

El trabajo comunitario como instrumento de humanización en las personas con VIH/sida

Community work like a humanization tool in HIV/AIDS persons

MSc. Roberto Roque Vargas^I; Lic. Niurka Pileta Zamora^{II}; Lic. Delia Guerra Cuba^{III}; Enf. Esp. Héctor Mustelier Téllez^{IV}

^I Master en Longevidad Satisfactoria. Licenciado en Enfermería. Especialista de I grado en Enfermería Comunitaria. Asistente. Policlínico Facultad "Josué País García", Santiago de Cuba.

^{II} Licenciada en Enfermería. Enfermera especializada en ITS/Lepra. Policlínico Facultad "Josué País García", Santiago de Cuba.

^{III} Licenciada en Enfermería. Instructor. Policlínico Facultad "Josué País García", Santiago de Cuba.

^{IV} Enfermero especializado en Anestesia. Dirección Provincial de Salud. Santiago de Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención comunitaria en la población del consultorio 26 del Policlínico Facultad "Josué País García" de Santiago de Cuba en el 2005, con el objetivo de modificar conocimientos y criterios acerca de las ventajas del Sistema de Atención Ambulatoria para las personas con el virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, de un universo de 416 pacientes se selecciono una muestra de 236 por le método aleatorio simple en las edades de 15 _ 59 años, a los que se les aplicó un cuestionario antes y después de la intervención donde se utilizaron las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, conocimientos sobre el virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida, vías de tratamiento que reciben estas personas, todo esto nos permitió diseñar la técnica de intervención. Los datos obtenidos se procesaron por le método manual utilizando una calculadora y los resultados se exponen en tablas estadísticas utilizando el porciento como unidad de resumen. Obteniéndose como resultado que el grupo de 30 _ 34 años y el sexo femenino fueron los de mayor prevalencia, el conocimiento sobre la forma de propagación del

virus de inmunodeficiencia humana fue adecuado, mientras que existía desconocimiento sobre la forma de tratamiento de estas personas, el cual se modificó al concluir la intervención y se logró que el 99,2% de nuestra población objeto de estudio aceptará el sistema de atención ambulatorio como la vía de reinserción a la sociedad de las personas con el virus de inmunodeficiencia humana.

Palabras clave: trabajo comunitario, humanización, vih/sida, enfermería.

ABSTRACT

A study on community intervention in patients from consulting room No. 26 of "Josué País García" Faculty Polyclinic in Santiago de Cuba province during 2005 to modify the knowledges and criteria on advantages of Ambulatory Care System for HIV/AIDS persons, from a sample of 416 patients we selected 236 for simple random method aged 15-19 applying a questionnaire before and after intervention using the following variables: age, sex, schooling, knowledges on human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome, treatment ways for these persons, allowing us to design the intervention technique. Data obtained were processed by manual method using a calculator and the results are showed in statistical tables using the percentage like the summary unit. As a result, the group aged 30-34 and female sex had the higher prevalence, the knowledge on the human immunodeficiency virus transmission route was adequate but there was an ignorance on the treatment of these persons being modified when the intervention concluded and we achieved that 99,2% of our study population will accept the ambulatory care system like its way of social reintegration of people presenting this disease.

Key words: Community work, humanization, HIV/AIDS, nursing.

INTRODUCCIÓN

La historia natural de la evolución de la enfermería retoma el concepto del cuidar humano, desde la propia esencia de la necesidad de las personas de procurar sus cuidados para la salud y la vida propia y la de los suyos.¹

Este bien del ser humano, que es saberse cuidar y mantener la vida y la supervivencia, surge del propio entorno de la vida del ser humano en cada una de sus etapas de desarrollo y en cada circunstancia de salud y de vida, como una realidad a lo largo de toda la historia del hombre y de la humanidad.²

De la naturaleza del cuidar humano surge el contexto teórico del conocimiento enfermero (a) como ciencia propia. El personal de enfermería cuida de las personas donde viven, ayudándolas, enseñándolas, o sustituyéndolas en el cuidado de si mismo cuando no tiene el conocimiento, la voluntad o la fuerza necesaria y requieren cuidados profesionales.^{3,4}

Desde la mitad del pasado siglo en donde aparecen los primeros aportes a los modelos conceptuales de enfermería, en un intento de aproximación al campo de una ciencia emergente, se centra el conocimiento enfermero (a) en el estudio del cuidar.⁵

Colliere afirma que: Cuidar ha sido considerado como banal y accesorio ante la emergencia de la medicina científica o se confunde con la aplicación de los tratamientos a los que ha sido asimilado, como auxiliar del médico. El arte de cuidar no nació de la enfermedad sino como la necesidad de asegurar la continuidad de la vida.⁶

El objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir. Los tratamientos enfocados hacia la enfermedad, no pueden sustituir a los cuidados, curar no puede reemplazar a cuidar.⁷

Dentro de cualquier sistema de cuidados de salud "La necesidad básica de un paciente enfermo es la necesidad de unos cuidados personalizados". Nadie pone en duda que tales cuidados corresponden principalmente al rol del enfermero (a) y nadie mantendría que este rol el algo nuevo. La enfermería ha evolucionado como respuesta a una necesidad, la necesidad del cuidado de los enfermos.⁸

Si queremos humanizar la asistencia en enfermería en medio de un entorno médico altamente tecnificado, es preciso dominar la tecnología. También debemos considerarlo no como el recurso más eficaz en materia de curación, dignidad del paciente y estado de salud.⁹

La aparición de la enfermedad en el ambiente familiar puede suponer un cambio en la vida cotidiana y en las relaciones familiares. Saber aceptarlas, adaptarse a la situación que la enfermedad de un miembro de la familia plantea, es un reto difícil al que no todos sabemos responder adecuadamente; afortunadamente hay personas sensibles y humanizadas ante los sufrimientos que acarrea el sida y que, movidos por buena voluntad, ofrece su tiempo y lo mejor de sí mismo para ayudarles y acompañarlos en la difícil convivencia en la enfermedad.^{10,11}

A todos nos son familiares los terribles efectos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que aunque puede pasar inadvertido durante mucho tiempo, lo normal es que al cabo de 10 o 15 años haya destruido las células esenciales del sistema inmunitario y produzca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida). La pérdida de inmunidad franquea el camino a la proliferación de microorganismos que, de no ocurrir tal percance, estarían a buen recaudo y facilita el desarrollo de ciertos tumores, se ha convertido en la causa principal de muerte entre los 24 y 44 años de edad a nivel internacional.¹²

Desde 1986, año en que se notificó el primer caso de VIH /sida en el país, se concibió la modalidad de tratamiento sanatorial, con el decursar del tiempo y los nuevos descubrimientos e investigaciones sobre el SIDA, en 1993 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) perfeccionó el mencionado programa, mediante la creación del llamado Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), cuyo reglamento se estableció en la Resolución No. 101 del MINSAP del 2-07-1997.

Con el SAA los portadores del VIH no tienen que permanecer bajo el tratamiento sanatorial, teniendo como principio básico que las personas seleccionada como apta, ha de ser un individuo cuya conducta no represente un riesgo de propagación del VIH, y asuma una actitud responsable con su propia salud y la de los demás.¹³

En la actualidad el internamiento sanatorial o el tratamiento ambulatorio lo decide una comisión que analiza los aspectos clínicos, psicológicos y sociales de las personas diagnosticadas.¹⁴

El desconocimiento por parte de la comunidad en el SAA, es lo que lleva al rechazo sin tener en cuenta, que es probable que cualquier miembro de la comunidad al que se tenga clasificada como población general sea un portador de VIH; no tiene por tanto mucho sentido protegerse en exceso del que ya se sabe que está diagnosticada. Nuestra área de salud no está exenta de esta problemática cuando tenemos personas con VIH/sida incorporados al SAA.

Por todo lo anteriormente expuesto y por la inconformidad de la población de convivir con las personas que viven con el VIH / sida, a pesar de las campañas y programas educativos llevados a cabo, decidimos realizar la presente investigación con el objetivo de modificar conocimientos y criterios acerca de las ventajas del Sistema de Atención Ambulatorio para las personas viviendo con VIH / sida (PVS).

MÉTODO

Se realizó un estudio experimental tipo intervención educativa para modificar conocimientos y criterios acerca de las ventajas del sistema de Atención Ambulatoria (SAA) para las personas con el virus de inmunodeficiencia humana y el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (PVS) posibilitando su incorporación plena a la Sociedad en la población del Consultorio 26 del Policlínico Facultad "Josué País García" de Santiago de Cuba en el 2005.

El universo de 416 pacientes atendidos del consultorio antes mencionado se seleccionó una muestra de 236 por el método aleatorio simple que conformó el total de pacientes estudiados.

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta algunas consideraciones éticas.

Se realizó la coordinación con la dirección del área de salud (Anexo 1), así como, con el Equipo Básico de Salud (Anexo 2) que asiste a esta población para el conocimiento de la investigación, su ayuda y cooperación.

Para realizar la investigación dividimos la misma en tres momentos o etapas:

1.- Etapa de Diagnóstico.

Se convocó a una reunión donde presentamos el objetivo y metodología de la investigación, además de solicitar el consentimiento para incorporarse a la misma (Anexo 3), se aplicó el cuestionario (Anexo 4) el cual recogía las siguientes variables de interés:

- Edad
- Sexo
- Grado de Escolaridad
- Conocimientos sobre forma de propagación del VIH/SIDA
- Conocimientos sobre el tipo de tratamiento que reciben las personas viviendo con VIH/SIDA
- Aceptación del Sistema de Atención Ambulatoria como forma de tratamiento

2.- Etapa de Intervención.

Dividimos el grupo en 5 subgrupos y nos reunimos en el local preparado para realizar la intervención, donde aplicamos un programa educativo que consta de 5 meses de duración, con una frecuencia semanal y 1: 40 hrs docente por cada sesión. Utilizamos técnicas participativas, en el encuentro final se realizó un intercambio con personas viviendo con VIH/SIDA (PVIH/sida) de su propio consultorio quienes expusieron sus vivencias hasta la actualidad.

3.- Etapa de Evaluación.

Una vez concluido el programa de intervención se aplicó la encuesta inicial para observar y comparar los resultados antes de la intervención, además se repitió este mismo cuestionario a los 6 meses posteriores de la intervención.

Se realizó una detallada revisión bibliográfica acerca del tema en el Centro Provincial de Promoción y Prevención para la Salud (CPPES) de nuestra provincia Santiago de Cuba, además de la búsqueda en la biblioteca virtual de Internet e Infomed.

Para el análisis de la información se utilizó una calculadora utilizando el porcentaje como unidad de medida, los resultados se exponen en tablas y se compara con criterios de otros autores que nos permitió dar salida a los objetivos propuestos y así emitir conclusiones y recomendaciones pertinentes.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se observa la distribución de la población según grupo de edades donde predomina el grupo de 30 _ 34 años con 33 pacientes (13,9%) seguido del grupo de 35-39 años con 32 para un 13,5%, los grupos de 40-44 y 45-49 años con 25 pacientes (10,5%) respectivamente.

Tabla 1. Distribución de la población según grupo de edades

GRUPO DE EDADES	No.	%
15 - 19	30	12,7
20 - 24	22	9,7
25 - 29	27	11,4
30 - 34	33	13,9
35 - 39	32	13,5
40 - 44	25	10,5
45 - 49	25	10,5
50 - 54	20	8,4
55 - 59	22	9,3
TOTAL	236	100

Al realizar la distribución de la población según sexo y escolaridad en la [tabla 2](#) predominó el sexo femenino con 122 pacientes que representa el 51,6% y el nivel

de escolaridad universitario con 96 (40,6%) seguido del preuniversitario con 75 pacientes para un 31,7%.

Tabla 2. Distribución de la población según sexo y escolaridad

Escolaridad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Primaria	-	-	-	--	-	-
Secundaria	33	14,1	9	3,8	42	17,9
Preuniversitario	27	11,4	48	20,3	75	31,7
Técnico Medio	18	7,6	5	2,2	23	9,8
Universitario	36	15,3	60	25,3	96	40,6
Total	114	48,4	122	51,6	236	100

Al exponer los conocimientos acerca de las formas de propagación del VIH/sida se encontró un predominio de conocimientos adecuado con 165 personas (69,9%) aunque el porcentaje de respuestas inadecuadas 71 (30,1%) llama la reflexión, una vez aplicada la intervención se obtuvo el 100% de respuestas adecuadas ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Conocimientos sobre formas de propagación del VIH/sida

Conocimientos	Pre - intervención		Post - intervención	
	No.	%	No.	%
Adecuado	165	69,9	236	100
Inadecuado	71	30,1	0	0
Total	236	100	236	100

Al evaluar el nivel de conocimiento sobre las formas de tratamiento a las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (PVIH/sida) se obtuvo en la [tabla 4](#) que antes de la intervención existía desconocimiento de las formas de tratamiento pues 120 miembros de la comunidad (50,8%) referían el sanatorial, 80 (33,8%) refirió el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA) y solo 36 personas para un 15,4% refirieron el combinado, después de aplicada la intervención el 100% de la población demostró conocer que en nuestro país se combinan la forma Sanatorial y el Sistema de Atención Ambulatoria.

Tabla 4. Conocimientos sobre formas de tratamiento de PVS. Consultorio 26. Policlínico Josué País García. 2005.

Formas de tratamientos	Pre - intervención		Post - intervención	
	No.	%	No.	%
Sanatorial	120	50.8	0	0
Sistema de Atención Ambulatoria	80	33.8	0	0
Ambas	36	15.4	236	100.0
Total	236	100.0	236	100.0

Fuente: Cuestionario.

Analizando en la [tabla 5](#) la respuesta en la recepción del SAA como forma de tratamiento de las PVIH/sida se observa que antes de la intervención 153 personas representando el 64.8% lo consideraban desfavorable y solo 83 (35,2%) favorables; luego de la intervención 234 (99,2%) refirieron que el tratamiento del SAA es favorable y solo 2 (0,8%) refirieron que es desfavorable.

Tabla 5. Recepción del Sistema de Atención Ambulatorio como forma de tratamiento en las PVS. Consultorio 26. Policlínico Josué País García. 2005.

Respuesta	Pre - intervención		Post - intervención	
	No.	%	No.	%
Favorable	83	35.2	234	99.2
Desfavorable	153	64.8	2	0.8
Total	236	100.0	236	100.0

Fuente: Cuestionario.

En la [tabla 6](#) presentamos el nivel de aceptación de la población acerca del SAA en las PVIH/sida donde antes de la intervención 150 personas que representan el 63,6% lo consideran como aceptado y ventajoso mientras que el 36,4% que representa a 86 miembros de la población no lo acepta, una vez aplicada la intervención 234 personas representando el 99,2% lo consideran aceptable y solo 2 (0,8%) no lo aceptan considerándolo de riesgo.

Tabla 6. Nivel de aceptación de la población del Sistema de Atención Ambulatoria en las PVS. Consultorio 26. Policlínico Josué País García. 2005.

Nivel de aceptación	Pre - intervención		Post - intervención	
	No.	%	No.	%
Aceptable	150	63.6	234	99.2
No aceptable	86	36.4	2	0.8
Total	236	100.0	236	100.0

Fuente: Cuestionario.

Al explorar el conocimiento sobre los métodos de selección de los pacientes para formar parte del SAA en la [tabla 7](#) observamos que antes de la intervención 185 personas para un 78,4% tenían conocimientos inadecuados y 51 (21,6%) de adecuado. Al concluir la intervención los 236 miembros de la población objeto de estudio representando el 100% tenían conocimientos adecuados de selección del SAA.

Tabla 7. Conocimientos sobre formas métodos de selección de los pacientes para formar parte de SAA. Consultorio 26. Policlínico Josué País García. 2005.

Conocimientos	Pre - intervención		Post - intervención	
	No.	%	No.	%
Adecuado	51	21.6	236	100.0
Inadecuado	185	78.4	0	0
Total	236	100.0	236	100.0

Fuente: Cuestionario.

La [tabla 8](#) nos muestra los criterios de los encuestados que conforman la muestra sobre el programa aplicado, donde en su totalidad consideran que fue muy útil en el aprendizaje sobre las particularidades del VIH/sida (PVS) y sus formas de propagación, la ausencia de opiniones negativas demuestra que el trabajo comunitario contribuyó en la aceptación del Sistema de Atención Ambulatorio (SAA).

Tabla 8. Criterios de la población sobre la intervención aplicada. Consultorio 26. Policlínico Josué País García. 2005.

Criterios	SI		NO	
	No.	%	No.	%
- Me aportó nuevos conocimientos y logré aclarar dudas sobre el VIH/sida y sus vías de transmisión.	140	59.3	-	-
- Me resultó interesante, instructivo y agradable	5	2.2	-	-
- Me enseñó a valorar y aceptar a las PVS y al SAA.	91	38.6	-	-

Fuente: Cuestionario.

DISCUSIÓN

El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (sida) tiene que ver con la sexualidad de las personas por lo que la respuesta familiar y social depende del manejo que se tenga de está ⁽¹²⁾. Las personas con el virus de inmunodeficiencia humana (PVS) para restablecer o mejorar su estado de salud, no necesitan solo recobrar la salud corporal sino también de bienestar espiritual, y es ahí donde juega un papel fundamental la sociedad y la familia en su humanización. Ambos preparan al individuo, le transmiten códigos de comportamiento, valores y tradiciones que al entrar en contradicción favorecen los conductos de riesgo y ponen en peligro su responsabilidad para con sus semejantes y de estos hacia él.¹³

Una muestra de ello es el silencio o la falta de comunicación que existe entre las diferentes generaciones respecto a las dudas, temores, reservas, información e influencias en sus respuestas sexuales que les provoca el tema del sida.

Estos resultados obtenidos son comparados con estudios de intervención sobre Conocimientos de VIH/sida en el policlínico Comunitario "Mártires del 4 de Agosto" en 1998 donde se encontró que el 68,8% de la población estudiada respondió adecuadamente.¹⁵ Aunque a pesar de que en nuestra población objeto de estudio existía cierto grado de conocimiento sobre VIH/sida y sus vías de contagio al indagar sobre la aceptación del Sistema de Atención Ambulatoria (SAA) como forma de tratamiento de las PVS mostró desacuerdo con este, lo que indica su preferencia para el tratamiento sanatorial.

En la recepción del SAA influyeron en su opinión varios aspectos; uno de ellos fue que la población consideraba a estas personas como un riesgo de propagación de la enfermedad en un alto porcentaje y el otro el desconocimiento acerca del proceso de selección al que son sometidas las PVS para formar parte del SAA por otro gran número de personas. A pesar de influir positivamente en la comunidad, quedo un pequeño número de personas que reconocen sus ventajas pero no quieren convivir con las personas con VIH/sida (PVS).

La adecuada aceptación del SAA para las PVIH después de la intervención es una respuesta ante un estímulo de cada individuo, es el resultado de las vivencias, experiencias acumuladas a lo largo de la vida, a esto se suman los valores aprendidos de padres, educadores y grupo social en que se desempeñan; por ellos no todos reaccionan igual, ni tienen la misma capacidad de asimilación.

En nuestra interrogante 11 del formulario se indaga sobre la posibilidad de compartir o no con PVIH/sida, la pregunta queda abierta a la interpretación personal, motivando a la reflexión al pedir razones ante la respuesta negativa. Los resultados antes y después de la intervención fueron muy interesantes, saliendo al descubierto valores y sentimientos humanos que tiene cada persona y que con el trabajo instructivo _ educativo afloraron libremente. En el trasfondo quedaron dos palabras sobre las que hay que insistir y en base a ellas reorganizar todos los programas educativos actualmente: Miedo e Imprevisto.

La predisposición de estos individuos se convierte en un reto a vencer con un trabajo más personalizado para lo cual los profesionales de enfermería, los trabajadores sociales de nuevo tipo constituirían el factor de éxito en apoyo de los promotores de salud para la concientización de las personas más aprensivas.

Desprejuiciemos los prejuicios. La problemática señalada muestra que los procesos estigmatizadores de las personas enfermas de VIH/sida están fundamentados en prejuicios que rebasan el ámbito natural de la enfermedad. Estos valores conducen actitudes anormales y desviados de diversos grupos minoritarios, y vinculan directamente a los enfermos con comportamientos que son sancionados y hasta castigados socialmente. Esta situación afecta e inhibe procesos solidarios y de apoyo que padecen la enfermedad.

La participación activa y solidaria de distintos sectores de la sociedad que apoyan a estos enfermos, ha mostrado la importancia del trabajo personal en torno a tales prejuicios. Al mismo tiempo, podemos señalar que la falta de información confiable, oportuna y actualizada no sólo para quienes están en riesgo de adquirir el VIH, sino para la población en general, podría coadyuvar e eliminar la carga moral asociada a la enfermedad. Consideramos en este sentido que no basta sólo con informar, sino que es necesario realizar intervenciones que sensibilicen y cuestionen los prejuicios que fundamentan la estigmatización de los enfermos de VIH/sida. Esta tarea no debe ser únicamente labor de los profesionales de enfermería sino de una sociedad preocupada por lograr igualdades y la solidaridad entre sus integrantes.¹³

Podemos concluir planteando que el desconocimiento por parte de la población estudiada, acerca del Sistema de Atención Ambulatoria en el tratamiento de las PVIH/sida, trae consigo una inadecuada aceptación, que la misma puede revertirse con programas educativos y de esta forma lograr la reinserción de estas personas a nuestra comunidad.

ANEXO 1

Cuestionario

Estimados pacientes, usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación y la cual hemos puesto a su consideración, pero solicitamos que Ud. llenen este cuestionario de forma anónima y con toda su honestidad.

1. Edad: _____

2. Sexo: Masculino () Femenino ()

3. Grado de Escolaridad que usted posee: _____

4. ¿Sabe usted que es el VIH/sida? SI ___ NO ___

5. ¿Conoce usted las vías de transmisión del VIH/sida? SI ___ NO ___

6. ¿Conoce alguna persona con VIH/sida? SI ___ NO ___

7. ¿Dónde reciben tratamiento las personas con VIH/sida? Marque con una X el que usted conoce de los que le mostramos.

Sidatorio o sanatorial ___

Comunidad ___

Ambos ___

8. ¿Sabe usted que es el Sistema de Atención Ambulatorio? SI ___ NO ___

9. ¿Estas de acuerdo con este tipo de asistencia que se le brinda? SI ___ NO ___

10. ¿Sabes como las personas que viven con VIH/sida llegan al Sistema de Atención Ambulatoria (SAA). SI ___ NO ___

11. ¿Compartirías usted con una persona que vive con VIH/sida? SI ___ NO ___

Si responde NO diga tres razones:

12. En su opinión estas personas deberían :

Estar internadas: ___

Estar acogidas al Sistema de Atención Ambulatoria.

13. Considera usted las personas acogidas al Sistema de Atención Ambulatoria como persona de riesgo de propagación del sida en la comunidad.

SI ___ NO ___

Gracias por su colaboración.

ANEXO No. 2

PLAN TEMÁTICO

Primer Encuentro:

Tema: introducción al curso. Tratamiento ambulatorio de las personas con VIH/sida(PVS)

Duración: 1: 40 hrs.

Objetivos: 1. Explicar objetivos y metodología del curso.

2. Aplicación del cuestionario.

3. Realizar introducción al tema.

Desarrollo: Apertura.

Presentación de los participantes.

Método: Técnica participativas (Con que me comparo)

Exposición de los objetivos que perseguimos con la impartición del curso y la forma con que se llevará a cabo.

Nos basamos en la información siguiente:

Objetivos del curso: - Identificar que conocimientos tiene sobre el tema.

- Brindar información sobre los aspectos más importantes del

tratamiento ambulatorio de las PVS.

- Motivar a los participantes a que divulguen los aspectos

aprendidos.

Metodología del curso: Duración 4 semanas

Frecuencia: 1 sesión semanal.

Introducción al tema:

Método: Introducción al grupo para conocer que piensan y como actúan ante las PVS.

Exposición: Se basará en una breve reseña histórica de la enfermedad y situación actual de la misma.

Segundo Encuentro:

Tema: SIDA. Formas de propagación.

Duración: 1: 40 hrs.

Objetivos: Explicar a los participantes que es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y como se trasmite.

Desarrollo: Concepto de sida

Formas de infección y contagios.

Método: Interrogatorio. Se solicitará a los participantes que expliquen que entienden por SIDA y cuáles son sus formas de contagio mediante técnicas participativas mencionadas anteriormente.

Tercer encuentro:

Temas: Formas de tratamiento. Ventajas y particularidades.

Duración: 1: 40 hrs.

Objetivos: Enseñar a los participantes los diferentes tipos de tratamientos a los que puede acogerse una PVS y sus ventajas.

Formas en que las PVS llegan a los diferentes tipos de tratamiento y principios que los sustenta.

Desarrollo: Formas de tratamientos. Ventajas y particularidades.

Método: Se les explicará a los participantes las dos variantes de tratamiento a que puede acogerse estos pacientes, los principios en que se sustenta el SAA. Mediante técnicas participativas explicadas anteriormente.

Cuarto encuentro:

Tema: Opinión sobre la intervención.

Objetivos: Valorar los efectos de la intervención en los participantes.

Intercambio de opiniones sobre el tema tratado.

Aplicación del cuestionario.

Desarrollo: Intercambio de opiniones y criterios sobre el tema abordado y aplicación del cuestionario.

Método: Se desarrollará la actividad mediante la técnica pegada de manos en la cual se responderá a las cinco interrogantes siguientes diseñadas por los facilitadores.

1. _ Has logrado enriquecer tus conocimientos con los temas debatidos.
2. _ cree que estos temas te han servido de algo.

3. _ Qué no te gusto de los encuentros.
4. _ Te gustaría que continuáramos realizando actividades como esta.
5. _ Qué otros temas te gustaría se abordarán.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán Escribano M. Historia del cuidado enfermero. Rol de enfermería. Ed. Valencia, 2000; 23 (5): 376-79.
2. Santos Tomás M. Ser enfermera hoy. Rol de enfermería. Ed. Valencia, 2001; 24(5): 385.
3. Colliere MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Rol de enfermería. Ed. Valencia, 1999; 22(1): 27-31.
4. Durán Escribano M. Los por qué de la Licenciatura en Enfermería. Rol de enfermería. Ed. Valencia, 2000; 23 (1): 8-9
5. Santos Balnco F. Cuidados en Enfermería [biblioteca virtual en línea]http://www.oftalmo.com/enfermeria_2004.articulos_cientificos.htm [consultado: 22 Enero 2006].
6. Rocamora A. Un enfermero en la familia. Clave para la intervención psicológica. Sao Pablo, Madrid, 2000: 131-42.
7. Bermejo JC. Comprender y ayudar al enfermo de Sida [biblioteca virtual en línea] [http://www.humanizar.es, el rostro humano de la salud/humanizar 2004.articulo_cientifico.htm](http://www.humanizar.es,el_rostro_humano_de_la_salud/humanizar_2004.articulo_cientifico.htm) [consultado: 22 Enero 2006].
8. García Pérez J. Alarcos FJ. 10 palabras claves en Humanizar en Salud, verbo divino [biblioteca virtual en línea] [http://www.humanizar.es, el rostro humano de la vida/humanizar 2002.articulo_cientifico.htm](http://www.humanizar.es,el_rostro_humano_de_la_vida/humanizar_2002.articulo_cientifico.htm) [consultado: 22 Enero 2006].
9. Fuentalba R, Araneda JC. Humanizar la humanidad practicando la proximidad [biblioteca virtual en línea] [http://www.humanizar sin piedad.articulo_cientifico.htm](http://www.humanizar_sin_piedad.articulo_cientifico.htm) [consultado: 22 Enero 2006].
10. Alvarez González A, Villalón Oramas M, Amargo González GM, Fonseca Robles M, Jiménez López L, Reyes Gómez W. Las PVVIH y su entorno social. En: Viviendo con VIH. Manual para las personas que viven con VIH/SIDA en Cuba. Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/SIDA, 2004: 18-25.
11. Organización Mundial de la Salud. La esperanza triunfa sobre la desesperanza: cambiando la historia del VIH/SIDA. Rev. Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sostenible. 2004; 8 (2) [biblioteca virtual en línea] http://www.revistafuturos.info/boletin_8/camp_haitisida.htm [consultado: 22 Enero 2006].
12. Guerrero Borrego N, García Moreira OC. Sida desde los afectos: Una invitación a la reflexión. Centro de estudios sobre la juventud. Casa Ed. Abril. 2002: 32-4.

13. _____. Plan estratégico nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. MINSAP. Cuba. 2004: 2-12.
14. _____. Línea de apoyo a PVVIH/SIDA. Planificación estratégica y desarrollo sostenible. CNP ITS/VIH/SIDA. Marzo _ Abril 2004: 4-7
15. _____. Estudio de casos de la Red Latinoamericana y del Caribe de Planificación estratégica en SIDA, Colección práctica optima del ONUSIDA. Febrero 2003: 10-6.

Recibido: 12 de junio de 2009
Aprobado: 30 de agosto de 2009

Msc. **Roberto Roque Vargas**. Policlínico Facultad "Josué País García", Santiago de Cuba. Cuba