

Universidad de Zaragoza
Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico: 2018/2019

TRABAJO FIN DE GRADO

**ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN
PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON VIH/SIDA.**

Revisión Bibliográfica.

*NURSING ACTIVITIES IN THE PSYCHOSOCIAL CARE OF
PATIENTS WITH HIV/ AIDS.*

Bibliographic Review.

Autora: Victoria Aliaga Ganuza.

Directores: Luis Hijós Larraz y Cristina Barajas Gracia.

“Muchas personas que sufren el SIDA, y no mueren de esa enfermedad, mueren del estigma que rodea a toda persona que padece el SIDA”.

(Discurso de Nelson Mandela en la ceremonia de clausura de la Conferencia de Barcelona, 15 de julio de 2002).

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	OBJETIVO.....	9
3.	METODOLOGÍA	10
4.	DESARROLLO	12
4.1	Características de afectación psicosocial en el paciente con VIH/SIDA: Estigma.	12
4.2	Origen, Causa y tipos de Estigma.....	14
4.3	Factores predisponentes al estigma del paciente con VIH/SIDA.....	16
4.4	Atención psicosocial de enfermería.....	17
4.4.2	Diagnósticos y Resultados de Enfermería.....	19
4.4.3	Diagnósticos y Actividades de Enfermería.....	21
5.	CONCLUSIÓN	25
6.	BIBLIOGRAFÍA	27
	ANEXO 1: Relación de los Diagnósticos de Enfermería según NANDA. ²³ ...	32

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: El ciclo de vida del VIH	7
Ilustración 2: Tipos de Estigma	16

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Palabras Clave	10
Tabla 2: Criterios de Inclusión y Exclusión	10
Tabla 3: Tabla de Resultados	11
Tabla 4: Etapas tras diagnóstico de VIH y Actitudes del paciente y enfermería.....	18
Tabla 5: Diagnósticos y Resultados de Enfermería. ²²	20
Tabla 6: Diagnóstico Baja Autoestima situacional, Actividades. ²²	21
Tabla 7: Diagnóstico Aislamiento social, Actividades. ²²	22
Tabla 8: Diagnóstico Afrontamiento Defensivo, Actividades. ²²	22
Tabla 9: Diagnóstico de Deterioro de la Interacción social, Actividades. ²² ...	23
Tabla 10: Diagnóstico de Riesgo de automutilación. Actividades. ²²	24

RESUMEN

Introducción: El VIH actualmente, cuenta con 35,3 millones de personas afectadas. Las personas afectadas de este virus, no sólo lidian con las alteraciones fisiopatológicas derivadas de este, sino que tienen que hacer frente al estigma social y discriminación al que son sometidos. El personal de enfermería deberá desarrollar un plan de cuidados en el que el bienestar psicosocial de estos pacientes esté presente.

Objetivo: Identificar los aspectos relacionados con la actuación de enfermería en la atención psicosocial del paciente con VIH/SIDA.

Metodología: Para la realización de este trabajo se han utilizado diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Cuiden y la Biblioteca Virtual de salud, complementando la búsqueda en sitios web y con medios físicos.

Desarrollo: El estigma social y la discriminación son problemas frecuentes en las personas infectadas con VIH y deben de ser abordados con el fin de evitar sentimientos y sensaciones perjudiciales para el equilibrio psicosocial que necesitan estas personas. Enfermería jugará un papel muy importante en el desarrollo de un buen equilibrio psicosocial de estos pacientes.

Conclusión: El trato empático, comprensivo y no juicioso sobre estos pacientes será el punto fundamental en la atención a estos pacientes que, junto con otras actividades de enfermería, serán claves para conseguir una buena relación enfermera-paciente basada en la confianza que facilite al paciente un buen soporte afectivo, la adherencia al tratamiento y el proceso de la enfermedad.

Palabras clave (DeCs): VIH, Estigma, Impacto Psicosocial y Atención de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The HIV currently counts with 35,3 million people affected by the virus. The people affected not only have to deal with the physiological issues stemming from the virus, but they also have to cope with the social stigma and discrimination they are subjected to. The nursing staff will have to develop a care plan where the psychosocial wellness of this patients is present.

Objective: To identify aspects related to nursing performance in the psychosocial care of patients with HIV / AIDS.

Methodology: Different databases have been used to carry out the work, such as Cuiden, Pubmed, Scielo and Virtual Health Library. Supplementing the search with other sources, such as websites and physical media.

Development: The social stigma and discrimination are frequent problems on people HIV infected and they must be approached with the purpose of avoiding damaging feelings and sensations which are harmful to the psychosocial balance that this people need. Nursing will play a very important role on the development of a good psychosocial balance of this patients.

Conclusion: The empathetic, non-judgmental and understanding treatment will be the main point on the care of this patients, which, with other nursing activities, will be the key to get a good nurse-patient relationship trust based that will ease a good affective support, a good adherence to the treatment and illness process.

Key words (MeSH): HIV, Stigma, Psychosocial Impact and Nursing Care.

1. INTRODUCCIÓN

En la década de 1980, en los estados de Nueva York y California, se registraron varios casos de personas que presentaban enfermedades poco comunes e inespecíficas pero que a su vez, compartían características entre los afectados, como el Sarcoma de Kaposi o infecciones pulmonares. Acabaron denominando esas infecciones pulmonares como un nuevo tipo de neumonía: "Pneumocistis Carinii". Los primeros afectados se trataban de varones homosexuales sexualmente activos. Todos los afectados presentaban infecciones oportunistas, por lo que se interpretó que debía de existir un trastorno en la función inmunológica y un agente infeccioso que se transmitía sexualmente como responsable de esta nueva enfermedad. Al principio, dada la creencia de que sólo afectaba a varones homosexuales y ante el número creciente de afectados, llevó a que acabara denominándose "La Peste Rosa". No sería hasta un poco más tarde cuando aparecieron los primeros casos entre drogadictos de sustancias endovenosas, personas que habían recibido transfusiones sanguíneas, parejas heterosexuales o trabajadores de la salud, aunque, desafortunadamente, ya se había extendido la creencia de que solo afectaba a personas de determinados grupos socialmente no aceptados.^{1,2,3}

En 1982, en el instituto Pasteur de París se aisló por vez primera el virus, determinando que se trataba de un retrovirus y, acuñando por primera vez, su denominación como Human Immunodeficiency Virus (HIV), traducido al español como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), precursor del Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA).^{1,2}

Así pues, se define VIH como el agente infeccioso determinante del Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA), un lentivirus de la familia Retroviridae. Es un virus ARN capaz de copiarse a ADN e insertarse en el genoma de la célula huésped. En su envoltura, consta de una serie de proteínas que se unen con las proteínas de la membrana de las células susceptibles de ser infectadas, en este caso, los Linfocitos TCD4. Las células CD4 son un tipo de glóbulos blancos que desempeñan una importante función en la protección del cuerpo contra las infecciones, y es por eso por lo que el sistema inmunitario se ve afectado, ya que el virus ataca a estas células y las destruye.^{3,4} (Ilustración 1)

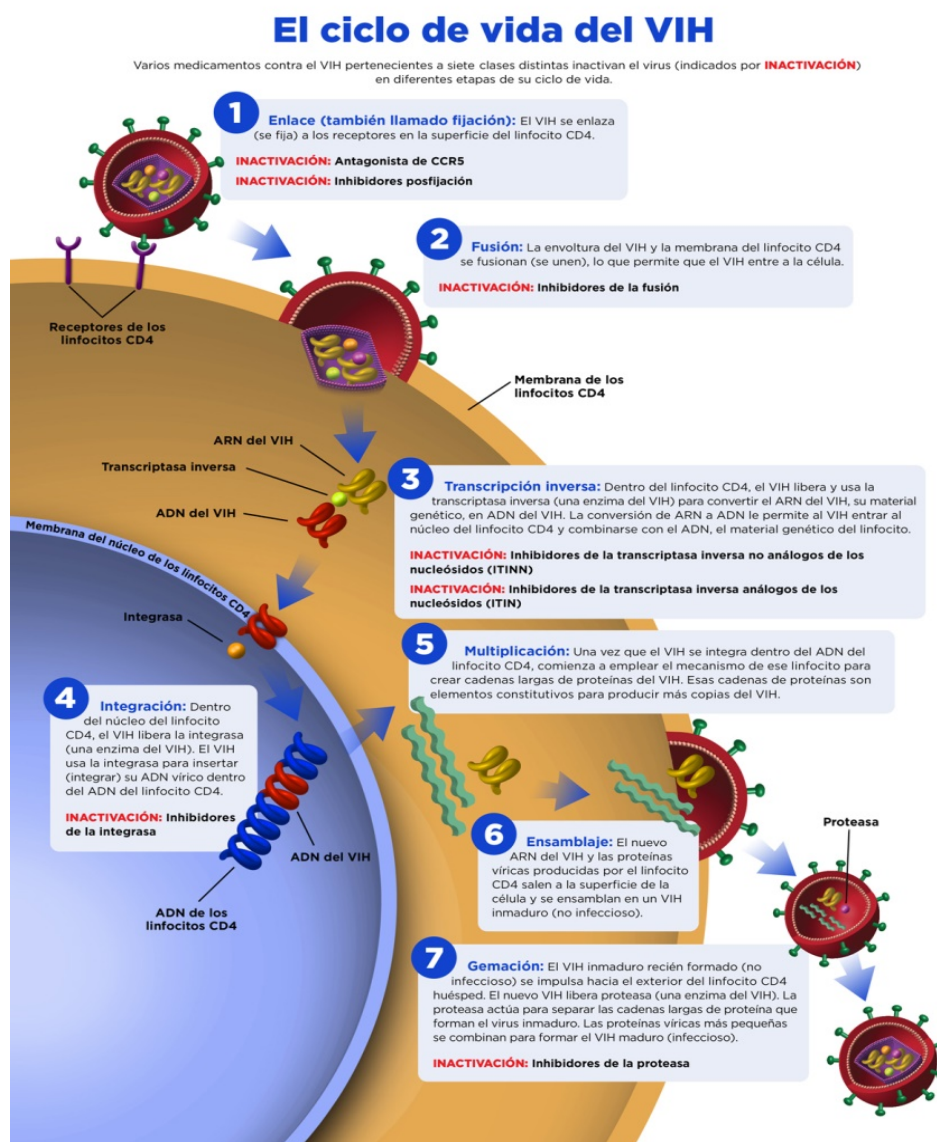


Ilustración 1: El ciclo de vida del VIH. InfoSida. [Internet] 2018 [Consultado en 25 de Febrero 2019] Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/factsheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih>

Se calcula que en España entre 130.000-160.000 personas viven con VIH, de las cuales más del 20% desconocen su diagnóstico. En el último informe de Vigilancia epidemiológica del VIH y el SIDA en España (30 de Junio de 2018), se estimó que la tasa de habitantes afectados (diagnosticados) era de 8,82 por cada 100.000. Un 85,6% fueron hombres y la media de edad se situaba alrededor de los 35 años. Así mismo, la vía de transmisión más frecuente con un 54,3% fue la transmisión sexual entre hombres homosexuales que mantuvieron relaciones, seguida por un 28,2% de la transmisión sexual entre personas heterosexuales que mantuvieron relaciones. Por último, un 3,1% se infectó a través de la inyección de drogas endovenosas.⁵

En cuanto a la manifestación del virus, es decir, el desarrollo del SIDA, desde el inicio de la epidemia en España se han notificado 87.369 casos, y en el año 2017, según el informe de vigilancia anteriormente mencionado, se notificaron alrededor de 571, con una tasa de 2 habitantes por cada 100.000. El 79,1% se trataban de hombres, cuya media de edad en el momento del diagnóstico se situaba en torno a los 43 años. 36,5% se produjeron en hombres y mujeres heterosexuales, el 35,5% en hombres que mantienen relaciones con hombres y el 12,6% por inyección de drogas.⁵

El VIH es, actualmente, una de las enfermedades emergentes con más afectación a nivel mundial, datándose, en 2012, 35,3 millones de personas afectadas por dicho virus, con un promedio de 1,2 millones de personas fallecidas, cifra que, por cierto, está disminuyendo.⁶

Es importante señalar que las personas que conviven con el virus, no sólo tienen que lidiar con los problemas típicos de la fisiopatología de la enfermedad (en caso de ser seropositivos), sino que tienen que enfrentarse también con factores socioculturales, psicológicos y económicos que impactan de manera directa sobre su salud física y mental.^{6,7}

Lo mencionado anteriormente, influye directamente en la relación que el paciente tendrá también con enfermería y que será fundamental en su adherencia al tratamiento. Si el paciente experimenta esa discriminación por parte también del personal de atención primaria, construirá una barrera

que determinará el apego o no al tratamiento que será determinante en el transcurso de su enfermedad.⁷

El personal de enfermería tiene un papel verdaderamente importante en el cuidado de estos pacientes, como la transparencia en la opinión y la actitud ante el proceso de la enfermedad/atención. Es muy importante la actitud positiva del enfermero ante el enfermo, ya que a mayor positividad en la actitud, mayor será la calidad de la asistencia.⁸

Dada la situación actual del estigma existente y discriminación del paciente, es fundamental otorgar una óptima atención psicosocial al paciente con VIH/SIDA con el fin de mejorar su calidad de vida y además, educar a la población para que poco a poco ese estigma vaya disminuyendo hasta su erradicación, por lo que enfermería tiene un papel primordial dentro de ese cuidado y además, en la educación para la salud de manera global.

2. OBJETIVO

- Objetivo general: Identificar los aspectos relacionados con la actuación de enfermería en la atención psicosocial del paciente con VIH/SIDA.
- Objetivos secundarios:
 1. Identificar las características de afectación psicosocial en el paciente con VIH/SIDA: Estigma.
 2. Explicar el origen y distinguir entre los distintos tipos de estigma.
 3. Enumerar los factores predisponentes al estigma del paciente con VIH/SIDA.
 4. Desarrollar los resultados y actividades de la atención de enfermería.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda utilizando diferentes bases bibliográficas como, Pubmed, Biblioteca Virtual de Salud, Cuiden y Scielo y se complementó la búsqueda utilizando la información obtenida en sitios web, páginas web oficiales y medios físicos.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda, incluidas en DeCs y MeSH, fueron las siguientes: (Tabla 1)

DeCs (Castellano)	MeSH (Inglés)
- VIH	- HIV
- Estigma	- Stigma
- Impacto psicosocial	- Psychosocial Impact
- Atención de Enfermería	- Nursing Care

Tabla 1: Palabras Clave

El booleano "AND" se empleó para unir dichas palabras clave en la búsqueda y obtener resultados afines a los objetivos.

Para seleccionar los artículos se determinaron una serie de criterios de inclusión y exclusión: (Tabla 2)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Artículos en castellano o inglés.- Referencias bibliográficas explícitas al estigma del VIH.- Publicaciones explícitas a las intervenciones de enfermería en el paciente con VIH.- Artículos publicados a partir de 2008 inclusive.- Artículos explícitos de la atención psicosocial en el paciente con VIH.	<ul style="list-style-type: none">- Artículos cuyo texto no fuera completo.- Artículos o documentos fuera del ámbito sanitario.- Artículos en referencia a un caso clínico concreto.- Artículos en un idioma diferente al inglés o castellano.

Tabla 2: Criterios de Inclusión y Exclusión

Los resultados obtenidos de la búsqueda con los descriptores y los artículos seleccionados se encuentran en la Tabla 3:

Bases de Datos	Descriptores	Resultados Obtenidos	Artículos Seleccionados
PUBMED	HIV AND stereotyping AND nursing care	21	1
	HIV AND psychosocial impact	158	3
Scielo	VIH AND atención de enfermería	55	2
Cuiden	VIH AND atención de enfermería	98	1
Biblioteca Virtual de Salud	HIV AND stereotyping AND psychosocial Impact	15	2
	VIH and atención de enfermería	65	4

Tabla 3: Tabla de Resultados

Para el desarrollo del Plan de Cuidados referente a los puntos 4.4.2 y 4.4.3, se ha seguido el modelo de atención de enfermería de Virginia Henderson, adaptado por María Teresa Luis y empleando la taxonomía NANDA. En el Anexo I se indican los resultados y actividades NOC y NIC.^{22, 23}

4. DESARROLLO

4.1 Características de afectación psicosocial en el paciente con VIH/SIDA: Estigma.

Desde 2006, cuando Weiss, Ramakrishna, y Somma, definieron estigma relacionado con la salud como: *“proceso social, experimentado o anticipado, caracterizado por la exclusión, rechazo, culpabilización o devaluación que resulta de la experiencia, percepción o razonable anticipación de un juicio social adverso a una persona o grupo de personas”*⁹, hasta la actualidad, se ha relacionado dicha definición con el estigma asociado al VIH/SIDA, entre otras patologías.

El VIH/SIDA, se considera como una condición médica, pero a su vez, como un fenómeno social que se caracteriza por acciones y actitudes, creencias y sentimientos influidos en gran medida por la cultura que los rodea.¹⁰

La representación social del SIDA sirve para entender lo que genera esta enfermedad como fenómeno. Se ha encontrado una representación de esta enfermedad contextualizada como una enfermedad contagiosa, mortal y asociada a grupos minoritarios no aceptados socialmente. Ya en los comienzos de la enfermedad se presentaba como una enfermedad que sólo afectaba a grupos específicos de personas tachadas de “inmorales”, como era el caso de homosexuales, prostitutas y drogadictos, los cuales eran también calificados como culpables de la transmisión y diseminación del virus. Dichas representaciones no hacen más que favorecer que el diagnóstico inicial de la patología tenga un alto impacto psicosocial en el paciente, en relación a sus emociones, formas de lidiar con el padecimiento y sus relaciones sociales.^{6, 10}

El estigma asociado con la infección por VIH es sin duda, el mayor obstáculo al que las personas y sociedades han de enfrentarse en la respuesta a esta epidemia, y, cuando ese estigma se instala, se produce la discriminación. Tras el diagnóstico, la vida de estos pacientes cambia drásticamente. Aparecen sentimientos de confusión, rabia, miedo, angustia y tristeza, reacciones totalmente naturales ante su nueva situación, la cual conlleva un periodo de aceptación, afrontamiento y adaptación. El individuo tendrá que hacer frente a una serie de situaciones en su vida que le exigirán una nueva

visión de su vida o lo obligarán desarrollar nuevas estrategias con las que integrarse socialmente.¹¹

Las alteraciones psicosociales y la relación con la enfermedad se puede apreciar desde varios puntos. Psicológicamente, si manifiesta síntomas de la patología, el paciente puede sentir un aumento significativo del estrés, presentar abatimiento, ansiedad, depresión durante las situaciones y etapas críticas del proceso, como el momento de iniciar el tratamiento o comunicar el diagnóstico a su entorno social y afectivo. Socialmente, existe una difícil relación con el entorno debido a la estigmatización que caracteriza a la infección por VIH, reforzada por un ambiente social y unas creencias que no ayudan a la recuperación y mantenimiento del equilibrio psicosocial, muy necesario para los pacientes infectados de VIH/SIDA.¹¹

No sólo existe un distanciamiento por parte de la sociedad al individuo, si no que el propio individuo se distancia de la sociedad con varios objetivos: el primero suele ser mantener en secreto su condición, seguido de la preocupación de contagiar a más personas. Dichas conductas llevan al paciente a una relación marcada por el aislamiento y la soledad y, muchas veces, el miedo al rechazo pues, al hablar de su condición a su entorno más cercano, como podría ser su familia o pareja, estos tienden a rechazar la enfermedad y romper la relación con el afectado. Se condiciona por un miedo permanente al "qué dirán", "qué pasará si me pongo enfermo", "qué pensará mi pareja", "qué pasará con mi relación" y una larga lista de preguntas fruto del miedo y la incertidumbre que estas personas sufren al intentar lidiar con su problema en solitario justo por esos mismos miedos.

11,13

Esos temores y desesperanza si no son controlados, son los motores de pensamientos autodestructivos o de ideación suicida que el paciente también ocultará. Además, existe también el miedo a que su propio entorno sea estigmatizado, ya que las familias, amigos y parejas que proporcionan cuidados al paciente infectado por VIH, pueden ser fruto de rechazo de otros familiares o personas cercanas^{11, 13}

Se puede enumerar en una breve lista de los problemas psicosociales de estos pacientes:

- Baja autoestima: sentimientos de culpabilidad, auto rechazo, auto marginación, etc.
- Rechazo socio-familiar.
- Dificultades para mantener relaciones personales.
- Problemas de pareja: adaptación a las nuevas relaciones sexuales, sentimientos de culpabilidad, miedo de la pareja al contagio, aparición de nuevos datos de la pareja ocultos hasta este momento (consumo de drogas, relaciones extramatrimoniales, relaciones homosexuales, etc.), miedo a la rotura de la pareja.
- Angustia ante revisiones médicas, bajas laborales reiteradas: lo cual socialmente no está aceptado o es inadecuado ya que las empresas no suelen ver con buenos ojos que uno de sus trabajadores requiera bajas con asiduidad. ¹²

4.2 Origen, Causa y tipos de Estigma

El estigma, como acontecimiento social, se remonta a épocas muy lejanas de la evolución humana, correlacionándose íntimamente con el fenómeno del tabú, no obstante, no hay referencias de este suceso hasta la mitad del siglo pasado en la que los autores comienzan a definirlo. Así mismo, el VIH/SIDA ha estado sometido desde sus inicios en los 80 a un intenso estigma social que ha traspasado fronteras.¹⁸

El estigma ligado al VIH ha sido, desde sus orígenes, difundido por los medios de comunicación, y se respalda en las desigualdades sociales, estigmas previos ligados al género, la raza, la sexualidad, la nacionalidad y en general, a comportamientos censurados en diferentes culturas. Los comportamientos censurados o censurables, se remontarían al inicio de la epidemia, ya que los primeros casos de daban entre homosexuales que practicaban relaciones sin protección, prostitutas o drogadictos que contraían el virus al inocularse drogas con agujas infectadas. Ligado a la falta de información en cuanto a maneras de transmisión del virus, los

mitos que se inventaban al respecto, la información distorsionada facilitada por los medios y el boca en boca y los tabúes en torno a la sexualidad, no hacían más que acrecentar la desconfianza y miedo de la gente y promoviendo así la estigmatización y discriminación de personas con VIH/SIDA.^{6,15,16}

Cuando hablamos de estigma relacionado con el VIH, es necesario mencionar los dos tipos de estigma que existen:^{14, 18}

- Por un lado, se encuentra el estigma interno, el cual incluye creencias, comportamientos o sentimientos negativos que identifican o instigan a las personas infectadas de VIH sobre su propia condición. Este estigma interno promueve los comportamientos como la vergüenza, el auto-aislamiento, el secretismo por miedo a revelar su enfermedad, el sentimiento de culpa, la desesperación y el dar crédito en exceso a lo que piensen el resto de personas sobre ellos y su enfermedad.^{14,17, 18}
- Por el otro lado, el estigma externo se identifica como toda aquella acción o actitud negativa hacia personas afectadas por el VIH. Dentro de ese marco de actuaciones se incluyen: insultos verbales, discriminación, manipulación psicológica, rechazo sexual y ser el tema de habladurías.¹⁴

Además, dentro de lo que es el marco social del estigma, se puede volver a establecer una división en dos tipos del estigma¹⁸ (IMAGEN 2)

- El estigma percibido: el cual se refiere a la percepción o anticipación de conductas y actitudes estigmatizantes procedentes de terceros que están dirigidas a la persona afectada –estigma personalizado- o hacia las personas que viven con el VIH/SIDA en general –estigma extensivo.
- El auto-estigma: que se refiere a las actitudes discriminatorias, de rechazo, discriminatorias, de repugnancia, de subestimación etc. hacia sí mismo.¹⁸

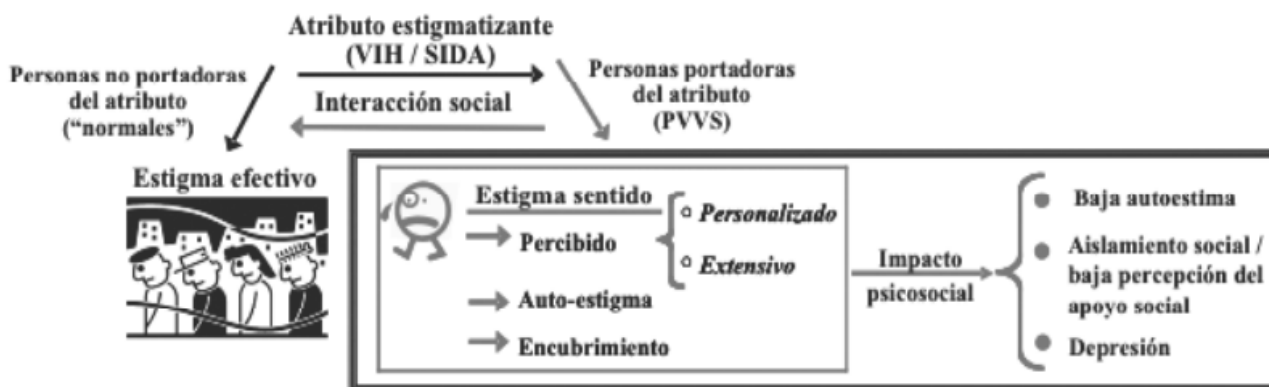


Ilustración 2: Tipos de estigma. Marija, MA. Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social. Perspectivas Psicológicas [Internet]. 40-48. [Consultado en 9 de Marzo 2019] Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v5/v5a06.pdf>

4.3 Factores predisponentes al estigma del paciente con VIH/SIDA

Hay estudios que demuestran que los factores predisponentes a ser objeto de estigma son, por ejemplo²:

- Ser varón de entre 40-49 años.
- Ser homosexual o bisexual.
- Tener un elevado número de parejas sexuales en los últimos 12 meses.
- Hospitalizaciones reiteradas debido a complicaciones del VIH.
- Presentar comorbilidades al virus, aumenta el riesgo, al igual que el hecho de no presentarlas, lo disminuye.

En cuanto al estigma interno del propio paciente, al tratarse de personas de entre 40-49 años, se encuentran en edad productiva, lo que aumenta la discriminación en el ámbito económico, afectivo y social, vinculados, como se menciona anteriormente, a los sentimientos de depresión, devaluación personal y aislamiento social.²

4.4 Atención psicosocial de enfermería.

El paciente con VIH/SIDA necesitará unos cuidados de enfermería personalizados, respondiendo a la necesidad de soporte afectivo de manera primordial. Además, deberán figurar cuidados en referencia al seguimiento del tratamiento, desarrollar habilidades de autocuidado y entender su enfermedad así como efectos secundarios de su medicación.^{7, 20}

Se trata de un cuidado humanizado al paciente que constará en un proceso de cuidado continuo, mostrándose respetuoso con el paciente, llamándolo por su nombre, poniéndole siempre en primer lugar y respetando sus decisiones, punto muy importante, ya que el desarrollo de una relación enfermera-paciente basada en la confianza, tendrá beneficios en la comunicación entre ambos.⁷

Se sugieren una serie de actividades de enfermería en virtud de los distintos diagnósticos vinculados a las etapas por las que el paciente pasa tras su diagnóstico. Los diagnósticos de enfermería se obtienen a partir de un estudio realizado en Colombia, que reflejó los diagnósticos con mayor prevalencia en el paciente infectado por VIH, de los cuales, se han seleccionado aquellos de aspecto psicosocial, excluyendo los diagnósticos de Desesperanza y Riesgo de Soledad debido a la similitud de actividades con los diagnósticos finalmente seleccionados.²¹

Los diagnósticos se formulan según la guía de Diagnósticos enfermeros de María Teresa Luis Rodrigo²², indicando así las actividades correspondientes a cada uno y relacionándolas con las actitudes que enfermería ha de mostrar en cada etapa tras el diagnóstico del paciente de la Tabla 3.

ETAPA	ACTITUD DEL PACIENTE	ACTITUD DE ENFERMERÍA
Negación	No acepta su condición. Es una etapa de crisis y el paciente rechaza hablar de ella.	Escucha activa no juiciosa. Tiempo de espera al momento oportuno para orientar de manera clara y precisa sobre la enfermedad.
Rabia	Surge la culpa, el resentimiento y cuestiona su situación preguntándose por qué.	Escucha activa y comprensiva, recepción de los sentimientos del paciente, silencio respetuoso si se precisa.
Negociación	Busca alternativas al tratamiento.	Observación y vigilancia del comportamiento del paciente mediante el diálogo continuo y buena disposición.
Depresión	El paciente se enfrenta a su problema y se subestima y se devalúa a sí mismo. Se siente débil, desprotegido, temeroso.	Enfatizar que la persona con VIH no se difiere en nada a los demás. Motivar y reforzar ganas de vivir.
Aceptación	El paciente asume una actitud proactiva de cara a la enfermedad y su tratamiento.	Fortificará el conocimiento de su enfermedad y la importancia del desarrollo de sus actividades cotidianas.

Tabla 4: Etapas tras diagnóstico de VIH y Actitudes del paciente y enfermería. Servín, G., Orozco, V., Nery, A., Guía de Enfermería para la atención de personas con VIH. [Internet] México DF (MEX): Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. 2010. [Consultado en 8 de Marzo 2019]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_enf_09.pdf

4.4.2 Diagnósticos y Resultados de Enfermería.

Las actividades sugeridas se basarán en buscar la consecución de los resultados que se reflejan a continuación: (Tabla 5)

Diagnóstico	Resultados
<u>00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</u>	El paciente recuperará una evaluación positiva de sí mismo y sus capacidades.
<u>00053 AISLAMIENTO SOCIAL</u>	El paciente expresará verbalmente que su sensación de soledad ha desaparecido o se ha reducido. <ul style="list-style-type: none">- Argumentará la conveniencia de establecer y mantener vías alternativas de comunicación.- Adquirirá o aumentará las habilidades necesarias para mejorar su interacción social.- Determinará cómo usar los recursos alternativos de los que dispone para aumentar la frecuencia o duración de los intercambios con otras personas.
<u>00071 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO</u>	El paciente expresará una percepción realista de sí misma. <ul style="list-style-type: none">- Describirá las conductas problemáticas y los posibles factores desencadenantes.- Seleccionará respuestas alternativas para establecer relaciones satisfactorias con los demás.- Discutirá las repercusiones de su conducta en su vida familiar, social y laboral.

<p><u>00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL</u></p>	<p>El paciente participará en un intercambio social suficiente y efectivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicará las razones de su dificultad para iniciar o mantener un intercambio social satisfactorio. - Discutirá soluciones y alternativas para aumentar las interacciones sociales. - Especificará los beneficios de mejorar/aumentar las interacciones sociales.
<p><u>00139 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN</u></p>	<p>El paciente mantendrá su integridad física.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describirá los sentimientos prevalentes en las situaciones en las que siente deseos de autolisis. - Identificará cómo reducir o eliminar las situaciones que favorecen los deseos de autolisis. - Demostrará habilidad en las técnicas de relajación y autocontrol. - Mantendrá la promesa hecha de no intentar lesionarse durante el tiempo acordado.

Tabla 5: Diagnósticos y Resultados de Enfermería.²²

4.4.3 Diagnósticos y Actividades de Enfermería.

A continuación, se procede al desarrollo de las actividades de enfermería vinculadas a cada diagnóstico:

- Diagnóstico de Baja Autoestima Situacional (Tabla 6)
- Diagnóstico de Aislamiento Social (Tabla 7)
- Diagnóstico de Afrontamiento Defensivo (Tabla 8)
- Diagnóstico de Deterioro de la Interacción Social (Tabla 9)
- Diagnóstico de Riesgo de Automutilación (Tabla 10).

DIAGNÓSTICO	ACTIVIDADES
<p><u>00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL:</u></p> <p><i>Relacionado con:</i> el proceso de la enfermedad, nuevo diagnóstico, cambios en el rol social producto del estigma y discriminación.</p> <p><i>Manifestado por:</i> la persona expresa una evaluación negativa de sí misma, es incapaz de afrontar su nueva condición, se siente desesperanzada, inútil, culpable.</p>	<p>-Mantener una actitud imparcial, sin juzgar decisiones o elecciones.</p> <p>-Asegurar la confidencialidad y mantener siempre una actitud positiva y empática.</p> <p>-Valorar la conveniencia de explicar o demostrar técnicas de autoafirmación.</p> <p>-Considerar a la familia como grupo de apoyo, fomentar su participación activa en el plan terapéutico en la medida de lo posible y sus deseos.</p> <p>-Discutir la utilidad de los grupos de autoayuda y de la psicoterapia.</p>

Tabla 6: Diagnóstico Baja Autoestima situacional, Actividades.²²

DIAGNÓSTICO	ACTIVIDADES
<p><u>00053 AISLAMIENTO SOCIAL:</u></p> <p><i>Relacionado con:</i> la persona no es capaz de establecer o mantener relaciones satisfactorias, sufre una alteración del bienestar socialmente no aceptada.</p> <p><i>Manifestado por:</i> la persona se muestra solitaria, triste, retraída, rehúye la mirada, es hostil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Permanecer física y emocionalmente accesible a la persona. -Mantener retroalimentación positiva. -Permitir que sea la persona quien controle su ritmo de apertura social. -Establecer una relación individualizada. -Identificar grupos de la comunidad que puedan servir de apoyo y ayuda para integrarse.

Tabla 7: Diagnóstico Aislamiento social, Actividades.²²

DIAGNÓSTICO	ACTIVIDADES
<p><u>00071 AFROTAMIENTO DEFENSIVO:</u></p> <p><i>Relacionado con:</i> negación o rabia sobre el proceso de la enfermedad, negación del diagnóstico.</p> <p><i>Manifestado por:</i> actitud de negación del problema, proyección de responsabilidades, dificultad para mantener relaciones debido a actitudes hostiles, dificultad para observar la realidad tal como es, incumplimiento o falta de participación en el tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ayudar a analizar su conducta, de forma realista, señalando con tacto y firmeza las posibles distorsiones de la realidad. -Discutir el efecto de su conducta en sus relaciones familiares, laborales y sociales. -Valorar la conveniencia de explicar o demostrar formas adaptativas de manejar los conflictos. -Implicar a la persona en el plan de cuidados y determinar conjuntamente qué actividades pueden ayudar a canalizar la energía física o emocional. -Mostrar en todo momento una actitud imparcial sin emitir juicios de valor.

Tabla 8: Diagnóstico Afrontamiento Defensivo, Actividades.²²

DIAGNÓSTICO	ACTIVIDADES
<p><u>00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL:</u></p> <p><i>Relacionado con:</i> trastorno del autoconcepto, autoestigma, estigma interno.</p> <p><i>Manifestado por:</i> Observación de conductas de interacción familiar o social ineficaces o disfuncionales (el paciente tiende a aislarse a sí mismo), incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Si hay enfermedades que provocan sentimientos de impotencia y desesperanza (diagnóstico y proceso de la enfermedad de VIH y en este caso), ayudar a hacer una valoración realista de la situación, de las expectativas y de las opciones que se dispone. -Estimular el contacto con objetos o personas que le producen seguridad y aumentan la confianza en sí mismo. -Discutir la importancia de contar con una red de apoyo familiar y social, determinar qué personas pueden darle soporte y el tipo de ayuda que puede pedir y esperar de cada una de ellas. -Valorar la conveniencia de explicar o demostrar técnicas de asertividad. -Estimular el desempeño de roles familiares y responsabilidades que refuercen la interacción y los sentimientos positivos hacia sí mismo.

Tabla 9: Diagnóstico de Deterioro de la Interacción social, Actividades.²²

DIAGNÓSTICO	ACTIVIDADES
<p><u>00139 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN*</u>:</p> <p><i>Situaciones de riesgo frecuentes:</i> Dificultad de comunicación por desconfianza, incapacidad de afrontar situaciones conflictivas (el diagnóstico y proceso de la enfermedad en este caso), sentimientos negativos hacia sí mismo y sensación de depresión, rechazo, ansiedad, temor a la pérdida de relaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Brindar apoyo y compresión evitando la sobreprotección.- -Clasificar los factores estresantes diferenciando los que son modificables de los que no, discutir la importancia de aceptar lo que es invariable y dar el tiempo necesario para ello. -Discutir como las ideas negativas o destructivas interfieren en la correcta interpretación de los hechos e impiden ver otras alternativas. -Pactar verbalmente o por escrito un contrato a corto plazo en el que la persona se comprometa a no lesionarse (transcurrido el mismo, fijar otro). -Establecer límites de las conductas inapropiadas. -Valorar la enseñanza de técnicas de relajación u control de pensamiento.

Tabla 10: Diagnóstico de Riesgo de automutilación. Actividades.²²

*María Teresa Luis nombra el diagnóstico de Riesgo de autolesión por su sinónimo, "automutilación".

5. CONCLUSIÓN

Se ha comprobado que la atención psicosocial de enfermería en el paciente con VIH es un punto muy importante en el plan terapéutico de estos pacientes, ya que entre los problemas a los que se enfrentan, destaca, sin duda, el estigma y discriminación de los que son objeto por parte de la sociedad e incluso de sí mismos.

Dicho estigma repercute negativamente en el proceso de la enfermedad produciendo situaciones de estrés, depresión, ansiedad, desesperanza, pensamientos autodestructivos o de ideación suicida que están lejos de conformar el entorno de equilibrio psicosocial tan importante en el transcurso de la enfermedad de estos pacientes.

El estigma y la discriminación producida por este, no son más que fruto de la falta de información, falsos datos y creencias basadas en tabúes que posee la sociedad de antemano. La discriminación y el estigma recaen sobre grupos socialmente no aceptados que fueron los primeros en mostrar síntomas de padecer el virus.

La etiología de ese estigma al que son sometidos es multifactorial, con puntos relevantes como ser varón de entre 40-49 años, homosexual o bisexual, sexualmente activo, haber tenido un elevado número de parejas sexuales en los últimos 12 meses y sufrir reiteradas hospitalizaciones por complicaciones del virus.

El rol que desempeñará enfermería con estos pacientes en el ámbito psicosocial, versará sobre una atención personalizada cuyo punto principal será mostrar una actitud empática, sin emitir juicios de valor y expresando la total comprensión de sus sentimientos.

Tomando este punto como base, todas las actividades dirigidas al cuidado psicosocial de estos pacientes, estarán destinadas a otorgar al paciente de un buen soporte afectivo y de capacidades para desarrollar habilidades en el autocuidado de su salud mental.

Estableciendo una buena relación enfermera-paciente basada en la confianza, se conseguirá una óptima comunicación entre las dos partes que será beneficiosa tanto como para el paciente como para el profesional, ya que será posible un mejor entendimiento de los problemas y sentimientos que el paciente le confíe, de manera que será viable un cuidado más adaptado y personalizado que mejorará la adherencia al tratamiento de estos pacientes así como una mejora en el proceso de la enfermedad.

De cara a la sociedad, enfermería tendrá también un papel importante desde la enfermería comunitaria y la educación para la salud, educando e informando a la sociedad acerca del virus, para intentar enterrar toda esa campaña de falsas creencias y tabúes que rodean al VIH y a toda persona infectada por este.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Historia del VIH. Organización Stop VIH [Internet] 2008 [Consultado en 25 de Febrero 2019] Disponible en: <https://www.stopvih.org/faqs/historia-del-vih/>
2. Redacción National Geographic. SIDA. Ciencia. National Geographic.[Internet] [Consultado en 25 de Febrero 2019] Disponible en: <https://www.stopvih.org/faqs/historia-del-vih/>
3. Servín, G., Orozco, V., Nery, A., Guía de Enfermería para la atención de personas con VIH.[Internet] México DF (MEX): Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA CENSIDA. 2010. [Consultado en 8 de Marzo 2019]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_e_nf_09.pdf
4. El ciclo de vida del VIH. InfoSida. [Internet] 2018 [Consultado en 25 de Febrero 2019] Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih>
5. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2017. Sistema de Información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Registro Nacional de casos de SIDA [Internet] Madrid (ESP): D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología. 2018. [Consultado en 28 de Febrero 2019] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf
6. Ventura, C.D, González, Y. Cuidado de Enfermería en pacientes con VIH: Estigma y Discriminación. Revista Científica de Enfermería. [Internet] 2014 [Consultado en 17 de Diciembre 2018]; 16 (11): 24-33. Disponible en: http://www.sibiup.up.ac.pa/otros-enlaces/enfoque/Julio_Diciembre_2014/3_%20Estigma%20y%20discriminaci%C3%B3n_REVISTA%20ENFOQUE%20_N%C2%B011.pdf

7. Ugarte, J. A. Cuidado humanizado de enfermería según opinión de las personas viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana en estado de SIDA. Ciencia y Arte de Enfermería. [Internet] 2017 [Consultado en 18 de Diciembre de 2018]; 2(1): 40-46. Disponible en: <http://www.cienciaenfermeria.org/index.php/rcae/article/view/28>
8. Saucedo, G. Huerta, M. Alcántar, M. Ruiz, M. Jiménez, V. Ávila, L. Estigmatización a personas con VIH-Sida en la Atención Primaria como barrera de apego al tratamiento. Respyn. [Internet] 2018 [Consultado en 28 de Diciembre de 2018]; 17 (3): 25-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2018/spn183d.pdf>
9. Genberg, BL. Hlavka, Z. Konda, KA. Maman, S. Chariyalertsak, S. Chingono, A et al. A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: Negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. Soc Sci Med [Internet] 2009 [Consultado en 1 de Marzo del 2019]; 68(12):2279-2287. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029331/pdf/nihms212454.pdf>
10. Cantú, R. Álvarez, J. Torres, E. Martínez, O. Impacto social en personas que viven con VIH/SIDA en Monterrey, México. Psicología y Salud [Internet] 2012. [Consultado en 4 de Marzo 2019] 22(2): 163-172. Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/529/899>

11. Méndez, L.A. Saavedra, S. Sandoval, J. Afectaciones psicosociales asociadas a la infección del VIH en los pacientes entre las edades de 20 a 50 años integrados a la clínica de enfermedades infecciosas del hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), de la ciudad de León. [Internet] León (NIC): Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León. 2014. [Consultado en 5 de Marzo 2019]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/4270/1/227226.pdf>
12. Prieto, F. Casaña, S. Ibarguchi, L., Pérez, S. Efectos psicológicos de las personas afectadas por VIH/SIDA: Líneas de actuación. [Internet] Infocop. Consejo general de Psicología de España. [Consultado en 5 de Marzo 2019]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651
13. dos Santos, MM. Kruger, P. Mellors, SE. Wolvaardt, G. van der Ryst, E. An exploratory survey measuring stigma and discrimination experienced by people living with HIV/ AIDS in South Africa: the People Living with HIV Stigma Index. BMC Public Health [Internet] 2014 [Consultado en 7 Marzo del 2019]; 14(1):1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3909177/pdf/1471-2458-14-80.pdf>
14. Koerting, A. Hernández, J. VIH, discriminación y derechos. Guía para personas que viven con el VIH. [Internet]. Barcelona (ESP): GTT-VIH. 2015 [Consultado en 8 de Marzo 2019] Disponible en: http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2015/12/Guia_ESTIGMA_nov2015.pdf
15. Estigma y Discriminación [Internet] Coalicion Ecuatoriana P.V.V.S [Consultado en 8 de Marzo 2019] Disponible en: <http://www.coalicionecuatoriana.org/web/interna.php?c=1280>

16. Golub, SA. Rendina, HJ. Gamarel, KE. Identity-related growth and loss in a sample of HIV-positive gay and bisexual men: initial scale development and psychometric evaluation. AIDS and Behavior [Internet] 2013 [Consultado en 9 de Marzo del 2019]; 17(2): 748-759. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562368/pdf/nihms417550.pdf>
17. Florom-Smith, AL. De Santis, JP. Exploring the Concept of HIV-Related Stigma. Nursing forum: Wiley Online Library [Internet] 2012 [Consultado en 9 de Marzo del 2019]; 47(3): 153-165. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753798/pdf/nihms501915.pdf>
18. Marija, MA. Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social. Perspectivas Psicológicas [Internet]. 40-48. [Consultado en 9 de Marzo 2019] Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v5/v5a06.pdf>
19. De Souza, J. Araujo, S. Reis, R. Gir, E. Factores relacionados con la percepción de estigmatización de las personas que viven con VIH. Rev. Esc. Enfermería USP. [Internet] 2017 [Consultado en 9 de Marzo de 2019]; 51. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100447&lang=pt
20. Aguilera, A. Conductas y Actitudes del Personal de Enfermería en el Cuidado de Pacientes con VIH/SIDA: Acercamiento a la Realidad Social. Enfermería Docente. [Internet] 2008 [Consultado en 5 de Abril de 2018]; 88: 31-35. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/88pdf/883135.pdf>
21. Gómez Gómez, JJ. Mayorga, Calderón M. Pérez Moreno, JO. Rojas Sánchez, LZ. Orozco Vargas, LC. Camargo Figuera, FA. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas con VIH/SIDA. EG [Internet] 2013 [Consultado en 20 de Marzo de 2019]; 12(32): 1- 10. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/clinica1.pdf>

22. Luis Rodrigo, MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona, España. 2013. Elsevier Masson.
23. NNNConsult. [Internet] España: Elsevier. 2017. [Consultado en 18 de Abril de 2019]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/>

ANEXO 1: Relación de los Diagnósticos de Enfermería según NANDA.²³

00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Dominio: 6 Autopercepción

Clase: 2 Autoestima

Necesidad: 12 Trabajar / Realizarse

Patrón: 7 Autopercepción / Autoconcepto

Características y Factores:

Definitorias: Conducta no asertiva, reto situacional a la propia valía, verbalizaciones de negación de sí mismo.

Relacionadas: Alteración de la imagen corporal, alteración del rol social

NOC: 1205 AUTOESTIMA

Indicadores:

- 120501 Verbalizaciones de autoaceptación.
- 120519 Sentimientos sobre su propia persona.
- 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales.

NIC: *5230 Mejorar el afrontamiento* (Principal). Actividades:

- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.

00053 AISLAMIENTO SOCIAL

Dominio: 12 Confort

Clase: 3 Confort Social

Necesidad: 10 Comunicación

Patrón: 8 Rol – Relaciones

Características y Factores:

Definitorias: Actitud triste, deseo de estar solo, contacto visual escaso, retraimiento, soledad impuesta por otros.

Relacionadas: Alteración de la apariencia física, alteración del bienestar, alteración del estado mental, factores que causan impacto en las relaciones personales (Diagnóstico VIH en este caso).

NOC: 1203 SEVERIDAD DE LA SOLEDAD

Indicadores:

- 120307 Sensación de aislamiento social.
- 120309 Sensación de ser excluido.
- 120312 Dificultad para establecer contacto con los demás.

NIC: *5100 Potenciación de la socialización* (Principal). Actividades:

- Fomentar relaciones con personas que tengan objetivos e intereses comunes.
- Proporcionar retroalimentación positiva cuando el paciente establezca relaciones.
- Explorar puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
- Fomentar el compartir problemas comunes con los demás.

00071 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO

Dominio: 9 Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Clase: 2 Respuestas al afrontamiento

Necesidad: 9 Seguridad / Evitar peligros

Patrón: 10 Afrontamiento – Tolerancia del estrés

Características y Factores:

Definitorias: Distorsión de la realidad, negación de problemas, dificultad en el mantenimiento de relaciones, alteración en la evaluación de la realidad.

Relacionadas: Temor a las repercusiones, autoconfianza insuficiente, incertidumbre, resiliencia insuficiente.

NOC: 1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

Indicadores:

- 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo.
- 130203 Verbaliza sensación de control.
- 130211 Identifica múltiples estrategias de superación.

NIC: *5400 Potenciación de la autoestima* (Principal). Actividades:

- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Comprobar la frecuencia de manifestaciones negativas sobre sí mismo.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.

00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

Dominio: 7 Rol / Relaciones

Clase: 3 Desempeño de Rol

Necesidad: 10 Comunicación

Patrón: 10 Rol - Relaciones

Características y Factores:

Definitorias: Deterioro del funcionamiento social, discomfort en situaciones sociales, insatisfacción con los compromisos sociales, interacción disfuncional con otras personas.

Relacionadas: Alteración en el autoconcepto, ausencia de personas significativas, disonancia sociocultural.

NOC: 1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL

Indicadores:

- 150205 Uso de la asertividad, si procede.
- 150212 Relaciones con los demás.
- 150206 Afrontación, si procede.

NIC: *4362 Modificación de la conducta: Habilidades sociales (Principal).*

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.
- Ayudar al paciente a identificar las etapas conductuales de la habilidad social deseada.
- Identificar la(s) habilidad(es) social(es) específica(s) que constituirá(n) el centro del ejercicio de desarrollo de la misma.
- Proporcionar retroalimentación (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social deseada.
- Ayudar al paciente a escenificar las etapas conductuales.

00132 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN

Dominio: 11 Seguridad / Protección

Clase: 3 Violencia

Necesidad: 9 Evitar peligros / Seguridad

Patrón: 10 Afrontamiento – Tolerancia del estrés

Características y Factores de Riesgo:

Autoestima baja, aislamiento de sus iguales, deterioro del autoestima, incapacidad para expresar la tensión verbalmente, pérdida de control sobre una situación que requiere resolución de problemas, pérdida de relaciones significativas, sentimientos negativos, (depresión, rechazo, odio hacia sí mismo, culpa).

NOC: 1406 AUTOCONTROL DE LA MUTILACIÓN

Indicadores:

- 140604 Mantiene el compromiso de no autolesionarse.
- 140608 Obtiene ayuda cuando es necesario.
- 140613 Utiliza estrategias efectivas de afrontamiento.

NIC: *4354 Manejo de la conducta: autolesión* (Principal). Actividades:

- Determinar el motivo de la conducta.
- Instruir al paciente en estrategias de afrontamiento (entrenamiento asertivo, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva), según corresponda.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar la autolesión.
- Al tratar con conductas de peligro de autolesión, el enfoque debe ser sereno y no punitivo.
- Observar si se producen impulsos de autolesión en el paciente que puedan progresar hacia pensamientos/tentativas de suicidio.