

# m odelo de Enfermería para Promover el Autocuidado del Paciente con VIH a través del Diálogo con Amor en la Consejería

Ian Coahpetetzin Zavala Pérez (1)

Luz Verónica Berumen Burciaga (2)

(1) Maestro en Enfermería. Unidad Académica de Enfermería.

Universidad Autónoma de Nayarit, México.

(2) Doctora en Enfermería. Docente de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Nutriología.

Universidad Autónoma de Chihuahua, México.

Recibido: 25/01/2011

Aceptado: 19/03/2011

Zavala Pérez, Ian Coahpetetzin. Berumen Burciaga, Luz. **Modelo de Enfermería para Promover el Autocuidado del Paciente con VIH a través del Diálogo con Amor en la Consejería.** ENE, Revista de Enfermería 5(1):51-63, abr 2011. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>

## resumen

Este artículo muestra un Modelo de Enfermería como una propuesta para el autocuidado de las Personas que Viven con el Virus que causa el SIDA en sus siglas PVVS, y surge, a partir de la visualización de una problemática de la práctica de enfermería en el rol de educador en el área de la consejería. La identificación del problema se realizó durante las estancias realizadas en servicios ambulatorios de dos instituciones de salud, donde se

proporciona consejería a PVVS. Dicho modelo de cuidado innovador está construido bajo la filosofía concienciadora de Paulo Freire para perfeccionar la praxis de enfermería en la consejería con el objeto de solucionar la problemática planteada. La propuesta, está conformada por siete elementos: *la enfermera, la persona con VIH y el familiar como actores sociales, el autocuidado como acto de amor propio, el diálogo con amor como el corazón del modelo, la consejería como canal para llegar al último elemento que es el bienestar y éste*

issn 1988 - 348X

vol 5, n1 - abr 2011

<http://enfermeros.org/revista>



como el fin último. Estos conceptos interrelacionados entre si forman el Modelo de Cuidado de Enfermería para promover el Autocuidado del Paciente con VIH a través del Diálogo con Amor en la Consejería.

## palabras claves

Modelo de Enfermería, Persona VIH, Diálogo con Amor, Autocuidado, Consejería.

## abstract

This Article shows a nursing model as a proposal for the self care of the People Living with HIV (PLH), and arises from the visualization of an issue in the nursing practice at the counselling area in the educator role. The issue identification was realised during the stays made in outpatient services of two institutions of health, where counselling is provided to PLH. This model of innovating care is constructed under the awareness philosophy of Paulo Freire in order to perfect the nursing praxis, in the counselling with the intention of solving the raised issue. The proposal is conformed by seven elements: *The nurse, the person with HIV and the relatives as social actors, the self care as an act of self love, the dialogue with love as the model hearth, the counselling as a channel to reach the last element which is well being, and this one as the last aim.* These concepts interrelated between them forms the Nursing Care Model to promote the Self Care of HIV Patient through the Dialogue with Love in the Counselling.

## key words

Nursing Model, Person HIV, Dialogue with Love, Self Care, Counselling.

## introducción

El ser humano portador de VIH por mucho tiempo ha sido discriminado y estigmatizado, situación que ha venido a dificultar el autocuidado de las personas portadoras, y al mismo tiempo, deteriorar el

bienestar de los mismos y de la propia sociedad. Dicha situación, ha trascendido al sector salud y específicamente en el cuidado que el profesional de enfermería otorga a la persona que vive con el VIH.

La Persona que Vive con el Virus que causa el SIDA es un ser humano capaz de recuperar el lugar que le corresponde en la sociedad a través del diálogo con amor, hecho que contribuirá a la emancipación de su conciencia para lograr el bienestar deseado a partir de un acto de amor propio denominado "autocuidado".

Actualmente, la epidemia del VIH/SIDA esta teniendo un cambio de énfasis en su planteamiento considerándose como prioritario la prevención positiva, esto es, centrado en las Personas que Viven con el Virus que causa el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida en sus siglas PVVS (Peñarrieta y Cols., 2006).

En la realidad estudiada se encontró que el profesional de enfermería en su rol de educador en el área de consejería a personas que viven con el virus que causa el SIDA, hace uso de un modelo educativo no participativo, sino direccional, autoritario y bancario (la educación se transforma en un acto de depositar, los educandos [memorizan y repiten] son los depositarios y el educador quien deposita), en el que el protagonista es la enfermera. No se tiene en cuenta la necesidad de formación que manifieste o no el paciente y/o familiar, ni su nivel de información previo sobre el tema. Informar a la persona que vive con el VIH es comunicarle aspectos que para la enfermera son importantes respecto de su proceso sin tener en cuenta ningún otro aspecto. Los objetivos de la educación parecen ser de la enfermera (Chocarro y Cols., 2004).

La autogestión en la persona con VIH podría ser la herramienta que la enfermera debiera enseñar a su pacientes a través de una educación concienciadora que permita en él, familiar y enfermera el desarrollo de sus conciencias críticas y reflexivas a través del diálogo con amor en un círculo de reconocimiento entre ambos, permitiendo



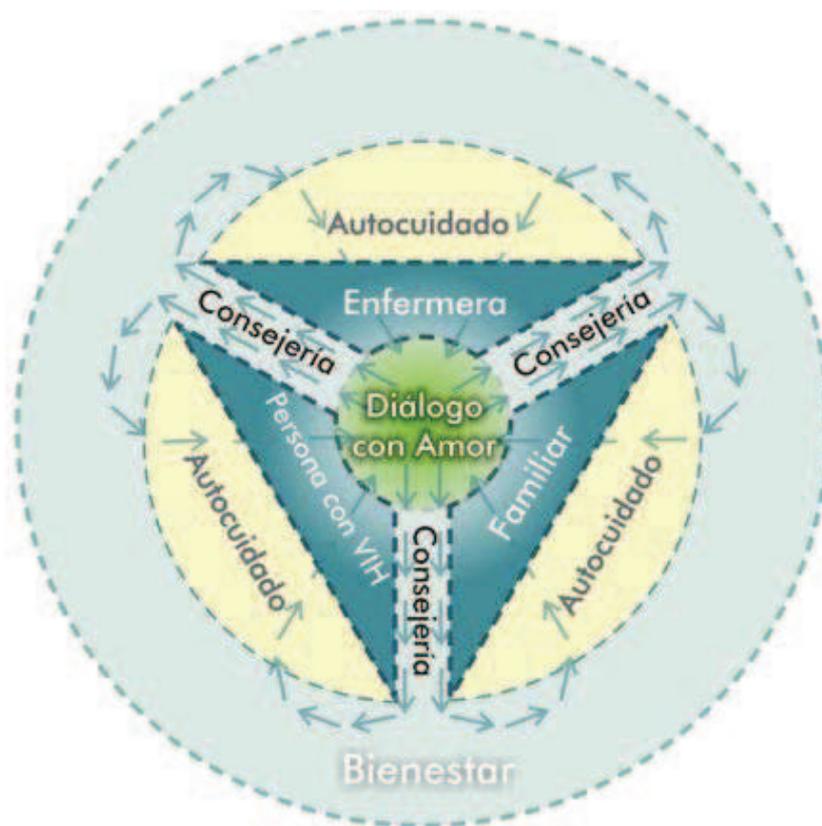
la construcción de su mundo a través de la palabra que anuncia libertad (autonomía), reconociendo sus potencialidades como sujetos y por ende, actuando en pro de su bienestar a partir de que activa su amor por la vida, su autocuidado para alcanzar el bienestar deseado. Por consiguiente, es el pensamiento de Paulo Freire el cual permite que esta dialéctica se de en conjugación con la consejería como estrategia de la enfermera para llevar a cabo el diálogo con amor con la PVVS y/o familiar.

El modelo de cuidado que aquí se presenta, se construyó a partir de una realidad empírica captada a través de instrumentos de la investigación cualitativa como son: la observación participante, el diario de campo y las entrevistas semiestructuradas a

profundidad, haciendo uso de la lógica inductiva-deductiva-inductiva.

El modelo de cuidado hace una aportación disciplinar a través de la construcción de conocimiento específico del área de enfermería a partir del uso de herramientas de la investigación cualitativa, permitiendo la comprensión de la realidad que viven las personas con el virus que causa el SIDA, cómo la enfermedad impacta sus vidas y la de sus familiares y plantea la solución de estos problemas cotidianos e inmediatos a partir del diálogo con amor, a través del autocuidado llevado a cabo por las personas que viven con el virus; al hacer comprensible esta realidad se busca mejorar el bienestar de éstas personas y al mismo tiempo, perfeccionar la praxis de Enfermería en la consejería.

### *propuesta del modelo*



*Elementos del Modelo.* Diálogo con amor: es el centro de la relación entre la enfermera, la persona y el familiar. En el nace el pensamiento reflexivo y se genera crítica. Se nutre de amor, de la humildad, de la esperanza, de la fe, de la confianza, por eso sólo el diálogo comunica, y cuando la enfermera, la persona VIH y el familiar entran en diálogo se ligan así, con amor, esperanza y fe uno del otro, se hacen críticos en la búsqueda de algo. Se crea entonces, una relación de simpatía entre ambos, originando así, el reconocimiento del otro y reconocimiento de sí en el otro con una actitud de decisión y compromiso de colaborar en la construcción del mundo común, es un acto de amor (amor fraternal), es dar, pues es recuperación de la humanidad (Freire, 1981 y 2007; Fromm, 2006; Maturana, 1997).

Los atributos de amor, humildad, esperanza, fe y confianza dentro del elemento “diálogo con amor”, serán entendidos en este modelo de la siguiente manera: *amor fraternal*, que es la clase más fundamental de amor. Por él se entiende el sentido de responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento con respecto a cualquier otro ser humano, el deseo de promover su vida. En el amor fraternal se realiza la experiencia de unión con todos los hombres, de solidaridad humana, de reparación humana (Fromm, 2006).

*La humildad* entendida como ser capaz de sentirse y saberse tan humano como los otros, donde no hay ignorantes absolutos ni sabios absolutos, hay seres humanos que, en comunicación, buscan saber más (Freire, 1981).

*La esperanza* es la inconclusión de los hombres, a partir de la cual se mueven éstos en permanente búsqueda (Freire, 1981).

*Fe* es referida como la fe en los hombres, fe en su poder de hacer y rehacer, de crear y recrear en su vocación de ser más (Freire, 1981).

Por último, *la confianza* es el clima que se construye a partir del amor fraternal, la humildad y la fe, e implica el testimonio que

un sujeto da al otro, de sus intenciones reales y concretas (Freire, 1981).

*Consejería:* es un proceso educativo dinámico de diálogo a través del cual una persona apoya a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo donde la diferencia entre ellos (enfermera-persona VIH-familiar) no es algo cerrado y definido, sino algo siempre abierto y modelable, puesto que se encuentra en permanente interacción y reciprocidad facilitando pues al individuo, la explicación de sus potencialidades, de la cual nacerá su capacidad de opción permitiendo así la reflexión de su propio poder de reflexionar sobre sí mismo, sobre su tiempo, sobre sus responsabilidades, sobre su papel en la sociedad cambiante con el fin de instaurar el amor y buscar ser más (OMS, 2004; Boff, 2002; Freire, 2007).

*Autocuidado:* es el acto de amor propio y conciente; aprendido en el mundo en un proceso de diálogo con los otros (el mundo como mediador) donde el sujeto toma posesión de sí mismo e identifica las potencialidades de su “Ser”, propiciando el desarrollo de su inteligencia creativa y descubriendo conexiones psicológicas apropiadas para crear salud; la cuál se hace objetiva o visible cuando el sujeto pone en marcha acciones concretas de cuidado a su salud para promover, mantener y restaurar su bienestar ejemplo: actitud de amor y felicidad, ejercicio, dieta saludable (proteínica [basada en soya]), correcta respiración, meditación, recreación, sueño y descanso, higiene, medicación, entre otras. (Chambers, 1996; Fromm, 2006; Freire, 1981, 1994 y 2007; Quintero, 2006; Miguel, 1997; Pereira y Col., 2007; Tabi y Col., 2006).

*Bienestar:* es entendido como un proceso de movimiento hacia la más grande conciencia de sí mismo y del ambiente, lo que lleva hacia un aumento en las interacciones planeadas, es decir, un incremento de las actividades que mueven la totalidad del individuo (ser bio-psico-social y espiritual). Al sucederse este aumento se dan las dimensiones de nutrición positiva, buena condición física, relaciones sociales positivas, manejo del



estrés, propósito de vida claro, firme sistema de creencias, responsabilidad para el autocuidado, sensibilidad y confort ambiental; cuya finalidad, es llevar al ser a ser lo mejor que pueda, es decir, los sujetos buscan estar mejor y tener un propósito de vida y una apreciación profunda de vivir y disfrutar la vida (Klug, 1988; Chambers, 1996; Chambers, 1986 citado por Sánchez, 1997).

Enfermera: Ser humano y profesional de la salud insustituible y destacado en la lucha contra el VIH/SIDA con actitud dialogal cuyo rol de consejera, consiste en educar y trabajar con ella misma, con la persona y familiar en diálogo sobre sus anhelos, inquietudes, esperanzas; para colaborar así en la construcción del bienestar de otro ser humano a través de la consejería para el autocuidado; incentivando pues, la autonomía y la autoestima de la persona VIH y su familiar (Freire 1994 y 2007; da Costa y Cols., 2005; Casanova y Col., 2006; Teixeira y Col., 2007).

Familiar: es aquella persona significativa en el contexto del individuo con VIH, llámese amigo(a), esposo(a), madre o padre, compañero(a), hermana(o), vecinos, profesionales, etc.; que forman parte de la red social del individuo con VIH, es decir, son las personas que (a juicio del propio paciente) están vinculadas con la persona en cuestión, ya sea por lazos consanguíneos o legales, o por lazos de amistad y lealtad altamente significativos; los cuales están dispuestos a ofrecer apoyo de tipo emocional, apreciativo, informacional e instrumental y que contribuyan así en el logro de una sensación subjetiva de bienestar en la persona portadora (Muñoz, 2006; Molof, 1997 citada por Pinto, 2006; Walker, 1992 citado por Velasco, 2001).

Persona con VIH: Ser humano biológica, psicológica, social y espiritualmente vulnerable que una vez que acepta su condición crónica y percibe el apoyo de su familiar, puede ser capaz de transformarse en un sujeto de esperanza, responsable, de Fe y de amor, con la capacidad de conocerse a si mismo y por ende crear bienestar para si y para los demás -como

proyecto autónomo de vida-; es un individuo que al practicar su libertad creativa que piensa de manera crítica y reflexiva las alternativas, puede tomar decisiones en problemas de salud grandes o pequeños a partir de las potencialidades que encuentra en si mismo, con los demás y con el mundo (Freire, 1994 y 2007; Boff, 2000 y 2002).

## estrategias metodológicas

Para el desarrollo del presente modelo se hará uso de una estrategia denominada "círculo de cultura", la cual permite el diálogo con amor (como método activo) entre la enfermera, la persona con VIH y el familiar y así, logren actuar para mejorar su condición de vida en la medida que reflexionan sus pautas de comportamiento para el autocuidado y lograr así el fin último, el bienestar.

En los "círculos de cultura" se instituyen debates en búsqueda de la aclaración de situaciones, como en búsqueda de la acción misma, que surge de la clarificación. La programación de los debates los ofrecen los mismos participantes en entrevistas que se mantendrán con ellos y de las cuáles se extraerán los problemas que les gustaría debatir. Temas como "discriminación", "enfermedades oportunistas", "vivir con VIH", "los derechos humanos", entre otros. Posteriormente, se esquematizarán con ayuda visual y se presentarán a la persona con VIH y su familiar en forma de diálogo.

Entonces, para hacer posible el círculo de cultura, es necesario llevar a cabo los siguientes puntos que a continuación se presentan:

-Conocer los sueños, aspiraciones, preocupaciones y dudas de las personas VIH y familiares a través de la interacción enfermera-persona-familiar a nivel emocional.

-Dialogar los "temas generadores", los cuales se construyen con los "temas significativos" que a su vez surgen y se encuentran implícitos en los sueños,



aspiraciones, preocupaciones, dudas y motivos humanos de la persona con VIH, familiar y enfermera. Para dialogar los temas generadores, es necesario realizar una indagación temática, es decir, identificar el tema o los temas significativos y poder codificar (pintar o fotografiar la situación) el tema generador. Esto quiere decir, que la enfermera a partir de su experiencia y de la experiencia de la persona con VIH y del familiar realizará una búsqueda de información (libros, artículos, películas, especialistas, páginas Web con información confiable, entre otros.) que describa la situación vivida por la triada con el fin de reducirla en una imagen (código), la cuál será posteriormente analizada (descodificada) por la persona VIH y el familiar dentro de los círculos de cultura en modalidad debate.

-Concienciar a la persona con VIH y familiar sobre la importancia de llevar a cabo el autocuidado como camino al bienestar. En este punto, la enfermera hace uso de la educación problematizadora; es decir, problematiza las situaciones (temas generadores, ya codificados) fotografiadas o pintadas y exige así, que la persona VIH y el familiar vayan descubriendo el encadenamiento de los temas significativos (descodifican) por medio de la interpretación de los problemas, encontrando así, la vinculación de éstos y su causalidad. Cabe mencionar, que durante este proceso educativo, las situaciones de vida son reflexionadas por los tres participantes (enfermera, persona VIH y familiar) que al darse cuenta que no han hecho nada para mejorar su situación de vida, ejecutan acciones de autocuidado hasta alcanzar el bienestar deseado.

### **Primera etapa (primer mes)**

En la Consejería la enfermera actuará como coordinadora y se encargará de entrevistar a la persona y familiar con el fin de registrar los anhelos, inquietudes, preocupaciones, miedos, deseos, motivaciones vinculadas con el VIH -lo anterior se llevara a cabo en una permanente relación de tipo circular de enfermera más persona con VIH y familiar-

*Primera sesión:* la enfermera obtendrá el consentimiento de la persona con VIH y el familiar, además de una conversación informal en la cual se hablará sobre el fin de la nueva manera de hacer la consejería; así mismo, se explicará el porqué, el cómo, y el para qué de la investigación que se pretende realizar y que no se podrá llevar a cabo si no se establece una relación de simpatía y confianza mutua.

*Segunda sesión:* una vez aceptada la reunión y lo dicho anteriormente, la enfermera debe estimular a los presentes para que, de entre ellos, aparezcan quienes quieran participar directamente en el proceso de la investigación como auxiliares de la enfermera. De este modo se inicia un diálogo sin rodeos, entre los tres participantes.

Cabe mencionar, que una serie de información sobre la vida en el área (fotos de la casa, la familia, la colonia, etc.), son necesarias para la comprensión del contexto. Tendrá sus recolectores en estos voluntarios, sea persona con VIH o familiar.

*Tercera sesión:* la enfermera tendrá una actitud comprensible frente a lo que observa en las fotos. Además, cuando la persona VIH y familiar hablen y describan las fotos, la enfermera anotará el modo de conversar de la persona VIH y su familiar, sus formas de ser, sus comportamientos y expresiones.

*Cuarta sesión:* la enfermera redactará un pequeño informe de lo observado y captado durante las tres sesiones anteriores, y cuyo contenido será dialogado de manera crítica en consejería. Es indispensable la participación constante de la persona VIH y el familiar.

### **Segunda etapa (segundo y tercer mes)**

A partir de la quinta semana, persona, familiar y enfermera todos como sujetos activos en la construcción de su educación se encontrarán en la sala de usos múltiples para formar "círculos de cultura". Se realizarán los debates con la información



investigada, reducida y codificada por la enfermera; será un debate entre iguales recordando que la enfermera funge también como coordinadora en el proceso educativo.

Los debates de la triada se realizan en búsqueda de la aclaración de situaciones, como en la búsqueda de la acción misma, que surge de la clarificación.

La programación de los debates la ofrecerán los propios participantes (la enfermera, la persona VIH y el familiar) durante las entrevistas con la enfermera. Entonces, la enfermera se encargará de extraer los temas a debatir a partir de los temas significativos que surgen de los participantes cuando éstos expresaron sus anhelos, inquietudes, preocupaciones, miedos, deseos, motivaciones vinculadas con su situación de vida y en concreto, el vivir con VIH.

Algunos ejemplos de temas generadores a debatir son: “cultura”, “autocuidado”, “enfermedades oportunistas”, “vivir bien con VIH”, “bienestar”, “miedo a adelgazar”, “enfermar de SIDA”, etc.

Posteriormente, se esquematizan estos y otros asuntos con ayuda visual y se presentan a los grupos en forma de diálogo. Durante esta etapa la enfermera puede incluir temas que la persona VIH y el familiar no sugirieron. El tema que puede integrar en el círculo de cultura; la enfermera es el concepto antropológico de cultura, “tema bisagra”, cuya función es abrir al diálogo con amor a partir de la concepción general que la persona VIH y el familiar tienen del mundo.

Cabe señalar, que en estos dos meses los participantes reflexionaron sobre sí y se darán cuenta de que el mundo es suyo también y lo pueden transformar a partir de identificar sus potencialidades lo que les permitirá tomar control sobre sí y amarse a través de actos de cuidado para tener bienestar.

*Quinta sesión:* durante la entrevista programada la enfermera dialogará con la persona VIH y su familiar y observará como

el paciente y el familiar se admiran de su forma de ser y de actuar en su realidad; situación que origina una aproximación a los núcleos centrales de las contradicciones (anhelos, miedos, preocupaciones, deseos, etc.) principales y secundarias en que están envueltos.

*Sexta sesión:* la enfermera al apropiarse de los núcleos centrales de aquellas contradicciones a través de la observación podrá organizar el contenido temático (temas generadores), constituido por la temática significativa.

*Séptima sesión:* la enfermera llega a la comprensión de las contradicciones y escoge algunas de estas contradicciones con las que elaborará las codificaciones que servirán para la investigación temática. Cabe aclarar, que las codificaciones pintadas o fotografiadas deben ser sencillas en su complejidad y ofrecer posibilidades múltiples de análisis en su descodificación. Además, deben ser conocidas por la persona con VIH y el familiar,

*De la octava a la décima segunda sesión (en círculos de cultura):* la persona VIH y el familiar serán los sujetos descodificadores. La persona VIH y el familiar al ir descodificando las codificaciones se harán una especie de “abanico temático” y éste irá abriéndose en la medida que los sujetos reflexionen de forma crítica.

La persona VIH y el familiar en el proceso de la descodificación exteriorizan su forma de ser y pensar y van percibiendo como actuaban al vivir la situación analizada y surge así una nueva percepción y el desarrollo de un nuevo conocimiento.

Continuarán los diálogos descodificadores en los círculos de cultura y la enfermera no solo los escuchará sino que a medida que el diálogo con amor avance la enfermera los desafiará problematizando la situación existente codificada. (Si es posible se puede hacer uso de una grabadora para registrar los debates y hacer registro de las reacciones más significativas de la persona con VIH y el familiar).

### **Tercera y última etapa (cuarto mes)**



Ésta será considerada por la enfermera como la fase de “observación”, donde una vez terminada la descodificación en los círculos de cultura, la enfermera estudia y analiza los hallazgos ya sea escuchando las grabaciones o estudiando las notas de los informes realizados.

Además, la enfermera, en la consejería, tendrá el compromiso de lucidar los cambios de pensamiento y de conducta de los participantes (persona con VIH y familiar) a través de entrevistas semiestructuradas grabadas y analizadas con el fin de saber si el paciente lleva a cabo el autocuidado. En este punto, el familiar expresará cómo es el apoyo que le ofrece al paciente y como se siente al ofrecerlo. Para entonces, ambos participantes serán capaces de pensar su realidad.

Así mismo, la enfermera al haber sido participante activa de su propia educación con los otros (persona VIH y familiar) será capaz de pensar su práctica.

Al finalizar este proceso educativo en la consejería, la enfermera coordinadora y los participantes conocerán lo que no conocían y reconocerán lo ya conocido.

## consideraciones finales

Las consideraciones que a continuación se presentan son en base a la experiencia del desarrollo del modelo.

En primer lugar, para que el círculo de cultura sea funcional se tendrá que aclarar los siguientes aspectos: en los círculos de cultura en lugar de un docente que da conocimiento, hay un coordinador de debates; en lugar de un aula de discusión, hay un espacio para el diálogo; en lugar de un alumno con tradiciones pasivas, hay un participante del grupo; en lugar de los puntos de programas preestablecidos, hay un programa compacto, reducido y codificado en unidades de aprendizaje que surge de las situaciones de vida de la persona con VIH, su familiar y la enfermera coordinadora.

En segundo lugar, para desarrollar la crítica del individuo con VIH y su familiar es primordial clarificar el concepto antropológico de cultura. La distinción entre los dos mundos; el de la naturaleza y el de la cultura. El papel activo del hombre en y con su realidad. La cultura como resultado de su trabajo, de su esfuerzo creador y recreador.

En tercer lugar, para implementar el presente modelo de cuidado, es importante que la triada (la enfermera, la persona con VIH y el familiar) muestre compromiso por la causa y paciencia para soportar el abismo entre su experiencia existencial y el debate del contenido investigado. Así mismo, es de suma importancia mostrarse interesados y participativos en cada una de las etapas del proceso, pues es con una actitud positiva como se podrá llegar a la concienciación de la triada. Es importante mencionar, que actitudes negativas como la falta de Fe en el proyecto, en ellos mismos y en los otros; así como la falta de seriedad, son posturas que obstaculizan el proceso de concienciación.

En cuarto lugar, el papel de la enfermera es, fundamentalmente, dialogar con la persona VIH y el familiar sobre situaciones concretas, ofreciéndoles simplemente, los instrumentos con los cuales ellos se autocuidarán para lograr el bienestar deseado.

Por otro lado, la enfermera como iniciadora de este movimiento tendrá que ser humilde con el conocimiento y reconocer la falta o ausencia de éste, pues el diálogo con amor se rompe en el momento que alguno de los tres integrantes se siente superior al otro, dueño de la verdad y del saber, -la triada tendrá que despojar de su mente y alma cualquier sentimiento de superioridad frente a los otros, con el fin de reconocer a los otros como “legítimos”-.

Entonces, la enfermera tendrá una actitud dialogal que los coordinadores deben adquirir para realmente educar y no “domesticar”. Dicha actitud dialogal emerge del amor, la esperanza y la fe en ella misma, en el individuo con VIH y su familiar en una



relación de simpatía. Solo así habrá comunicación.

Finalmente, la triada (enfermera, persona VIH y familiar) respetará los acuerdos que se deliberen en el proceso de concienciación, mostrando así una actitud colaborativa para el desarrollo de una conciencia crítica para la acción (Caro, 2006).

La aportación más notable que hace el presente modelo de cuidado es a nivel social al integrar a las Personas que Viven con el Virus que causa el SIDA a la sociedad como individuos que cuidan de sí, gozan de bienestar y son productivas en el sistema capital; además, se visualiza una solución a la discriminación reflejada en la falta de oportunidades laborales (la negativa a contratar y los despidos injustificados), lo cual origina cambios pocos favorables en la economía de estas personas y de sus familias.

A nivel disciplinar el modelo de cuidado contribuye al desarrollo de la profesión de enfermería en varios aspectos.

Primero, la implementación de un programa educativo basado en la filosofía freiriana (diálogo con amor), contribuye en el desarrollo de la disciplina al modificar de manera positiva la práctica de enfermería (rol de educador), específicamente en el área de consejería. Al modificar la consejería se observará una aportación específica de la enfermera a través del rol educador el cual permitirá cambiar la metodología de trabajo y pasar del modelo biomédico prevaleciente a un modelo centrado en los cuidados de enfermería.

En segundo término, el diálogo con amor ayuda a la edificación de nuevos patrones de interacción enfermera-persona con VIH y familiar, al construir relaciones de igualdad entre los actores y prescindiendo de las relaciones de poder.

El modelo de cuidado hace una aportación disciplinar a través de la construcción de un

nuevo conocimiento o la reestructuración de uno ya preexistente, en el que el protagonista es el ser que es cuidado (la persona con VIH). De esa forma, la Enfermería encuentra su afirmación a través de la actuación efectiva, teniendo al individuo y no a la patología, como su principal preocupación, vivenciando el proceso de vivir del individuo, centrando su enfoque en la promoción del bienestar y de la salud. Por lo tanto, la creación del presente modelo de cuidado se remite a la construcción de un conocimiento que favorece un cuidar diferenciado y específico, que auxilia el cuidado prestado al ser humano. Al mismo tiempo, impulsa el propio conocimiento y desarrollo de la Enfermería al englobar un conjunto de conocimientos para calificar y perfeccionar la praxis de Enfermería en el área de consejería (Kuerten y col., 2008).

Para concluir con las consideraciones finales, el impacto que tendrá el modelo de cuidado a nivel social, cultural y económico, se describirá a continuación:

A nivel social, el individuo será considerado un ser humano útil y productivo, con derechos y obligaciones, cambiando así la cosmovisión de la sociedad respecto a la Persona que Vive con el Virus que causa el SIDA (PVVS); en el aspecto cultural, la persona con VIH construirá una nueva cultura en salud al promover la importancia del autocuidado a partir de la ejecución de prácticas saludables para alcanzar y mantener el bienestar deseado; y a nivel económico, es bien conocido que cuidar la salud es menos costoso que curar la enfermedad, lo cual disminuiría de forma favorable los gastos por morbilidad, incapacidad, hospitalización, y los costos específicos de tratamientos (antirretrovirales y antibióticos), entre otros. Por lo cual, el modelo de cuidado se muestra compatible con las metas económicas del sistema de salud.

## referencias



Artículos:

Allen C. (2000). The Caribbean AIDS Epidemic. For all people in the Caribbean who are living with AIDS. University of the West Indies Press. Edited by Glenford Howe and Alan Cobley. Charper 2, pp.22-41

Araújo E y col., (2002). Familiares de pacientes afectados por el HIV/SIDA y el cuidado dado en una unidad de servicio ambulatorio. Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol. 10 no. 6 Ribeirao Preto. Nov/Dic. Pp. 1-12. Base de datos: Scielo Brazil

Amezcu M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. Index de Enfermería. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30\\_articulo\\_30-35php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_30-35php)

Andolfi M. (2003). El lenguaje del cuerpo y la entrevista. Manual de psicología relacional. 241-282

Antela A. (2004). Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D. C: OPS. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/AI/ManualCapacitaciónManejoPVVS2004.pdf>

Beltrán ÓA. (2006) Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. 24(2): 144-150.

Bowman G. (2001). Emotions and illness. Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing, 34 (2), 256-263

Bueno J y Cols., (2005). El SIDA como enfermedad social: análisis de su presencia e investigación. Universidad de Valencia. Facultad de Ciencias Sociales. Cuadernos de trabajo Vol. 18: 33-35

Casanova C y col., (2006). El control comunitario de los pacientes con el VIH. Papel e importancia de la labor de enfermería. Index de enfermería. 55:34-37

Casenave A y Cols., (2005). El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de desiciones en salud. Revista Chilena de infectología; 22(1):51-57

Castro R y col., (1994).Concierto para dos voces. El día Mundial del SIDA en dos contextos urbanos. Alteridades 4(7) Págs. 61-69

Castro R. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. Salud Pública de México Vol. 39 n. 1

Chocarro G y Cols., (2004). Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. Cultura de los Cuidados revista de enfermería y humanidades. 15:55-62

Castro R y Cols., (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. Revista Salud Pública de México. Vol. 39 no. 1 Cuernavaca. Base de datos: Scielo Public Health

Cazenave A y Cols., (2005). EL familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. Revista Chilena de infectología v. 22 n. 1

Comisión Interinstitucional de Enfermería (2001). CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO. Secretaría de Salud y Subsecretaria de Innovación y Calidad. México, D. F. Diciembre.

Conclusiones de la II Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia, (2004). Las enfermeras y las organizaciones, encuentros y desencuentros. Index Enferm Digital; 44-45. Disponible en [http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44\\_articu](http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articu)

da Costa P y Cols., (2005). El cuidado humano: reflexión ética acerca de los portadores de VIH/SIDA. Revista Latino-Americana de enfermería. Vol. 13 no. 14. Ribeirao Preto. Pp. 1-13 Base de datos: Scielo Brazil

Da Cruz M y col., (2000). Pensamento crítico: um enfoque na educacao de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem Vol. 8 no. 1 Ribeirao Preto. Base de datos: Scielo Brazil



de Guzman A. (2001). Reducing social vulnerability to HIV/AIDS: models of care and their impact in resource-poor settings. AIDS CARE, Vol. 13, No. 5, pp 663-675 Bangkok, Thailand

De la cuesta. (1998). Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa. Revista ENFERMERÍA CLÍNICA, VOL. 8. NÚM. 4

de Souza D y col., (2001). Actuación de estudiantes de enfermería en un centro de orientación y consejería (COAS) para VIH: Relato de experiencia. Revista Laino-Americana de Enfermagem Vol. 9 no.1 Ribeirao Preto.

Díaz L y Cols., (2004). Counselling: estrategia para mejorar la adherencia a los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia. Revista Evidentia; sept-dic, 1(3)

Dozal R y Otros, (2004). PERFILES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN MÉXICO. NIVELES TÉCNICO Y LICENCIATURA. FEMAFEE

Duque M. (2002). ENFERMERÍA Y CULTURA: ESPACIO DE ENCUENTRO PARA EL CUIDADO DE PERSONAS Y COLECTIVOS. Ponencia del XIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Tunja, Colombia.

Estrada J. (2006). MODELOS DE PREVENCIÓN EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA. Acta bioética. Vol. 12 no. 1 Santiago, Enero. Pp. 1-12. Base de datos: Scielo Chile

Gamel C & Cols., (1993). Nurses' provision of teaching and counselling on sexuality: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 18, 1219-1227

Informe Global. (2002). Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. OMS.

Irwin R. (1997). Sexual health promotion and nursing. Journal of advanced Nursing, 25, 170-177

Liimatainen L & Cols., (2001). The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing, 34(5), 648-658

Kuerten P & col., (2008). Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? Index de Enfermería. Vol. 17, No. 2. Pp. 128-132

Magnan M & Cols., (2006). Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. Dermatology Nursing. Vol. 18, No. 5. October Pp. 448-454

Martín L. (2003). Aplicaciones De La Psicología En El Proceso Salud. Revista Cubana de Salud Pública, julio-septiembre, vol. 29, número 003. Sociedad Cubana de Administración de Salud. La Habana, Cuba. Pp. 275-281

Martín L y G. (2004). La Investigación De La Adherencia Terapéutica Como Un Problema De La Psicología De La Salud. Psicología y Salud, enero-junio, vol. 14, número 001. Universidad Veracruzana. Xalapa, México. Pp. 89-99

Martinez M y Cols., (2003). Prevención del VIH/SIDA en población inmigrante. Una estrategia de promoción de salud basada en la educación entre iguales. Revista index de enfermería; 42:19-23

Mitchell D & Cols., (2006). Spiritual Development of Nursing students: Developing Competence to Provide Spiritual Care to Patients at the End of Life. Journal of Nursing Education. September, Vol. 45, No. 9. pp. 365-370

Molina M. (2002). La ética en el arte de cuidar. Revista investigación y educación en enfermería. Medellín. Septiembre Vol. XX No. 2

Molina M. (2002). Cuidar y ser cuidado: una experiencia individual. Investigación y educación en enfermería. Medellín, Vol. XX No. 2, Septiembre

Moreno T. (1999). Bases sobre el conocimiento del VIH/ETS: curso abierto y a distancia sobre SIDA y ETS. El paciente con SIDA y el entorno familiar. Modulo 4. Fascículo No 21. CONASIDA. Disponibles en <http://www.salud.gob.mx/unidades/conasida/preven/cursos/cap21.pdf>

Paiva V y Cols., (2002). SEM DIREITO DE AMAR? A VONTADE DE TER FILHOS ENTRE HOMENS (E MULHERES) VIVENDO COM O HIV. Psicologia USP Vol. 13 no. 2. Sao Paulo. Pp. 1-30. Base de datos: Scielo Brazil



Pardo M. (1997). FAMILIA Y CUIDADO. DIMENSIONES DEL CUIDADO. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería de La Universidad Nacional de Colombia. Pp. 125

Peñarrieta y Cols., (2006). EXPERIENCIA DE VIVIR CON EL VIH/SIDA EN UN PAÍS LATINO: UN ANÁLISIS CUALITATIVO. Revista Cultura de los Cuidados. Segundo Semestre. Año X-Nº 20

Pereira E y col., (2007) Autocuidado en el proceso de vivir: enfermeras comparten sus concepciones y experiencias en su trayectoria profesional. Revista Texto contexto enfermería, Florianópolis; 16(1):172-9

Pérez C y col., (2007). La atención clínica Nutriología para el paciente con VIH/SIDA. Cuadernos de nutrición. Vol. 30 Núm. 1 enero/febrero

Phaladze N & Cols., (2005). Quality of Life and the Concept of "Liveing Well" with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Journal of Nursing Scholarship; 37:2, 120-126. Sigma Theta Tau International

Pinto N. (2004). La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de adultos. Avances de Enfermería Vol. XXII No. 1

Price Y y col., (2003). Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. Revista Investigación y educación en enfermería. Medellín, Vol. XXI No.1, Marzo.

Stiepovich J y Cols., (1994). Efectos de la consejería personalizada en la reducción de cifras tensionales en pacientes hipertensos esenciales severos, OMS I. Revista Latino-Americana de Enfermería Vol. 2 N° 1 Ribeirao Preto. Base de datos: Scielo Brazil

Tabi M & col., (2006). Nutricional Counselling: an Intervention for VIH-positive Patients. Journal of advanced Nursing 54 (6), 676-682

Tamayo M. (2000). Que espera de la enfermera con respecto al tratamiento emocional el paciente con Virus de Inmunodeficiencia Humana. Rev. Cubana de Enfermería, ene-abr. Vol. 16 n. 1 Ciudad de la Habana. Pp. 1-9

Teixeira M y col., (2007). Aconsejamiento en VIH/SIDA: análisis basado en Freire. Revista latino en Enfermería; 15(1)

Undurraga J y Cols., (2006). Consejería: propuesta de un método de apoyo al paciente terminal. Revista méd chile; 134: 1448-1454

Villarreal M y col., (2006). La Teoría Crítica y su Contribución al Desarrollo del Conocimiento en Enfermería. Revista desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 14 N° 9 Octubre. Pp. 339-341

Zarate G. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm v. 13 n.44

#### Libros:

Coate V. (1999). Education for patients and clients. Routledge essentials for nurses. London. pp. Charper 1 (6), Charper 3 (60), Charper 8 (179 y 182)

Boff L. (2002). El Cuidado Esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Editorial Trotta. Pp. 87-128

Boff L. (2000). El Vuelo del Águila. Como el ser humano aprende a volar. ED. Dabar. Pp. 173

Boff L. (2002). Tiempo de trascendencia. El ser humano como proyecto infinito. Editorial Sal Terrae. Pp. 39-43

Carrillo H. (2002). La noche es joven. La sexualidad en México en la era del sida. Editorial Océano.

Chambers C. (1996). Wellness Practitioner Concepts, Research and Strategies. Springer Publishing Company. Second Edition. Cap. Pp. 1-11; 310-313 y 324 y 325

Freire P. (1994). Cartas para quien pretende enseñar. Editorial Siglo XXI.

Freire P. (2007). La educación como práctica de la libertad. Editorial Siglo XXI.

Freire P. (1981). Pedagogía del Oprimido. Editorial Siglo XXI.



- Fromm E. (1959). El arte de amar. Editorial Paidós.
- Fromm E. (1959). Miedo a la libertad. Editorial Paidós. Pp. 114 y 230
- González S. (1997). Pensamiento complejo: en entorno a Edgar Morín América Latina y los procesos educativos. Editorial Magisterio.
- Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. (2006). Cuidado y Práctica de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Editora Guadalupe Ltda. Pp. 88-98; 99-105; 184-190.
- Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. (1997). Dimensiones del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Pp. 17-25; 46-50; 241-244.
- Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. (2002). El Arte y la Ciencia del Cuidado. Pp. 295-313; 247-252
- Klug B. (1988). The process of patient education. C.V. Mosby Company. Sixth ed. St. Louis, Toronto, Washington DC. Charper 1 pp. 1-13
- Maturana H. (1991). El sentido de lo humano. Editorial Comunicaciones Noreste Ltda.
- Platts M. (1999). Sobre usos y abusos de la moral. Ética, sida, sociedad. Instituto de Investigaciones Filosóficas UNAM. Editorial Paidós.
- Platts M. (2000). Sida: aproximaciones éticas. Instituto de Investigaciones Filosóficas UNAM. Editorial Universidad Autónoma de México y Fondo de Cultura Económica.
- Thorwald D y col., (1999). La Enfermedad como camino. Editorial Plaza & Janés.
- Velasco C. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias. La familia y el HIV/SIDA. Capitulo 8. Editorial el Manual Moderno. Pp. 1-7; 131-194

**Tesis:**

Berumen L. (2004). Experiencias de las familias en el cuidado de niños con asma en un servicio de salud mexicano: subsidios para la asistencia de enfermería. Tesis de Doctorado. Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto.

**Paginas Web:**

<http://www.salud.gob.mx/conasida/>

[http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf) Plan Nacional de Salud (2007-2012)

