de las intervenciones .....	41
7.3 Evaluación del proceso .....	41
VIII.- CONCLUSIONES .....	42
IX.- BIBLIOGRAFIA .....	43
X.- ANEXOS .....	45
10.1 Fisiopatología del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) .....	45
10.2 Instrumento de valoración.....	52

## I.- INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XX, la enfermería no se consideraba una disciplina académica, ni una profesión. Sin embargo, con el paso del tiempo ha ganado terreno como disciplina profesional, la cual tiene como característica utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. De tal manera que la enfermería como cualquier profesional, también debe cumplir este requisito si desea ser admitida como miembro, con pleno derecho a la comunidad científica.

Para tal efecto, enfermeras de otros países, durante su desarrollo profesional, han propuesto una diversidad de modelos de cuidados en los que se basa su práctica, lo que ha permitido la sistematización de la misma, a fin de fortalecer el sustento teórico que la respalda tanto en la disciplina como en el ejercicio profesional.

En el presente trabajo se baso en el modelo de Virginia Henderson, quien define a la enfermería en términos funcionales como: La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza y la voluntad. Todo ello con el fin de lograr ayudar a la personan a ser independiente lo antes posible<sup>1</sup>.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería con base a las catorce necesidades humanas básicas.

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es el cuidado, pero esa labor no la hace en solitario, forma parte de un equipo multidisciplinario que trabaja con el paciente y su familia en casa.

Los conceptos básicos que maneja Henderson son: salud, entorno y persona; además, utiliza otros términos tales como **Independencia** y **Dependencia**; donde hace referencia que para alcanzar un mínimo de satisfacción de necesidades, el individuo debe responder en forma conveniente por medio de comportamientos adecuados que el mismo realice. Otro concepto

---

<sup>1</sup> Marriner Tomey A, Alligood RM. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Ed. Elsevier, 2007. Pág. 7

importante a entender en este modelo, es lo que Henderson da a conocer como Fuentes de Dificultad que son, cualquier impedimento, que el individuo tiene para satisfacer sus necesidades, que generalmente son los factores etiológicos responsables del problema de salud, y estos pueden ser factores físicos, psicológicos, sociológicos, espirituales o por una insuficiencia de conocimientos, generando manifestaciones de dependencia.

## II.- OBJETIVOS

### Objetivo General

- Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería para ofrecer el cuidado de enfermería a un paciente con (VIH) virus de inmunodeficiencia humana detectado dentro del servicio de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de tal manera que se le proporcione cuidado de enfermería de calidad y calidez.

### Objetivos Específicos

- Detectar con base al Modelo Conceptual de Virginia Henderson, aquellas necesidades alteradas en la persona, tomando como apoyo un instrumento de valoración basado en las 14 necesidades fundamentales.
- Implementar un plan de cuidados con las intervenciones necesarias para recuperar o mantener el estado de salud de la persona.
- Proporcionar educación para la salud, para la prevención de complicaciones en alguna de sus necesidades, todo ello de acuerdo al estadio y evolución de la enfermedad que presenta.
- Utilizar las etiquetas diagnosticas en la elaboración de los diagnósticos para que nos permita interpretar los obtenidos a través del instrumento de valoración de enfermería.

### III.- METODOLOGIA

Para cumplir los cometidos fundamentales, la enfermería práctica requiere la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones, desde el primer contacto con el paciente hasta la finalización de las actividades encuadradas dentro su ámbito de responsabilidades.

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud, para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería.

#### 3.1 Estrategia de investigación

“Las estrategias metodológicas son las formas de lograr nuestros objetivos en menos tiempo, con menos esfuerzo y mejores resultados. En éstas, el investigador amplía sus horizontes de visión de la realidad que desea conocer analizar, valorar, significar o potenciar”<sup>2</sup>

La estrategia metodológica cualitativa, conlleva diversas actividades por parte del investigador: como la producción de descripciones a partir de observación es que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y vídeo casetes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos. Y es por ello que la mayoría de los estudios cualitativos “están preocupados por el entorno de los acontecimientos, y centran su indagación en aquellos contextos naturales, o tomados tal y como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador, en los que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y experimentan directamente”

Para lo que se utilizo un cuestionario y se realizo una entrevista con el paciente, así mismo se le explico la finalidad de dicha entrevista, se le pidió el permiso para poder buscar información en su expediente clínico, firmando una carta de consentimiento informado y así para garantizar su integridad y sus derechos.

---

<sup>2</sup> Quiroz Ma Esthela. Hacia una didáctica de la investigación. México: Editorial Aula. 2003. Pág.6

### **3.2 Selección del caso y fuentes de información**

El caso fue seleccionado en la realización del servicio social en el servicio de Medicina Interna, del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Se trata de un paciente en etapa joven del sexo masculino que presenta signos y síntomas de VIH, se realiza una entrevista, donde llama la atención la falta de información acerca de este padecimiento, así mismo el estado anímico del mismo.

Las fuentes de información primaria es una entrevista que se realiza con un instrumento de valoración (céfalo-caudal) directa, basado en la teoría de Virginia Henderson (14 necesidades) y de forma indirecta la revisión constante del expediente clínico.

Las fuentes secundarias son referencias bibliográficas de revistas científicas, libros de especialidad, páginas web.

### **3.3 Consideraciones éticas**

Para la realización de esta investigación nos adheriremos a los principios de la “Declaración de Helsinki”<sup>3</sup> y a los de “La ley General de Salud”<sup>4</sup>, Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Esta investigación se considera de riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21

No obstante, solicitaremos el consentimiento informado al participante y le informaremos que estamos realizando un proceso de atención de enfermería. Asimismo le informaremos que no se realizara ningún procedimiento de diagnóstico o de tratamiento y que no tomare

---

<sup>3</sup> Asociación Médica Mundial, “DECLARACIÓN DE HELSINKI. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989; 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996; y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

<sup>4</sup> Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Diario Oficial. México. 19 de junio de 2003.



ningún tipo de muestra biológica como sangre, suero, orina, saliva, cabello, etc. Le informaremos que esta investigación no representa ningún riesgo para su salud, ni para su integridad física o moral.

## IV.- MARCO TEORICO

### 4.1 Conceptualización de enfermería

La función propia de la enfermería consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir con esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Las personas son sistemas abiertos que interactúan continuamente con el ambiente, creando patrones de interacción individuales. Estos patrones son dinámicos y actúan recíprocamente en los procesos vitales (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, evolutivos y espirituales), para incluir en la conducta y el estado de salud del individuo.<sup>5</sup>

### 4.2 Paradigmas

Con Florence Nightingale en el Siglo XIX, parecía establecerse una nueva concepción de una Enfermería más profesionalizada, sin embargo no tuvo el impulso para vincularla con la concentración de las ciencias aplicadas. En este sentido la evolución que ha tenido enfermería de pasar de un oficio o trabajo artesanal (cuidados basados en el espíritu de servicio), para pensar en el inicio de un pensamiento científico en su disciplina<sup>6</sup>.

De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Carpenito Juall Lynda, Diagnosticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Colombia. Ed. MacGraw-Hill. 2002. Pag.2

<sup>6</sup> Hernández Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban Albert M. El conocimiento precientífico enfermero: Fundamentos de la enfermería. Teorías y método. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. Págs. 11-26.

<sup>7</sup> Treviño VZ, Sanhueza AO. Paradigmas de investigación en enfermería. Cien Enferm. 2005;11(1):17-24. [En línea] <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n1/art03.pdf>

Los paradigmas tienen origen en el siglo XIX y principios del siglo XX, el cual se cubrió de epistemología y del pensamiento filosófico. En la medida que la formación del hombre dependía del desarrollo de la razón y de las matemáticas, estas actuarían como una nueva lógica de la enseñanza, ocupando el lugar que tenía la gramática en el humanismo clásico, ya que la relación causal la sacaba de las ciencias experimentales.

Según Kuhn los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales<sup>8</sup>.

La filosofía de la ciencia Kuhn favorece para comprender la evolución de la teoría de Enfermería, mediante modelos paradigmáticos de la ciencia, que ha hecho no sea ajena a los momentos histórico-sociales y culturales al generarse dichos paradigmas.

Desarrollo De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas:

- El Paradigma de categorización (1850-1950): en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad
- El Paradigma de integración (1950-1975): va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona
- El Paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible.

---

<sup>8</sup> Marriner Tomey A, Alligood RM. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Ed. Elsevier, 2007. Pág.16

### 4.3 Teoría de enfermería

Una teoría es un conjunto de conceptos y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar, predecir y controlar (Marriner-Tomey). El desarrollo de la “Teoría General del Cuidado” (conjunto de teoría de enfermería) es considerado como una de las labores cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. La enfermería está profundamente enfocada, ahora en su identificación de su base teórica de conocimientos llamada también ciencia de enfermería. Esta situación significa que se está cambiando el paradigma de enfermería. La enfermería es una “disciplina” que se encuentra en construcción. La literatura y el intercambio profesional internacional, ponen de manifiesto que el uso de modelos de práctica basados en “teoría y método” propios de enfermería, es un hecho aún incipiente en la actualidad.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

Los elementos de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª

relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

1. Respirar con normalidad.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos del organismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
5. Descansar y dormir.
6. Seleccionar vestimenta adecuada.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones , necesidades , miedos u opiniones.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos. V. Henderson parte del principio de

que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos:
  - ✓ Falta aguda de oxígeno.
  - ✓ Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
  - ✓ Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
  - ✓ Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
  - ✓ Estados febriles agudos debidos a toda causa.
  - ✓ Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
  - ✓ Una enfermedad transmisible.
  - ✓ Estado preoperatorio.
  - ✓ Estado postoperatorio
  - ✓ Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

**Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

**Entorno:** Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados

**Salud:** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

#### **4.4 Proceso de atención de enfermería**

El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional: habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer

investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería<sup>9</sup>.

### **Fases del proceso de atención de enfermería**

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- 1) Valoración
- 2) Diagnóstico de enfermería
- 3) Planeación
- 4) Ejecución-intervención
- 5) Evaluación.

#### **Primera etapa: Valoración**

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas) Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.
  
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.

---

<sup>9</sup> Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México. Interamericana McGraw-Hill; 1993. Pág.13.



3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.
4. Analizar los datos obtenidos.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos-antecedentes: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por “patrones funcionales de salud”: la recolección de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el

funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud<sup>10</sup>.

## **Segunda etapa: Diagnóstico de enfermería**

La segunda fase, el diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento de la enfermería<sup>11</sup>.

En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería<sup>12</sup>.

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características. Según Carpenito: un diagnóstico puede ser de bienestar, real, de alto riesgo o posible. El bienestar es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar. El diagnóstico real, describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales. El de alto riesgo describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que a otros en una situación igual o similar<sup>13</sup>

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes, los

---

<sup>10</sup> Carpenito Juall Lynda. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1995 Pág.5

<sup>11</sup> Carpenito Juall Lynda. Manual de diagnóstico de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993. Pág. 29

<sup>12</sup> NANDA. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Ed. Harcourt. Madrid 1999

<sup>13</sup> Carpenito Juall Lynda. Diagnósticos en enfermería. México: Ed. Harla, 1994. Pág. 18

problemas y los factores de riesgo relacionados con el mismo y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas).

Los siguientes ejemplos tomados de Carpenito, ilustran los componentes de los diferentes tipos de diagnóstico:

1. Diagnóstico de bienestar: potencial para favorecer la paternidad.
2. Diagnóstico de alto riesgo: alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos.
3. Diagnóstico posible: posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.
4. Diagnóstico real: alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, náuseas/vómitos persistentes y aumento del índice metabólico.

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el problema o respuesta del paciente y la segunda describe la etiología o causa del problema, los factores o los signos y síntomas que contribuyen al mismo. Ambas partes se unen con la frase "relacionado con", la cual se indica r/c.

Para el enunciado del diagnóstico de enfermería es conveniente utilizar la clasificación de los diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA.

Cuando se emite un diagnóstico de enfermería la responsabilidad de planificar y ejecutar el plan de cuidados recae sobre el profesional que lo ha emitido, mientras en el caso de los problemas interdependientes, el profesional de enfermería colabora con el equipo de salud para el tratamiento.

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en:

1. Independientes son las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global del paciente.
2. Dependientes son aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas y 3) interdependientes, son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud<sup>14</sup>.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Identificar, priorizar y registrar los problemas dependientes y los diagnósticos enfermeros que se derivan del análisis de los datos de la valoración.
2. Revisar y actualizar los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros en función de los cambios en el estado de salud del paciente, detectados a partir de la valoración continua y el análisis de los datos.
3. Los problemas interdependientes y los diagnósticos enfermeros se reformulan con base en la evolución del paciente. Esto puede ser efectuado según las normas de la institución hospitalaria, pero se sugiere que por lo menos sea realizado al finalizar el turno.

### **Tercera etapa: Planeación**

Esta tercera fase del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona Mosby; 1996 Pág. 6

<sup>15</sup> Carpenito LJ. Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1995. Pág.5

La planeación incluye las siguientes etapas:

1. Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
2. Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.
3. Planeación de las intervenciones de enfermería.

Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y compartamentales.
2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definido de forma realista y mensurable, congruente con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigida a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.

4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

#### **Cuarta etapa: Ejecución**

En la cuarta fase del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería.

Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1. Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
2. Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
3. Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

La enfermera participa ampliamente en la ejecución del plan de cuidados y plan terapéutico, requiere un razonamiento enfermero previo. Su aplicación puede englobar medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar; favorece el establecimiento de una relación terapéutica y facilita el proceso de aprendizaje del paciente, todo ello para contribuir al mantenimiento/restablecimiento de la salud del paciente o a una muerte serena.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Mantener al día sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad.
2. Realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados<sup>16</sup>.
3. Llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.

### **Quinta etapa: Evaluación**

La última fase en enfermería evalúa regular y sistemáticamente, las respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con el fin de determinar su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, los objetivos y/o el plan de cuidados.

La evolución consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados

---

<sup>16</sup> López P. Proceso de enfermería. México. Iberoamericana. 1994. Pág. 37-38.

## **V.- PRESENTACION DE CASO**

### **5.1 Descripción del caso**

#### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Hugo C. M del sexo Masculino, de 21 años de edad, sin seguridad social. Vive en casa de su hermana desde hace aproximadamente dos meses, porque anteriormente vivía en situación de calle.

Fecha de nacimiento: 23 de abril de 1992.

Lugar de nacimiento: Puebla.

Estado civil: soltero.

Domicilio: Calle Jalisco Col. Granjas Valle de Guadalupe secc. B

Dx. Médico: Infección por VIH

#### **Antecedentes**

El paciente Hugo de 21 años de edad, soltero, solo sabe leer y escribir, anteriormente vivía en situación de calle desde los 12 años de edad, empieza su adicción a los solventes y a la marihuana, alcoholismo y tabaquismo, a los 16 años comete el delito de robo y es ingresado al tutelar de menores infractores, es ahí donde le realizan exámenes de laboratorio y es diagnosticado con VIH. Hugo no cree que este infectado, porque según él esa enfermedad solo se presenta en Estados Unidos. A los 18 años reingresa al tutelar de menores por el delito de robo, pero por cumplir la mayoría de edad es trasladado al reclusorio norte del Distrito Federal, donde nuevamente le realizan exámenes de laboratorio y se confirma que es portador de VIH. Cumple su condena en dicha institución y regresa a vivir en situación de calle. A los 20 años empieza con sintomatología de la enfermedad (diarrea, fiebre, escalofríos, dolor en articulaciones) y muere su pareja sentimental, una mujer de 40 años que muere por sida y él es atendido en la institución "Clínica Condensa". Hace unos meses busca a su familia y su hermana mayor le brinda el apoyo y actualmente vive en casa urbanizada con todos los servicios.



## **Valoración y exploración física**

Signos vitales

TA de: 110/70 mm/Hg

FC de: 72 x'

FR de 20 x'

TEMP: 36.7 c

PESO: 70 Kg

TALLA: 165 cm

### **Síntesis valorativa**

#### **N. OXIGENACIÓN**

Datos objetivos: Paciente consiente, orientado en sus 3 esferas, presión arterial de 110/70, campos pulmonares ventilados, FC de 72 por minuto, FR de 20 x minuto. Mucosas semihidratadas. Edema de +.

#### **N. NUTRICIÓN**

Datos subjetivos: El paciente refiere que come de todo. Realiza sus tres comidas diarias, consume aprox. De 1000 a 1500 ml de líquidos vía oral diariamente.

Datos objetivos: Peso actual normal pero el paciente refiere que ha bajado de peso desde que inicio con la sintomatología de la enfermedad.

#### **N. ELIMINACIÓN**

Datos subjetivos: Refiere que evacua diario, la mayor de las veces es diarrea, la micción es 4 veces por día aprox. sin dolor o ardor. Durante su estancia en el servicio de medicina interna refiere que presento cuadro diarreico por 2 días,

Datos objetivos: A la exploración se palpa abdomen blando depresible a la palpación, perístasis presente, con micciones de mediano esfuerzo.

## **N. MOVIMIENTO Y POSTURA**

Datos objetivos: Paciente consiente ambulante, con marcha normal, calzado de zapato tipo sandalias. Se valora buena amplitud y fuerza de movimiento en miembros superiores y pélvicos.

Datos objetivos: Paciente consiente ambulante con marcha normal.

## **N. DESCANSO Y SUEÑO**

Datos subjetivos: El paciente refiere que duerme muy bien pero despierta por las noches desde las 2 de la mañana por presentar fiebre y dolor articular. Sin embargo durante el día se encuentra muy bien.

Datos objetivos: No se identifican trastornos del sueño.

## **N. VESTIR**

Datos objetivos: Viste con ropa del hospital, limpia y en buen estado, adecuada para la época y su edad.

## **N. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

Datos subjetivos: El paciente refiere que realiza el baño cada tercer día, el rasurado es cada tercer día y es realizado por sí solo. Presenta piel corporal reseca, pero integra, sin presencia de signos lesión.

Datos objetivos: No se identifica riesgo de Ulceras por presión (Norton) en esta escala.

## **N. EVITAR PELIGROS**

Datos objetivos: El paciente tienen riesgo de caída debido al dolor articular,

## **N. COMUNICACIÓN**

Datos subjetivos: El paciente solo cuenta con su hermana como apoyo para su cuidado, se identifica que nunca existió buena relación familiar al interior de la familia ya que como antecedentes se tiene el alcoholismo y drogadicción que presento desde los 12 años y que actualmente ya se encuentra controlado.

Datos objetivos: Se identifica familia disfuncional con ausencia de redes de apoyo familiar e institucional, lo que dificulta el exitoso seguimiento de régimen terapéutico.

## **N. CREENCIAS Y VALORES**

Datos subjetivos: El paciente refiere profesar religión católica, pero no le agrada acudir a misa. Se encuentra en fase de negación, siente que su enfermedad es un castigo divino.

## **N. TRABAJAR Y REALIZARSE**

Datos Subjetivos: Actualmente no trabaja debido a su condición de salud y recibe ayuda económica de su hermana.

## **N. RECREACIÓN**

Datos subjetivos: Su única actividad recreativa es realizar crucigramas, sopas de letras, ve televisión y escucha música de todo tipo de género.

## **N. APRENDIZAJE**

Datos objetivos: El paciente se muestran interesado en su estado de salud, sin embargo se muestra indiferente en aprender a cómo cuidarse por encontrarse en fase de negación hacia su padecimiento.

## **Historia clínica de enfermería**

Se realiza anamnesis a Hugo de 21 años de edad con escolaridad de primaria completa sabe leer y escribir, Soltero. A la exploración física se encuentra lo siguiente: Paciente consiente alerta, con una edad aparente a la cronológica, con facies de intranquilidad, actitud cooperadora a su valoración pero apático en su intervención de autocuidado. Presión arterial de 110/70, campos pulmonares ventilados, FC de 72 por minuto, FR de 20 x minuto. Mucosas semihidratadas. Edema de +. En la N. Nutrición el paciente refiere que come de todo. Realiza sus tres comidas diarias, consume aprox. De 1000 a 1500 mil de líquidos vía oral diariamente. En la N. Eliminación el paciente refiere que evacua la mayor de las veces es diarrea, la micción es 4 veces por día aprox. sin dolor o ardor. Durante su estancia en el servicio de medicina interna refiere que presento cuadro diarreico por 2 días. A la exploración se palpa abdomen blando depresible a la palpación, perístasis presente, con micciones de mediano esfuerzo. A la N. Movimiento y postura se encuentra paciente consiente ambulante, con marcha normal. Se valora buena amplitud y fuerza de movimiento

en miembros superiores y pélvicos. En la N. Descanso y sueño el paciente refiere que duerme muy bien pero despierta por las noches desde las 2 de la mañana por presentar fiebre y dolor en articulaciones. Sin embargo durante el día se encuentra muy bien. En la N. Vestir viste con ropa del hospital, limpia y en buen estado, adecuada para la época y su edad. En la N. Higiene y Protección de la piel el paciente refiere que realiza el baño cada tercer día, el rasurado es cada tercer día. Presenta piel corporal reseca, pero integra, sin presencia de signos de lesión.

En la N. Evitar peligros en la de ambulación por presentar dolor articular. En la N. Comunicación el paciente solo cuenta con su hermana como apoyo para su cuidado, se identifica que nunca existió buena relación familiar al interior de la familia ya que como antecedentes se tiene el alcoholismo y drogadicción que presento desde los 12 años y que actualmente ya se encuentra controlado. Se identifica familia disfuncional con ausencia de redes de apoyo familiar e institucional, lo que dificulta el exitoso seguimiento de régimen terapéutico. N. Creencias y valores refiere profesar religión católica, pero no le agrada acudir a misa. Se encuentra en fase de negación, siente que su enfermedad es un castigo divino. En la N. Trabajar y realizarse actualmente no trabaja debido a su condición de salud y recibe ayuda económica de su hermana. En la N. Recreación su única actividad recreativa es realizar crucigramas, sopas de letras, ver televisión y escucha música de todo tipo de género. En la N. Aprendizaje el paciente se muestran interesado en su estado de salud, sin embargo se muestra indiferente en aprender a cómo cuidarse por encontrarse en fase de negación hacia su padecimiento.

## 5.2 Valoración focalizada

### Creencias y sus valores

Es aquí donde encontramos un grado de depresión avanzada, pues el paciente ya no le encuentra sentido a su vida debido a su padecimiento por ser una enfermedad terminal, por la poca información que ha recibido piensa que ya es muy difícil hacer su vida normal, pues él siente que va a ser rechazado por la gente por ser portador de un virus altamente contagioso. Presenta baja autoestima y pensamientos de suicidio, reclama constantemente a Dios por castigarlo de esa manera, y no cree que esta enfermedad realmente exista en este país.

Actualmente está recibiendo tratamiento con medicamentos retrovirales y ha respondido bien, aunque por las noches presenta fiebre y dolor articular por alteración de su sistema inmunológico, síntoma propio de la enfermedad.

Se muestra apático a querer orientarlo sobre los cuidados que pueden beneficiar su salud, dice que para que aprender a cuidarse si realmente ya le queda poco tiempo de vida, que nunca va a saber lo que es formar una familia, que mujer va querer estar con él si le dice que tiene VIH.

## 5.3 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete jerarquización de problemas

Biometría hematina	Resultado	Unidades	Referencia
Leucositos (WBC)	6.4	$10^3/\text{ul}$	4.0 – 12.0
Neutrofilos %	58.70	%	39.00 -89.00
Linfositos %	28.90	%	11.00 – 54.00
Monocitos %	8.60	%	1.00 – 14.00
Eosinofilos %	3.40	%	3.00 – 6.00
Basofilos %	0.40**	%	1.00 – 2.00
Neutrofilos #	3.70	$10^3/\text{ul}$	1.80 – 7.70
Linfositos #	1.80**	$10^3/\text{ul}$	0.00 – 0.80
Monocitos #	0.50	$10^3/\text{ul}$	0.00 – 0.80
Eosinofilos #	0.20	$10^3/\text{ul}$	0.20 – 0.45
Basofilos #	0.00**	$10^3/\text{ul}$	0.02 – 0.10

Eritrocitos	3.74**	10 <sup>6</sup> /ul	4.60 – 6.00
Hemoglobina	10.90**	g/dl	13.00 – 17.00
Hematocrito	33.60**	%	42.60 – 52.60
Volumen Corpuscular Medio (MCV)	89.80	Fl	83.00 – 100.00
Hemoglobina Corpuscular Media (MCH)	29.20	Pg	28.10 – 32.00
Conc de Hgb Corpuscular Media (MCHC)	32.50	g/dl	32.00 – 34.50
Ancho de Distrib. Eritroc. (RDW)	14.16**	%	11.70 – 13.70
Plaquetas (PLT)	315	10 <sup>3</sup> /ul	150 – 450
Volumen Plaquetar Medio (MPV)	9.10	Fl	7.40 – 10.40

<b>Coagulación</b>	<b>Resultado</b>	<b>Unidades</b>	<b>Referencia</b>
Tiempo de protombina	14.60	Seg	12.50 – 15.90
INR	0.99		0.80 – 1.20
Tiempo de tromboplastina Parcial	29.40	Seg	23.00 – 40.00

<b>Bioquímica</b>	<b>Resultado</b>	<b>Unidades</b>	<b>Referencia</b>
Glucosa	80	mg/dl	70 – 105
BUN	9.5	mg/dl	8.0 – 20.0
Urea (Calculada)	20	mg/dl	10 – 50
Creatinina	0.87	mg/dl	0.70 – 1.20
Sodio	139	mE/dl	136 – 144
Potasio	4.2	mE/dl	3.6 – 5.1
Cloro	105	mE/dl	101 - 111
Calcio	9.90	mg/dl	8.90 – 10.30
Fosforo	4.90**	mg/dl	2.40 – 4.70

Magnesio	2.0	mg/dl	1.8 – 2.5
Bilirrubina Total	0.35	mg/dl	0.10 – 1.00
Bilirrubina Directa	0.06**	mg/dl	0.10 – 0.25
Bilirrubina Indirecta	0.29	mg/dl	0.20 – 0.80
Proteínas Totales	9.05**	g/dl	6.10 – 7.90
Albumina	3.69	g/dl	3.50 – 4.80
Globulina	5.36**	g/dl	2.30 – 3.50
Reacción AG	0.69**		1.50 – 2.20

<b>Urianálisis</b>	<b>Resultado</b>	<b>Unidades</b>	<b>Referencia</b>
Color	Amarillo claro		
Aspecto	Claro		
Densidad	1.020		1.010 – 1.020
pH	5		5 - 7
Leucocitos	Negativo		
Nitritos	Negativo	mg/dl	Negativo
Proteínas	Negativo	mg/dl	Negativo
Glucosa	Negativo	mg/dl	Negativo
Cetonas	5	mg/dl	Negativo
Urobilinógeno	Negativo	mg/dl	Normal hasta 0.2
Bilirrubina	Negativo	mg/dl	Negativo
Sangre	Negativo		Negativo
<b>Sedimento por citometria de flujo</b>			
Leucocitos	6.20	cel/ul	00.00 – 25.00
Eritrocitos	2.10	cel/ul	00.00 – 25.00
Bacterias	20.3	/ul	0 – 2500
Células epiteliales	05.10	cel/ul	00.00 – 33.00

## 5.4 Diagnósticos de enfermería

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras.

El término de diagnóstico de enfermería fue presentado en 1953 por V. Fry para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidados de enfermería. En 1973 (se reunieron por primera vez el National Group for the Classification of Nursing Diagnosis).

<b>Etiquetas diagnosticas</b>		
<b>Problema</b>	<b>Etiología</b>	<b>Signos y síntomas</b>
<p><b>Ansiedad ante la muerte</b></p> <p>Definición: estado en que la persona experimenta aprensión, preocupación o temor relacionados con una amenaza real o imaginada</p>	<p>Confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal.</p>	<p>Informes de pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía</p>
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>La persona comunicará una disminución de la ansiedad o el miedo y compartirá sus sentimientos con familiar respecto a la muerte.</p>		
<p><b>Intervenciones (NIC):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir que la persona y la familia tengan oportunidades para hablar por separado de su comprensión de la enfermedad. Corregir la información errónea.</li> <li>• Dar acceso a información válida sobre la enfermedad, opciones terapéuticas y fase de la enfermedad por parte del profesional responsable de sus cuidados (médico, enfermera especialista clínica).</li> <li>• Analizar con la persona su comprensión de la situación y sus sentimientos ante la muerte.</li> <li>• Fomentar el diálogo con un mentor espiritual o un amigo cercano.</li> <li>• Proporciona a las personas significativas oportunidades para compartir sus</li> </ul>		



percepciones e inquietudes. Informarles que la tristeza es algo esperable y normal.

- La enfermera puede a través de la escucha ayudar a la persona con su crecimiento personal.
- Fomentar actividades de reflexión, como la oración personal y la meditación.

Problema	Etiología	Signos y síntomas
<p><b>Impotencia</b></p> <p>Definición: la experiencia vivida de falta de control sobre una situación, incluida la percepción de que las propias acciones no influyen de manera significativa sobre el resultado</p>	<p>Trastornos debilitantes progresivos secundarios a enfermedades como esclerosis múltiple, cáncer terminal o sida.</p>	<p>Miedo exagerado a la desaprobación.</p>
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>La persona manifestará capacidad para controlar o influir en las situaciones y resultados, evidenciado por la toma de decisiones respecto a sus cuidados, tratamiento y futuro, cuando sea posible.</p>		
<p><b>Intervenciones (NIC):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la comunicación eficaz entre la persona y el profesional de cuidados de la salud.</li> <li>• Dedicar un tiempo específico en cada turno (10-15 min) para que la persona sepa que puede emplearlos para preguntar o discutir los temas que desee.</li> <li>• Permitir a la persona y a su familia expresar sus sentimientos.</li> <li>• Permitir a la persona y a su familia participar en el cuidado.</li> <li>• Insistir en los aspectos positivos cuando la persona tenga miedo a lo peor (reduce el miedo al cambiar la perspectiva y permitir a la persona recuperar el control).</li> <li>• Sugerir grupos de apoyo.</li> </ul>		

Problema	Etiología	Signos y síntomas
<p><b>Riesgo de sufrimiento espiritual</b></p> <p>Definición: riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.</p>	<p>Enfermedad terminal (VIH)</p>	<p>Depresión y ansiedad.</p>
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>La persona expresará resignación y cambiará su perspectiva de vida, expresando serenidad y esperanza.</p>		
<p><b>Intervenciones (NIC):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>• Alentar a la familia a comunicar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</li> <li>• Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.</li> <li>• Alentar una aptitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</li> <li>• Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.</li> <li>• Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado y depresión).</li> <li>• Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.</li> <li>• Proporcionar apoyo durante el proceso de duelo (negación, ira, negociación y aceptación)</li> </ul>		

## VI. Planeación de los cuidados

Existe temor natural en relación con las enfermedades y el SIDA es un ejemplo por sí mismo; es todo origen a reacciones particulares y diferentes a las surgidas según el momento. Cuando se practica la prueba y se obtiene un resultado positivo, o en algunas personas que serán diagnosticadas en primera estancia en el hospital en el centro de salud, este diagnóstico hace surgir inquietudes inmediatas de cómo enfrentar el padecimiento.

La función de la enfermera es de suma importancia porque en la mayoría de las ocasiones es el primer contacto; por lo tanto, es crucial una actitud humana y saber escuchar de forma atenta y respetuosa para ganarse la empatía de la persona.

Así, los objetivos generales son:

- a) Brindar apoyo emocional temporal a la persona afectada, a su pareja, familiares y amigos y canalizarlos con el servicio correspondiente.
- b) Orientar y asesorar al paciente para una atención integral.

Se ha documentado que el proceso de aceptación emocional ante un resultado confirmatorio evoluciona de acuerdo con la atención previa que haya tenido la persona.

<b>Etapas</b>	<b>Actitudes del paciente</b>	<b>Acciones de enfermería</b>
Negación	Etapa de crisis en que la persona NO ACEPTA la enfermedad y no desea hablar de ella.	Deberá escuchar sin juzgar y esperar el momento más oportuno para proporcionar orientación clara y precisa de la enfermedad.
Rabia o enojo	Etapa en la que surgen sentimientos de culpa y resentimiento, en que se pregunta “¿por qué a mí?”	Escuchará a la persona de una manera comprensiva, para que externé sus sentimientos, o mantendrá un respetuoso silencio.
Negociación	La persona busca diferentes	Observará con mayor

	alternativas de tratamiento (religión, homeopatía, herbolaria, esoterismo...).	precisión el comportamiento de la persona a través del diálogo continuo y mostrando disposición.
Depresión	La persona enfrenta la realidad y devalúa su existencia, se encuentra desprotegida, temerosa y triste, aprehensiva, lábil.	Enfatizará que la persona que vive con VIH/SIDA es igual a los demás; debe motivarla y reforzar el valor de vivir.
Aceptación	Etapa en que la persona asume una actitud proactiva ante su enfermedad y tratamiento.	Reforzará el conocimiento de su enfermedad y la importancia del desarrollo de sus actividades cotidianas, basados en su condición personal.

### 6.1 Objetivos de enfermería

- Difundir, educar y comunicar a los integrantes de la familia sobre signos y síntomas de urgencia para evitar enfermedades oportunistas.
- Sensibilizar y orientar a la familia para eliminar el estigma y la discriminación.
- Brindar educación higiénico-dietética fundamentada en la condición socioeconómica y cultural de la persona.
- Explicar la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Apoyo tanatológico que incluye cómo “ayudar a bien vivir”, es decir, ofrecer apoyo, orientación y atención al paciente para mejorar su calidad de vida de acuerdo con sus necesidades.

## 6.2 Intervenciones de enfermería (fundamentación)

- Apoyar al paciente y a la familia durante el proceso de duelo .

Es común que el paciente y/o familia presente temor ante una enfermedad terminal y contagiosa, debido a la poca o mala información que se tiene de la misma, por ello se debe explicar que es el VIH, como se contagia y los tratamientos a seguir. Para brindar una calidad de vida para el paciente y la familia. El apoyo debe ser multidisciplinar, deben involucrarse personal médico, enfermería, trabajo social, tanatólogos, etc.

- Observar si hay dolor y aliviarlo en forma oportuna y de acuerdo con las indicaciones médicas.

Brindar los medicamentos necesarios en horarios específicos para el alivio del dolor, así se mantendrá el confort del paciente y la garantía de conservar la estabilidad fisiológica y emocional del paciente.

- Minimizar la incomodidad.

Hay que mantener el área de estancia del paciente en óptimas condiciones como: cambio de la ropa del paciente, cambio de ropa de la cama, limpieza a su alrededor, proporcionar cojines para el descanso, mantener un ambiente libre de ruidos y proporcionar instrumentos de distracción como pueden ser libros, radio, televisión, etc.

- Acompañar al paciente atemorizado.

Dar apoyo emocional cuando el paciente así lo solicite o cuando se manifiesten signos y síntomas de depresión, con la finalidad de que el paciente no se sienta solo y pueda caer en pensamientos suicidas.

- Permitir que esté rodeado de las personas significativas para él.

Esta acción beneficiara mucho al paciente, porque se sentirá querido y encontrará una forma de motivación para seguir con su plan terapéutico, podrá manifestar sus sentimientos y/o resolver problemas familiares, puede encontrar la paz espiritual.

- Respetar la individualidad del paciente.

Permanecer con el paciente solo cuando él lo pida o cuando se realice alguna intervención, si se realiza algún procedimiento por ejemplo: cambio de ropa, tendido de cama con el paciente, baño de esponja hay que proteger y proporcionar intimidad, cerrando cortinas y en caso de estar en una habitación cerrar la puerta.

- Respetar ritos, usos y costumbres.

Mantener una opinión neutra sobre los pensamientos, ritos, usos y costumbres del paciente favorece a la empatía y la comunicación, garantiza el bienestar social, emocional y espiritual del paciente.

- Tranquilizar al paciente.

Siempre que el paciente tenga una recaída emocional, enseñarle alguna técnica de relajación tanto del cuerpo como de la mente, van desde los más sencillos como son las técnicas de respiración hasta otros más elaborados como son los de visualización. Se dice que 10 minutos de respiración profunda al día pueden ayudar a generar un estado más relajado a lo largo del día.

- Mantener la vía aérea permeable.

En la teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades, respirar con normalidad es la necesidad más importante, porque la falta de oxígeno y exceso de bióxido de carbono en la sangre que resulta de ventilación inadecuada puede matar más rápido que otro problema. La muerte biológica del cerebro ocurre de 4 a 6 minutos sin oxígeno y ventilación.

- Satisfacer necesidades fisiológicas.

De acuerdo a Virginia Henderson las necesidades fisiológicas son: Respirar con normalidad: lo que se mencionaba anteriormente la función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. Comer y beber adecuadamente: el organismo necesita de líquidos y nutrientes para sobrevivir y desarrollarse. Eliminar los desechos del organismo: el organismo debe eliminar los desechos que genera para su buen funcionamiento

## VII. PLAN DE ALTA

Cuidar a una persona con VIH/SIDA no es tarea fácil, significa una gran responsabilidad. Sin embargo, se estima que uno de los mejores lugares en donde se puede atender es en su propio hogar, ya que es factible llevar una vida activa durante periodos prolongados sin permanecer en un hospital.

Estar en casa con frecuencia es más barato, cómodo, familiar y permite al paciente tener control sobre su vida. De hecho, las personas con infecciones vinculadas a esta enfermedad en ocasiones mejoran con más rapidez y comodidad con la ayuda de sus amigos y seres queridos.

Por ello, es preciso informar, asesorar y capacitar a la familia del paciente acerca de las recomendaciones para la atención y el cuidado de la persona con VIH y SIDA en casa.

1. Proporcionar información clara, sencilla y por escrito acerca de:
  - El virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
  - Los mecanismos de transmisión: contacto sexual no protegido; exposición a sangre y derivados; tejidos trasplantados; compartir jeringas; madre infectada por VIH que puede transmitir el virus a su hijo durante el periodo perinatal, vía tras placentaria, sangre, secreciones en el canal del parto o mediante la lactancia materna.
  - Cómo NO se transmite el VIH: a través del aire, alimentos, agua, insectos, animales, platos, cuchillos, tenedores, cucharas, asientos de inodoros o cualquier otra cosa que no sea sangre, semen, fluido vaginal o leche materna. Se puede ayudar a las personas con VIH a comer, vestirse e incluso bañarse sin contraer la infección.
  - Los medicamentos: las precauciones para su administración, efectos secundarios, interacciones con otros fármacos y la importancia de la adherencia al tratamiento.
  - Identificar signos y síntomas de alarma: aparición de tos, fiebre, diarrea, confusión mental, con la finalidad de obtener atención médica oportuna.
  - Cómo ayudar a la persona a cuidar de sí misma tanto como pueda y mientras pueda.

El paciente necesita ser y sentir que es lo más independiente posible, controlar sus propios horarios, tomar sus propias decisiones y hacer lo que desee en la medida de lo posible.

Ayudarlo a diseñar su propio programa de ejercicios y su plan de nutrición, además de consultar al médico con regularidad. Desalentar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas. También es importante mantenerse informado y actualizado sobre los nuevos tratamientos y entender qué se puede esperar de los medicamentos que el paciente toma.

- Ayudar al paciente a cambiar de posición a menudo. Debe abandonar la cama con la mayor frecuencia posible para no perder el tono muscular, prevenir úlceras por decúbito y/o algunos tipos de neumonía.
- Proporcionar apoyo emocional, explicar que se está cuidando a una persona, no sólo a un cuerpo, por lo que atender sus sentimientos también es importante. Cada persona es diferente, por lo tanto no hay reglas acerca de lo que se debe hacer o decir, pero se recomienda: tocarla, abrazarla, besarla, tomarla de la mano para mostrarle cariño y lo importante que es. También ayuda salir juntos, de compras, de paseo en automóvil, a pie alrededor de la manzana o simplemente al parque o jardín para sentarse al sol y respirar aire puro.
- Los bebés y niños con infección de VIH/SIDA, necesitan que los carguen, jueguen con ellos, los besen, abracen, alimenten y que los acunen hasta que se duerman. A medida que van creciendo, necesitan jugar, tener amigos e ir a la escuela, igual que cualquier otro niño. Los niños con VIH siguen siendo niños y necesitan que los traten como cualquier otro en la familia.
- Recomendar que el paciente se abstenga de acudir a lugares muy concurridos con la finalidad de evitar la presencia de infecciones oportunistas relacionadas con su estado inmunocomprometido.
- Evitar el contacto con animales domésticos, por el riesgo de que le transmitan enfermedades.
- Evitar, en la medida de lo posible, que el niño contraiga enfermedades infecciosas especialmente varicela. Si el niño ha estado en contacto o cerca de una persona con varicela, es necesario informar al médico inmediatamente. La varicela puede ser mortal para un niño con SIDA.
- Indicar los requerimientos nutricionales, altos en valor proteico y calórico. Se recomienda descanso y ejercicio moderado.



- Tener a la mano números telefónicos para pedir ayuda o información, datos de los servicios y alternativas gubernamentales y no gubernamentales disponibles en su localidad que ofrecen apoyo a personas con VIH/SIDA o a sus familiares.
- Grupos de apoyo o solicitud de consejería, con la finalidad de interactuar y aprender cómo otras personas manejan el mismo problema; esto con el fin de mostrar que ni el paciente ni la persona que lo cuida están solos.
- La pareja o compañero sexual debe estar informado y tomar precauciones. Realizar prácticas sexuales seguras y protegidas (usar condón de látex o de poliuretano). La decisión de las medidas preventivas a seguir será de la pareja, asesorada por el personal de salud.
- Valorar la conveniencia de evitar el embarazo.
- Las madres infectadas con VIH/SIDA no deben amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de sustitutos de la leche materna.
- NO donar sangre, semen ni órganos para trasplante.
- NO es necesario ni recomendable apartar al enfermo o aislarlo del núcleo familiar, ni utilizar utensilios diferentes.
- La ropa personal y de cama se puede lavar en forma habitual. En caso de ropa con sangre, semen, secreciones vaginales o leche materna, usar guantes para lavar con agua, jabón y cloro, y lavarse las manos cuando retire los guantes.
- En caso de que el paciente sangre por cualquier vía se deben usar guantes desechables para lavar el área con agua, jabón y cloro, además de lavarse las manos al retirar los guantes. Cubrir con gasas y vendar cualquier herida que presente el paciente. Estas mismas medidas deben seguirse en caso de que exista semen, secreciones vaginales o leche materna sobre cualquier superficie.
- Las toallas sanitarias, tampones vaginales, vendas, protectores y otros artículos manchados con sangre, semen, secreciones vaginales o leche materna deben manipularse con guantes y desactivarse con un chorro de cloro en forma directa, guardar en una bolsa de plástico, cerrarla y depositarla en un bote de basura con tapadera.
- NO deberá compartir con ningún miembro de la familia artículos personales o materiales punzocortantes del paciente, como rastrillos, cepillo de dientes, máquinas de afeitar, etcétera.

## 2. Aplicar las siguientes medidas preventivas de protección:

- En caso de utilizar jeringas o agujas para la administración de medicamentos, se recomienda el uso de guantes desechables durante el procedimiento.
- Cuidados en casa (alimentación, medicamentos en horarios específicos, en caso de manifestar datos de alarma acudir al hospital)
- Ayuda psicológica en centro de salud.
- Ayuda espiritual
- Ingreso a la vida laboral o/ y una actividad recreativa

### **7.1 Registro de las intervenciones**

El paciente permaneció cinco días en el servicio de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del 12 al 17 de febrero del 2014. Se le realizó entrevista y valoración en la velada A, las intervenciones se realizaron en este periodo de tiempo, se dio de alta a su domicilio por mejoría. Desde esa fecha el paciente no ha reportado recaídas, por lo que se muestra más animado ante su situación de salud, continuando tratamiento terapéutico multidisciplinario en clínica especializada “Condesa”.

### **7.2 Evaluación de la respuesta a las intervenciones**

El último día que se visitó al paciente, se mostró un poco más animado, pero aun no podía creer lo que le estaba pasando, necesitaba apoyo emocional y familiar, pues en todas las ocasiones que se platicó con él, nunca estaba su familiar, argumentando que tenía que trabajar, ya que se acercaba la fecha para terminar este proceso de atención tomó la decisión de llamar a su teléfono celular para preguntar por su salud, lo escuchó bien y está tomando sus medicamentos, su cuidador primario que es su hermana lo está apoyando ya que desde febrero hasta la fecha no ha tenido recaídas, pasando ya a la etapa de aceptación del proceso de duelo.

### **7.3 Evaluación del proceso**

El proceso de atención de enfermería debería ser especializado y no estandarizado, pero la demanda de trabajo no permite realizarlo en forma óptima, pero aun con esas desventajas se

pudo realizar el siguiente trabajo, se logro un avance en el paciente, pues se le educo y resolvió las dudas de su padecimiento.

### **VIII.- CONCLUSIONES**

Se realizo proceso de atención de enfermería a un paciente con VIH en el servicio de Medicina Interna del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, este paciente se encontraba en depresión profunda debido a su padecimiento, se le encontró apático a las intervenciones de enfermería.

La principal intervención de enfermería es la comunicación, el paciente no se atrevía a hablar de su padecimiento, tenía miedo a ser rechazado y a su vez tenía muchas dudas sobre la enfermedad, no se encontró una buena relación familiar, lo que agravo su estado anímico durante su estancia en el hospital.

La falta de información puede ser la principal causa de contraer enfermedades, el paciente pensaba que el VIH era una enfermedad que solo existía en Estados Unidos, que era imposible encontrarla en nuestro país y desconocía las formas de contagio.

Se logro ganar su confianza y se le pidió autorización para llevar a cabo una investigación, se le aplico un instrumento de valoración, para darle un diagnostico de enfermería, así mismo se procuro aclarar dudas sobre esta patología y romper con mitos relacionados con la misma, por ejemplo; se aclaro que esta enfermedad existe en todo el mundo y no solo en un país, como lo creía el paciente, también se le orienta al personal de enfermería a proteger y protegerse para brindar cuidados de calidad a pacientes con esta enfermedad.

No fue fácil la culminación de este proceso de atención de enfermería, por no contar con el tiempo suficiente y la gran carga de trabajo, se cumplió el propósito de brindar cuidados específicos, de calidad y personalizados, se le ayudo a comprender lo complejo que es la enfermedad y como obtener calidad de vida con los cuidados necesarios, a recuperar su estado de ánimo y llegar a la fase de aceptación en el proceso de duelo.

## IX.- BIBLIOGRAFIA

- Asociación Médica Mundial, “DECLARACIÓN DE HELSINKI. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989; 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996; y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.
- Carpenito Juall Lynda. Manual de diagnóstico de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993. Pág. 29
- Carpenito Juall Lynda. Diagnósticos en enfermería. México: Ed. Harla; 1994. Pág.18
- Carpenito Juall Lynda, Diagnosticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Colombia. Ed. MacGraw-Hill; 2002. Pág.2
- Carpenito Juall Lynda, Planes de cuidado y documentación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1995. Pág.5
- Carpenito Juall Lynda. Manual de diagnósticos enfermeros.14ª ed. Barcelona, España. Lippincott Williams y Wilkins; 2013. Pág.57-61, 471-476, 627-632.
- Hernández Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban Albert M. El conocimiento precientífico enfermero: Fundamentos de la enfermería. Teorías y método. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. Págs. 11-26.
- Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2010, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en: [http://www.who.int/hiv/pub/global\\_report2010/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/global_report2010/en/index.html)
- Iyer P, Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México. Interamericana McGraw-Hill; 1993. Pág.13.
- López P. Proceso de enfermería. México. Ed. Iberoamericana; 1994. Pág. 37-38.
- Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Barcelona. Mosby; 1996 Pág. 6
- Marriner Tomey A, Alligood RM. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Ed. Elsevier; 2007. Pág. 7,16.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Madrid. Ed. Harcourt; 1999

- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- Quiroz Ma Esthela. Hacia una didáctica de la investigación. México: Editorial Aula; 2003. Pág.6
- Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Diario Oficial. México. 19 de junio de 2003.
- Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, (2010), MMWR Dec 17 2010, Vol. 59. No. RR -12 (RR5912).
- Treviño VZ, Sanhueza AO. Paradigmas de investigación en enfermería. Cien Enferm. 2005;11(1):17-24. [En línea] <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n1/art03.pdf>

## X.- ANEXOS

### 10.1 Fisiopatología del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años.

Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido pre-seminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección)<sup>17</sup>; a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados; existe un riesgo laboral pequeño entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus).

La infección por VIH se presenta en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, la fase de la

---

<sup>17</sup> Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, (2010), MMWR Dec 17 2010, Vol. 59. No. RR -12 (RR5912).

infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio, el virus se replica constantemente e infecta los linfocitos T-CD4, que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico en los seres humanos.

Por su parte, el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control al menos por un tiempo, mediante la reposición de células defensivas. Al término de un periodo que se puede prolongar por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, la persona seropositiva queda expuesta a diversas enfermedades oportunistas desarrollando la etapa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

### **Fase aguda**

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la infección en su fase aguda, es decir, son pacientes asintomáticos. Sin embargo, se calcula que entre el 40 y 90% de los casos con infección por VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después.

Durante la fase aguda de la infección, las pruebas tradicionales siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los anticuerpos producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12va semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de carga viral, que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

## **Fase crónica**

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también de latencia clínica porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección.

Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4.

Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar adenopatías y la disminución del conteo de plaquetas en la sangre.

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un plazo de 5 a 10 años.

## **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA.

La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral. Los antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia.



A pesar de los avances científicos y de los buenos resultados obtenidos con las distintas medidas terapéuticas implementadas la infección por VIH-SIDA continúa siendo un grave problema de salud a nivel mundial y es considerado como un tema prioritario dentro de los Programas de Salud Pública de nuestro país.

Para disminuir la morbilidad y mortalidad derivada de la infección por el VIH y mejorar la calidad de vida de los pacientes, y disminuir la incidencia de los casos, es de esencial importancia homogenizar los criterios y procedimientos para la vigilancia epidemiológica de este padecimiento.

En este contexto la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es un elemento fundamental en la lucha contra la enfermedad. Este manual se presenta como un instrumento que permitirá producir información con la calidad adecuada y a través de los análisis realizados, conocer con mayor precisión su distribución y determinantes de riesgos en la población mexicana.

El cumplimiento de los lineamientos y procedimientos para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA establecidos en este Manual es obligatorio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

### **Epidemiología a nivel nacional.**

El modelo 4.47 del Spectrum utilizado por el ONUSIDA, estimó que para finales del 2011 México tendría una prevalencia nacional de VIH/SIDA en adultos de alrededor de 0.24 casos por cada 100 personas de 15-49 años. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 18 de noviembre del 2011, existen 152 390 casos de SIDA notificados, 82.2% (125,197) son hombres y 17.8% (27,193) son mujeres; la relación hombre: mujer del total de casos de SIDA acumulados hasta el año 2011 es de 5:1, siendo de 4:1 en los últimos diez años.

La tasa de incidencia de casos registrados de SIDA del año 2000 fue de 8.6 casos por cada 100 000 habitantes, para el año 2005 de 8.3 y en el año 2010 de 5.3 casos por cada 100 000 habitantes.

Los estados que concentran el mayor número de casos registrados de SIDA son:

- Distrito Federal 24 199 (15.9%)
- Estado de México 16 738 (11%)
- Veracruz 14 048 (9.2%)
- Jalisco 11 351 (7.4%)
- Puebla 7 015 (4.6%)
- Baja California 6 819 (4.5%)
- Guerrero 6 545 (4.3%)
- Chiapas 6 417 (4.2%)
- Oaxaca 5 266 (3.5%)
- Nuevo León 4 320 (2.8%)

Los estados que tienen la mayor prevalencia de casos registrados de VIH/SIDA son:

- Distrito Federal con 1.6 casos por 1 000 habitantes
- Quintana Roo 1.5 casos por 1 000 habitantes
- Yucatán 1.5 casos por 1 000 habitantes
- Veracruz 1.4 casos por 1 000 habitantes
- Campeche 1.3 casos por 1 000 habitantes
- Guerrero 1.2 casos por 1 000 habitantes
- Tabasco 1.1 casos por 1 000 habitantes
- Morelos 1.0 casos por 1 000 habitantes
- Baja California 1.0 casos por 1 000 habitantes
- Chiapas 0.9 casos por 1 000 habitantes.

El grupo de edad de 25 a 44 años concentra el 65.7% de los casos registrados. En el grupo de 15 a 24 años se observa un incremento del número de casos, en 1990 la incidencia registrada de SIDA fue de 2.3 por 100 000 habitantes del grupo de edad, en el año 2000 de 5.0 y en el 2010 de 4.0, lo anterior refleja un incremento del 117.4% entre el año 1990 y el 2000 y del 74% entre 1990 y el 2010.

De los casos registrados de SIDA en que se conoce la vía de transmisión:

- 93.8% de los casos corresponden a la vía sexual
- 4% a la vía sanguínea (incluye transfusionales, usuarios de drogas intravenosas y exposición ocupacional)
- 2.2% a la vía de transmisión perinatal.

En lo referente a mortalidad, en el 2010 se registraron 4 860 defunciones, con una tasa de mortalidad de 4.5 por 100 000 habitantes. En el grupo de edad de 25 a 44 años, se registraron 3 024 defunciones, con una tasa de mortalidad de 9.2 por 100000 habitantes del grupo de edad.

En cuanto a sexo, 3 990 defunciones ocurrieron en hombres, con una tasa de mortalidad de 7.5 por cada 100 000 hombres y en mujeres ocurrieron 870 defunciones, con una tasa de mortalidad de 1.6 por cada 100 000 mujeres. La razón hombre: mujer fue de 4 defunciones en hombres por cada mujer.

Los estados que presentaron las mayores tasas de mortalidad son:

- Tabasco con una tasa de 12.3 defunciones por 100 000 habitantes.
- Quintana Roo con una tasa de 9.8 defunciones por 100 000 habitantes.
- Veracruz 9.4 defunciones por 100 000 habitantes.
- Baja California 8.1 defunciones por 100 000 habitantes.
- Nayarit 6.6 defunciones por 100 000 habitantes.
- Guerrero 6.4 defunciones por 100 000 habitantes.
- Baja California Sur 6.2 defunciones por 100 000 habitantes.
- Yucatán 6.2 defunciones por 100 000 habitantes.
- Tamaulipas 5.7 defunciones por 100 000 habitantes.
- Campeche 5.6 defunciones por 100 000 habitantes<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del SIDA 2010, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en: [http://www.who.int/hiv/pub/global\\_report2010/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/global_report2010/en/index.html)

A pesar de que en los últimos años han aumentado los conocimientos sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de contar con estrategias eficaces de prevención, la epidemia a nivel mundial continúa siendo sumamente dinámica y en aumento. Hasta el momento no se cuenta con un tratamiento curativo, ni con una vacuna eficaz, motivo por el cual se ha convertido en un reto para los servicios de salud de todo el mundo.

Desde 1981, año en que se describió el primer caso de infección por VIH/SIDA, unos 60 millones de personas se han visto infectadas por el virus y de ellas han muerto 20 millones. El ONUSIDA informa que, a nivel mundial, menos de una persona de cada cinco en riesgo de infección por el VIH tiene acceso a los servicios de prevención básicos contra esa infección. Dada la situación anterior, es necesario tener un sistema de vigilancia epidemiológica que permita contar con información oportuna acerca de la epidemia del VIH/SIDA en México y que asimismo, permita evaluar el impacto de las medidas de prevención y control establecido.

En México el VIH/SIDA es un padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica, de notificación obligatoria e inmediata, según lo establecido en los artículos 3o. fracción XV, 13, apartado A, 133 fracción I y II, 134 fracción XIII, 135, 136, 137, 138 y 139 de la Ley General de Salud y lo establecido en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica y la NOM-010-SSA2-2010<sup>19</sup>, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

---

<sup>19</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

## INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

### Datos de identificación:

Nombre: Hugo C. M      Edad: 21 años

Sexo: Hombre      Ocupación: Desempleado

Estado civil: Soltero      Religión: Católica

Escolaridad: Primaria

Domicilio: Calle Jalisco. Col Granjas de Guadalupe Secc B

Unidad de salud donde se atiende: Clínica Condesa y Hospital General "Dr. Manuel Gea González

### Signos vitales:

Respiración: Frecuencia: 20 x'

Expansión torácica: Simétrica

Profundidad: Superficial: Si

Pulso: Frecuencia: 72 x'      Ritmo: Regular

Intensidad: Fuerte

Temperatura: 36.5<sup>0</sup> C      Tensión arterial: 110/70 mm Hg.

Somatometría: Peso: 70 Kg      Talla: 165 cm

Índice de Masa Corporal: 25

Perímetro abdominal: 72 cm

## VALORACIÓN DE NECESIDADES:

### 1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar?: R= No

¿Se ha expuesto al humo de leña?: R= No

¿Ha fumado en algún momento de su vida?: R= Sí

¿Cuántos cigarros al día?: R= 8 cigarros

¿Convive con fumadores?: R= Sí

¿Ha convivido con aves?: R= No

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina?: R= No

¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras?: R=No

¿Su casa está ventilada?: R= Si.

¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa?: R= No

¿Tiene familiares con problemas para respirar?: R= No

¿Le han diagnosticado hipertensión?: R= No

¿Tiene problemas cardiacos?: R= No

¿Tiene familiares con problemas del corazón?: R= No

¿Toma algún medicamento?: R= Sí.

Especifique: Kaletra

### Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos): Campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos e intensos, tórax simétrico.

Dificultad respiratoria: R= No

Fatiga: R= Si,

Tos: R= No

Expectoración: R= No

Coloración de la piel: Palidez generalidad

Llenado capilar: 3 segundos.

Observaciones: Se observa piel integra, pálida y reseca

## **2. Alimentación e hidratación:**

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: R= 1 vaso de Leche, 2 piezas de huevo revuelto, 1 pieza de pan de dulce, 1 manzana o 1 pera.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: R= 1 plato de consomé con verduras, 1 plato de arroz, 1 plato con guisado ya sea de pollo, pescado o res, 2 vasos de agua de fruta y 1 pieza de plátano.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: R= 1 vaso de leche, 1 pieza de pan, 1 gelatina y 1 plato con fruta ya sea papaya o melón.

¿Come entre comidas?: R= No

¿En donde acostumbra comer?: R= En casa

¿Con quién acostumbra comer?: R= Solo

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación?: R= Si

¿Por qué?: R= "No tiene caso que coma, si de todos modos no me voy a recuperar"

¿Cuáles son los alimentos que le agradan?: R= Leche y pan

¿Cuáles son los alimentos que le desagradan?: R= Tortilla y carne de puerco.

¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia?: R= Ninguno

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia?: R= Ninguno

¿Tiene problemas para masticar?: R= No

¿Tiene dentadura completa?: R= Sí.

¿Usa prótesis?: R= No

¿Tiene problemas con su peso?: R= No

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos?: R= Sí.

¿Cuántos vasos de agua toma al día?: R= 1000 a 1500 mililitros

¿Acostumbra tomar refrescos?: R= No

¿Acostumbra tomar café?: R=No

¿Acostumbra tomar alcohol?: R= Sí, antes ya tiene tiempo que no lo hago

¿Toma suplementos alimenticios?: R= No

### **Explore:**

Cavidad oral: piezas dentales incompletas y con presencia de caries en molares superiores.

Región abdominal: Abdomen blando y depresible.

### **3. Eliminación.**

¿Cuántas veces evacua al día?: R= 3 veces

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?:

Esfuerzo para defecar: R= No

Dolor anal al evacuar: R= No

Dolor abdominal al evacuar: R= No

Características del dolor: R= Ninguno

Flatulencias: R= A veces.



Incontinencia: R= No

Prurito: R= No

Hemorroides: R= No

¿Cuántas veces orina al día?: R= 6 veces

¿De qué color es su orina?: R= Amarillo claro

¿Qué olor tiene su orina?: R= No, ninguno

¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?:

Disuria: R= No

Poliuria: R= No

Nicturia: R= No

Retención de orina: R= No

Urgencia para orinar: R= No

¿Usted suda?: R= Si.

¿Cómo es su sudoración?: R= Excesiva

¿Bajo qué condiciones suda?: R= Al realizar actividad física

¿Presenta alguna alteración en la eyaculación?: R= Ninguna

#### **4. Movimiento y mantener buena postura**

¿Tiene algún problema que le dificulte la de ambulación?: R= No

¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria?: R= No

¿Tiene dificultad para moverse?: R= No

¿Utiliza apoyos para desplazarse?: R= No

¿Cuáles la postura habitual relacionada con su ocupación?: R= “Cuando trabajaba era estar de pie casi todo el día, pero ahora solo estoy acostado”.

¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura?: R= Casi 10 horas.

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores: R= Si.

Especifique cuales: R= Dolor articular por las noches.

Movimientos involuntarios: R= No

Le falta fuerza o Debilidad muscular: R= No

Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo: R= Si

Describa: R= Se hinchan las piernas.

Mareos, pérdida del equilibrio o desorientación: R= No

¿Realiza usted alguna actividad física?: R= No

## **5. Descanso y sueño**

¿Usted descansa durante el día?: R= Si

¿Cómo?: R= Me la paso acostado

Después de descansar ¿Cómo se siente?: R= Igual

¿Cuántas horas duerme habitualmente?: R= De 8 a 10 horas

¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: R= No

Dificultad para conciliar el sueño: R= No

¿Se despierta fácilmente?: R= Si.

Sueño agitado: R= Si.

Pesadillas: R= Sí.

Nerviosismo: R= Si.

¿Se levanta durante la noche?: R= Si.

¿Por qué?: R= Me da temperatura y me duelen las articulaciones.

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño?: R= Si.

¿Por qué?: R= Me da un poco de tranquilidad

¿Acostumbra tomar siesta?: R= No

¿Qué hace para conciliar el sueño?: R= Escuchar música

### **Explore:**

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia):

R= Durante la entrevista el paciente se muestra atento, no mostro cansancio ni bostezos.

## **6. Vestido**

¿Qué ropa utiliza cuando?:

Hace frío: R= Chamarras, suéter, pantalones, bufandas.

Hace calor: R= Playeras de manga corta, short, huaraches.

Cuando llueve: R= Paraguas, impermeable.

¿Su ropa le permite libertad de movimiento?: R= Si

¿Expresa sentimientos a través de su ropa?: R= No

¿La ropa que usa usted la elige?: R= Si.

¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo?: R= Si.

### **Explore:**

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza y aliño): Ropa limpia y adecuada a la situación y genero, respuestas de adecuadas y lógicas.

## 7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura?: R= Si

¿Presenta alteraciones de la temperatura?: R= Si.

Especifique: Desde el diagnostico he presentado fiebres por las noches, pero no es siempre.

¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones?:

R= Compresas con hielos, o compresas con agua fría.

### Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,): R= El paciente refiere fiebres principalmente por la noche, pero solo es en ocasiones, provocándole sudoración excesiva.

## 8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña?: R= Cada tres días.

¿Cada cuando se lava el cabello?: R= Cada tres días

Después del baño ¿el cambio de ropa es?: R= Total

¿Cada cuando lava sus manos?: R= Antes de comer y después de ir al baño

¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas?: R= Pies y manos cada quince días.

¿Cada cuando cepilla sus dientes?: R= Dos veces al día

¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental?: R= No

¿Utiliza prótesis dental?: R= No

¿Cuando realizó la última visita al Dentista?: R= Hace un año

¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal: R= No.

## 9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales: R= Si

Esquema de inmunizaciones completo: R= Si.

Toxoide Diftérico: R= Si.

Toxoide tetánico: R= Si.

Hepatitis: R= Si.

Neumocócica: R= No

Influenza: R= No

Rubéola: R= Si

Sarampión: R= Si.

Revisiones periódicas en el último año: R= Si cada tres meses desde que me diagnosticaron VIH.

Exploración prostática: R= No

Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón): R= Si.

Seguimiento del plan terapéutico prescrito: R= Si.

Automedicación: R= No

¿Consumo de drogas de uso no médico?: R= No

Uso de medidas de seguridad:

Cinturón de seguridad: R= Si.

Uso de pasamanos: R= Si.

Uso de lentes de protección: R= No

Aparatos protectores para la audición: R= No

Percepción de su imagen corporal:

¿Cómo se ve, y se siente físicamente?: R= Mal y ya no quiero hacer nada por recuperar la salud

¿Es capaz de dar solución a sus problemas?: R= Si.

¿Es capaz de mantener su seguridad física?: R= Si.

¿Cuenta con las medidas de seguridad?:

En el trabajo: R= Si.

¿Las utiliza?: R= Si

Casa: R= Si.

¿Las utiliza?: R= Si.

¿Percibe algún tipo de sufrimiento?: R= Si.

¿Cuál es la causa?: R= Saber que tengo una enfermedad terminal como es el VIH, que mi pareja sentimental murió por esta enfermedad, pensaba que esta enfermedad solo existía en Estados Unidos, que acá en México no existía.

Observación:

Se observa deprimido, triste y enojado, tenía conocimiento erróneo de esta enfermedad y la muerte de su pareja le afecta mucho.

## **10. Comunicación**

Idioma materno: R= Español

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente?: R= No

¿Afectación verbal?: R= No

Tipo de carácter: Deprimido

Autopercepción: R= Pesimista

¿Tiene dificultad para?

Comprender: R= No

Aprender: R= No

Concentrarse: R= No

Lectoescritura: R= No

¿Cómo es la comunicación con su familia?

R= Sale de su casa desde los 12 años para vivir en situación de calle, ahí se vuelve alcohólico y drogadicto con marihuana y solventes, es capturado por robo y llevado al tutelar de menores y es diagnosticado con VIH, pero él no lo cree, más tarde recae en delito de robo, pero por ser mayor de edad es llevado al reclusorio le vuelven a dar el mismo diagnóstico, siempre vivió separado de su familia y los busco cuando recayó por los signos y síntomas de la enfermedad. Actualmente su hermana mayor le esta brindando el apoyo moral, económico, espiritual.

Observación:

Se observa que Hugo proviene de una familia disfuncional, no menciona a sus padres u otros familiares, solo su hermana y su pareja (que era muchos años mayor que él) que ya falleció.

## **11. Creencias y sus valores**

¿Qué es importante para usted, en la vida?: R= Nada, ya pronto me voy a morir.

¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella?: R= Si, muchos castigos.

¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas?:

R= A estas alturas ya no creo en nada ni en nadie, estoy solo y solo me quedare.

### **Explore datos subjetivos:**

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

a) Lee con frecuencia: R= No solo esta recostado, a lo mucho escucha música.

b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros: R= Nada.

c) Prácticas de oración y rezos: R= Nunca

d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo: R= Cuando menciona a Dios, lo hace con coraje y con resentimiento.

e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias: R= Dice ser católico, pero no da muestra de serlo.

f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual. Describa: R= Se le pregunto que si quería confesarse y se opuso, dice que no tiene ningún sentido.

### **12. Trabajar y realización**

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo?: R= Ninguna

¿Tiene alguna ocupación no remunerada?: R= No

¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación?: R= Si.

¿Cuál?: R= La enfermedad que padezco.

¿Necesita algún cuidado especial?: R= Si.

¿Cuál?: R= Mantenerme lejos de las infecciones.

¿Su limitación es temporal?: R= No

¿Puede trabajar?: R= No

¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia?: R= Sí.

¿De qué tipo?: R= Emocional, necesito a mi hermana



¿A qué atribuye usted la dependencia?: R= Que siempre he estado solo.

¿Esto afecta su estado emocional?: R= Si

¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad): R= Si, no quiero que se enteren de que estoy enfermo y me rechacen.

¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad?: R= No

¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente?: R= Si.

¿Cuál?: R= Hospitalaria, para que me den mis medicamentos.

¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone?: R= Nunca

¿A que lo atribuye?: R= A que no tengo ganas.

¿Cuáles son sus metas de vida?: R= Ninguna, ya no me queda mucha vida.

**Explore:** (actitud)

Se muestra pesimista, no tiene signos de fe, no quiere que sus otros familiares y amigos se enteren de su enfermedad por miedo al rechazo, no encuentra estímulos para vivir.

### **13. Recreación**

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse?: R= Casi nunca.

¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo?: R= A mi enfermedad

¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse?

TV: R= A veces

Música: R= Casi siempre

Fiesta: R= Nunca

Reuniones con amistades y familiares: R= Procuero no estar cerca de ellos.

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto?: R= Siempre

¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo?: R= Si.

¿Qué medicamento le indicaron?: R= Hasta ahorita ninguno.

¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa?: R= Sí.

Especifique:

Ya no tengo animo de nada, si ya pronto voy a morir, no tiene caso que me divierta, prefiero estar solo.

Observación:

Se aísla de familiares y amigos.

#### **14. Aprendizaje**

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos?: R= Sí.

¿Por qué?: R= Para saber más sobre mi enfermedad y no contagiar a mi familia.

¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender?: R= No me cuesta ningún trabajo

¿De qué fuente adquiere conocimientos?: R= Lectura, otras personas, televisión, radio.

¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud?: R= Si.

¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud?: R= Si.

#### **Explore:**

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad)

Manifiesta interés por saber cómo se contagio y como no contagiar a sus familiares.