



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

Intervenciones de enfermería en pacientes con SIDA basado en la teoría de Ruland y
Moore

Autor:

Rosa Selena Lascano Torres

Tutora: Paola Maricela Machado Herrera

Riobamba - Ecuador

2020-2021

DERECHO DE AUTORÍA

El contenido del presente proyecto de investigación corresponde exclusivamente a Rosa Selena Lascano Torres con C.I 180523876-1 como responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de revisión bibliográfica y de mi tutora Lic. Paola Maricela Machado Herrera MsC. Los textos contantes en el documento que proviene de otra fuente están debidamente citados y referenciados. El patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Como autoras, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.



Rosa Selena Lascano Torres

C.I. 180523876-1

Correo: senalascano19@gmail.com

AGRADECIMIENTO

A Dios por su infinito amor que me da sin merecerme, por siempre escuchar mis oraciones y guiar mi camino permitiéndome llegar hasta este momento tan importante.

A mi madre Jaqueline Torres que es la mejor mujer del mundo, un ser excepcional e incondicional para mi durante toda mi formación, con sus palabras de aliento, nunca dejo de creer en mí.

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo por haberme dado la oportunidad de formarme como profesional.

A la Licenciada Paola Maricela Machado Herrera por su apoyo, paciencia, diligencia y valioso aporte en la realización del presente trabajo.

Rosa Selena Lascano Torres

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por su amor infinito, por guiarme y nunca soltar mi mano, dándome la inteligencia y la fuerza para salir adelante siempre.

A mi mamá por ser mi inspiración, mi motor y mi amuleto, por siempre estar ahí orando por mí, si esto es posible, es gracias a ella.

A mi abuelita Rosita por su amor infinito.

Rosa Selena Lascano Torres

INDICE

DERECHO DE AUTORÍA	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	VI
ABSTRAC	VII
Capítulo I. INTRODUCCIÓN	1
Capítulo II. METODOLOGÍA	9
Capítulo III. DESARROLLO	11
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXOS. Tabla1	32

RESUMEN

La presente revisión bibliográfica tuvo el propósito de determinar las intervenciones de enfermería, aplicables en pacientes con SIDA basado en la teoría de Ruland y Moore, enfermedad que representa la etapa más avanzada de la infección por el VIH y se caracteriza por la aparición de algunas infecciones oportunistas u oncológicas vinculados con el virus. Además, esta condición conlleva a una afectación en la esfera física, social y psicoespiritual que repercute en el bienestar del paciente y su familia. Se revisaron 100 fuentes bibliográficas de diferentes bases de datos, en las que se abordaron aspectos referentes al tema; se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, considerando finalmente la totalidad de 77 fuentes bibliográficas, de los cuales 45 fueron utilizados para el proceso de triangulación; obteniendo como coincidencias esenciales de 13 autores para expresión del dolor, 10 autores de experiencia de bienestar; experiencia de dignidad y respeto 11; estado de tranquilidad 4; proximidad de los allegados 6. En base a los resultados se determinó etiquetas diagnósticas e intervenciones con la taxonomía NANDA-NIC que podrían utilizarse en este tipo de pacientes en relación con el modelo de Ruland y Moore.

Palabras Clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Teoría de Enfermería, Atención de Enfermería.

ABSTRACT

The present bibliographic review had the purpose of determining nursing interventions, applicable in patients with AIDS, based on the theory of Ruland and Moore, a disease that represents the most advanced stage of HIV infection and is characterized by the appearance of some infections opportunistic or oncological linked to the virus. In addition, this condition leads to an impairment in the physical, social and psychospiritual sphere that affects the well-being of the patient and her family. 100 bibliographic sources from different databases were reviewed, in which aspects related to the subject were addressed; Inclusion and exclusion criteria were applied, finally considering all 77 bibliographic sources, of which 45 were used for the triangulation process; obtaining as essential coincidences of 13 authors for pain expression, 10 authors of experience of well-being; experience of dignity and respect 11; state of tranquility 4; proximity of relatives 6. Based on the results, diagnostic labels and interventions were determined with the NANDA-NIC taxonomy that could be used in this type of patients in relation to the Ruland and Moore model.

Key Words: Acquired Immune Deficiency Syndrome, Nursing Theory, Nursing Care.

Reviewed by:

Lcda. Diana Carolina Chávez Guzmán

English Professor.

c.c. 0650037955

Capítulo I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, lo que produce un deterioro progresivo, con la consiguiente "inmunodeficiencia", perdiendo así su capacidad de proteger al organismo contra infecciones.^(1,2) Existen factores que predisponen al individuo a encontrarse vulnerable como, el desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva, que conlleva a un embarazo temprano, enfermedades de transmisión sexual(ETS), promiscuidad y uso inadecuado de métodos anticonceptivos (preservativo).^(1,2)

Por lo que, a nivel mundial, en el año 2019 según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) existen alrededor de 38,0 millones de personas con esta afección. Además la OMS refiere que en el año 2018, la prevalencia de las ETS, como el VIH se ha incrementado en los últimos años en países latinoamericanos, que conlleva a altas tasas de morbilidad y mortalidad; estimándose que 2,8 millones de personas viven con esta patología, siendo personas de 15 a 24 años el grupo etario de América Latina y el Caribe.⁽³⁻⁵⁾

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP) reportó para el cierre del año 2019, 37.748 casos de VIH/SIDA en el país, además, la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica refiere que en este año la región costa, registra el mayor número de casos identificados con esta enfermedad con un 74,1%, mientras que la región sierra un 20,3%, la región amazónica 1,93 % y la región insular apenas el 0,11 %. Siendo las provincias con mayor prevalencia: Guayas (30,42 %), Pichincha (20,97 %), Esmeraldas (6,84 %), Manabí (6,69 %), El Oro (5,95%), Los Ríos (4,44%) y Santo Domingo (4,14%).^(5,6)

En este contexto, los factores de riesgo para contraer el VIH incluyen, relaciones sexuales sin protección,⁽⁷⁾ múltiples parejas sexuales, consumo de drogas, compartir agujas o jeringas, pareja sexual con VIH que no se encuentre en tratamiento, tener una ETS; clasificandola a esta infección en cuatro etapas, basada en el recuento de células CD4+; la primera considerada como infección por VIH con un recuento de células mayor de 500 células por microlitro. ^(8,9)

La segunda etapa, con un recuento de células que va desde 200 a 349, la tercera denominada "enfermedad de VIH avanzada" con recuento celular de 200 a 249. Finalmente, la última

etapa “SIDA” con un recuento de células CD4+ menor a 200 o un porcentaje menor a 15% de todos los linfocitos.^{(10,11)(12)} Siendo el SIDA, la etapa más avanzada de la infección y se caracteriza por la aparición de algunas infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el virus.^(10,11,13)

Con respecto a las vías de transmisión, la más frecuente es la sexual en un 97% de los casos, vertical 2% de la madre al hijo ya que una mujer embarazada puede propagar el virus a su feto a través de la circulación sanguínea compartida o por medio de la leche materna.^(14,15) . Con menos frecuencia, el VIH se disemina a través de agujas o de otros instrumentos filosos que estén contaminados, principalmente trabajadores de la salud.⁽¹⁶⁾

Por lo tanto, la vía sexual es el modo predominante de transmisión en todo el mundo, que puede ocurrir cuando las secreciones sexuales infectadas se ponen en contacto con la mucosa oral, genital o anal de otra persona; la infectividad depende de la carga viral que tenga en el momento, a mayor carga viral mayor probabilidad de infectar al compañero sexual.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Además, la presencia del VIH ha sido demostrada en el líquido seminal dentro y fuera de células mononucleares y se concentra particularmente en situaciones en las cuales se encuentra incrementado el número de linfocitos y monocitos en el fluido, dando como resultado diferentes estados inflamatorios genitales, incluyendo la uretritis y la epididimitis.^(20,21)

Así mismo, la transmisión sanguínea del VIH no requiere punción intravenosa, la vía subcutánea, intramuscular son también rutas infecciosas y el menor o mayor riesgo de transmisión depende del tiempo de exposición de las condiciones personales y sociales, así como de la ubicación geográfica. Los estudios multiinstitucionales a gran escala han reportado que el riesgo de transmisión luego de una punción de la piel con una aguja o un objeto cortante, contaminado con sangre de una persona es 0,3% y la profilaxis postexposición puede disminuir la probabilidad de transmisión en un 80%.^{(17,20,22)(19)}

Además, la transmisión de madre a hijo se puede dar a través de la placenta en el embarazo, en el momento del parto o por la leche materna teniendo en cuenta que la transmisión por placenta representa entre el 25%.⁽²¹⁾ En ese mismo contexto, el riesgo de infección perinatal también se reduce a la mitad si se determina el parto por cesárea, así mismo la probabilidad de infección por la lactancia los estudios demuestran que entre el 15% y el 30% de las

mujeres infectadas transmiten el virus a sus hijos, lo cual será dependiente de factores como la duración del período de lactancia y la carga viral de la madre.^(21,23)

Finalmente, la transmisión por otros fluidos corporales, no hay evidencia convincente de que la saliva sea una vía de transmisión del virus y ello puede ser debido a que contiene factores antivirales endógenos como las inmunoglobulinas IgA, IgG e isotipos IgM VIH-específicas cabe recalcar que no hay evidencia de infección ante la exposición a otros fluidos como lágrimas, sudor y orina⁽²¹⁾⁽¹⁸⁾

Para el diagnóstico de VIH/SIDA se utilizan diferentes métodos como las pruebas de tamizaje, basadas en pruebas rápidas de 4ta generación que detecta el antígeno (Ag) p24 y anticuerpos (Ac) para VIH tipo 1 y 2 para diagnosticar infección aguda consideradas estas como métodos directos con una sensibilidad del 99,6 % y especificidad del 99,8 %, cuando esta es positiva se continua con la prueba confirmatoria conocida como el ensayo inmunológico por quimioluminiscencia (CLIA), se practica en laboratorios con equipo y personal capacitado, que determina anticuerpos (IgM, IgG) anti antígeno p24 del virus, teniendo una sensibilidad del 100% y una especificidad del 99.8%.⁽²⁴⁾

Por lo consiguiente tanto los métodos directos y pruebas confirmatorias, detectan la presencia del virus porque están basadas en la amplificación de ácidos nucleicos virales, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y las técnicas cualitativas que miden ARN del VIH (NAT), mismas que han permitido detectar muy bajas cantidades de material viral. El punto de corte para denominar la indetectabilidad es 50 copias/ml, el mismo que puede ser menor dependiendo de la técnica utilizada.⁽¹⁸⁾

Con respecto a las manifestaciones clínicas aparecerán cuando el equilibrio se incline a favor de la destrucción y no de la reposición celular, de manera que lleva al agotamiento del sistema inmunológico, por tal razón, el comienzo de la terapia antirretroviral se debe iniciar antes que aparezcan los primeros síntomas. El hecho de inmortalizar la infección desempeña un rol importante en los reservorios del virus como lo son: cerebro, ganglios linfáticos y células del sistema reticuloendotelial.⁽⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁵⁾

Es así que, López Del Valle en su investigación refiere que la infección por VIH tiene una acción sistémica por los variados efectos que ocasiona sobre las distintas células, tejidos, órganos y sistemas, en forma directa e indirecta debido a los efectos de la inmunosupresión

infectando a las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos y monocitos-macrófagos. Lo que trae como consecuencia una depleción lenta y progresiva de dichos linfocitos a causa de la replicación viral dentro de ellos. Una vez que esta se inicia se inmortaliza en el tiempo, el organismo trata de reponer la mayoría de las células inmunológicas destruidas pero nunca logra toda la cantidad que se destruyó.^(7,26)

La sintomatología principal en pacientes con VIH/SIDA desarrollan alteraciones en la boca entre un 70% a 90% la más común candidiasis oral que puede ser en muchas ocasiones las primeras manifestaciones clínicamente detectables que llevan al diagnóstico, manifestada por el crecimiento excesivo de hongos, constituye un desafío ya que incluye las lesiones blancas o rojas, las cuales pueden ocurrir en cualquier superficie de la mucosa .^(26,27)

Además, las lesiones de mayor frecuencia pueden agruparse según su origen en micóticas, las variedades de formas clínicas de candidiasis y otra micosis poco común, también víricas causadas por los virus herpes mientras que las bacterianas ocasionan periodontitis necrotizante u otras menos frecuentes, con relación a las neoplásicas producen linfomas o el sarcoma de Kaposi.^(28,29)

Por lo que, a medida que la infección va debilitando el sistema inmunitario la persona puede presentar otros síntomas tales como malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna y pérdida de peso, asimismo alteraciones a nivel hematológico como anemia y trombocitopenia, se puede señalar también síntomas linfadenopáticos que pueden disminuir los ganglios linfáticos; en cuanto a los respiratorios producen tos seca persistente y en relación a los digestivos causan diarrea con duración más de un mes.^(30,31)

Además, se menciona problemas dermatológicos como, dermatitis, herpes simple, zóster y verrugas genitales; con referencia a los neurológicos; poli neuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica. Tienen un problema muy importante con su imagen corporal que está alterada por la caquexia, úlceras de decúbito, debilidad, rápido progreso de envejecimiento, pierden la dignidad y la independencia. El 50% padece deterioro intelectual, a veces con confusión, desorientación afectiva, pérdida de la memoria, ataxia en la marcha, incontinencia de esfínteres, etc.⁽¹⁹⁾

El sida es la fase final y más grave de la infección por el VIH, puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y algunos tumores raros que desde el punto de vista inmunológico estos representan una inmunodepresión severa, con una depleción muy notable del número de linfocitos CD4.⁽³¹⁾⁽³²⁾

Cuando una persona es diagnosticada de SIDA el único tratamiento es la atención paliativa especializada para personas que enfrentan esta patología, su objetivo es mejorar la calidad de vida, estos cuidados los pueden recibir a cualquier edad y en cualquier etapa de su enfermedad, pero con más énfasis en la etapa final y va en conjunto con el tratamiento farmacológico principalmente la analgesia.⁽³³⁾

El alivio del dolor es primordial en pacientes con SIDA, este síntoma siempre es subjetivo y se debe recibir la mejor ayuda posible, sin embargo, existe un temor debido a la probabilidad de crear dependencia a los analgésicos, ya que el dolor en esta patología es intenso y de diferentes fuentes y cada una debe ser tratada. Además, esta sintomatología se relaciona con depresión y ansiedad, por ende se afectaría la esfera psicológica y por ello es importante la integración de la familia para que el paciente no se aisle y deteriore su condición.⁽³³⁾

Es así que, debido a la intensidad del dolor las dosis de analgésicos son variables y rápidamente se llega a los opiáceos, que tiene como reacciones adversas las náuseas, diarrea y estreñimiento, para lo cual, se implementara otros fármacos orales para disminuir los síntomas gastrointestinales. Es necesario tomar en cuenta que por las afecciones bucales de enfermedad existirá problemas de deglución, apareciendo una pérdida de peso debido al dolor al alimentarse que afectará a su balance nutricional e imagen corporal y su autoestima, para lo cual será necesario el apoyo psicológico, la proximidad de sus allegados y suplementos vitamínicos y micronutrientes.^(33,34)

Por lo cual, las enfermedades oportunistas provocan síntomas como malestar, debilidad, fiebre y debido la gravedad del paciente requerirá hospitalización en el cual su tratamiento será sintomático, y en ciertos casos puede presentar trastornos cerebrales manifestados por demencia, falta de concentración, pérdida de memoria, insomnio; y todas estas alteraciones suelen ser progresivas e irreversibles.⁽³⁴⁾ Finalmente, el accionar de enfermería es esencial

para ayudar a una muerte tranquila y menos dolorosa para el paciente y traumática para la familia.

Si bien es cierto la supervivencia de las personas con VIH se ha incrementado significativamente tras el inicio del tratamiento antirretroviral sin embargo, sigue siendo motivo de preocupación los niveles de mortalidad en algunos países, según estudios muestran que ciertas infecciones oportunistas siguen siendo extremadamente difíciles de combatir y continúan como causas importantes de mortalidad y otras causas prevenibles siguen ocupando un lugar prevalente entre las muertes.⁽¹⁸⁾

Según Villanueva a partir del diagnóstico de esta enfermedad, la persona entra en un cuadro negativo respecto a sí mismo, a su vida y su entorno, siendo susceptible a convertirse en una persona solitaria, alejada, vulnerable para afrontar un nuevo estilo de vida. Después comienza un proceso de asimilación y afrontamiento psicológico que, dependiendo de los recursos personales y sociales, pueden derivar en problemas como: depresión, trastornos adaptativos y de identidad, culpabilidad, disminución de la autoestima, alteraciones en las relaciones sexo-afectivas, etc. También puede existir dificultades socio-laborales como: discriminación en el ámbito del trabajo, tendencia al aislamiento social reduciendo así los contactos con la red social y familiar.⁽¹⁴⁾⁽⁸⁾

Por lo tanto, el SIDA despoja al paciente de su autonomía psicológica, el control de sus emociones, su identidad y autoestima, desde el inicio sobresalta al sistema nervioso en diversas formas, manifestándose con alteraciones de atención, memoria, función ejecutiva, y en casos de fases avanzadas de la enfermedad, cuadros complejos de demencia.

En tal sentido, el presente trabajo sustenta las intervenciones de enfermería con base a la teoría de final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, que contemplan y atiende a un conjunto amplio y diverso de problemáticas, abarcando la atención en el estado de ánimo, alivio del dolor, bienestar espiritual y la relación con sus seres queridos, explorando la esfera psicológica ampliamente en el transcurso de la enfermedad, así como el afrontamiento e integración en el mundo sociolaboral.

Aguirre y Rodríguez indican que el modelo del final tranquilo de Ruland y Moore se enfoca en crear una experiencia de bienestar tanto físico y psicológico ante la muerte, brindado

cuidados para disminuir las molestias y proporcionar sentimientos y pensamientos positivos, además incentiva al individuo a la participación social siempre y cuando sea posible.⁽³⁵⁾

La teoría de Ruland y Moore trabaja explícitamente en la experiencia del personal enfermero y en el manejo de sus emociones, para lograr que los pacientes puedan tener una experiencia de calma y paz. También se establece la relación entre las emociones de los profesionales de enfermería y la tranquilidad que pueden transmitirle a los pacientes que se encuentran en la fase terminal de su enfermedad, al realizar los cuidados necesarios.⁽³⁵⁾

La evaluación de este modelo de enfermería se basa en la calidad de vida, mediante la observación de criterios como las relaciones interpersonales, el manejo de las emociones de los profesionales de enfermería, además de sus preferencias sobre los cuidados de salud, este modelo describe cinco fases como: ausencia de dolor, sentimiento de bienestar, experiencia de tranquilidad, dignidad y respeto, así como la proximidad a los allegados como conexión a seres que se preocupan expresado por relaciones afectuosas.⁽³⁵⁾

La primera fase, corresponde a la ausencia de dolor, que se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a una lesión física potencial o real esta sintomatología constituye parte fundamental en la experiencia de muchos pacientes con esta patología que al aliviar esta enfermedad está libre de sufrimiento o molestia sintomática. Como segunda fase se encuentra la experiencia de bienestar esta se define como el alivio de las molestias proporcionando al paciente un estado de relajación y satisfacción tranquilo, de la misma forma todo lo que hace la vida fácil o placentera.^(36,37)

Tercera fase experiencia de dignidad y respeto afirma que todo paciente terminal se respeta y se aprecia como un ser humano resaltando el valor del individuo, de esta manera expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, establece que deben tratarse como entes autónomos que tienen derecho a protección en todo momento hasta el final de sus días.^(35,37)

La cuarta fase corresponde al estado de tranquilidad es un sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación, preocupaciones y miedo, un estado tranquilo incluye la dimensión física, psicológica y espiritual. Y finalmente, quinta fase proximidad de los allegados, afirmando que proximidad es el sentimiento de estar conectado a otros seres

humanos que se preocupan, implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas^(37,38)

En la presente revisión bibliográfica se planteó como objetivo principal analizar los planteamientos de diversos autores en diferentes artículos en relación a las intervenciones de enfermería en el paciente con SIDA basado en la teoría de Ruland y Moore y como objetivos específicos, determinar las características del paciente en relación a cada fase de la Teoría del Final Tranquilo de la Vida, además identificar las principales intervenciones de enfermería y proponer diagnósticos e intervenciones de enfermería basado en las Taxonomías NANDA – NIC.

Por consiguiente, la presente revisión bibliográfica comprende artículos y documentos científicos de los últimos diez años, que abordan los temas: cuidado de enfermería en paciente con SIDA y su relación con el modelo de Final tranquilo de la vida. La búsqueda realizada ya que se evidencia no solo como un problema de salud pública en el Ecuador sino también en América Latina y el mundo por las altas tasas de atención a pacientes, por lo tanto, el trabajo de investigación brindará los siguientes aportes:

Al profesional de enfermería, que mantenga como referencia los cuidados a realizarse en el aspecto físico, social y psicoespiritual en la atención al paciente con SIDA, a través de la utilización de un plan de cuidados estandarizados con posibilidad de individualización; garantizando una mejor calidad de vida al paciente en su etapa final con la proximidad de sus allegados.

A la carrera: Permite proporcionar una fuente de consulta y apoyo a los estudiantes de enfermería y personas interesadas, respecto a la atención del cuidado del paciente con SIDA, fundamentado en la Teoría de Ruland y Moore.

Capítulo II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio tipo documental, mediante una revisión sistemática de documentos publicados en base al tema propuesto, con el objetivo de analizar diversas investigaciones con relación a las intervenciones de enfermería en pacientes con SIDA. Obteniendo como resultado de la búsqueda 100 artículos científicos, que para su selección se tomó en cuenta libros, tesis, páginas web, guías de práctica clínica y revistas indexadas de las bases de datos electrónicos de plataformas digitales registradas a nivel mundial como fuente confiable de almacenamiento y reposición de contenido científico, mismas que al aplicar criterios de inclusión y exclusión, la población de estudio quedó conformada por la totalidad de 77 fuentes bibliográficas

La búsqueda se realizó en el período diciembre 2020 – abril 2021 mediante la revisión y el análisis en bases de datos nacionales e internacionales como: Google Académico, Biblioteca Virtual en Salud, Scielo, las mismas que permitieron el acceso a diferentes páginas y revistas indexadas: Redalyc, Elsevier, MedLine, Scopus, Proquest, PubMed, Revista Cubana, Lilacs, igualmente en páginas web oficiales de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA).

Criterios de inclusión:

Documentos publicados en el idioma de español e inglés, se incluyeron aquellos artículos de abordaje metodológico diverso que en su contenido posean resumen, introducción, datos estadísticos, definiciones, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, tratamiento, cuidados de enfermería, teoría de Ruland y Moore

Al menos el 50% publicados en los últimos 5 años en el caso de artículos y 10 años para libros, disponibles en el formato de texto completo.

Los criterios de exclusión constituyeron documentos que no guardaron relación con la temática desarrollada, artículos incompletos o que no disponían de acceso gratuito al texto completo, libros, protocolos, investigaciones relacionadas a la teorizante publicados en años inferiores al 2018.

La estrategia utilizada para la selección de los artículos incluidos en esta revisión, se han establecido distintas cadenas de búsqueda definidas en las diferentes bases de datos ya mencionadas, utilizando los operadores booleanos “AND”, “Y”, “OR”, “O”, mismas que al aplicarlas a la temática quedaron conformadas de la siguiente manera:

- ✓ Paciente SIDA / SIDA patient
- ✓ SIDA / SIDA
- ✓ Calidad de vida / Quality of life
- ✓ Complicaciones / Complications
- ✓ Impacto / Impact
- ✓ Enfermería/ nursing/ Enfermagen
- ✓ Teorizante / Theorist
- ✓ Cuidados paliativos / Palliative care
- ✓ Tratamiento / Treatment

El análisis para la elaboración de la investigación se realizó en dos etapas: la primera donde los artículos recopilados fueron leídos y analizados para seleccionar la muestra de acuerdo con aspectos como: objetivos, metodología, resultados y conclusiones, obteniendo como resultado una muestra de 77 documentos.

En la segunda, se desarrolló una triangulación con la información recopilada; en la que se construyeron tablas donde se expone las intervenciones de enfermería en el paciente con SIDA; así como el registro de cita de escritores, que coinciden en cuanto a las intervenciones de enfermería en pacientes con SIDA.

De los 77 artículos revisados, se emplearon 32 para la elaboración de la introducción, planteamiento del problema y 45 para la triangulación; 13 autores para expresión del dolor, 5 de ellos Scielo, 2 tesis de investigación, 5 google académico y 1 de Elsevier; 10 autores de experiencia de bienestar, de ellos 7 google académico, 2 Scielo, 1 Elsevier; dignidad y respeto 11 de cuales 8 google académico, 2 Elsevier y 1 Scielo; estado de tranquilidad entre ellos 4 de google académico y 1 Elsevier; proximidad de los allegados 6 de los cuales 5 google académico y 1 Scielo; 1 libro de la Fundación San Juan de Dios.

Capítulo III. DESARROLLO

Cornelia M Ruland y Shirley M. Moore proponen el modelo del “Final tranquilo de la vida” que consiste en brindar cuidados al enfermo terminal para que consiga una muerte digna y tranquila que incluye cinco componentes esenciales: ausencia de dolor, experiencia de bienestar, experiencia de dignidad y respeto, estado de tranquilidad y proximidad de los allegados.⁽³⁷⁾

Es así que en relación a la fase ausencia del dolor, Pereira, Paredes, Serafim, Hortense, coinciden que el dolor es una experiencia desagradable tanto sensorial como emocional que se asocia a una lesión y que el 95% de los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) lo perciben, principalmente dolor que pueden ser muscular, articular, digestivo y neurológico.^(39,40)

Por otra parte, García menciona que, durante esta etapa final de la enfermedad, el dolor es la principal causa de consulta. Además, que trae consigo otras comorbilidades como depresión, trastornos del sueño, inmunosupresión, lo que causa que los pacientes se aíslen y no deseen interactuar con su medio social, afectando a la calidad de vida del paciente de una manera considerable.⁽⁴¹⁾

García, Arajuno coinciden también, que el dolor acompaña notablemente en su estado emocional y lamentablemente es el síntoma más temido en el proceso de morir, volviendo al dolor perjudicial es esta etapa de la patología porque en cuanto peor es el ánimo del paciente más efectos secundarios desarrollará porque su umbral del dolor se reducirá y percibirá el mismo con mayor intensidad.^(41,42) Al respecto, el cuidado activo e integral en los pacientes se debe enfocar en el alivio del dolor considerando los síntomas acompañantes como problemas psicológicos, sociales y espirituales para alcanzar la máxima calidad de vida posible y por ende una muerte digna.^(41,42)

Dentro del tratamiento no farmacológico, Paredes y Pereira coinciden que el masaje con crema hidratante en zonas sensibles como la región sacra, talones, dorso de los brazos, y codos ayudará a disminuir la posibilidad de desarrollar úlceras por presión, además que previenen la aparición de dolor, deformidades y atrofia muscular especialmente si el paciente se encuentra encamado.^(39,40) Sin embargo, García Andreu afirma que las medidas físicas como calor o frío local, provocan una estimulación nerviosa eléctrica los masajes son terapias que se emplean en fisioterapia y que se pueden aplicar en casa con facilidad.⁽⁴¹⁾

Además, la acupuntura en el que Pita y colaboradores afirman que el primer beneficio de esta técnica es el alivio del dolor mediante la estimulación de las agujas desencadena una serie de impulsos o calambres y activa el sistema de péptidos opioides endógenos de nuestro cuerpo tales como las endorfinas, encefalinas, dinorfinas y neoendorfinas y estas actúan a nivel medular en el núcleo sensitivo trigeminal específicamente, y bloquea la transmisión de impulsos doloroso además que los mismo causan un efecto antiinflamatorio.⁽⁴³⁾

Mientras tanto, Gutiérrez Martínez afirma que la musicoterapia provoca numerosos efectos que influyen prácticamente a todas las facetas del individuo, lo cual contribuye a que sea una de las técnicas que más favorecen la sanación y el desarrollo holístico, destacando además su carácter no invasivo ya que puede captarse de forma más directa y eficaz que otros estímulos, provocando distracción y relajación.⁽⁴⁴⁾

De la misma manera, García, López, Cañizares, reconocen que los beneficios de la musicoterapia a nivel fisiológico proceden efectos relajantes porque libera dopamina, genera respuestas positivas y reduce el dolor; además de efectos psicosociales como minimizar pensamientos negativos propios de la patología como la cercanía a la muerte, retrasa la aparición de vómito y náuseas, mejora la autoestima y la interacción social, reduce la depresión. Todo esto porque la musicoterapia llega de manera efectiva al dolor y al sufrimiento de la persona moribunda consiguiendo paz y tranquilidad.⁽⁴⁵⁾

También se encuentra la meditación, que según Ursa J. menciona que es una actividad intelectual en la que se busca lograr un estado de atención centralizada en un pensamiento o sentimiento, para así liberar la mente de pensamientos nocivos. Por otra parte, Yanchaliquin Ramos afirma que la reflexología podal consiste en la estimulación de una región diferente a la que se encuentra afectada, con el fin de generar funciones reflejas favorables y esta es ideal para alivio de dolores posturales, lumbalgia, cervicales, articulares y problemas digestivos.^(46,47)

Con respecto al tratamiento farmacológico, Villanueva Salva menciona el uso de analgésicos de base como aspirina, codeína y morfina. Los otros medicamentos son alternativos, así mismo se puede combinar aspirinas con analgésicos opioides, pero nunca se deben utilizar dos analgésicos opioides. Es necesario que al momento de usar opioides también debe utilizarse laxantes, y antieméticos.⁽⁴⁸⁾

No obstante, García Andreu menciona el uso de neuromoduladores, como algunos antidepresivos y algunos anti convulsionantes, ha demostrado ser muy útil en algunas patologías de dolor crónico, particularmente cuando presentan dolor neuropático. Finalmente, los fármacos intratecales desde hace varias décadas en pacientes que no han progresado con todo lo anterior, se pueden implantar bombas para administración de drogas intratecales, principalmente morfina, bupivacaina y clonidina o estimuladores de cordones posteriores de médula espinal. ⁽⁴¹⁾

La segunda fase corresponde a la experiencia de bienestar donde Lumbreras afirma que el ser humano es un ser espiritual, por lo tanto, tiene necesidades espirituales, que se manifiestan de forma intensa en personas que se encuentran cerca del final de la vida. Destacándose como principales, la búsqueda del sentido de la vida, amar y ser amado, necesidad divina, acompañamiento espiritual y la reconciliación con la vida. Es por ello que la atención espiritual proporcionada por las enfermeras/os influye de manera positiva en el bienestar psicológico, el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes terminales con SIDA, porque promueve la capacidad de encontrar un significado a la situación vivida y potenciando el afrontamiento frente a la enfermedad. ⁽⁴⁹⁾

Además, Astudillo Alarcón y Mendinueta Aguirre coinciden que a medida que la enfermedad avanza y las molestias físicas se agravan suceden 4 cosas: conforme se acerca un paciente a la muerte se vuelve cada vez más desinteresado por la comida, y en menor medida por la toma de líquidos; los inapetentes son incapaces de disfrutar de una comida abundante; sus necesidades calóricas son ahora mucho menores y, no está comprobado que una terapia nutricional agresiva en esta etapa pueda mejorar su calidad de vida. ⁽⁵⁰⁾

Por tal razón es importante la comunicación con los pacientes en esta etapa de la enfermedad, ya que según, Bátiz Cantera añade que a través de esta acción se controlaría mejor el dolor, ansiedad y depresión; porque si él enfermo se siente escuchado con atención, tal vez precise menos dosis de calmantes o de antidepresivos buscando el confort físico, mental y espiritual, tomando en cuenta que el sufrimiento que describe el paciente. ⁽⁵¹⁾

Desde el punto de vista psicosocial Cabrera y Arteta afirma que las dificultades psicosociales y cognitivas ocasionadas por la enfermedad unidas a la debilidad muscular al final incapacitan al paciente con sida, tanto mental como físicamente, para realizar las actividades de la vida diaria. Y más del 50% de personas experimentan ansiedad, debido a la

preocupación por las dolencias y al avance de la enfermedad, además presentan insomnio puesto que solo suelen descansar de tres a cuatro horas con interrupciones.⁽⁵²⁾

El personal de enfermería debe estar capacitado para conseguir una experiencia de bienestar positiva en el paciente, según Lumbreres menciona que aplicar las estrategias de counselling para atender las necesidades espirituales, es la más recomendable, puesto que esta técnica se basa en una relación de ayuda, en la que el profesional intenta estimular y capacitar al paciente conseguir su bienestar espiritual.⁽⁴⁹⁾⁽⁵³⁾

Es así que, Astudillo Alarcón y Mendinueta Aguirre coinciden que una buena higiene corporal y el cuidado de su apariencia externa para que se presente ante los demás en la mejor forma posible, son muy eficaces para evitar el aislamiento y aumentar su equilibrio emocional y autoestima, en particular cuando ya no sea capaz de controlar sus secreciones corporales o desarrolle otras características socialmente ofensivas.⁽⁵⁰⁾

Además, añaden que el masaje delicado produce relajación y es un medio poderoso para mejorar la comunicación, comodidad física y psicológica del paciente porque reduce su ansiedad y modifica la respuesta al estrés, pero no se hará en zonas de tejido edematoso que son más frágiles, y defienden que es preciso evaluar en todo enfermo las causas tratables de falta de apetito como la boca seca o inflamada, náuseas, estreñimiento, reacciones indeseables de medicación, dolor, depresión y detectar sus dificultades para deglutir a fin de procurar su alivio.⁽⁵⁰⁾

Así como el ejercicio físico que, según Aguilera, Campos López y González Eslava manifiestan que es un hábito de vida saludable, para que el paciente se motive y acepte su condición. Asimismo, para contribuir a su bienestar es necesario crear un ambiente que facilite la confianza y fomentar la escucha activa de las personas que le rodean es decir de amigos, familia y personal de salud.^(19,54)

De acuerdo con Bátiz Cantera la escucha activa es importante para que el enfermo pueda hablar sin interrupciones y expresar sus pensamientos. A veces, lo que necesita el paciente es que estemos a su lado en silencio, atendiéndole, acogiendo lo que expresa; intentando no cambiar de tema hasta que él lo haga ni dar consejos precipitadamente, ya que será la relación será más satisfactoria si se facilita que sea él quien llegue a sus propias conclusiones. Tomando en consideración que, al responder las preguntas del paciente, estas deben ser realistas y alcanzables.⁽⁵¹⁾

De igual importancia, según Paci la integración de la familia, para que, con las orientaciones del personal de salud participen con el paciente en la asistencia a la alimentación, higiene, cuidados directos al enfermo, cambios posturales, hábito de vacunación, curaciones, entre otros.⁽⁵⁵⁾

Finalmente, Ugarte afirma que el cuidado de la familia y el rol social en general es fundamental para preservar la salud física y psicológica. Añade que la práctica como el yoga, la meditación y la acupuntura mejoran el estado de ánimo y disminuyen la ansiedad y el insomnio.⁽⁵⁶⁾

La tercera fase, experiencia de dignidad y respeto; Tapia, Ulloa mencionan el valor de la persona como principio ético y de respeto, con protección a aquellas que dependen de los demás; asistiendo al que sufren desestructuración temporal o duradera expresado por el principio de respeto a las personas, que establece que son entes autónomos y tienen derecho a protección hasta el último día de su vida.⁽⁵⁷⁾

Zurriaráin, menciona, morir con dignidad supone vivir dignamente hasta el último momento, considerando al enfermo como ser humano respetando sus creencias y valores en cualquier circunstancia.⁽⁵⁸⁾ Por lo que, dentro de las actividades vitales para el cuidado, se debe incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones, escuchar a la persona de una manera comprensiva, motivarla, reforzar el valor de vivir, estar atento a las necesidades, deseos, preferencias expresadas por el paciente y proporcionar apoyo emocional.^(53,58)

Duque, Tovar, Luna pronuncian, se debe garantizar un cuidado humanizado de tal manera que los pacientes en etapa terminal sean considerados como persona autónoma y merecedora de respeto independientemente de su condición de salud. Sin embargo, los cuidados se enfocan para mantener una esperanza cualquiera que esta sea, permitir expresar a su manera sus sentimientos y sus emociones por lo que respecta al acercamiento de su muerte, sensibilizar y orientar a la familia para eliminar el estigma y la discriminación, recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte, así como morir en paz y con dignidad sin que se prolongue la agonía innecesariamente cuando ya no haya posibilidades de recuperación.^(59,60)

Igualmente, Gilberto de Jesús Betancourt, señala que la dignidad en la etapa final de la vida constituye un derecho del ser humano, proporcionando cuidados paliativos de calidad. Una muerte digna significa considerar a los pacientes terminales o moribundos como personas

responsables, con sentimientos y capacidad de tomar sus propias decisiones.^(61,62) La realización de las actividades de vida tales como procurar resolver sus asuntos, tomar en cuenta sus disposiciones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse, facilitar el apoyo espiritual, de acuerdo a la fe que profesa, si lo desea. El paciente debe recibir verdadera información acerca de las decisiones y procedimientos que le afecten a él y a su bienestar y debe consentirlos antes de que se lleven a cabo.^(61,63)

Así pues, Cobbs y Blackstone refieren, que se debe respetar al paciente mientras este llega a su fin, aliviando su sufrimiento y proporcionan los medios para una muerte tolerable. Paliar es mitigar el sufrimiento, reafirmando la importancia de la vida, pero aceptando que la muerte es una realidad humana.⁽⁶⁴⁾ Promover la intimidad: del paciente y sus familiares. La familia es un factor fundamental de apoyo, permitir el acompañamiento durante su etapa terminal. Aconsejar a los allegados en lo posible que el paciente pase sus últimos días en la propia casa, su entorno, y no en un espacio extraño, como un hospital o residencia de personas mayores.^(64,65)

La cuarta fase pertenece al estado de tranquilidad, por lo que, De la Fuente, manifiesta que brindar al paciente terminal la mayor tranquilidad posible desde un aspecto físico, psicológico y espiritual, así como sentido y significado al final de la vida. Siendo esta una sensación experimentada por las personas en un 75%, quien demuestra aceptación de su condición y/o referencia a la comodidad de la mente y el cuerpo es un estado positivo.⁽⁶⁶⁾

Conforme a ello, Martínez y Ramos en su estudio sostiene que el alivio, tranquilidad y transcendencia ayudan a proporcionar un mejor estado en el paciente de forma física, refiriéndose a las sensaciones corporales; psicoespiritual que es la conciencia interna del ser humano, significado que cada quien da a la vida y puede abarcar la relación que se tenga con un ser de orden superior; elementos naturales y socioculturales a través de las relaciones personales, interpersonales y las tradiciones familiares.⁽⁶⁷⁾

Según un estudio realizado por la Hinojosa y Vázquez, afirma que es conveniente que la familia incorpore la idea de que el tiempo se acaba y lo tiene que aprovechar para despedirse, para decir o hacer aquello que le gustaría a su familiar como: ver fotografías juntos, la lectura de algún texto de su agrado, ver novelas o libros religiosos, centrándose en los elementos positivos de los recuerdos. Esto da un sentido a su vida y le reconcilia con el

pasado. Poner en manifiesto los sentimientos mediante: caricias, masajes, abrazos, tomarlo en brazos, acostarse junto a él. ⁽⁶⁸⁾

Al final cuando el enfermo está desorientado o inconsciente, conviene seguir la comunicación con él, tocarle, acariciarle, hablarle, situarle en la actividad de la casa, horario, personas que le visitan, hable con voz clara y tranquila, y recuérdale a la persona el tiempo, el lugar y las personas presentes. Esto puede ayudar a reducir la confusión y la desorientación. ⁽⁵¹⁾

La última fase, proximidad a los allegados; Astudillo Alarcón y Mendinueta Aguirre menciona que el paciente en etapa terminal no desea estar solo y parece apreciar enormemente la compañía de sus seres queridos, así como participar en expresiones físicas de afecto tales como abrazos o besos. No se puede valorar en toda su extensión el bien que se le hace al sujetar su mano, tocar su hombro, colocar mejor su almohada, secar su frente y tratarle con amabilidad. ⁽⁵⁰⁾

Además, añaden que los cuidadores más próximos tienden a sentirse más cansados o estresados, particularmente en la fase final, siendo preciso evaluar la situación, su red de soporte y hablar con ellos, empezando por decirles que se reconocen las dificultades que están atravesando y los problemas que se suelen constatar en estos casos para facilitar la expresión de sus preocupaciones. ⁽⁵⁰⁾

Por otro lado, Consuegra y Fernández menciona que todo paciente tiene derecho a estar acompañado en la fase terminal de su vida por familiares, conocidos o incluso personas ajenas que puedan ofrecerles auxilio espiritual, siempre de acuerdo con las preferencias del afectado y si ello no supone un riesgo para su salud. Este derecho universal se incluye en las bases de los cuidados paliativos, que buscan, además de controlar los síntomas del paciente, aliviar su malestar psicosocial y espiritual, y el de sus allegados; el fin último reside en asegurar la calidad de vida de todos ellos. ⁽⁶⁹⁾

Por consiguiente, Arajuno Muñoz establece que en la enfermedad terminal la familia percibe la amenaza de cambio en la estructura familiar y en su dinámica, lo roles de cada miembro familiar cambia, así como las rutinas y prioridades. “A nivel emocional, los miembros de la familia sufren, se sienten impotentes, confusos, culpables, ambivalentes... todos los sentimientos que se activan ante una pérdida, la de la salud, y la amenaza de la muerte”. La familia también tiene que pasar su ciclo de adaptación ante la enfermedad avanzada terminal

de su ser querido Por lo que todos los miembros de la familia desarrollan medidas adaptativas para afrontarla.⁽⁴²⁾

Para los cuidados de enfermería Astudillo Alarcón y Mendinueta Aguirre mencionan que la familia, amigos y el personal de enfermería deben trabajar de la mano del paciente ayudando a encontrar un equilibrio entre actuar con naturalidad o exagerar los cuidados, redistribuir las funciones y las tareas del paciente, aceptar apoyos para cuidarle y relacionarse con el equipo de asistencia, y ayudar al enfermo a dejar sus cosas en orden y a despedirse.⁽⁵⁰⁾ Por tal motivo, la familia requiere una información clara sobre la enfermedad, su evolución probable, cómo cuidarle, cómo mejorar la interrelación personal y diversos apoyos tanto de tipo físico, emocional y económico que existen en su comunidad.^(32,50)

Además, manifiestan recomendar a los familiares exponer sus necesidades con el paciente y la institución brindarles la información necesaria sobre el régimen terapéutico y pronóstico, ofreciéndoles la posibilidad de ingresar al paciente en una Unidad de Cuidados Paliativos para la evaluación y estabilización de los síntomas cuando lo consideren conveniente o se sientan sobrecargados.⁽⁷⁰⁾ Muchas veces, una ayuda física, económica o una adaptación sencilla de su vivienda reducen de forma notable el trabajo sanitario. Otras posibles ayudas prácticas son: llevar a los niños al cine, hacer una labor en casa, o si se ha producido el fallecimiento, actuar de intermediario en los diversos trámites administrativos, preparativos para el funeral y otras cuestiones, etc.⁽⁷¹⁾

Es así, como resultado de la búsqueda bibliográfica se plantea la propuesta de diagnósticos de enfermería e intervenciones estandarizadas con posibilidad de individualización para pacientes con SIDA basado en la teoría de Ruland y Moore, a partir de las siguientes etiquetas diagnósticas: 00133 dolor crónico, 00214 disconfort, 00137 Aflicción crónica, 00146 ansiedad, 00085 deterioro de la movilidad física, 00147 ansiedad ante la muerte, 00136 duelo, 00120 baja autoestima situacional.

Por lo tanto, con base a la investigación realizada sobre los cuidados de enfermería en pacientes con SIDA basado en la teoría de Ruland y Moore, se concluye que estas se encaminan al acompañamiento del paciente terminal y ayuda al mismo a tener una muerte tranquila, enfocándose en crear una experiencia de bienestar tanto físico y psicológico, brindado cuidados de enfermería para disminuir las molestias y proporcionar sentimientos y

pensamientos positivos, además incentivar al individuo a la participación social de acuerdo a la posibilidad según su condición.

Es por ello que, las actividades de enfermería deben ser individualizadas, luego de una valoración basada en las fases de la teoría que son: ausencia del dolor, experiencia de bienestar, de dignidad y respeto, estado de tranquilidad y finalmente proximidad de los allegados; para alcanzar un cuidado holístico al paciente con SIDA, atendiendo su esfera física, psicológica y espiritual; donde la calidad de vida del ser humano sea respetada hasta el final de sus días, es decir hacia el final tranquilo de su vida.

CONCLUSIONES

- ✓ Se identificó al paciente con SIDA en cada una de las fases del final tranquilo de la vida, iniciando con el dolor, como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, siendo esta la primera causa de consulta en estos pacientes que afecta por completo a su calidad de vida porque desarrolla comorbilidades; la segunda fase, experiencia de bienestar, en el cual el paciente tiene necesidades de buscar el sentido a la vida, amar y ser amado a la necesidad divina, acompañamiento espiritual y la reconciliación con otros seres; la tercera fase experiencia de dignidad y respeto, procurando una muerte con dignidad bajo sus creencias y valores garantizando un cuidado humanizado.
- ✓ La cuarta fase corresponde al estado de tranquilidad, sensación muy poco experimentada en el paciente con SIDA en sus dimensiones físicas, psicoespiritual y sociocultural y como última fase, proximidad a los allegados, en el que todo paciente tiene derecho a estar acompañado en la fase terminal de su vida por familiares, conocidos o incluso personas ajenas que puedan ofrecerles auxilio espiritual, siempre de acuerdo con las preferencias del afectado y si ello no supone un riesgo para su salud.
- ✓ Se proponen diagnósticos e intervenciones de enfermería basados en las taxonomías NANDA – NIC que permiten, aplicar actividades sustentadas científicamente, con la participación del personal de enfermería en el manejo de la enfermedad y prevención de complicaciones. Entre las cuales se encuentran: administración de analgésicos, manejo del dolor. Experiencia de bienestar: control del estado de ánimo, dar esperanza, disminución de la ansiedad, escucha activa, terapia de ejercicio y ayuda en el auto cuidado higiene/baño. Experiencia de dignidad y respeto: apoyo en la toma de decisiones, mejorara el afrontamiento, apoyo espiritual, facilitar la presencia de la familia, cuidados en la agonía, facilitar el perdón y facilitar el duelo. Estado de tranquilidad: mejorar la autoconfianza, apoyo a la familia y apoyo en la toma de decisiones. Proximidad de los allegados: enseñanza proceso enfermedad y educación para la salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud O. OMS | VIH/SIDA [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 9]. Available from: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
2. Jeréz JO, Jeréz JMO, Méndez E de la R, Nicado AG, Olivera AMR. Percepción de riesgo del enfermero en el cuidado del paciente viviendo con VIH-sida. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018 Dec 27 [cited 2021 Mar 9];28(4). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/125>
3. ONUSIDA. 90-90-90: Tratamiento para todos | ONUSIDA [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>
4. Ministerio De Salud Pública. Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos. 2019 Jun 24 [cited 2021 Mar 9];1(1). Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf
5. Subsecretaria de Vigilancia de la Salud Pública, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control. BOLETÍN ANUAL VIH/SIDA Y EXPUESTOS PERINATALES AÑO 2019 [Internet]. Quito - Ecuador; 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.p
6. Marcela J, Murillo A, Zambrano V, Alcívar C, Zambrano V. Perfil Epidemiológico del VIH en Latinoamérica. *RECIMUNDO Rev Científica la Investig y el Conoc* ISSN-e 2588-073X, Vol 3, N° 1, 2019, págs 232-258 [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 10];3(1):232–58. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796772&info=resumen&idioma=SPA>
7. López VA, Troya GB, Varas R, Guzmán MB. Algunas consideraciones sobre el VIH / SIDA. *Rev científica mundo la Investig y el Conoc* [Internet]. 2018;2(4):48–69. Available from: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/339>
8. Cordero Boza R. Patogénesis del VIH/SIDA. *Rev Clínica la Esc Med UCR – HSJD* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];5(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr175a.pdf>
9. Gómez Peláez G, Lara Zambrano CE, Luna Rodríguez H, Lara Parra CE. Factores de riesgo de la Criptococosis en pacientes con VIH en el hospital de infectología “Dr.

- José Daniel Rodríguez Maridueña” en el periodo 2015-2016. Dominio las Ciencias DIALNET [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10];5(1):736–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaipURL:http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
10. Piñera C, Blamey R, Villena R. Vacunas en pacientes con VIH/SIDA. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2020 May 1 [cited 2021 Mar 10];31(3):317–29. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300341>
 11. Alarcón AM, Chahin C, Muñoz S, Wolff M, Northland R. Persons living with HIV/AIDS: Ethnic and sociocultural differences in Chile. Rev Chil Infectol [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 10];35(3):276–82. Available from: www.sochinf.cl
 12. Rivera-Díaz M, Varas-Díaz N, Reyes-Estrada M, Coriano D, Ortiz N, Padilla M. MOBILE TECHNOLOGY AS A POTENTIAL TOOL IN RESEARCH ON STIGMA ASSOCIATED WITH HIV/AIDS AMONG MEDICAL STUDENTS. Rev Puertorriquena Psicol [Internet]. 2019 May 2 [cited 2021 Mar 10];30(1):60–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32362996>
 13. Amariles P, Galindo J, Mueses-Marín HF, Castañeda C. Effectiveness and safety of generic version of lamivudine/tenofovir and efavirenz in treatment naïve HIV-infected patients: A nonrandomized, open-label, phase IV study in Cali-Colombia, 2012-2014. Rev Chil Infectol [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2021 Mar 10];36(1):32–40. Available from: www.sochinf.clVIH/SIDA
 14. Villanueva Figueroa SM. CONDICIONES CLINICAS AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE INFECCION POR VIH/SIDA EN PERSONAS ADULTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2018. In: Figueroa Quintanilla DA, Bonzan Rodriguez MY, Tambini Acosta ME, López Gabriel WG, editors. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 1st ed. Lima - Perú: FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNANUE; 2018 [cited 2021 Mar 10]. Available from: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2892/UNFV_VILLANUEVA_FIGUEROA_SOPHIA_MARIE_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Cabrera Sánchez J, Mora Linares O, Sanabria Negrín JG. Experiencia en la eliminación de la transmisión vertical del VIH en Evinayong . Rev Ciencias Medicas

- Pinar del Río [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];21(3):415–21. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n3/rpr16317.pdf>
16. Lee Garcés Y, García Guerra AL, Montoya AS, Cantillo García AE, Bustabad Ruiz D. nivel de conocimiento sobre manejo de pacientes con VIH en estomatología. Rev Inf Cient [Internet]. 2018;3(5):977–86. Available from: file:///C:/Users/Admin/Downloads/manejo_vih.pdf
 17. De los Santos I, Fagúndez Machain G, Rosa Polo Rodríguez M, Muñoz Gállico E. CONSENSO PARA EL SEGUIMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN RELACION CON LA REPRODUCCIÓN, EMBARAZO, PARTO Y PROFILAXIS DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL NIÑO EXPUESTO. GeSIDA [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 10];1(1). Available from: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/05/gesida_VIH_embarazo.pdf
 18. Rojas Noha YM. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH QUE RECIBEN TARGA EN LA ESNITSS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – 2019. In: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA [Internet]. Arequipa - Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA; 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8204/MDronoym.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. Mora-rojas RB, Alzate-posada ML, Rubiano-mesa YL. Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia : brechas y realidades * Prevention of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Colombia : Gaps and Realities Prevenção da infeçã pelo vírus da imunodefic. 2017;16(33):19–34.
 20. Carratalá A. La criminalización de la transmisión de VIH en los medios: periodismo de sucesos entre el sensacionalismo y la homofobia = Criminalization of HIV transmission and media coverage: crime news upholding sensationalism and homophobia. Rev ESPAÑOLA Comun EN SALUD [Internet]. 2019 Nov 12 [cited 2021 Mar 10];0(0):38. Available from: <https://doi.org/10.20318/recs.2019.4462>
 21. Toledano Pérez AR. Información en estudiantes de Secundaria de Tenerife sobre la transmisión del VIH TRABAJO FIN DE GRADO. In: Ciencias de la Salud, editor. Unirsidad de la Laguna [Internet]. 1st ed. San Cristóbal - España: Universidad de La

- Laguna; 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15163/Proyecto de investigacion Informacion en estudiantes de Secundaria de Tenerife sobre la transmision del VIH..pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15163/Proyecto%20de%20investigacion%20Informacion%20en%20estudiantes%20de%20Secundaria%20de%20Tenerife%20sobre%20la%20transmision%20del%20VIH..pdf?sequence=1)
22. Hernando V, Ruiz M, Díaz A. Vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH: situación en la Unión Europea y en España, 2018. | Hernando | Boletín epidemiológico semanal. Cent Nac Epidemiol [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 10];27(7). Available from: <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1100>
 23. Rivas Saavedra V, Vasquez Saldarriaga M. Conocimientos sobre ITS – VIH/Sida en adolescentes del nivel secundaria de la I.E.P Ricardo Palma Castilla – Piura, 2018. In: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote [Internet]. 1st ed. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2020 [cited 2021 Mar 10]. p. 19–22. Available from: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/17447>
 24. Rojas Noha YM. “PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH QUE RECIBEN TARGA EN LA ESNITSS DEL HOSPITAL GOYENCHE – 2019 [Internet]. Arequipa - Perú; 2019 [cited 2021 Apr 12]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8204/MDronoym.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 25. de León-Ballesteros GP, Pérez-Soto R, Zúñiga-Posselt K, Velázquez-Fernández D. Presentación clínica de la apendicitis aguda en pacientes inmunocomprometidos por diabetes o VIH/sida. Gac Med Mex [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Mar 10];154(4):473–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30250334/>
 26. Grajeda Cruz J, López Verdín S, Castañeda Gómez M del R. Oral manifestations of the HIV virus: a case report. Rev ADM Medigraphic [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];74(1):51–3. Available from: www.medigraphic.com/admwww.medigraphic.org.mx
 27. Organización Mundial de la Salud. VIH/sida [Internet]. VIH/SIDA. 2020 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
 28. Manzano Flores M. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. In: Jaramillo Burneo JP, editor. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR [Internet]. 1st ed. Quito - Ecuador; 2017 [cited 2021 Mar 10].

- Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8316/1/T-UCE-0015-480.pdf>
29. Chorley-Sánchez J, Nájera-Ortiz JC. Lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH en un estado del sur de México. *Odontol Sanmarquina*. 2019;22(1):13–8.
 30. Lozano F, Domingo P. Antiretroviral therapy for HIV infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2011 Jun 1 [cited 2021 Apr 12];29(6):455–65. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-tratamiento-antirretroviral-infeccion-por-el-S0213005X11000899>
 31. Lizárraga Coaguila WJ. RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y EL ESTADÍO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PACIENTES EN TARGA, ESNITSS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA. In: Zeballos Rodríguez JM, editor. Universidad Católica de Santa María Facultad de Medicina Humana [Internet]. 1st ed. Arequipa - Perú; 2020 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/10044/70.2570.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 32. Rodríguez-Muñoz J, Moreno S. Strategies for the cure of HIV infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Mar 10];37(4):265–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29510860/>
 33. ONUSIDA. El SIDA: cuidados paliativos ONUSIDA Actualización técnica [Internet]. México; 2017 [cited 2021 Apr 12]. Available from: www.unaids.org
 34. Pérez-Molina JA, Polo R, López-Aldeguer J, Lozano F, Aguirrebengoa K, Arribas JR, et al. Executive summary of the GeSIDA/National AIDS Plan consensus document on antiretroviral therapy in adults infected by the human immunodeficiency virus (updated January 2018). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(3):195–202.
 35. Carrillo GM, Gómez Ramírez OJ, Arias EM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. *Rev Latinoam Bioética* [Internet]. 2017 Nov 18 [cited 2021 Mar 10];17(32–1):60–79. Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1270/127050090004/html/index.html>
 36. Figueredo-Borda N, Ramírez-Pereira M, Nurczyk S, Diaz-Videla V. MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA: SUSTENTO PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS. *Enfermería Cuid Humaniz* [Internet]. 2019 Aug 17 [cited 2021 Mar

- 10];8(2):22–33. Available from: <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>
37. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 9. Novena. Vol. 1. Barcelona - España: ELSEVIER; 2018 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=teorias+de+enfermeria&ots=6qXulq0m9Q&sig=bUV1e7YCKIUXw7zDCVH43A4i5QE#v=onepage&q&f=false>
 38. Gomes Brandao MA, Mainenti Ferreira CA, Pitta Lopez RO, Santos de Andrade J. CONCEPT ANALYSIS STRATEGIES FOR THE DEVELOPMENT OF MIDDLE-RANGE NURSING THEORIES. Texto y Context enfermería [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10];28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0390>
 39. Paredes Rodríguez GA. VIH MÁS ENFERMEDADES AÑADIDAS ORIENTADAS CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. 2017;1.
 40. Pereira AC, Bradbury F, Rossetti ES, Hortense P. Assessment of pain and associated factors in people living with HIV/AIDS. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2019 Jul 18 [cited 2021 Mar 10];27. Available from: www.eerp.usp.br/rlaehttp://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2803.3155.monthdayyearURLOriginalArticlewww.eerp.usp.br/rlae
 41. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest en Mex [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];29(1):78–85. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/am/v29s1/2448-8771-am-29-00077.pdf>
 42. Araujo Muñoz MC. El afrontamiento de la muerte en el paciente en fase terminal y en su familia. In: Acosta Jácome MC, editor. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR [Internet]. 1st ed. Quito - Ecuador; 2017 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7039/1/T-UCE-0007-207c.pdf>
 43. Pita Labori L, Tavera García ME, Matos Cantillo D, Ferrer Tomas F, Ferrer Tomas A. Beneficios, contraindicaciones y precauciones de la Medicina Natural y Tradicional como respuesta a los problemas de salud estomatológicos | Pita Laborí | Revista Información Científica. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];96:314–24. Available from: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/17/1034>
 44. Guitierrez Martinez AM. La música en el tratamiento de patologías físicas y

- psíquicas. 2018;2:23–33. Available from: file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-LaMusicaEnElTratamientoDePatologiasFisicasYPsiquic-7609172.pdf
45. García Carrasco J, López Gonzales I, Cañizares Sevilla AB. Beneficios de la musicoterapia como opción integrativa en el tratamiento oncológico. 2020;17(2):335–55.
 46. Ursa Herguedas A. La meditación como práctica preventiva y curativa en el sistema nacional de salud. 2018;12(1):47–53.
 47. Yanchaliquin Ramos JF. Reflexología podal en el tratamiento fisioterapéutico del síndrome cervical del adulto mayor. In: ALVAREZ CARRIÓN SA, editor. UNOVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO [Internet]. 1st ed. Riobamba - Ecuador; 2018 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5306/1/UNACH-EC-FCS-TER-FISC-2019-0020.pdf>
 48. Villanueva Salva Q. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS, UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN – PIMENTEL . In: Gálvez Díaz N del C, editor. Universidad del Señor Sipan [Internet]. 1st ed. Pimental - Perú; 2020 [cited 2021 Mar 10]. Available from: [http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7246/Villanueva Salva Quelita.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7246/Villanueva_Salva_Quelita.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 49. Lumbreras Gómez S. Cuidados de enfermería a nivel espiritual en pacientes en la fase final de vida a través del counselling . Univ del País Vasco [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10];1(1). Available from: www.ehu.eus/es/medikuntza-eta-erizaintza-fakultatea
 50. Astudillo Alarcón W, Mendinueta Aguirre C. C Ó M O A Y U D A R A U N E N F E R M O E N F A S E T E R M I N A L. In: Paliativos sin fronteras [Internet]. 5th ed. Guipúzcoa - España: DONOSTIA SAN SEBASTIÁN; 2017 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/EnfermoTerminal2017.pdf>
 51. Bátiz Cantera J. Cuidar a las personas en el proceso de morir [Internet]. 1st ed. Fundación San Juan de Dios, editor. Vol. 1. Madrid - España: C/ Herreros de Tejada, 3 Madrid - 28016; 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.fundacionsjd.org/media/upload/pdf/jacinto-batiz-texto->

digital_1551181915.pdf

52. Cabrera Alonso SG, Arteta Dalchiele JJ, Cavalleri Ferrari F. Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Rev MEDICA DEL URUGUAY* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2021 Mar 10];34(1):7–19. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902018000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Macías Bestard C, Mendez Torres VM, Loo Muñoz M, Montes de Oca González Y. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10];98(1). Available from: <https://orcid.org/0000-0002-7433-5415>
54. Aguilar G, Kawabat A, Samundio T, Rios Gonzales C. Comportamiento epidemiológico del VIH en Paraguay. *Rev Salud Pública Paraguay*. 2018;8(2).
55. Paci P de ACI. Cuidando un enfermo en casa. Manual para la familia. Los fondos para esta primera impresión fueron provistos por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Fundación Canadiense para el Cuidado Paliativo. *Med Paliativa Argentina FEMEBA* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10]; Available from: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2016/12/manualfamilia.pdf>
56. Ugarte Chang JA. Cuidado humanizado de enfermería según opinión de las personas viviendo con Virus de la Inmunodeficiencia Humana en estado de SIDA. *Rev Cienc y Arte Enfermería* [Internet]. 2017 Jun 18 [cited 2021 Mar 10];2(1):40–6. Available from: www.cienciaenfermeria.org
57. Tapia Torres I del M, Ulloa Castillo VE. Factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017. In: Suarez Rodriguez R, editor. Universidad Peruana Union [Internet]. 1st ed. Lima - Perú; 2017 [cited 2021 Mar 10]. Available from: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/793/Isabel_Trabajo_Investigación_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y
58. Zurriarán RG. Cuidados paliativos: solución ética acorde con la dignidad humana al final de la vida . *Univ La Rioja* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10];23(3):180–93. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-1888-3513>.
59. Duque PA, Tovar Ortiz SA, Luna Reinoso DA, Rodríguez Marín JE. Revisión sistemática del cuidado al final de la vida. *Rev Med Paliativa* [Internet]. 2019 [cited

- 2021 Mar 10];26(2):156–62. Available from: www.medicinapaliativa.es
60. Pino Gómez K, Murillo Hurtado M, Suárez Bedoya LF. Acompañamiento al enfermo crónico o terminal y calidad de vida en familia. *Poiésis* [Internet]. 2019 Apr 9 [cited 2021 Mar 10];0(36):126–46. Available from: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/3194>
 61. Betancourt Betancourt GJ, Betancour Reyes GL. Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico . *Medica Cuba* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];1(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2017/cmh171g.pdf>
 62. Marcos A, Gomes T, Dulce A. Representações sociais da morte para pessoas que vivem com HIV/AIDS Social representations of death held by people living with HIV/AIDS Representaciones sociales de la muerte para personas que viven con VIH/SIDA. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2019 Mar 18 [cited 2021 Mar 10];27(0):33407. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.33407>
 63. Llobet Vila L, Manuel Carmona Segado J, Martínez Díaz I, Martí Martínez C, Soldado Ordoñez C, María Manresa Domínguez J. Acceptance Of Death And Its Dehospitalisation. *Semer ELSEVIER* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Mar 10];46(3):186–93. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-aceptacion-muerte-su-deshospitalizacion-S1138359319304447>
 64. Cobbs E, Blackstone K, Lynn J. Las preocupaciones financieras al final de la vida - Fundamentos - Manual MSD versión para público general [Internet]. Manual MSD. 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/fundamentos/muerte-y-agonia/las-preocupaciones-financieras-al-final-de-la-vida>
 65. Marín Jimenez A. Perception of nursing professionals about the final process of life in the hospital environment. 2018;15(95).
 66. Ramón De La Fuente J. Morir con dignidad. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10];62(1):50–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.1.9>
 67. Martínez Gonzales E. CONFORT EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES CRONICAS, EN UNA ESE DE MONTERIA. In: Ramos Guillin DL, editor. 1st ed. Cordova - Argentina: UNIVERSIDAD DE CORDOBA

- FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD; 2017 [cited 2021 Mar 10]. Available from: [https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/794/CONFORT EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/794/CONFORT%20EN%20PACIENTES%20HOSPITALIZADOS%20CON%20ENFERMEDADES.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
68. Hinojosa BM, Guitierrez Vazquez RL. La familia como elemento mediador entre la Cultura de Paz y la violencia cultural The family as a mediating element between the Culture of Peace and cultural violence. 2018;24(34):434–55.
 69. Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A. La soledad de los pacientes con SIDA al final de sus vidas. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2020 Jul 29 [cited 2021 Mar 10];0(50):81–98. Available from: www.bioeticayderecho.ub.edu
 70. Ferreira Campos V, Matos da Silva J, João da Silva J. Comunicación en cuidados paliativos: equipo, paciente y familia. *Rev Bioética* [Internet]. 2019 Dec [cited 2021 Mar 10];27(4):711–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
 71. Morocho Sambachi SA. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA. In: Toro Chávez L del P, editor. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR [Internet]. 1st ed. Quito - Ecuador; 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18280/1/T-UCE-0007-CPS-111.pdf>
 72. Campos Chimelis C. Disminución del dolor en pacientes con cuidado paliativos que reciben musicoterapia. In: Martínez Sansó N, editor. 1st ed. Palma - España; 2019 [cited 2021 Mar 10]. Available from: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/149810/Campos_Chimelis_Cludia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 73. Pedrosa S, Aguado D, Canfrán S, Torres J, Miró J. La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico: una revisión sistemática. *Rev la Soc Esp del Dolor* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2021 Mar 10];24(1):11–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 74. Garrido R. ACUPUNTURA Y DOLOR. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2021 Mar 10];30(6):487–93. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo->

acupuntura-y-dolor-S071686401930094X

75. Carhuapoma Tocto A. Bienestar biopsicosocial en el plan de cuidados de enfermería al paciente adulto con VIH/SIDA. CASUS [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 10];2(1):62–70. Available from: <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/23/18>
76. Bermejo JC, Santos E. Counselling y cuidados paliativos - José Carlos Bermejo Higuera - Google Libros [Internet]. Segunda Edición. Centro de Humanización de la Salud, editor. Vol. 1. Bilbao - España: DECLE; 2015 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=7MLyDQAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
77. Nuñez Fernández C. Relevancia de práctica de actividad físico-deportiva en personas con VIH. Rev Investig la Univ Alcala [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 10];4(2). Available from: https://ebuah.uah.es/xmlui/bitstream/handle/10017/40231/relevancia_nuñez_RIECS_2019%2C_v.4%2C_n.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y
78. Santos Souza MC, García Jaramilli R, Silva Borges M. Enfermería GlobalNº 61 Enero 2021Página 420REVISIONESConfort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. Rev Electron trimestal Enferm Glob [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Mar 10];16(1). Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/420751/297621>

ANEXOS. Tabla1. Aplicación de las fases de la Teoría de Ruland y Moore

Autores	Teoría del final tranquilo de la vida (De Ruland Y Moore)		Intervenciones de enfermería	Propuesta de diagnósticos e intervenciones de enfermería 2018-2020
Aliny Cristini Pereira, Paredes Rodríguez Gabriela Alexandra, Fernanda Bradbury, Estefani Serafim Ross ett, Priscilla Hortense	Valoración del dolor	<ul style="list-style-type: none"> El dolor es una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular siendo un fenómeno subjetivo, por lo que el 95% de los pacientes con SIDA presentan dolor digestivo, muscular, articular o neurológico es su etapa terminal en la mayoría de los casos no se logra atribuir una etiología al mismo.^(39,40) 	<ul style="list-style-type: none"> El cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas, se debe enfocar en el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales para alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia.⁽⁴²⁾ 	<p>Dolor crónico R/C Trastorno inmunitario (SIDA) M/P Expresión facial de dolor</p> <p>INTERVENCIONES: Administración de analgésicos Manejo del dolor</p> <p>Disconfort R/C régimen terapéutico M/P sensación de disconfort</p> <p>Intervenciones: Manejo ambiental: confort Mejora de la autoconfianza</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • El masaje con crema hidratante en las zonas sensibles a la formación de úlceras por presión como son la región sacra, los talones, el dorso de los brazos, los codos y realizar algunos movimientos pasivos de las articulaciones para evitar la aparición de dolor, deformidades y distorsiones, especialmente si los miembros están paralizados o afectados por una atrofia muscular.⁽⁴¹⁾ • Tratamiento no farmacológico: acupuntura, 	
--	--	--	--	--

<p>Jorge García Andreu</p>		<ul style="list-style-type: none"> • El dolor es la principal causa de consulta en pacientes con SIDA, trayendo consigo una serie de comorbilidades que terminan afectando por completo la calidad de vida. Entre estas comorbilidades se incluyen depresión, trastornos del sueño, inmunosupresión y falta de socialización.⁽⁴¹⁾ 	<p>musicoterapia, meditación y reflexología por tener efectos beneficiosos a nivel emocional, social y físico como en el dolor y la ansiedad, en el paciente.^{(72,73)⁽⁴⁴⁾}</p>	
<p>María Araujo Muñoz</p>		<ul style="list-style-type: none"> • El síntoma más temido del proceso de morir es el dolor, sensación que se acompaña de un notable componente emocional y cuyos efectos secundarios son tanto más importantes cuanto peor es el ánimo del paciente; esto quiere decir que si junto a la percepción del dolor, no existen los cuidados necesarios, no 	<ul style="list-style-type: none"> • La fisioterapia / rehabilitación es fundamental en el manejo del dolor crónico musculoesquelético. El personal de enfermería debe apoyar al paciente con medidas farmacológicas o intervencionistas, pero si el paciente no se rehabilita, seguramente el alivio tendrá corta duración.⁽⁷²⁾ 	

		<p>se controlan los síntomas y la persona se encuentra en un estado de tristeza o incertidumbre, se reduce el umbral del dolor y se percibe el mismo con mayor intensidad. ^(41,42)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas físicas como calor o frío local, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y los masajes son terapias que se emplean en fisioterapia y que se pueden aplicar en casa con facilidad.(73) • La acupuntura por su parte tiene sustento en varios artículos médicos, así que si el paciente es partidario de estas técnicas no debemos de desalentarlas. También están bien sustentadas técnicas psicológicas de relajación; y principalmente la terapia cognitiva conductual y el biofeedback. Son altamente recomendables en aquellos 	
--	--	---	--	--

			<p>pacientes en quienes detectamos algún trasfondo emocional.(41,74)</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento farmacológico:^(41,48) analgésicos de base como la aspirina, codeína y morfina. Los otros medicamentos son alternativos, así mismo se puede combinar aspirinas con analgésicos opioides, pero nunca se deben utilizar dos analgésicos opioides. Es necesario que al momento de usar opioides también debe utilizarse laxantes, y antieméticos.• El uso de neuromoduladores, como algunos antidepresivos y	
--	--	--	--	--

			<p>algunos anticonvulsiantes, ha demostrado ser muy útil en algunas patologías de dolor crónico, particularmente cuando presentan dolor neuropático.</p> <ul style="list-style-type: none">• Los fármacos intratecales desde hace varias décadas en pacientes que no han progresado con todo lo anterior, se pueden implantar bombas para administración de drogas intratecales, principalmente morfina, bupivacaína y clonidina o estimuladores de cordones posteriores de médula espinal	
--	--	--	--	--

Sandra Lumbreras Gómez	Experiencia de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • El ser humano es un ser espiritual, por lo tanto, tiene necesidades espirituales. Estas necesidades se manifiestan de forma más intensa en personas que se encuentran cerca del final de su vida. En el 90% del estudio se destacan como las principales necesidades de bienestar espiritual a la búsqueda del sentido 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las estrategias de counselling para atender las necesidades espirituales, puesto que esta técnica se basa en una relación de ayuda, en la que el profesional intenta estimular y capacitar al paciente 	(00137) Aflicción crónica R/C Crisis en la gestión de la enfermedad M/P Sentimientos que interfieren en el bienestar. Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Control del estado de ánimo ➤ Dar esperanza

<p>Wilson Astudillo Alarcón</p> <p>Carmen Mendinueta Aguirre</p>		<p>de la vida, amar y ser amado a la necesidad divina y acompañamiento espiritual y la reconciliación con la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención espiritual proporcionada por las enfermeras, influye de manera muy positiva en el bienestar psicológico, el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes terminales con VIH, porque promueve la capacidad de encontrar un significado a la situación vivida y potenciando el afrontamiento frente a la enfermedad.⁽⁴⁹⁾ <p>A medida que la enfermedad avanza y las molestias físicas se agravan suceden 4 cosas: a) conforme se acerca un paciente a</p>	<p>conseguir su bienestar espiritual.^{(49,76)⁽⁵³⁾}</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una buena higiene corporal y el cuidado de su apariencia externa para que se presente ante los demás en la mejor forma posible, son muy eficaces para evitar el aislamiento y aumentar su equilibrio emocional y autoestima, en particular cuando ya no sea capaz de controlar sus secreciones 	<p>(00146) Ansiedad r/c necesidades no satisfechas m/p insomnio, sufrimiento.</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminución de la ansiedad ➤ Escucha activa <p>(00085) Deterioro de la movilidad física R/C disminución de la fuerza, muscular, disminución de la masa corporal, dolor.</p>
--	--	--	---	---

<p>Jacinto Bátiz Cantera</p>		<p>la muerte se vuelve cada vez más desinteresado por la comida, y en menor medida por la toma de líquidos; b) los inapetentes son incapaces de disfrutar de una comida abundante; c) sus necesidades calóricas son ahora mucho menores y, d) no está comprobado que una terapia nutricional agresiva en esta etapa pueda mejorar su calidad de vida.⁽⁵⁰⁾</p> <p>Una buena comunicación hace que se controle mejor el dolor, la ansiedad y la depresión. Si él enfermo se siente</p>	<p>corporales o desarrolle otras características socialmente ofensivas.⁽⁵⁰⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • El masaje delicado produce relajación y es un medio poderoso para mejorar la comunicación y la comodidad física y psicológica del paciente porque reduce su ansiedad y modifica la respuesta al estrés, pero no se hará en zonas de tejido edematoso que son más frágiles.⁽⁵⁰⁾ • Es preciso evaluar en todo enfermo las causas tratables de falta de apetito como la boca seca o inflamada, náuseas, estreñimiento, reacciones indeseables de 	<p>M/P inestabilidad postural, limitación en la amplitud de los movimientos.</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Terapia de ejercicio ➤ Ayuda en el auto cuidado higiene/baño
----------------------------------	--	---	--	---

<p>Cabrera Alonso Susana Gabriela,</p>		<p>escuchado con atención, tal vez precise menos dosis de calmantes o de antidepresivos. Y, algo difícil pero posible, hemos de ponernos en el lugar del que sufre para buscar su mayor confort físico, mental y espiritual. Siempre teniendo en cuenta que el sufrimiento es lo que el enfermo dice que es, es lo que el enfermo describe y no lo que los demás pensamos que debe ser.⁽⁵¹⁾</p>	<p>medicación, dolor, depresión y detectar sus dificultades para deglutir a fin de procurar su alivio. En cuanto a la alimentación, se seguirán las orientaciones que dé el paciente sobre lo que le apetece.⁽⁵⁰⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio físico como un hábito de vida saludable, para que el paciente se motive y acepte su condición.⁽⁵¹⁾⁽⁷⁷⁾ • Crear un ambiente que facilite la confianza y fomentar la escucha activa.⁽⁵¹⁾ • Escucha activa: Es importante que el enfermo 	
--	--	--	--	--

<p>Arteta Dalchiele Juan José, Cavalleri Ferrari, Fiorela</p>		<p>Las dificultades psicosociales y cognitivas ocasionadas por la enfermedad unidas a la debilidad muscular al final incapacitan al paciente con sida, tanto mental como físicamente, para realizar las actividades de la vida diaria.⁽⁵²⁾</p> <p>Más del 50% de personas experimentan ansiedad, debido a la preocupación por las dolencias y al avance de la enfermedad, además presentan insomnio puesto que solo suelen descansar de tres a cuatro horas con interrupciones.⁽⁷⁵⁾</p>	<p>pueda hablar sin interrupciones y expresar sus pensamientos. A veces, lo que necesita el enfermo es que estemos a su lado en silencio, atendiéndole, acogiendo lo que expresa. Debemos intentar no cambiar de tema hasta que él lo haga ni dar consejos precipitadamente. La relación será más satisfactoria si se facilita que sea él quien llegue por sí mismo a sus propias conclusiones⁽⁵¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contestar a sus preguntas y responder a sus dudas, pero con respuestas realistas y dejando que el enfermo se 	
---	--	---	--	--

			<p>expresarse totalmente para que pueda encontrar soluciones. En ocasiones, habrá que pedirle que tenga paciencia y que se desahogue siempre que quiera, aunque a veces le salga cierta agresividad.⁽⁵¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo debe planificar la integración de la familia, para que, con las orientaciones médicas-psicológicas de él emanadas, pueda participar en aspectos de la asistencia, como es la alimentación, la higiene, los cuidados directos al enfermo, los cambios posturales, el hábito de vacunación, las curas 	
--	--	--	---	--

			<p>elementales, el humedecimiento de las mucosas, etcétera.(55)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El cuidado de la familia y el rol social en general es fundamental para preservar la salud física y psicológica. • La práctica como el yoga, la meditación y la acupuntura mejoran el estado de ánimo y disminuyen la ansiedad y el insomnio.(56) 	
Isabel Del Milagro	Experiencia de dignidad y respeto	El valor de la persona como principio ético y de respeto, con protección a aquellas que dependen de los demás; asistiendo a la	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al 	(00147) Ansiedad ante la muerte

<p>Cecilia Tapia Torres Verónica Elizabeth Ulloa Castillo</p>		<p>persona que sufren desestructuración temporal o duradera.(57)</p>	<p>cuidado del paciente, escuchar a la persona de una manera comprensiva, motivarla y reforzar el valor de vivir y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente.</p>	<p>R/C enfermedad terminal, anticipación de la propia muerte ante los demás. M/P tristeza profunda, temor a una agonía prolongada.</p>
<p>Roberto Germán Zurriarain</p>		<p>Morir con dignidad supone vivir dignamente hasta el último momento, considerando al enfermo como ser humano hasta el momento de la muerte y el respeto de sus creencias y valores.(58)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo emocional.(53) • Los cuidados se enfocan para mantener una esperanza cualquiera que esta sea, permitir expresar a su manera sus sentimientos y sus emociones por lo que respecta al acercamiento de su muerte, sensibilizar y 	<p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoyo en la toma de decisiones ➤ Mejorar el afrontamiento ➤ Apoyo espiritual <p>00136 duelo</p>

<p>Alejandro Tovar Ortiz, Daniel Alexander Luna Reinoso</p>		<p>Se debe garantizar un cuidado humanizado de tal manera que los pacientes en etapa terminal sean considerados como persona autónoma y merecedora de respeto independientemente de su condición de salud.(59)</p>	<p>orientar a la familia para eliminar el estigma y la discriminación recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte, así como morir en paz y con dignidad (sin que se prolongue la agonía innecesariamente cuando ya no haya posibilidades de recuperación).(60,63)</p>	<p>R/C anticipación de la pérdida de una persona significativa M/P sufrimiento, culpabilidad</p>
<p>Gilberto de Jesús Betancourt Gilberto Lázaro Betancourt Reyes</p>		<p>Dignidad en la etapa final de la vida constituye un derecho del ser humano, proporcionando cuidados paliativos de calidad. Una muerte digna significa considerar a los pacientes terminales o moribundos como personas responsables, con sentimientos y capacidad de tomar sus propias decisiones.(61,62)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar resolver sus asuntos, tomar en cuenta sus disposiciones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse. • Al enfermo se le debe facilitar el apoyo espiritual, 	<p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Facilitar la presencia de la familia ➤ Cuidados en la agonía ➤ Facilitar el perdón ➤ Facilitar el duelo
<p>Elizabeth L. Cobbs</p>				

<p>Karen Blackstone</p>		<p>Se debe respetar al paciente mientras este llega a su fin, aliviando su sufrimiento y proporcionan los medios para una muerte tolerable. Paliar es mitigar el sufrimiento, reafirmando la importancia de la vida, pero aceptando que la muerte es una realidad humana:(64)</p>	<p>de acuerdo a la fe que profesa, si lo desea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente debe recibir verdadera información acerca de las decisiones y procedimientos que le afecten a él y a su bienestar y debe consentirlos antes de que se lleven a cabo. • Promover la intimidad: Del paciente y sus familiares. • La familia es un factor fundamental de apoyo, permitir el acompañamiento durante su etapa terminal. • Aconsejar a los allegados en lo posible que el paciente pase sus últimos días en la propia casa, su entorno, y no en un espacio extraño, como 	
-------------------------	--	---	---	--

			un hospital o residencia de personas mayores.(65)	
Juan Ramon de la Fuente	Estado de tranquilidad	Brindarle al paciente terminal la mayor tranquilidad posible desde un aspecto físico, psicológico y espiritual, así como sentido y significado al final de la vida.(66)	<ul style="list-style-type: none"> • El confort físico de la persona, cuidado diario ayudan a satisfacer las necesidades emocionales y espirituales. De igual manera hacen énfasis en prevenir o aliviar el sufrimiento tanto como sea posible y mejorar la calidad de vida, respetando al mismo tiempo los deseos de la persona en su etapa final.(78) • Es conveniente que la familia incorpore la idea de 	<p>(00120) Baja autoestima situacional</p> <p>R/C alteración de la imagen corporal, deterioro funcional.</p> <p>M/P verbalizaciones de negación de sí mismo.</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar la autoconfianza ➤ Apoyo a la familia ➤ Apoyo en la toma de decisiones
Erika Martínez		La tranquilidad es la sensación experimentada por las personas en un 75%. Quien demuestra aceptación de su		

<p>Gonzales, Dina Luz Ramos Güillín</p> <p>Berenice Mirna Hinojosa, Reyna Lizeth Vázquez Gutiérrez</p>		<p>condición y/o referencia a la comodidad de la mente y el cuerpo es un estado positivo.(67)(66)</p> <p>El alivio, tranquilidad y trascendencia ayudan a proporcionar un mejor estado en el paciente de forma física: se refiere a las sensaciones corporales, psicoespiritual: es la conciencia interna del ser humano, significado que cada quien da a la vida y puede abarcar la relación que se tenga con un ser de orden superior.</p> <p>Elementos naturales y socioculturales: relaciones personales, interpersonales y las tradiciones familiares.(67)</p>	<p>que el tiempo se acaba y lo tiene que aprovechar para despedirse, para decir o hacer aquello que le gustaría a su familiar como: ver fotografías juntos, la lectura de algún texto de su agrado, ver novelas o libros religiosos, centrándose en los elementos positivos de los recuerdos. Esto da un sentido a su vida y le reconcilia con el pasado.⁽⁵¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poner en manifiesto los sentimientos mediante: caricias, masajes, abrazos, tomarlo en brazos, acostarse junto a él.⁽⁵¹⁾ • Al final cuando el enfermo está desorientado o 	
--	--	---	---	--

<p>Rosario Bertha Huaynate Canorio</p>		<p>Es vital ayudar al paciente en su etapa final a alcanzar la paz interior y tranquilidad, este aspecto apoya y acompaña a que ciertas necesidades se alivien de forma positiva en la satisfacción del paciente y la familia.(68)</p>	<p>inconsciente, conviene seguir la comunicación con él, tocarle, acariciarle, hablarle, situarle en la actividad de la casa, horario, personas que le visitan.(51)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hable con voz clara y tranquila, y recuérdale a la persona el tiempo, el lugar y las personas presentes. Esto puede ayudar a reducir la confusión y la desorientación.(51) 	
--	--	--	--	--

<p>Wilson Astudillo Alarcón Carmen Mendinueta Aguirre</p>	<p>Proximidad a los allegados</p>	<p>En el cuidado del moribundo no se pueden separar sus necesidades de las de sus familias porque las dos partes funcionan como una unidad. Una de las mayores preocupaciones del enfermo es el grave problema que su dolencia supone para su hogar, por lo que agradece todo lo que se haga por su familia. Su presencia en casa desencadena, por lo general, una combinación de dolor, enojo, tristeza y depresión, que es capaz de influir en las relaciones interpersonales y en las de sus cuidadores.⁽⁵⁰⁾</p> <p>Los cuidadores más próximos tienden a sentirse más cansados o estresados, particularmente en la fase final, siendo preciso evaluar la situación, su red de soporte y hablar con ellos, empezando por decirles que se reconocen las dificultades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La familia, amigos y el personal de enfermería deben trabajar de la mano del paciente ayudando a: <ul style="list-style-type: none"> a) encontrar un equilibrio entre actuar con naturalidad o exagerar los cuidados; b) redistribuir las funciones y las tareas del paciente; c) aceptar apoyos para cuidarle y relacionarse con el equipo de asistencia, y d) ayudar al enfermo a dejar sus cosas en orden y a despedirse • Por estos motivos, la familia requiere una información clara sobre la enfermedad, su evolución probable, cómo cuidarle, cómo mejorar la interrelación personal y 	<p>(00126) Conocimientos deficientes R/C Información Insuficiente M/P Conocimiento insuficiente</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enseñanza proceso enfermedad ➤ Educación para la salud
---	-----------------------------------	---	--	--

<p>Marta Consuegra Fernández, Alejandra Fernández Trujillo</p>		<p>que están atravesando y los problemas que se suelen constatar en estos casos para facilitar la expresión de sus preocupaciones⁽⁵⁰⁾</p> <p>Todo paciente tiene derecho a estar acompañado en la fase terminal de su vida por familiares, conocidos o incluso personas ajenas que puedan ofrecerles auxilio espiritual, siempre de acuerdo con las preferencias del afectado y si ello no supone un riesgo para su salud. Este derecho universal se incluye en las bases de los cuidados paliativos, que buscan, además de controlar los síntomas del paciente, aliviar su malestar psicosocial y espiritual, y el de sus allegados. El fin último reside en asegurar la calidad de vida de todos ellos.⁽⁶⁹⁾</p>	<p>diversos apoyos tanto de tipo físico, emocional y económico que existen en su comunidad.⁽⁷⁰⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a los familiares que hagan una lista de las cosas que necesitan para cuando alguien pregunte qué se puede hacer por ellos y que se les ofrezca la posibilidad de ingresar al enfermo en una Unidad de Cuidados Paliativos para la evaluación y estabilización de los síntomas cuando lo consideren conveniente o se sientan sobrecargados. Muchas veces, una ayuda física, económica o una 	
<p>María Cristina</p>				

<p>Araujo Muñoz</p>		<p>En la enfermedad terminal la familia percibe la amenaza de cambio en la estructura familiar y en su dinámica, lo roles de cada miembro familiar cambia, así como las rutinas y prioridades. “A nivel emocional, los miembros de la familia sufren, se sienten impotentes, confusos, culpables, ambivalentes...todos los sentimientos que se activan ante una pérdida, la de la salud, y la amenaza de la muerte”. La familia también tiene que pasar su ciclo de adaptación ante la enfermedad avanzada terminal de su ser querido Por lo que todos los miembros de la familia</p>	<p>adaptación sencilla de su vivienda reducen de forma notable el trabajo sanitario.⁽⁵⁰⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras posibles ayudas prácticas son: llevar a los niños al cine, hacer una labor en casa, o si se ha producido el fallecimiento, actuar de intermediario en los diversos trámites administrativos, preparativos para el funeral y otras cuestiones, etc.^(50,71) 	
-------------------------	--	---	--	--

		desarrollan medidas adaptativas para afrontarla. ⁽⁴²⁾		
--	--	--	--	--