

2008

Frecuencia de respuestas humanas alteradas, según patrones funcionales de Gordon : en familias con niños de 1 a 15 años, infectados por el virus de HIV/Sida

Benavente, Claudia Susana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/317>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERIA
CATEDRA: TALLER DE TRABAJO FINAL
PROFESOR DE CATEDRA: Lic. LAURA CELAYA

TEMA

Frecuencia de respuestas humanas alteradas, según
Patrones Funcionales de Gordon, en familias con niños de 1
a 15 años, infectados por el virus de HIV/Sida

Integrantes del equipo

Benavente, Claudia Susana
Cosso, María Inés

Mar del Plata, año 2008

9/ mayo
Laura Celaya

AGRADECIMIENTOS:

EN PRIMER LUGAR, QUEREMOS AGRADECER PROFUNDAMENTE A NUESTRAS FAMILIAS QUE NOS ACOMPAÑARON A LO LARGO DE ESTA ARDUA PERO MARAVILLOSA PROFESIÓN.

A NUESTROS PROFESORES Y AYUDANTES DE CÁTEDRA, QUE DESDE LA INCURSIÓN A LA CARRERA DE ENFERMERÍA, FUERON ES LABONES FUNDAMENTALES PARA SER HOY, DE MUCHOS DE ELLOS, SUS COLEGAS.

A LA LICENCIADA LAURA CELAYA, PROFESORA DE LA CÁTEDRA "TALLER DE TRABAJO FINAL", QUE FUE NUESTRA GUÍA EN ESTE GRAN PASO A LA INVESTIGACIÓN.

A LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL, QUE ESTÁN COMPROMETIDOS CON LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS CON HIV/SIDA, QUE NOS BRINDARON TODO SU APOYO.

A LAS FAMILIAS ENTREVISTADAS, PORQUE SIN LA AYUDA DE ELLOS NO SE LOGRARÍAN AVANCES SIGNIFICATIVOS.

Y COMO NO QUEREMOS OLVIDARNOS DE NADIE, AGRADECEMOS A TODOS LOS QUE DE ALGUNA MANERA, YA SEA CON SU APOYO INCONDICIONAL, CON UNA INYECCIÓN DE FUERZA, O SIMPLEMENTE CON EL VIRUS DE SU PRESENCIA, HICIERON POSIBLE QUE ESTE MOMENTO SE HAGA REALIDAD.

GRACIAS A LA VIDA.

CAPÍTULO I

A.- INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

A finales del siglo XX la epidemia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana o VIH, causante del SIDA, se ha extendido por todo el mundo y afecta a personas de diferentes grupos etarios, credos y clases sociales.

Durante el último año, 600.000 niños fueron infectados por primera vez con el virus de HIV, cerca del 90% pertenecen a la zona de África. Casi todos adquirieron el virus por transmisión vertical, es decir la transferencia de la enfermedad de una generación a la siguiente, bien genética, o bien congénitamente, como por ejemplo a través de la leche materna o de la placenta.¹

El Programa de las Naciones Unidas sobre HIV y Sida, presentó un informe reciente donde se estima que para el 2010, se espera el doble de mortalidad infantil en regiones con alta prevalencia de infección. Globalmente, el número de huérfanos por SIDA va a aumentar, de los actuales 13,2 millones a 44 millones hacia el año 2010.²

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es un conjunto de manifestaciones, signos o síntomas, que caracterizan la enfermedad. Inmunodeficiencia, es un estado de fallo del sistema normal de defensas que tiene el organismo para combatir múltiples agresiones e infecciones. La palabra adquirida significa que no se trata de una condición innata (congénita), sino que el individuo la ha “adquirido” o “recibido” del ambiente que lo rodea. La principal característica del SIDA, es que produce un trastorno del sistema inmune del ser humano.³

¹ American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric AIDS. Evaluation and medical treatment of the HIV Exposed infant. Pediatrics 1997; 99: 909-17.

² Salooje, A Violari. Infecciones por HIV en niños. BRITISH MEDICAL JOURNAL I2006

³ Centers for Disease Control and Prevention. 1997 USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. MMWR 1997; 46 (RR-12): 1-46

Esta es una enfermedad multigeneracional que nos compete a todos, debemos, en nuestra práctica, reivindicar el ámbito del diálogo con las familias y la posibilidad de vehicular la información para la toma de decisiones. En la atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA es donde, desde sus inicios, se sumaron los progresos científicos y tecnológicos con los aspectos de atención más cualitativos y humanos; donde converge la prevención y la asistencia clínica, y se tiene especialmente en cuenta, los aspectos psicosociales para recuperar, en una atención integrada, el proyecto de vida de los afectados por esta importante enfermedad.

Esta perspectiva de la atención, obliga a prestar una asistencia continua, capaz de combinar los últimos conocimientos clínicos, tratamientos y cuidados, con la realidad vivencial del afectado en significación con su entorno familiar y relacional.

Las expectativas del paciente, su calidad de vida, su grado de satisfacción, están en relación directa con esta concepción de la atención.

Pero la realidad muestra que la enfermedad todavía no tiene un tratamiento curativo, y es por esta razón, que la acción debe centrarse en adecuadas tareas de prevención, la educación es la clave en la lucha contra el HIV/SIDA, y debe actuar como refuerzo en los sistemas de salud.

No obstante esto, es preciso seguir buscando respuestas al tratamiento con todo lo que ello implica, es decir no solo farmacológicamente, sino también otros aspectos como calidad de vida, alimentación, cuidados de la salud, recreación, descanso, rol-relaciones, etc.

Conocer las respuestas humanas alteradas de las familias, frente al cuidado integral de los niños con VIH/SIDA, puede ser un gran paso en la búsqueda de fallas del tratamiento y en la convicción de la necesidad de una acción interdisciplinaria, donde todos debemos comprometernos y aunar nuestros esfuerzos para el logro de los objetivos, elevando el nivel de respuesta de la sociedad antes esta problemática.

B.- JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La elección de esta temática radica en la magnitud de la gravedad del mismo. En la actualidad existen alrededor de 40 millones de personas que sobreviven con Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). En el año 2003 se estimó que 4.8 millones de personas se infectaron, (más que cualquier otro año), en este período ocurrieron cerca de 3 millones de defunciones a causa del SIDA en el mundo, para hacer un total de 20 millones de personas desde 1981. En América Latina se estima que existen 1.6 millones de personas infectadas con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) alrededor de 84 mil han muerto a causa de la misma. A nivel mundial se estima que existen alrededor de 13 millones de niños menores de 15 años han perdido a uno o ambos de sus padres a causa del SIDA. No se cuentan con datos suficientes a cerca de la prevalencia en gestantes, ni se conoce el número de madres enfermas que cuidan a sus hijos.

El SIDA es ahora reconocido como la mayor epidemia en la historia de la humanidad⁴

C.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las respuestas humanas alteradas, según Patrones Funcionales de Gordon, que se asocian con más frecuencia al cuidado integral, en familias con niños de 1 a 15 años infectados por el virus del HIV/SIDA, que concurren a los controles habituales en el Hospital Materno Infantil, de la Ciudad de Mar del Plata, durante el primer semestre del año 2008?

⁴ UNAIDS.2004.REPORT ON the globa AIDS epidemia, Bangkok Htto ://www.unaids.org / bangkok 2004/GAR2004_00_en.htm

D.- OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL.

- ✚ Conocer las respuestas humanas alteradas, según Patrones Funcionales de Gordon, que se asocian con más frecuencia al cuidado integral, en familias con niños de 1 a 15 años infectados con VIH/SIDA, que concurren a controles habituales en el Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Mar del Plata en el año 2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✚ Valorar cada familia según patrones funcionales de Gordón.
- ✚ Valorar cada familia según tipo de cuidado brindado.
- ✚ Identificar las respuestas humanas alteradas, según Patrones Funcionales de Gordon.
- ✚ Identificar las respuestas humanas alteradas según tipo de cuidado brindado.
- ✚ Establecer orden de frecuencia.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

Basado en datos etnográficos e históricos, las respuestas sociales frente al SIDA y la experiencia de vida de niños y adolescentes afectados por la epidemia, favorecieron medidas de protección institucional exclusivas para aquellos niños que se habían infectado con el virus, todo con el fin de combatir la exclusión social. Más recientemente los mismos sectores proponen abandonar tales medidas y favorecer, en cambio, la desinstitucionalización de los niños que se encuentran protegidos y fortalecer el trabajo con familias y comunidades para garantizar la inclusión social. Tanto las estrategias iniciales para combatir la exclusión social como las nuevas estrategias para garantizar la inclusión social, a pesar de ser diferentes, no son propuestas antagónicas. El cambio de estrategias tiene un agente común: un movimiento social que reconoce que las necesidades de niños, familias y comunidades cambian constantemente. Las estrategias cambiantes, sin embargo, han tenido un hilo conductor en la lucha por garantizar los derechos humanos de personas y comunidades afectados por la epidemia. Se sugiere, por tanto, que la defensa de los derechos humanos, tanto en la teoría como en la práctica, es un proceso que gana en calidad con el tiempo, madura, y que esa maduración depende de respuestas adecuadas que reduzcan desigualdades sociales.⁵

Desde el principio de la epidemia se estima que 3,8 millones de menores de 15 años de edad se han infectado por el VIH y que 2,7 millones han fallecido. El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de un retrovirus que ataca las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos. El sistema inmunológico agrupa diversos

⁵ Brandoli, Renata y Andrea Nascimento Desafios da educação infantil com crianças hiv positivas e suas famílias: Associação civil anima (eds.), *Criança, adolescente e aids: Abra este diálogo*. São Paulo: Fórum de ONG/AIDS do Estado de São Paulo. (2005)

tipos de células, entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar contra los agresores externos. El VIH concretamente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico.

La palabra SIDA se forma con las iniciales de la expresión "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida."

Se ha desarrollado el SIDA sólo cuando se presenta un conjunto de signos y síntomas que indican que las defensas están disminuidas porque se contagió el virus. Es posible estar infectado con el VIH, es decir, ser VIH positivo o portador del virus, y todavía no haber desarrollado el SIDA. Desde el momento en que el virus ingresa al cuerpo hasta que aparecen los síntomas puede pasar mucho tiempo, entre 10 y 12 años, período que puede extenderse si se comienza un tratamiento temprano. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se trata de plazos promedio globales que varían de país en país y se modifican sustancialmente con el propio desarrollo de la epidemia en cada lugar y con la evolución de los tratamientos.⁶

El virus del SIDA ingresa al organismo a través de la sangre, el semen y los fluidos vaginales y una vez incorporado ataca el sistema inmunológico.

Frente a la presencia de agentes infecciosos, el sistema inmunológico, moviliza para defenderse, células llamadas linfocitos. Los linfocitos, al ser invadidos por el virus VIH pierden su capacidad para reconocer y enfrentar a los agentes extraños, los que aprovechan la oportunidad para proliferar. A medida que el virus se reproduce, el organismo se hace cada vez más vulnerable ante enfermedades contra las cuales, en tiempos normales puede defenderse. A estas enfermedades se las denomina enfermedades oportunistas.

⁶ ONUSIDA y OMS. VIH-SIDA: La epidemia mundial. Diciembre de 1997.

Más del 90% de los niños han contraído el virus a través de sus madres seropositivas, antes o durante el parto o a través de la lactancia natural. Más de 8 millones de niños han perdido a su madre por causa del SIDA antes de cumplir los 15 años, y muchos de ellos también han perdido a su padre.⁷ Las nuevas estimaciones realizadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) muestran que la expansión del VIH se podría prevenir si se adoptan 12 medidas recomendadas por el grupo de trabajo de la ONU sobre el Sida (Onusida) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). De adoptarse estas medidas cuanto antes, el número de adultos infectados cada año podría bajar de 4 a 1.5 millones este año (en el 2005).⁸ Entre los 12 métodos mencionados se incluyen campañas en los medios de comunicación masiva, promoción y distribución de condones en el sector público, programas voluntarios de exámenes, prevención de transmisión de madre a hijo, programas para jóvenes tanto en la escuela como fuera de ella, consejos para trabajadoras sexuales, programas para homosexuales, y programas para drogadictos que se inyectan.

Asimismo, las últimas cifras oficiales dadas a conocer Onusida, señalan que en 20 años la enfermedad mató a más de 20 millones de personas y se espera que para el año 2020, el mal podría cobrarse entre 68 y 70 millones de vidas. Hay 40 millones de infectados por el virus y alrededor de la mitad de las nuevas infecciones se produce en personas jóvenes de entre 15 y 24 años.⁹

Resulta muy importante el conocer las reacciones y conductas familiares

⁷ Actualización informativa sobre VIH-SIDA" Elaborado y sintetizado por LUSIDA y el Componente de Comunicación Social 2005.Colombia.

⁸ Czeresnia D AIDS, contágio e transmissão. Relações entre epidemia cultura e ciência. In:Abrasco; 1995. p. 51-76. Brasil.

⁹ UNAIDS.2004.REPORT ON the global AIDS epidemic, BAngoko Htto ://www.unaids.org bangkok2004/GAR2004_00_en.htm /bangkok2004/GAR2004_00_en.htm

que se relacionan frente a la persona con VIH y SIDA sobre la base de acompañamiento, ayuda o rechazo que desarrolla la familia para con el paciente. Definitivamente el SIDA se encuentra revestido tanto a nivel social como individual, de una carga enorme de múltiples significados simbólicos. Esto hace que las familias se conviertan en un terreno abonado para el desarrollo de crisis que repercuten negativamente en el enfermo y en la sociedad. Los expertos consultados por el Ministerio de Salud en 1997, tienen la siguiente opinión: 88.3%, consideran que existe un trauma emocional moderado, 11% creen que es leve, mientras que para el 1%, es alto o ninguno. Esto plantea la necesidad de realizar un trabajo de atención médica y psicológica dentro del núcleo familiar del infectado por VIH o el SIDA, ya que resulta claro que se ve afectado en sus relaciones y posiblemente en su productividad a todo nivel.¹⁰

Frente a los hijos se presentan múltiples circunstancias: por un lado, cuando uno de los padres es el infectado, la relación paterno-filial se afecta de una u otra forma; no resulta extraño que la figura parental infectada necesite mantener el secreto de su condición frente a sus hijos; sin embargo, la situación de crisis es inocultable, lo que repercute de manera negativa en el núcleo familiar, ya que los hijos perciben que algo serio está ocurriendo, pero se les niega el conocimiento de la verdad. Por otra parte, también de manera anecdótica y sin estudios que lo respalden, se aprecia que los hijos no establecen juicios ni críticas ante el mecanismo probable de infección paterna; para ellos ya resulta lo suficientemente catastrófico el considerar su soledad y orfandad futura y el apreciar el deterioro físico de su ser querido. Por último si se trata de hijos menores, vale la pena preguntarse por la presencia del virus en ellos.¹¹

Desde el punto de vista social, las reacciones de la comunidad frente a una familia afectada por el VIH y el SIDA, son generalmente de naturaleza hostil. Las

¹⁰ Di Carlo, Dartizio e Ibañez. La construcción social de la familia. Argentina, Espacio Editorial. Argentina, 2002. 100 p.

¹¹ UNESCO Retos y oportunidades de la sociedad de la información. San José de Costa Rica: UNESCO (2003).

reacciones que con mayor frecuencia se generan desde la sociedad hacia la familia hacen referencia a

Rechazo: 75%

Solidaridad: 14%

Agresión: 5%

Indiferencia: 4%

Otras: 2%¹²

En un entorno marcado por el significativo proceso de transformación de los sistemas sanitarios, Enfermería tiene la necesidad de definir el alcance de su trabajo y la aportación que realiza como profesión a la mejora de la salud de la población, mostrando el impacto de su actividad en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.

De esta forma, la promoción y el desarrollo de la profesión de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud se han venido enfocando hacia la mejora de la calidad de la práctica, porque la calidad es la vía para potenciar la profesión y a quienes la ejercen, y porque la calidad es la vía para ofrecer cada día una mejor sanidad a los ciudadanos¹³

La mejora de la calidad se define como el conjunto de actividades orientadas a la eficacia y eficiencia de los procesos, siguiendo las doctrinas de cualquier modelo de gestión. Para mejorar un proceso (entendido como un conjunto de actividades), es necesario poder identificarlo y describirlo. En este caso concreto, la base sobre la que se sustenta el proyecto es el Proceso de Enfermería. El proyecto nace ante el intento de proporcionar, a todos los profesionales de enfermería, un lenguaje común y una metodología homogénea, metodología relativa al propio proceso de enfermería¹⁴

¹² Op Cit Di Carlo 104 p

¹³ El Proyecto NIPE: la Normalización de la Práctica Profesional el Convenio Marco firmado entre el Consejo General y el Instituto de Salud Carlos III. 14 de enero de 2002

¹⁴ Alberdi- Castells, R. M. Nosotros cuidamos: la práctica en el ámbito comunitario. Palma 2000. URL disponible en: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/actividades/IIICongreso/alberdi.html>

Las enfermeras estamos viviendo desde hace una década y especialmente desde el último quinquenio, un periodo de gran agitación profesional en el ámbito mundial derivado y propiciado por la necesidad y el deseo de encontrar el camino que nos lleve a progresar y desarrollar los pilares en que asentarnos (conceptos, cuerpo teórico, herramientas, metodologías), que nos definan, estructuren y reafirmen profesionalmente, y consecuentemente nos posibilite brindar a la sociedad el mejor servicio en lo que creemos estar preparadas y es nuestra razón de ser: Cuidar.

Para llevar a cabo esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordón con sus Patrones Funcionales (1982), método que permitió identificar las respuestas humanas alteradas en el grupo de estudio. Las respuestas humanas, son todas aquellas reacciones de los individuos o grupos ante asuntos relacionados con la salud, que incumben a enfermería, son de naturaleza dinámica y cambian conforme progresa el paciente, la familia o ambos, entre la salud y la enfermedad. Difieren y varían en su naturaleza debido a la individualidad de cada persona.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración de enfermería sistemática, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una correcta valoración. Los primeros datos que se registraron en este trabajo fueron los socio-demográficos como edad, sexo, grupo conviviente, tipo de vivienda, etc.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o

comunidades, las cuales son interactivas e independientes¹⁵.

Los 11 Patrones Funcionales se denominan de la siguiente manera:

Los patrones biofísicos son:

- Percepción – Cuidado de la Salud
- Nutricional - Metabólico
- Eliminación
- Actividad - Ejercicio
- Sueño - Descanso
- Cognitivo - Perceptivo

Los patrones emocionales son:

- Autopercepción - Autoconcepto
- Rol-relación
- Sexualidad - Reproducción
- Adaptación y tolerancia al estrés.
- Valores- Creencias.^{16 17}

En las siguientes líneas se desarrollan los distintos Patrones en lo relativo sus contenidos y objetivos y, también, en la manera en que se puede hacer de ellos una herramienta útil y práctica en la valoración, mediante la exposición de preguntas pertinentes y focos de atención relacionados con cada uno de ellos. El enfoque y los límites de las preguntas utilizadas en este documento, con llevan una ligera adaptación a las necesidades del proyecto mismo, dado que en él no se trabaja con individuos, como sí ocurre en la práctica profesional enfermera habitual, sino con familias e individuos en una situación patológica concreta.¹⁸

¹⁵ Hernández Conesa J.Esteban Albert M.“Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método”. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 1999

□ ¹⁶ Roper: Proceso de atención de enfermería. 2da Edición. Editorial Interamericana McGraw Hill.

□ ¹⁷ Phaneuf M: Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. McGraw Hill Interamericana

¹⁸ L.J. Carpenito. Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería. Mc Graw Hill -

Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar, un diagnóstico de enfermería que describa esa situación.¹⁹

Patrón 1: Percepción - Cuidado de la salud

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Motivo de ingreso.

Información que tiene de su enfermedad y percepción de la misma.

Historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos

Alergias

Hábitos: consumo de alcohol, tabaco, drogas.

Consumo de fármacos: medicación habitual

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres

Interamericana.

¹⁹ Serrano, R. Saracíbar, MI. Díaz MT. Majuelo, T. Narvaiza, MJ. Dónde Comienza la Calidad Científica de los Documentos de Enfermería la Documentación. Revista ROL Enfermería, 1994; 191-2: 33-40.

de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo y las posibilidades de disponibilidad de aquellos.

También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Asimismo se determinará las características de la piel y mucosas y su estado.

Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Valoración del modelo de ingesta de sólidos y líquidos: (Si come sólo o necesita ayuda, si tiene prescrita alguna dieta especial, apetito y preferencias, modelo habitual de alimentación en su domicilio, ganancias y / o pérdidas de peso, disfagia creciente, deglución dolorosa, dolor subesternal, dolor de garganta, sensación de plenitud, pirosis, regurgitación después de las comidas, náuseas y / o vómitos, halitosis, dentición, anorexia, etc.

Hábitos: comidas calientes, frías, alteración del sentido del gusto.

Medición y valoración de datos antropométricos.

Valoración de la piel y mucosas.

Necesidad de ayuda para higiene: Frecuencia y hábitos de ducha y / o baño, pliegue cutáneo

Hidratación general y sequedad de la piel palidez, sensación de sed, malestar generalizado,

Presencia de signos y síntomas de alteraciones de piel y mucosas.

Patrón 3: Eliminación

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Valoración del Patrón habitual de evacuación urinaria e intestinal: frecuencia, características, sudoración, menstruación, hemorroides, deposiciones involuntarias, control de esfínteres, etc.

Presencia o no de signos y / o síntomas de alteraciones.

Patrón 4: Actividad - Ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Valoración del estado cardiovascular: Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.

Valoración del estado respiratorio: Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente ecológico laboral, tabaquismo, disnea o molestias de esfuerzo, tos nocturna asociada a regurgitaciones, Expectoración, indicación verbal de fatiga, etc.

Valoración de la movilidad y actividades cotidianas: Debilidad generalizada, cansancio,

Estilo de vida (sedentario, activo), actividades de la vida diaria (AVD) que realiza, etc.

Patrón 5: Sueño – Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día y los Usos y costumbres individuales para conseguirlos.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Valoración de signos y síntomas de sueño insuficiente: Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letárgica, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, etc.

Valoración del modelo habitual de sueño / descanso

Factores que afectan el sueño: Internos: Síntomas de la enfermedad; despertar por la noche debido al dolor, tos o regurgitaciones, estrés psicológico, etc.

Externos: Cambios ambientales, estímulos sociales, etc.

Antecedentes de trastorno del sueño

Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo

En él se describe el patrón sensorio - perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Valoración de la presencia de indicadores no verbales de dolor como: expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.

Valoración del dolor: Comunicación verbal, intensidad, (utilizar una escala), descripción del dolor, localización, carácter, frecuencia y signos y síntomas asociados: Nauseas, insuficiencia respiratoria etc.

Medidas de alivio utilizadas

Fármacos utilizados

Valoración sensorial y reflejos: déficit sensorial, cognitivo, dificultades de aprendizaje,

Desorientación, alteración del proceso de pensamiento, conflicto de decisiones.

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Ansiedad

Temor

Alteración de la autoestima

Valoración del grado de ansiedad: Observar la aparición de signos de

ansiedad, angustia y temor, nerviosismo, cefaleas, tensión muscular, movimientos inquietos, mareos, hipoventilación, insomnio, somnolencia, cansancio, etc.

Valoración del conocimiento y percepción de su enfermedad, solicitud de información.

Patrón 8: Rol - Relaciones

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Valoración de la comunicación y patrón de interacción social: Ambiente familiar, ambiente laboral, etc.

Valoración de cambios de conducta: dependiente, retraída, exigente, manipuladora, etc.

Patrón 9 Sexualidad–Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad También, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Número de hijos, abortos, etc.; Preguntar, si procede y en el momento adecuado, por algún trastorno en las relaciones sexuales.

Mujer: Uso de anticonceptivos, menarquía, última menstruación, menopausia, revisiones periódicas, autoexamen de mama, etc.

Hombre: Problemas de próstata

Patrón 10: Adaptación -Tolerancia al Estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a

las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Afrontamiento de la enfermedad: Verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda.

Alteración en la participación social

Cansancio

Cambio de los patrones de comunicación

Manipulación verbal

Tabaquismo excesivo

Consumo excesivo de bebida

Falta de apetito

Uso excesivo de tranquilizantes prescritos.

Alteración de las conductas de adaptación

Grupos de apoyo: familia, amigos.

Patrón 11: Valores - Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

En este patrón estudiaremos entre otros los siguientes aspectos:

Interferencias de la enfermedad o de la hospitalización en: Prácticas religiosas habituales, prácticas o creencias habituales, tradiciones familiares, etc.

Deseo de contactar con el capellán del hospital o con sacerdotes de su religión.

De cada patrón, deberá realizarse las preguntas pertinentes a cada trabajo investigativo, según datos de utilidad para la problemática planteada.

Antes de comenzar con el interrogatorio se debe informar al entrevistado, las ideas principales y el contenido. La conformidad es el consentimiento que da la persona para participar de la investigación.

El consentimiento informado incluye cuatro elementos:

- Revelación de información esencial para el sujeto.
- Compresión de la información por parte del sujeto.
- Competencia del sujeto para otorgar consentimiento
- Consentimiento voluntario del sujeto de participar en el estudio

El consentimiento informado requiere de la revelación por parte del investigador de información específica a todos los posibles participantes. La siguiente información se puede considerar esencial para la obtención del consentimiento informado de los sujetos sometidos a investigación. Se deben tener en cuenta los siguientes puntos.

- Introducción de las actividades del estudio
- Definición del propósito del estudio.
- Selección de los sujetos de estudio
- Explicación de los procedimientos.
- Garantía de anonimato y confidencialidad
- Descargo de responsabilidad no coercitiva
- Opción de abandonar el estudio

Un formulario de consentimiento es un documento escrito que incluye los elementos descritos y además, puede incluir otro tipo de información requerida por la institución donde la investigación se lleva a cabo

En este trabajo el consentimiento se realizó por duplicado, quedando una ejemplar en el HIEMI. Acompañamos en anexos del modelo utilizado en esta investigación.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLOGICO

METODO

Cualitativo, cuantitativo.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio valorativo, transversal, con el objetivo de determinar cuáles son las respuestas humanas alteradas, según Patrones Funcionales de Gordon, en familias con niños de 1 a 15 años infectados por el virus del HIV/SIDA, que están asociados con mayor frecuencia frente al cuidado integral de los mismos, que concurren a los controles habituales o se encuentran internados; en el Hospital Materno Infantil, de la Ciudad de Mar del Plata, en el primer semestre del año 2008.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Está conformada por 60 familias con niños de 1 a 15 años, infectados por el virus del HIV/SIDA, que concurren a los controles habituales o se encuentran internados; en el Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Mar del Plata, en el primer semestre del año 2008.

MUESTRA

La muestra está conformada por el 50% de la unidad de análisis, es decir, 30 familias de niños con HIV/SIDA, que concurren a los controles en el Hospital Materno Infantil de Mar del Plata, primer semestre del año 2008.

TIPO DE MUESTRA

El tipo de muestra es no aleatoria, las entrevistas se realizan por orden de llegada a los controles, los niños deben tener entre 1y 15 años de edad, ser portadores del virus del HIV/SIDA y concurrir al consultorio del Hospital Materno Infantil de mar del plata.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

TÉCNICA: ENTREVISTA

Las entrevistas son individuales, se realizaron en el consultorio del HIEMI, en Mar del Plata, primer semestre del 2008. Fueron acordadas previamente con el profesional y paciente. En todos los casos se explicó el proyecto de la investigación, aclarando el objetivo del mismo y la necesidad de su participación para el cumplimiento de las expectativas del trabajo. Se les solicita Consentimiento Informado para la realización de la misma. Este modelo recoge datos generales del paciente y su familia en forma ordenada siguiendo los Patrones Funcionales de Gordon

El instrumento fue probado, entrevistando a pacientes y a partir de ahí se modificaron algunas preguntas, se desecharon y agregaron otras.

Para preservar la identidad de los entrevistados se le asignara un número y entre paréntesis una letra que especificara el género por ejemplo 8 (m).

Se adjuntan en el anexo el protocolo de entrevista que fue realizado con preguntas semi- estructuradas, es decir preguntas preconcebidas de acuerdo a los tópicos esenciales sobre los cuales se quería indagar.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos primarios fueron obtenidos por medio de la entrevista y los datos secundarios, recabados a través, de la información brindada por el profesional tratante, análisis documental escrito como historias clínicas, cuadernos de control de los pacientes y medidas biofísicas.

En las entrevistas se incorporó un apartado llamado comentarios, para

registrar datos expresados por los entrevistados, que consideramos de mucho valor para este trabajo, ya que nos permite una interpretación más acertada de los datos.

Datos primarios y secundarios

Los datos, según su procedencia, pueden subdividirse en dos grandes grupos primarios y secundarios. Los datos primarios son aquellos que el investigador obtiene directamente de la realidad, recolectándolos con sus propios instrumentos. En otras palabras, son los que el investigador o sus auxiliares recogen por sí mismos, en contacto con los hechos que se investigan. Los datos secundarios, por otra parte, son registros escritos que proceden también de un contacto con la práctica, pero que ya han sido recogidos y muchas veces procesados por otros investigadores. Las técnicas de recolección que se emplean en una y otra situación son bien disímiles, como es fácil de comprender, puesto que en un caso nos enfrentamos a la compleja y cambiante realidad y en el otro nos vemos ante un cúmulo de materiales dentro de los cuales es preciso discernir con criterio los más pertinentes. Los datos primarios y los secundarios no son dos clases esencialmente diferentes de información, sino partes de una misma secuencia: todo dato secundario ha sido primario en sus orígenes y todo dato primario, a partir del momento en que el investigador concluye su trabajo, se convierte en dato secundario para los demás.

Análisis cuantitativo

Para realizar la caracterización sociodemográfica se utilizaron técnicas cuantitativas a partir de las siguientes consultas:

Encuesta social a los pacientes y sus familias.

Encuesta social de las historias clínicas.

Los aspectos socio demográficos analizados en los pacientes incluyen las siguientes variables

Edad

Sexo

Grupo conviviente

Nivel educativo

Vivienda

A partir de los datos consignados en las fuentes consultadas se realizara el análisis de los mismos que serán tabulados y graficados.

Análisis Cualitativo

Se realiza un estudio del estado del arte de la problemática a investigar y un relevamiento bibliográfico, que permite tomar contacto con las diferentes metodologías cualitativas utilizadas para abordarlas. La metodología de la investigación cualitativa es aquella capaz de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas últimas tomadas tanto en su origen como en cuanto a su transformación como construcciones humanas significativas²⁰. Es este pensamiento social al que se quiere acceder.

Observación simple

La observación simple resulta del contacto visual, verbal y gestual, con el entrevistado, es útil y viable cuando se trata de conocer hechos o situaciones que de algún modo tienen un cierto carácter público, o que por lo menos no pertenecen estrictamente a la esfera de las conductas privadas de los individuos. Casi siempre los datos obtenidos apuntan a los aspectos más superficiales o visibles de la realidad social, aunque ello no quiere decir que los mismos no posean importancia.

La observación simple puede adquirir también un carácter indirecto, si apelamos al auxilio de diversos instrumentos capaces de registrar información sobre el problema en estudio. Gran parte de los datos recogidos provienen de instrumentos que actúan como amplificadores o intermediarios entre nuestros

²⁰ DE SOUZA MINAYO, MC. “El Desafío del conocimiento. Investigación Cualitativa de salud ED, lugar. Argentina 1997.

sentidos y los objetos investigados, dándonos acceso a informaciones que de otro modo nos estarían vedadas.

Técnica de procesamiento y análisis de la información

Se confecciona una base de datos en el Sistema Windows Vista, Programa Microsoft Office Excel 2007, donde se plasman los datos de las entrevistas.

Los resultados obtenidos son presentados en tablas y gráficos en 3D, en las que se resume la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado; se realiza posteriormente un análisis descriptivo del fenómeno estudiado, que permite, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones y elaborar recomendaciones.

La interpretación de los datos

El proceso de interpretación no está separado de la recolección de datos. “la teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua interpretación entre el análisis y la recolección de datos²¹

Tampoco puede el receso de interpretación desconocer el contexto de producción del texto que interpreta. Este texto es la representación social de una realidad que se muestra y se esconde en la comunicación donde el autor y el intérprete son parte de un mismo contexto²².

El trabajo interpretativo comienza con la realización y análisis de las entrevistas. Se van confeccionando memos en los cuales se anotan comentarios apreciaciones, asociaciones entre distintos testimonios. Una vez cerrada la instancia de recolección de datos se da comienzo a la lectura de la totalidad de los textos y se lo coteja con los memos elaborados. Del análisis de los testimonios

²¹ Rodríguez Gómez, G. Gil Flores, J. García Jiménez, e. Metodología de la Investigación cualitativa. Ed. Aljibe. Argentina 1999.

²² De Souza Minayo, M, C “El desafío del conocimiento, investigación cualitativa en salud. Ed. Argentina 1997

se construye un esquema de categorización que incluye los temas previstos con ciertas modificaciones ya que algunos de los temas propuestos en la entrevistas no tienen resonancia en los entrevistados y surgen nuevas categorías que permiten organizar y dar sentido al material recolectado.

La tabulación

La palabra tabulación deriva etimológicamente del latín tabula, y significa hacer tablas, listados de datos que los muestren agrupados y contabilizados. Para ello es preciso contar cada una de las respuestas que aparecen, distribuyéndolas de acuerdo a las categorías o códigos previamente definidos. Cada una de las preguntas de un cuestionario o de una hoja de observación tendrá que ser tabulada independientemente, por lo que es preciso hacer previamente un plan de tabulación que prepare adecuadamente la tarea a realizar.

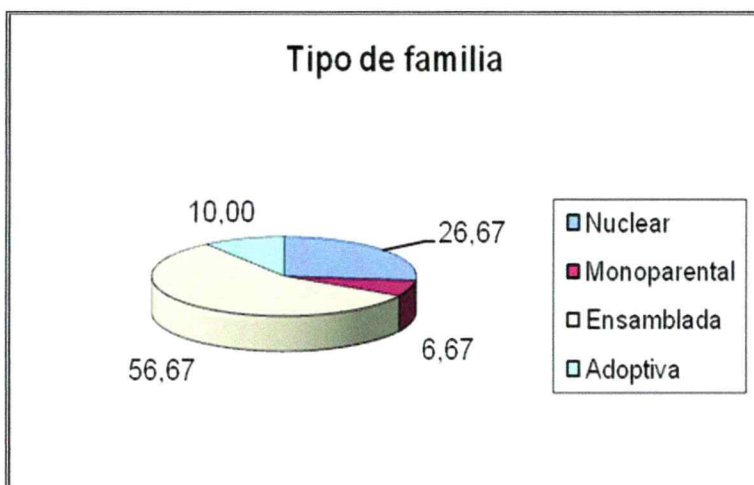
Esta etapa del trabajo puede desarrollarse manualmente, mediante el procedimiento que esbozaremos a continuación, cuando se trate de un número relativamente pequeño de datos; cuando esto no sea así resultará mejor acudir al procesamiento electrónico de datos, para lo cual existen ya adecuados paquetes de computación que facilitan grandemente esta tarea. Para ello es necesario preparar los instrumentos de recolección con casilleros especiales de registro para que las máquinas los procesen.

TABLA III

Título: Tipo de familia de los de niños con HIV/SIDA
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Tipo de Flia	Nº	%
Nuclear	8	26,67
Monoparental	2	6,67
Ensamblada	17	56,67
Adoptiva	3	10,00
Total	30	100

GRAFICO III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El mayor porcentaje, con un 56,7% son familias ensambladas, le sigue con un 26,7% el tipo de familia nuclear, en tercer lugar con un 10% son familias adoptivas, y el 6,7% el tipo de familia es monoparental.

TABLA IV

Título: Posibilidad de madres fallecidas, de los niños con HIV/Sida.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

La madre del niño vive	N ^a	%
Si	23	76,67
No	7	23,33
Total	30	100

GRAFICO IV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

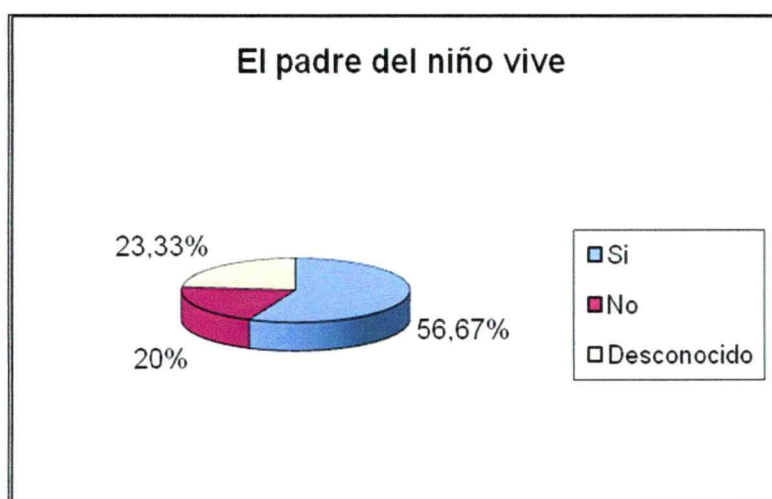
El 76,7% de las madres de los niños co HIV/SIDA, vive, y el 7% restante ha fallecido.

TABLA V

Titulo: Posibilidad de padres fallecidos, de los niños con HIV/Sida.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El padre del niño vive	N^a	%
Si	17	56,67
No	6	20,00
Desconocido	7	23,33
Total	30	100

GRAFICO V



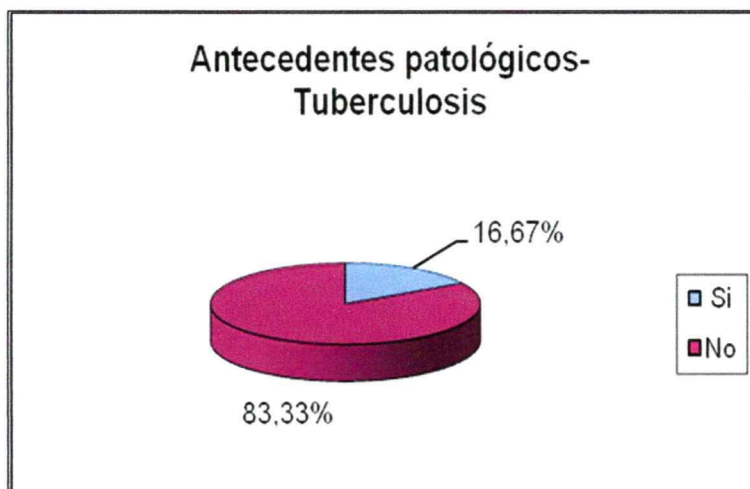
Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 56,67 de los padres, de los niños con HIV/SIDA, vive, el 20% ha fallecido y el 23,33 son desconocidos

TABLA VI

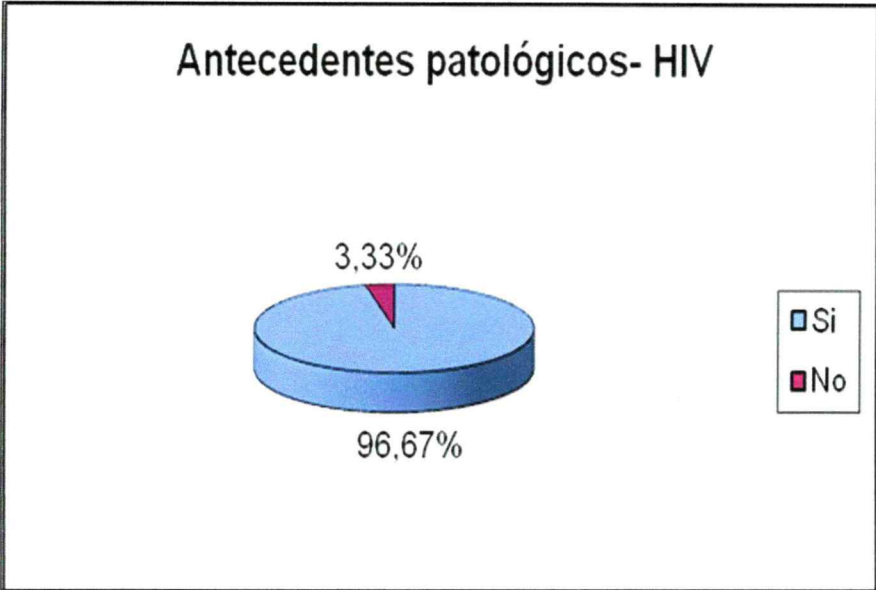
Titulo: Antecedentes patológicos de las familias, de los niños con HIV/Sida.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Antecedentes patológicos		N ^a	%
Tuberculosis	Si	5	16,67
	No	25	83,33
HIV/SIDA	Si	29	96,67
	No	1	3,33
Otras	Si	1	3,33
	No	29	96,67



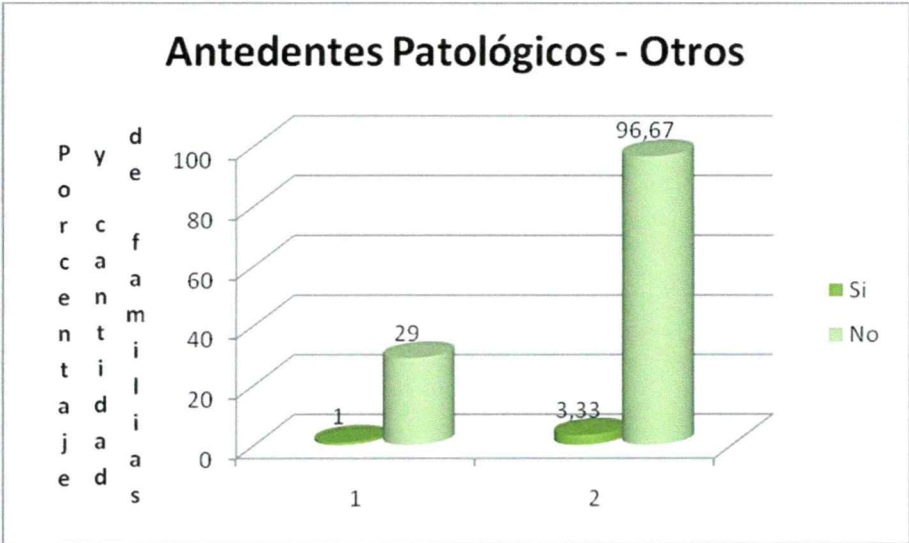
Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 83,33 del los grupos familiares,, de los niños con HIV/SIDA, contrajeron la enfermedad, el 16,67 % restante no.



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 96,67del los grupos familiares entrevistados, de los niños con HIV/SIDA, contrajeron la enfermedad, el 3,33% restante no.



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 96,67% de los entrevistados respondieron no tener otros antecedentes patológicos, el 3,33% refirió que si.

TABLA VII

Título: Tipo de construcción de las vivienda, de los niños con HIV/Sida
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Tipo de Vivienda	N ^a	%
Material	27	90,00
Chapa	3	10,00
Total	30	100

GRAFICO VII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 90% de las familias entrevistadas poseen vivienda realizadas con material y 10% restantes son casillas realizas de chapa.

TABLA VIII

Titulo: Tipo de piso de las vivienda, de los niños con HIV/Sida
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Piso de la vivienda	N ^a	%
Material	30	100
Tierra	0	0
Total	30	100

GRAFICO VIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

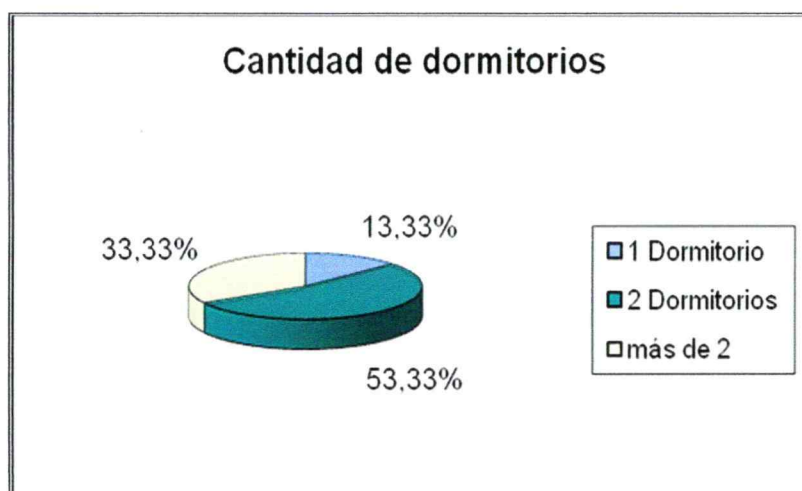
El 100 % de las familias entrevistadas poseen vivienda pisos de material.

TABLA IX

Título: Cantidad de dormitorios de la vivienda, de los niños con HIV/Sida
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Cantidad de dormitorios	N ^a	%
1 Dormitorio	4	13,33
2 Dormitorios	16	53,33
más de 2	10	33,33
Total	30	100

GRAFICO IX



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 53,33 % de las familias entrevistadas refirieron tener 2 dormitorios, el 33,33 2 o más dormitorios y el 13,33% restante 1.

TABLA X

Título: Posibilidad de baño dentro de la vivienda, de los niños con HIV/Sida
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Baño dentro de la vivienda	N ^a	%
Si	29	96,67
No	1	3,33
Total	30	100

GRAFICO X



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

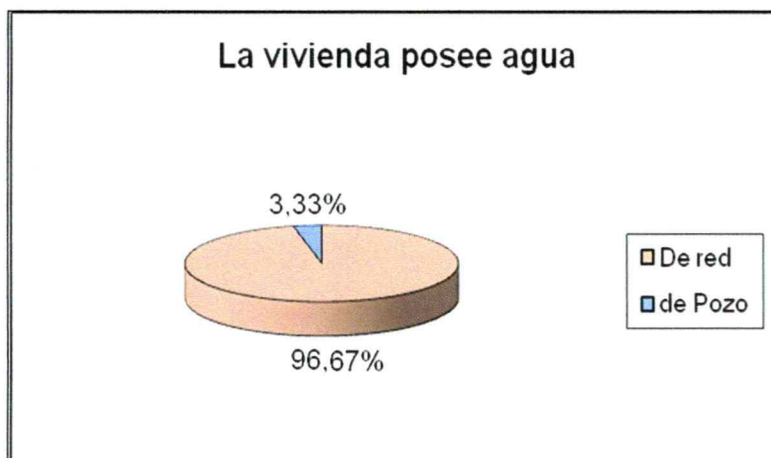
El 96,67% de las familias entrevistadas refirieron tener baño dentro de la vivienda, el 3,33 % restante no.

TABLA XI

Título: Posibilidad de agua potable o no, en la vivienda de los niños con HIV/Sida
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Agua dentro de la vivienda	N^a	%
De red	29	96,67
de Pozo	1	3,33
Total	30	100

GRAFICO XI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

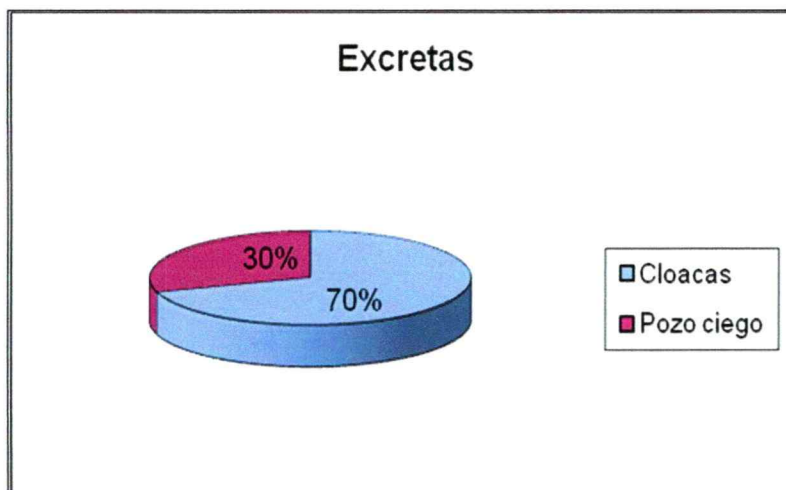
El 96,67% de las familias entrevistadas refirieron tener agua de red dentro de la vivienda, el 3,33 % restante no.

TABLA XII

Título: Características de excretas de la vivienda, de los niños con HIV/Sida Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Características de excretas	N^a	%
Cloacas	21	70
Pozo ciego	9	30
Total	30	100

GRAFICO XII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

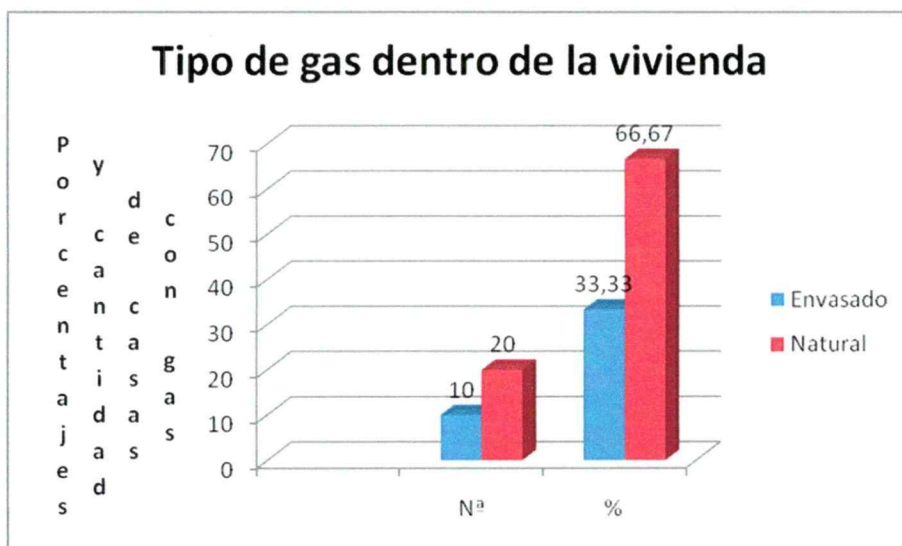
El 70 % de las familias entrevistadas refirieron tener cloacas en su vivienda y el 30 % pozo ciego.

TABLA XIII

Título: Posibilidad de gas envasado o natural en la vivienda, de los niños con HIV/Sida
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Gas dentro de la vivienda	N^a	%
Envasado	10	33,33
Natural	20	66,67
Total	30	100

GRAFICO XIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 66,67% de las familias entrevistadas refirieron tener gas natural y el 33,33% gas envasado.

TABLA XIV

Título: Tipo de calefacción en la vivienda, de los niños con HIV/Sida
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Tipo de calefacción	N ^a	%
Gas	25	83,33
Leña	5	16,67
Total	30	100

GRAFICO XV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

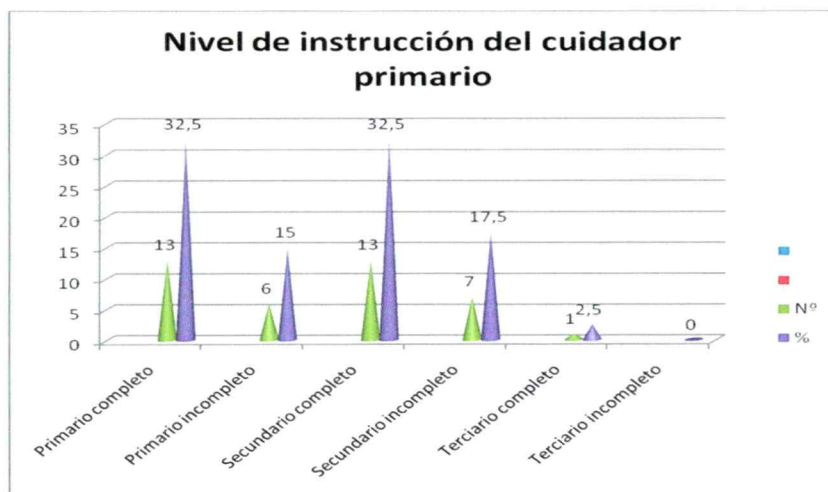
El 83,33% de las familias entrevistadas refirieron que el tipo de calefacción que utilizan es de gas natural y el 16,67 % restante a leña

TABLA XV

Título: Nivel de instrucción de los cuidadores primarios, de los niños con HIV/Sida Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Nivel de instrucción del cuidador primario	Nº	%
Primario completo	13	32,5
Primario incompleto	6	15
Secundario completo	13	32,5
Secundario incompleto	7	17,5
Terciario completo	1	2,5
Terciario incompleto		0
Total	40	100

GRAFICO XV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 32,5 de los cuidadores primarios poseen educación primaria completa, el 15% primario incompleto, el 32,5 % secundario completo, 17,5 secundario incompleto, el 2,5 % terciario completo.

PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

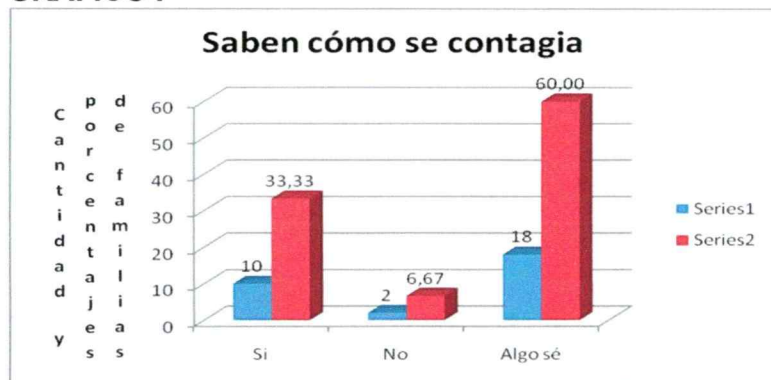
PATRON: PERCEPCIÓN/CUIDADOS DE LA SALUD

TABLA I

Título: Conocimiento sobre las formas de contagio en familias de niños con HIV/Sida, que concurren a controles en el consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Sabe como se contagia	N°	%
Si	10	33,33
No	2	6,67
Algo sé	18	60
Total	30	100

GRÁFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

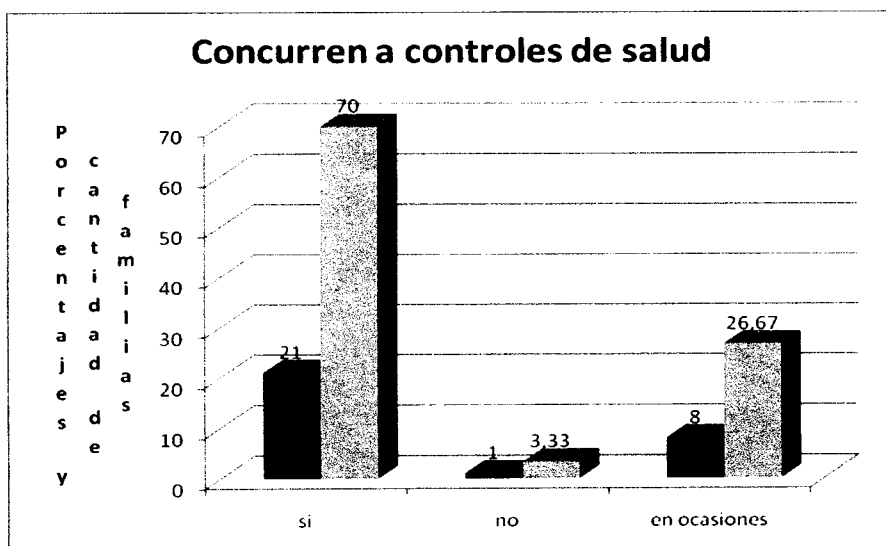
El "gráfico I", hace referencia al conocimiento que tienen las familias de los niños con HIV/SIDA a cerca de las formas de contagio. El 60 % de los entrevistados contestan que saben algo, el 33,3 % dicen saber todas las formas de contagio, y un 6,6% que corresponde a la minoría, contestan no saber sobre el tema.

TABLA II

Título: Controles de salud de las familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Concurren a controles de salud	Nº	%
Si	21	70
No	1	3,33
En ocasiones	8	26,67
Total	30	100

GRÁFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

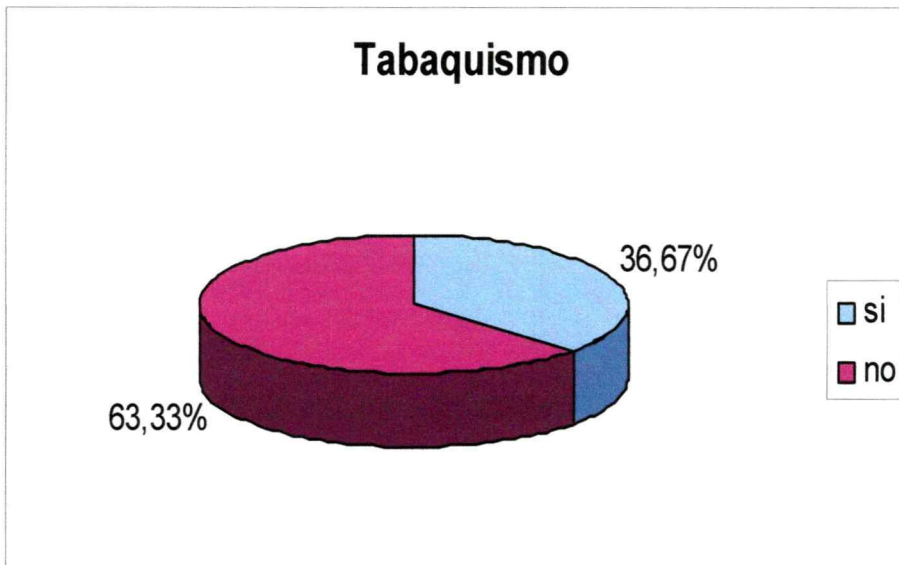
En el gráfico de controles de salud de las familias de niños con HIV/SIDA el mayor porcentaje que corresponde a un 70% concurren a los controles, casi un 27 % concurre en ocasiones y solo un 3,3 % dijeron que no concurren. Cabe acotar que el número de respuestas positivas, no es indicativo del cuidado de la salud de padres portadores solamente, ya que entre ellos se encuentran abuelos o tutores, que no han adquirido la enfermedad.

TABLA III

Titulo: Consumo de tabaco en familias de niños con HIV/Sida que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Hábitos nocivos para la salud	Tabaquismo	Nº
Si		11
No		19
Total		30

GRÁFICO III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008. Enfermeras: Benavente C; Cosso M. Universidad Nacional de Mar del Plata.

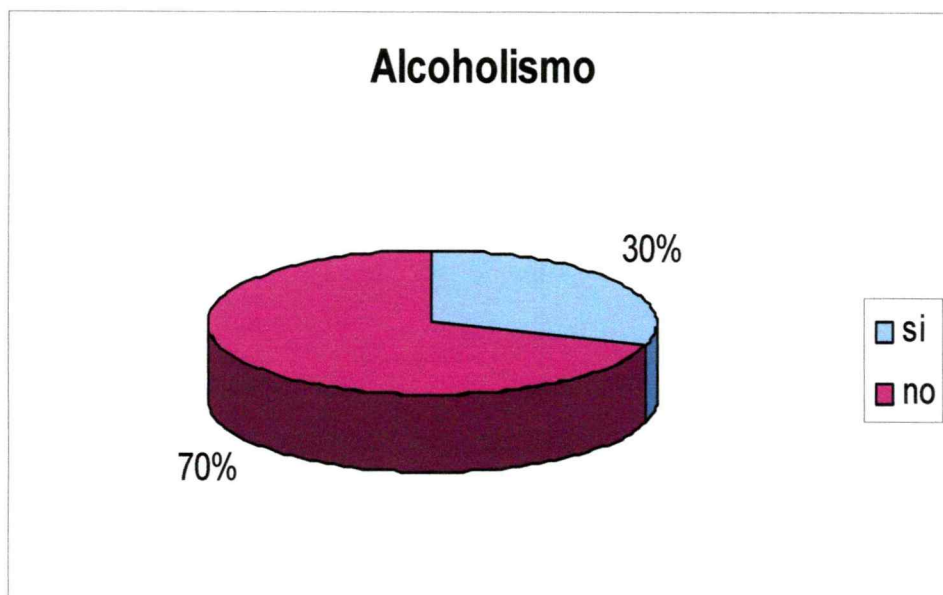
El gráfico III muestra que un 63,3% en las familias de niños con HIV/SIDA no son fumadores y un 36,7 % son fumadores.

TABLA IV

Título: Consumo de alcohol en familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Hábitos nocivos para salud: Alcoholismo	Nº
Si	9
No	21
Total	30

GRÁFICO IV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

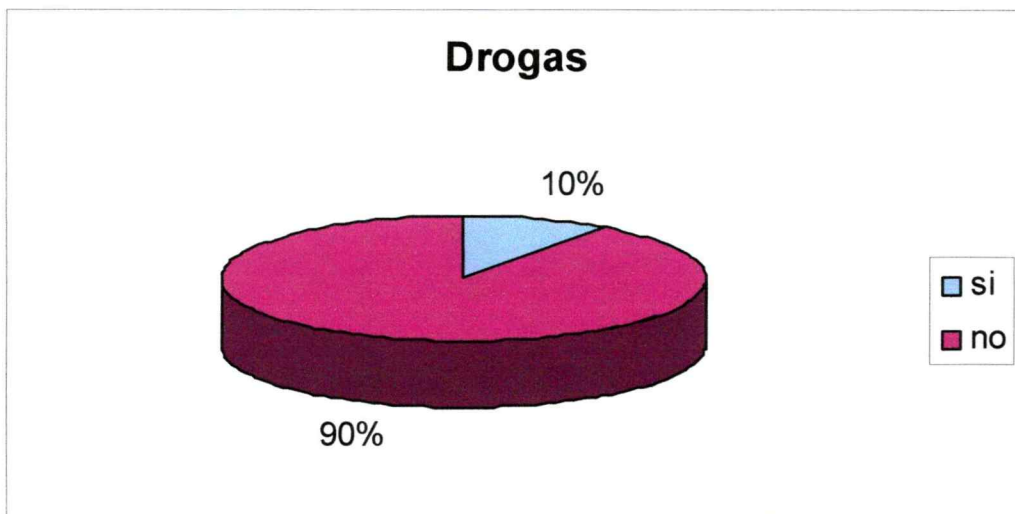
El gráfico N° 5 que hace referencia al hábito del alcohol en familias de niños HIV/SIDA, nos muestra claramente un mayor porcentaje de familias que no consumen alcohol y un 30 % que consumen. Cabe aclarar que este 30% consumista, especifican que lo hacen como bebedores sociales y/o moderadamente en las comidas.

TABLA V

Titulo: Consumo de drogas en familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Hábitos nocivos para la salud: Drogas	Nº
Si	3
No	27
Total	30

GRÁFICO V



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

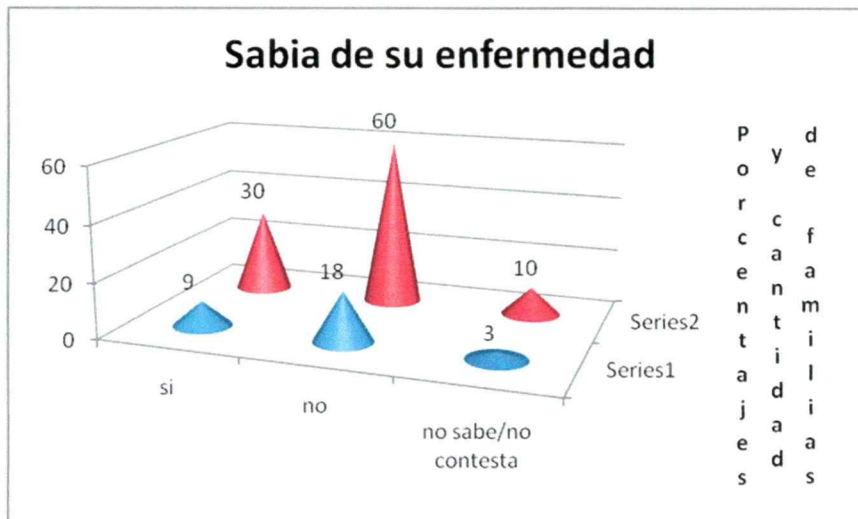
El 90 % de los entrevistados, contestaron que en su grupo familiar no consumen drogas, 10 % restante que equivalen a 3 familias de las 30 entrevistadas refirieron problemas con el consumo de drogas, en los 3 casos mencionados se trata de padres fallecidos o desaparecidos.

TABLA VI

Titulo: Conocimiento de las madres de niños con HIV/Sida de la existencia de su enfermedad. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Sabia de su enfermedad	Nº	%
Si	9	30
No	18	60
No sabe/no contesta	3	10
Total	30	100

GRÁFICO VI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

En el gráfico VI el 60 % de los entrevistados contestaron que la madre no sabía a cerca de la existencia de su enfermedad. Cabe acotar que esta pregunta es un paso previo a la que vemos a continuación, ya que en varias ocasiones el entrevistado no era precisamente la madre del niño con HIV/SIDA.

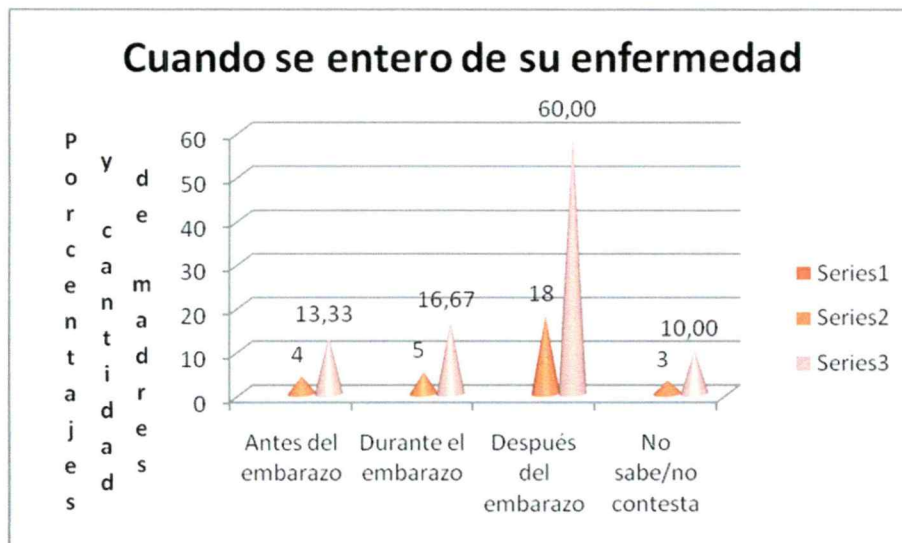
TABLA VII

Titulo: Momento en que las madres de niños con HIV/Sida toman conocimiento de su diagnóstico.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Quando se enteró de su enfermedad	N°	%
Antes del embarazo	4	13,33
Durante el embarazo	5	16,67
Después del embarazo	18	60,00
No sabe/no contesta	3	10,00
Total	30	100

GRÁFICO VII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008

Enfermeras: Benavente C; Cosso M

Universidad Nacional de Mar del Plata.

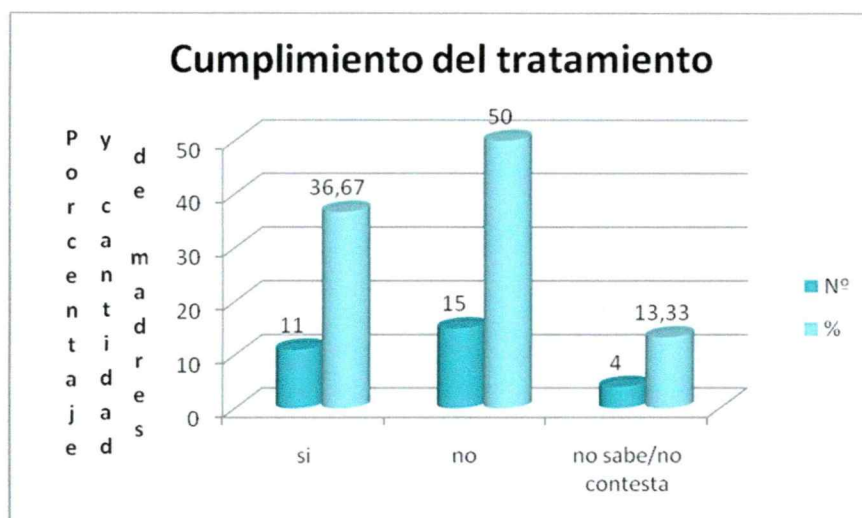
En el gráfico VII podemos observar, que el mayor porcentaje de las madres de niños con HIV/SIDA se enteraron del diagnóstico después del parto, un 60,6% durante el embarazo ocupando el segundo lugar, un 13,3 % sabía de su enfermedad antes del embarazo y solo un 6,6 % que no supo contestar.

TABLA VIII

Titulo: Cumplimiento del tratamiento de la enfermedad en madres de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Cumplimiento del tratamiento	Nº	%
Si	11	36,67
No	15	50
No sabe/no contesta	4	13,33
Total	30	100

GRÁFICO VIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

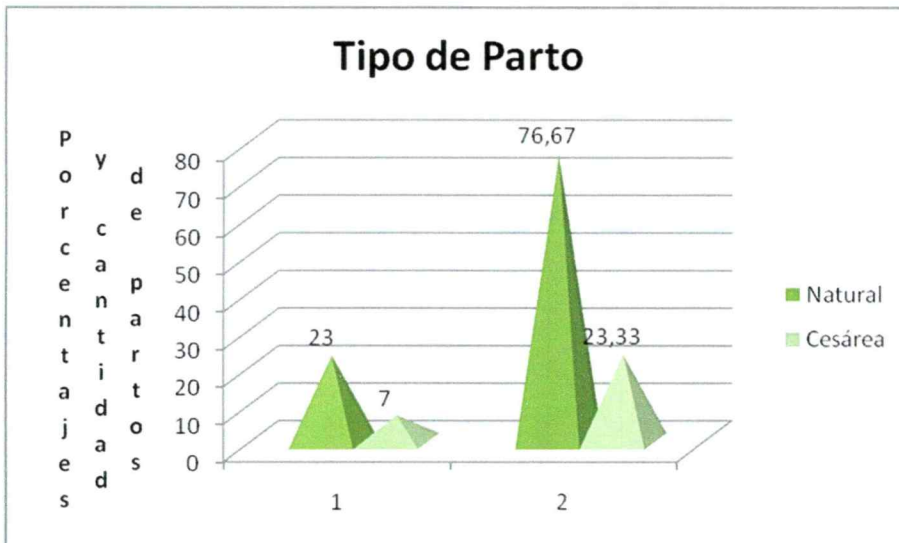
En el gráfico VIII se observa que el mayor porcentaje de los entrevistados que equivale a un 50 % no comenzó el tratamiento al enterarse del diagnóstico, el 36,7% comenzó el tratamiento, y un 13,3% no saben la respuesta.

TABLA IX

Titulo: Tipo de parto de las madres de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Tipo de parto	Nº	%
Natural	23	76,67
Cesárea	7	23,33
Total	30	100

GRÁFICO IX



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

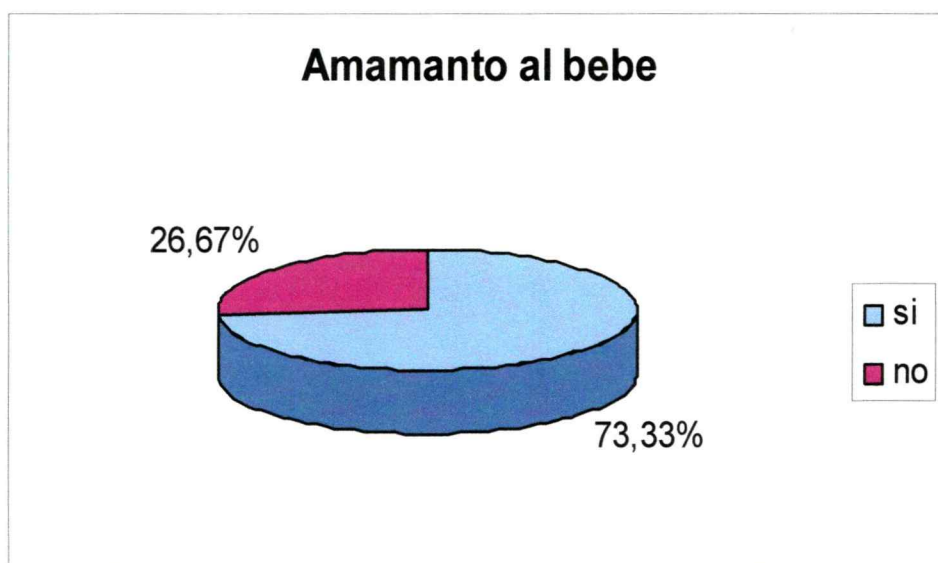
En el gráfico N° 9 se observa que la mayor cantidad de madres de niños con HIV/SIDA tuvo parto natural, lo que corresponde a un 76,7% y el 23,3 restante por cesárea.

TABLA X

Título: Amamantamiento de las madres de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Amamanto al bebe	Nº	%
Si	22	73,33
No	8	26,67
Total	30	100

GRÁFICO X



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

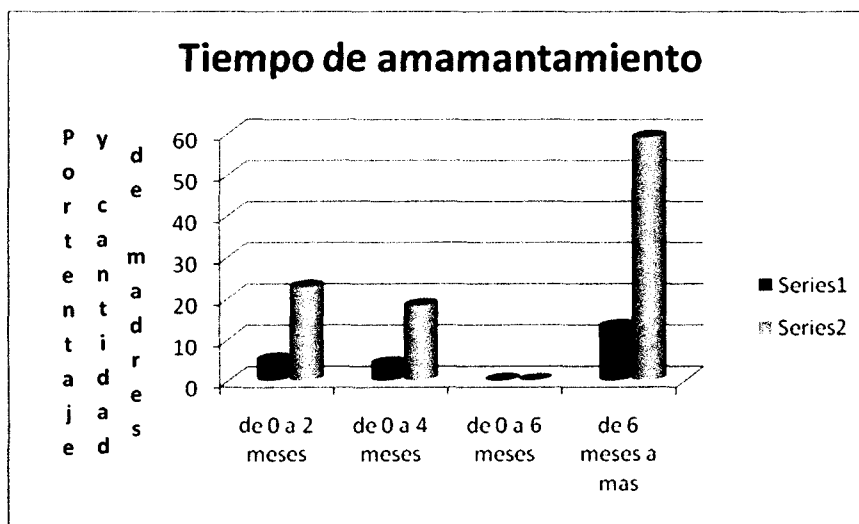
El gráfico número X muestra una notable diferencia entre las madres de niños HIV/SIDA que fueron amamantados, lo que corresponden a un 73%, y un 27% que no amamantaron al niño infectado con el virus.

TABLA XI

Título: Tiempo de amamantamiento de las madres de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Tiempo de amamantamiento	Nº	%
de 0 a 2 meses	5	22,73
de 0 a 4 meses	4	18,18
de 0 a 6 meses	0	0,00
de 6 meses a mas	13	59,09
Total	22	100

GRÁFICO XI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

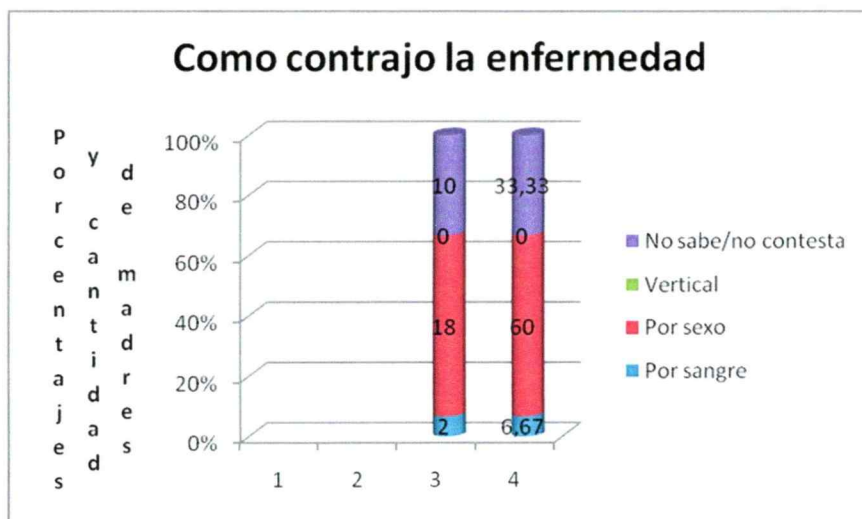
En el gráfico Nº 11 indica el tiempo que los niños con HIV/SIDA fueron amamantados, y se observa una diferencia significativa entre los que amamantaron 6 meses o más, con respecto a los demás intervalos.

TABLA XII

Título: Forma de contagio de la enfermedad de las madres de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Como contrajo la enfermedad	N°	%
Por sangre	2	6,67
Por sexo	18	60,00
Vertical	0	0,00
No sabe/No contesta	10	33,33
Total	30	100

GRÁFICO XII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El gráfico indica la forma en que la madre del niño HIV/SIDA, contrajo la enfermedad, un 60% la contrajo por sexo, el 33,3 % no sabe como contrajo la enfermedad, y un 6,7 % por sangre.

TABLA XIII

Titulo: Continuidad del tratamiento de las madres de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Interrumpe el tratamiento	Nº
Si	21
No	9
Total	30

GRÁFICO XIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

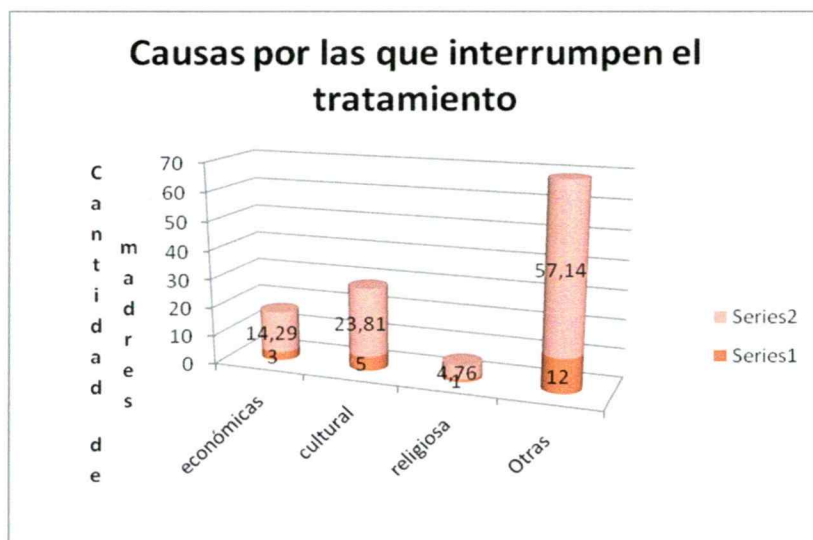
El gráfico N° XIII indica que un 70% de las madres de niños con HIV/SIDA no tienen continuidad en el tratamiento, y solo el 30% cumplen con el tratamiento ininterrumpidamente.

TABLA XIV

Título: Causas para la interrupción del tratamiento de las madres de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Causas para la interrupción del tratamiento	Nº	%
Económicas	3	14,29
Cultural	5	23,81
Religiosa	1	4,76
Otras	12	57,14
Total	21	100

GRÁFICO XIV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

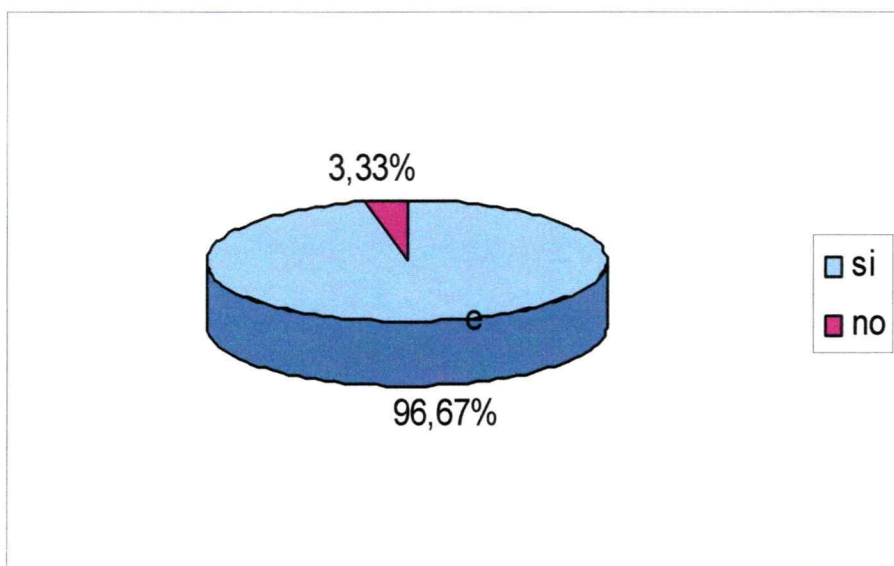
Dentro de las causas por las cuales las madres de niños HIV/SIDA interrumpen el tratamiento, la mayoría de los casos contestaron causas muy variadas distintas a las culturales, económicas y religiosas que abarcaron un pequeño porcentaje, el 57,14% enmarcadas dentro de la categoría otras refirieron los siguientes motivos: no sentirse bien luego de tomar la medicación, negación a tomar la medicación, por temor a quedarse sin la misma, negativa del niño etc.

TABLA XV

Título: Programa de vacunación de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El niño tiene la vacunación completa	Nº	%
Si	29	96,67
No	1	3,33
Total	30	100

GRÁFICO XV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

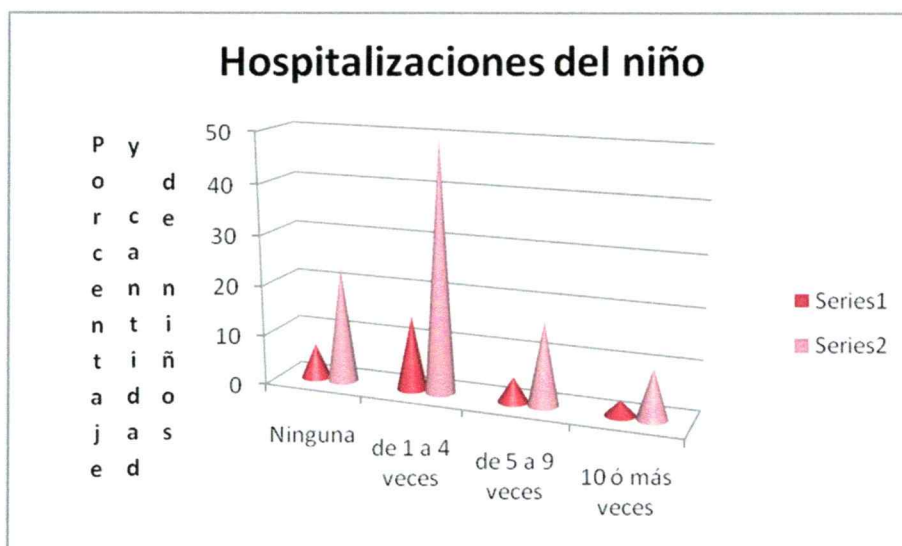
En el gráfico N° XVI se observa una gran diferencia entre el grupo de niños que tienen vacunación completa, con un 96,7 %, de los niños que no tienen el programa completo de vacunación, que equivalen a un 3,3% de los mismos.

TABLA XVI

Título: Hospitalizaciones de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI. Mar del Plata, primer semestre, 2008

Hospitalizaciones del niño	Nº	%
Ninguna	7	23,33
de 1 a 4 veces	15	50
de 5 a 9 veces	5	16,67
10 ó mas veces	3	10
Total	30	100

GRÁFICO XVI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

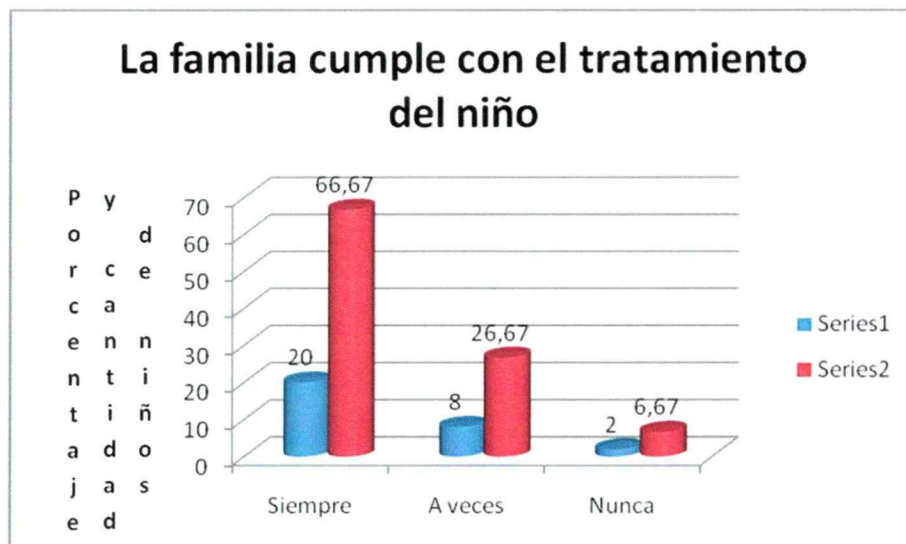
En el gráfico N° XVII podemos observar que el 50% de los niños están en el rango de 1 a 4 hospitalizaciones, el 23,3% no han sido hospitalizados, un 16,7% se encuentra en el rango de 5 a 9 hospitalizaciones, y el 10% restante han sido hospitalizados 10 veces o más.

TABLA XVII

Titulo: Continuidad del tratamiento del niño con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI. Mar del Plata, primer semestre, 2008

La familia cumple con el tratamiento del niño	Nº	%
Siempre	20	66,67
A veces	8	26,67
Nunca	2	6,67
Total	30	100

GRÁFICO XVII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

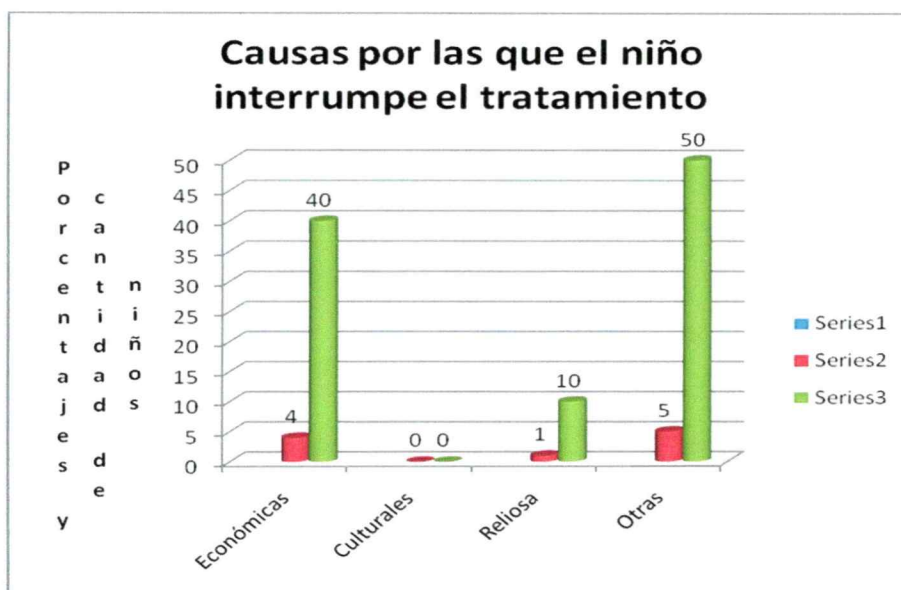
En el gráfico XVIII, vemos como el mayor porcentaje de las familias entrevistadas cumple con el tratamiento del niño, un 26,6% lo hace a veces, y el 6,6% restante que equivalen a dos de un total de treinta niños infectados nunca cumplen con el tratamiento indicado.

TABLA XVIII

Titulo: Razones para la interrupción del tratamiento de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Causas por las que el niño interrumpe el tratamiento	Nº	%
Económicas	4	40
Cultural	0	0
Religiosa	1	10
Otros	5	50
Total	10	100

GRÁFICO XVIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

Con respecto a las causas por las cuales interrumpen el tratamiento de los niños con VIH/SIDA a mayor cantidad de respuestas fueron muy variadas relacionadas con sus distintas problemáticas, un similar número contestaron que fueron por causas económicas, y solo una de las treinta familias entrevistadas nombró a su religión, la que quedó a la luz como la causa de la discontinuidad del tratamiento.

CONCEPTO DE SALUD

Cuando a los entrevistados se les pidió que dijeran que es la salud, hicieron alusión a diferentes aspectos que se organizaron en las siguientes categorías:

CONCEPTO DE SALUD, ABORDAJE
CAUSAS DE LA ENFERMEDAD
FUNCIONALIDAD DE LA SALUD

En la siguiente tabla se encuentran las respuestas de las dimensiones construidas para la interpretación de los datos.

Concepto de salud ¿Qué es la salud? Abordaje	Causas de enfermedad ¿Por qué uno se enferma?	Funcionalidad de la salud
1. Es todo. Abordaje global	Inconciencia	Para poder hacer las cosas
2. Lo más importante. Abordaje totalizador	Ignorancia	Para vivir mejor
3. Estar sano física y psíquicamente. Abordaje integrador	Te tocó a vos	Para trabajar, cuidar a tus hijos
4. No estar enfermo, estar bien de la cabeza. Es todo. Abordaje totalizador	Por la sociedad de consumo	Para poder proyectar la vida
5. Estar bien en todo sentido. Abordaje globalizador	Por la corrupción y la impunidad	Para ser feliz
6. Sentirse bien física y psíquicamente. Abordaje integrador	Por problemas sociales	Para vivir dignamente
7. Lo más importante. Abordaje totalizador	Multicausalidad	Para vivir bien
8. Bienestar general. Abordaje globalizador	El mundo en que vivimos	Para vivir como personas
9. Es todo. Abordaje globalizador	Multicausalidad	Para trabajar, cuidar a tus hijos, amar y ser amado
10. No estar enfermo y sentirse bien. Abordaje integrador	El hambre y la falta de trabajo	Para poder vivir bien
11. Lo más importante. Abordaje totalizador	La sociedad	Para funcionar
12. Estar sano, sentirse bien física y psíquicamente, todo.	Multicausalidad	Para poder trabajar, alimentar y cuidar a tu familia

Abordaje totalizador		
13. Lo más importante de todo. Abordaje totalizador	Multicausalidad	Para realizarte como persona
14. Sentirte bien en general. Abordaje globalizador	La sociedad	Para vivir dignamente
15. Lo más importante. Abordaje totalizador	Por la mala sangre	Para ser feliz
16. Estar sano física y psíquicamente. Abordaje integrador	Multicausalidad	Para proyectar y realizarlo
17. El bienestar. Abordaje globalizador	Por las cosas que pasan	Para vivir bien
Concepto de salud ¿Qué es la salud? Abordaje	Causas de enfermedad ¿Por qué uno se enferma?	Funcionalidad de la salud
18. Equilibrio físico y psíquico. Abordaje integrador	Multicausalidad	Para superarse en la vida cotidiana
19. Lo más importante de todo. Abordaje totalizador	Multicausalidad	Para salir adelante
20. Estar bien en todo sentido. Abordaje totalizador	Por el mundo en el que vivimos	Para poder relacionarnos
21. Sentirse vivo. Abordaje integrador	Por los problemas de la vida misma	Para amarnos, trabajar y ser felices
22. Lo más importante. Abordaje totalizador	Por falta de conocimientos	Para llevar adelante la vida
23. No es solo la ausencia de enfermedad Abordaje integrador	Por descuidos	Para ser alguien
24. Sentirse bien física y psíquicamente. Abordaje integrador	Multicausalidad	Para tener fuerzas para trabajar y cuidar de tu familia
25. Es un bienestar general. Abordaje globalizador	Por los problemas que uno se hace	Para hacer todo lo que se necesita para vivir
26. La salud es todo, sin ella no funcionamos. Abordaje totalizador	Multicausalidad	Para avanzar y hacer todo lo que uno quiere
27. Estado de bienestar físico y mental. Abordaje integrador	Por los problemas que uno se hace, o por descuidos	Sin buena salud no puedes hacer nada

28. Sentirse bien Abordaje integrador	Multicausalidad	Para sobrevivir
29. Lo principal, la salud es todo Abordaje totalizador	Multicausalidad	Para todo, trabajar y hacer todas la cosas cotidianas
30. sentirse bien, tener fuerzas Abordaje integrador	Multicausalidad	Para vivir bien y hacer lo que uno quiere

Por una parte podemos observar que se describió en todos los casos a la salud como un abordaje integrador, globalizador o totalizador, no aislado, lo que corrobora que la salud no es sólo la ausencia de la enfermedad.

Se percibe que la enfermedad, que se diagnosticaba con la detección de un virus, bacteria o factores genéticos, no está presente en los entrevistados, al menos como factor único, que el estamos influenciados por el entorno e influimos en él.

Que es un hecho que nada es casual, que todo tiene una causa, un porque, que influye diferente en cada uno de nosotros, y que está relacionado con nuestras vivencias, experiencias previas y decisiones.

HÁBITOS DE HIGIENE

Cuando se les preguntó a los entrevistados "que hábitos de higiene realizan para el cuidado de su salud y de la familia", nos llamó la atención la falta de claridad del concepto, por lo que tomamos en cuenta las palabras claves del total de los entrevistados, ya que se repetían una y otra vez.

Se resume en la siguiente tabla:

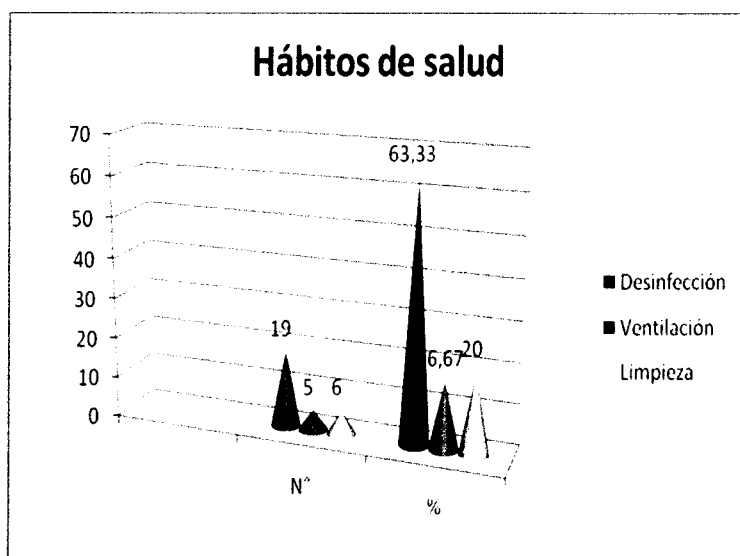
TABLA XIX

Título: Hábitos de higiene que realizan las familias de los niños con HIV/Sida, para el cuidado de la salud.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Hábitos de salud	N°	%
Desinfección	19	63,33
Ventilación	5	16,67
Limpieza	6	20
Total	30	100

GRAFICO XIX



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Como se puede observar en el gráfico, la mayor parte de los entrevistados contestaron que desinfectaban la casa con "lavandina", en segundo lugar, contestaron que ventilaban el ambiente todos los días, y el resto se refería a la limpieza general.

Se puede dilucidar que el lavado de manos, el cuidado de los alimentos, la higiene personal, no están percibidos como hábitos saludables, no porque no lo realicen, sino por el lugar conceptual que ocupan en sus mentes.

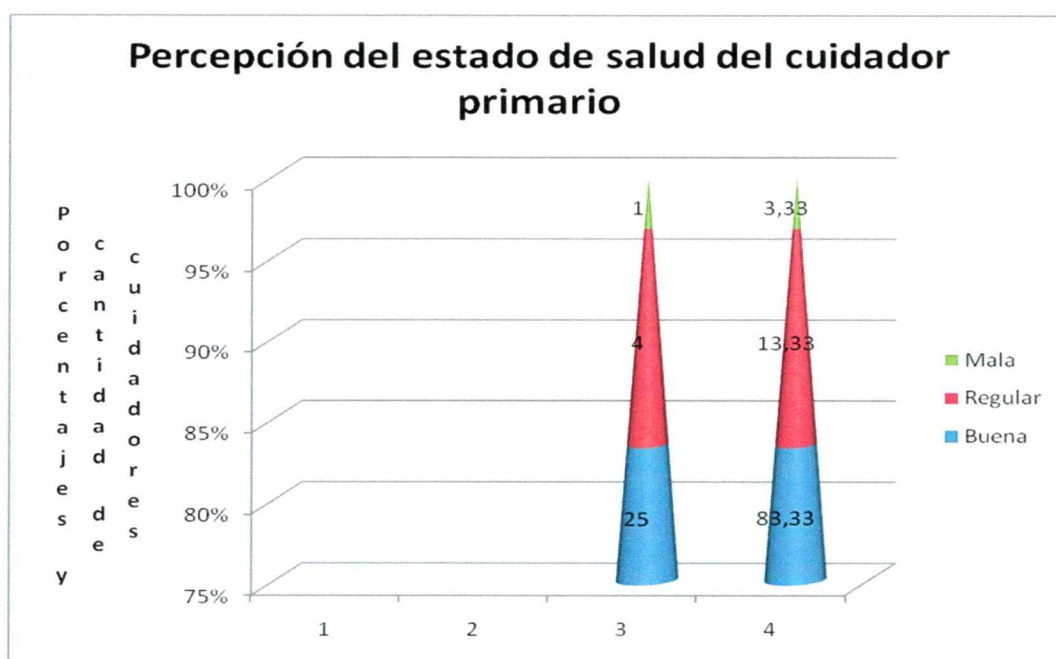
Esto denota nuevamente falta de información u omisión de estos temas tan necesarios para el cuidado integral de los niños infectados con el virus del HIV/SIDA, y del resto de la familia, que en más de una ocasión son causas de complicaciones.

TABLA XX

Título: Percepción del estado de salud del cuidador primario, de los niños con HVI/Sida,
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Percepción del de estado de salud del cuidador primario	Nº	%
Buena	25	83,33
Regular	4	13,33
Mala	1	3,33
Total	30	100

GRAFICO XX



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 83,33% de los cuidadores primarios, consideran que su estado de salud es bueno, mientras que el 13,33 % regular y el 3;33% malo.

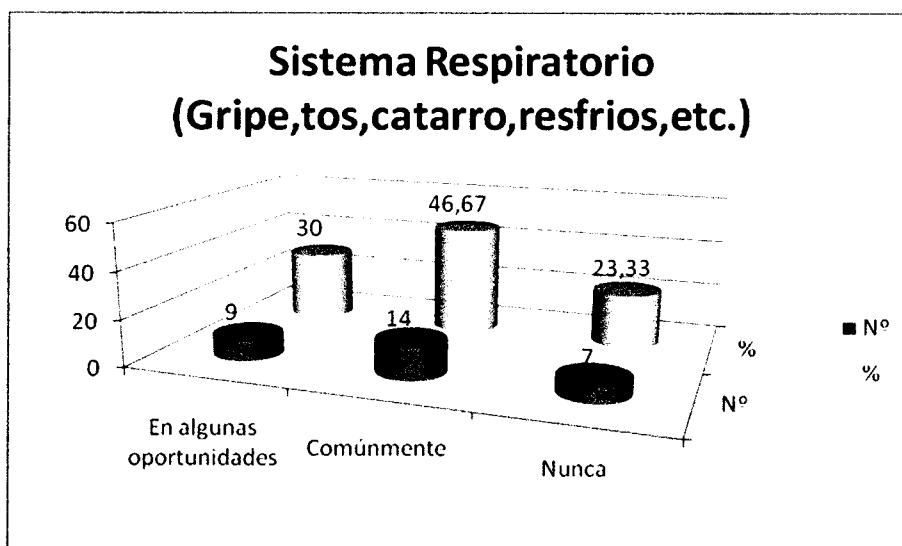
PATRON: ACTIVIDAD/EJERCICIO

TABLA I

Titulo: Estado respiratorio de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Sistema Respiratorio-(Gripe, tos, catarro, resfriados, etc.)	Nº	%
En algunas oportunidades	9	30
Comúnmente	14	46,67
Nunca	7	23,33
Total	30	100

GRÁFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

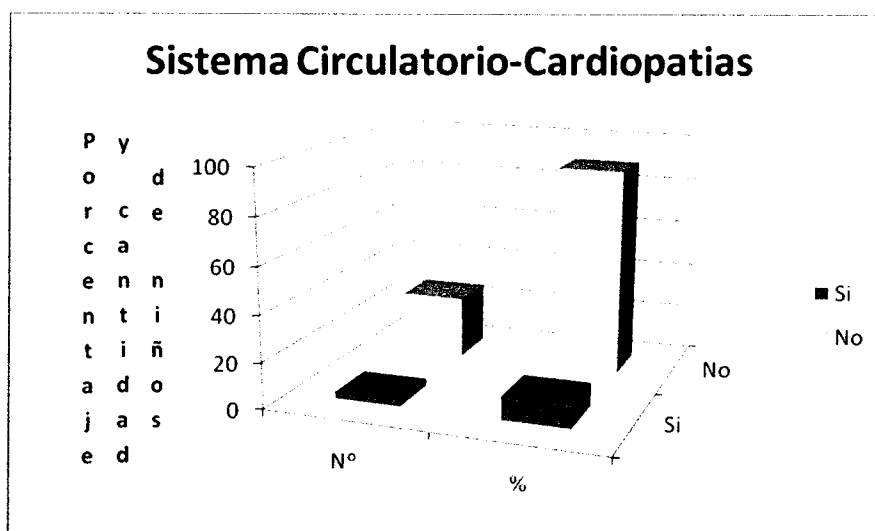
En el gráfico un mayor porcentaje de los niños infectados presentan problemas respiratorios comúnmente, y en menor medida pero sin demasiada diferencia en algunas oportunidades, quedando la minoría entre los que nunca presentan problemas respiratorios.

TABLA II

Titulo: Estado cardiovascular de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Sistema Circulatorio-Cardiopatías	Nº	%
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100

GRÁFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

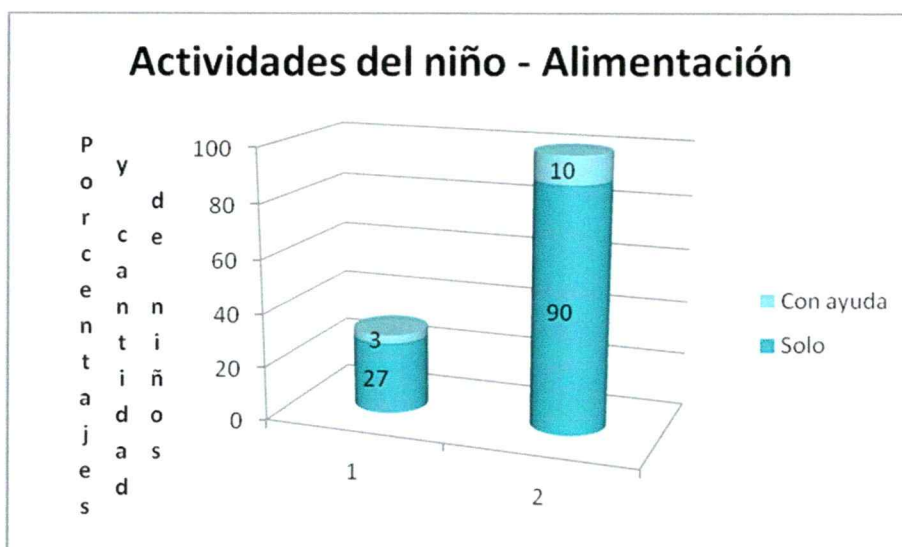
Aquí se visualiza claramente la gran diferencia encontrada entre los que no presentan problemas cardiovasculares, que son el 90% de los niños infectados, contra un 10% que tienen ese tipo de patología.

TABLA III

Título: actividades, "alimentación", que realizan los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Actividades que realiza el niño	Nº	%
Se alimenta		
Solo	27	90
Con ayuda	3	10
Total	30	100

GRÁFICO III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 90% de los niños infectados con el virus del HIV/SIDA, se alimenta solo y el 10% restante necesita ayuda.

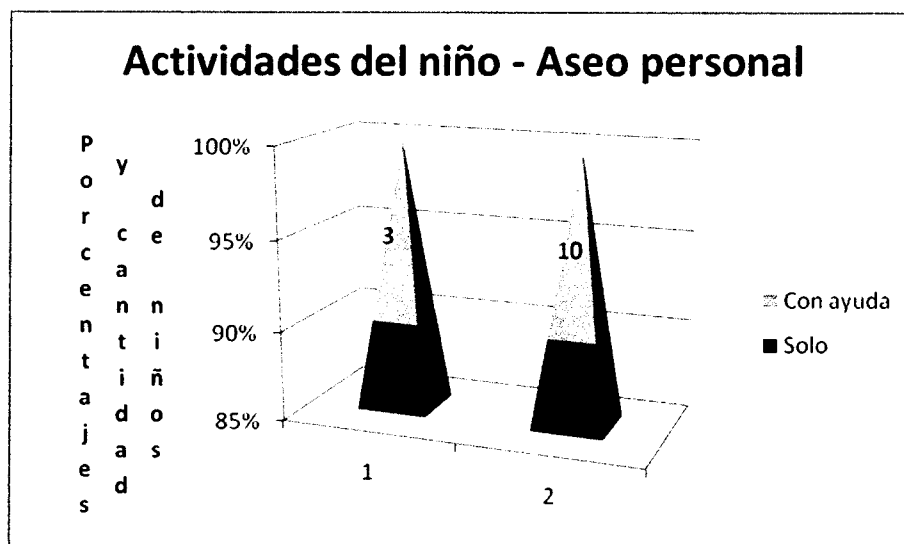
Cabe acotar que entre los treinta niños infectados hay algunos muy pequeños, lo que significa que los que están impedidos de realizar algunas actividades sin ayuda puede estar relacionarse con su edad.

TABLA IV

Título: actividades, "de aseo" personal, que realizan los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Actividades que realiza el niño	Nº	%
Se asea		
Solo	27	90
Con ayuda	3	10
Total	30	100

GRÁFICO IV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

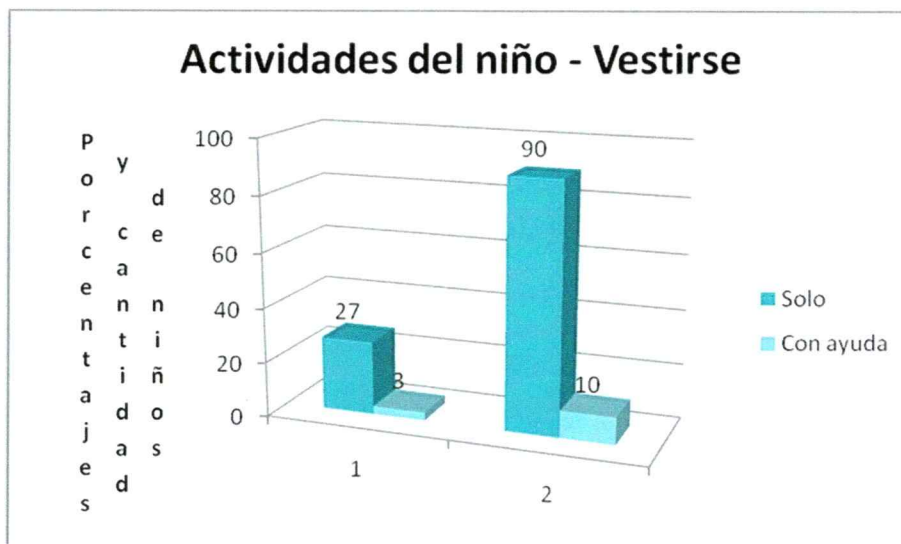
En el gráfico N° IV, el 90% de los niños se asean solos y el 10% necesita ayuda.

TABLA V

Titulo: actividades, "vestido", que realizan los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Actividades que realiza el niño	Nº	%
Se viste		
Solo	27	90
Con ayuda	3	10
Total	30	100

GRÁFICO V



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 90% de los niños infectados no necesitan ayuda para vestirse, y el 10 % restante requiere de la misma, pero debemos tomar en cuenta el grupo etáreo, que observando el gráfico correspondiente, vemos que la minoría pertenece al grupo de 1 a 5 años.

TABLA VI

Titulo: actividades, "deambulaci3n", que realizan los ni1os con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Actividades que realiza el ni1o	Nº	%
Deambula		
Solo	28	93,33
Con ayuda	2	6,67
Total	30	100

GRÁFICO VI



Fuente: Entrevista realizada a familias de ni1os con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

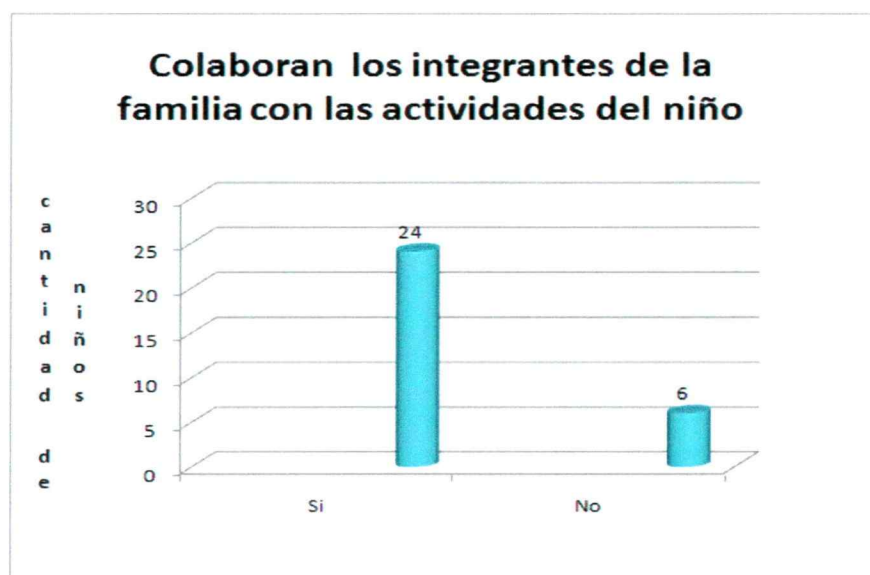
En el grÁfico N° 6 el 93,3% de los ni1os infectados caminan solos, y el 6,7% necesita ayuda.

TABLA VII

Título: Colaboración de los integrantes de las familias en las actividades de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Colaboran los integrantes de la familia con las actividades del niño	N°	%
Si	24	80
No	6	20
Total	30	100

GRAFICO VII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Se puede observar en el gráfico una gran diferencia entre las familias en las que todos colaboran con las que no lo hacen, siendo esta última la minoría, lo que puede deberse en algunos casos, a un solo integrante adulto en la familia del niño. En cuanto a los juegos, los que tienen hermanos comparten ese tipo de actividades.

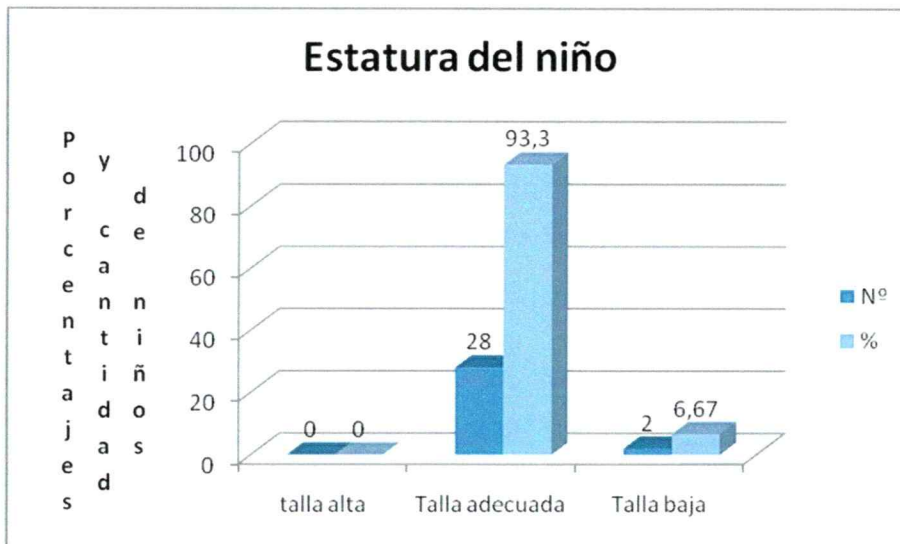
PATRON: NUTRICIONAL/METABOLICO

TABLA I

Titulo: Estatura según contextura física, de los niños con HIV/Sida que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Estatura del niño	Nº	%
talla alta	0	0
Talla adecuada	28	93,3
Talla baja	2	6,67
Total	30	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

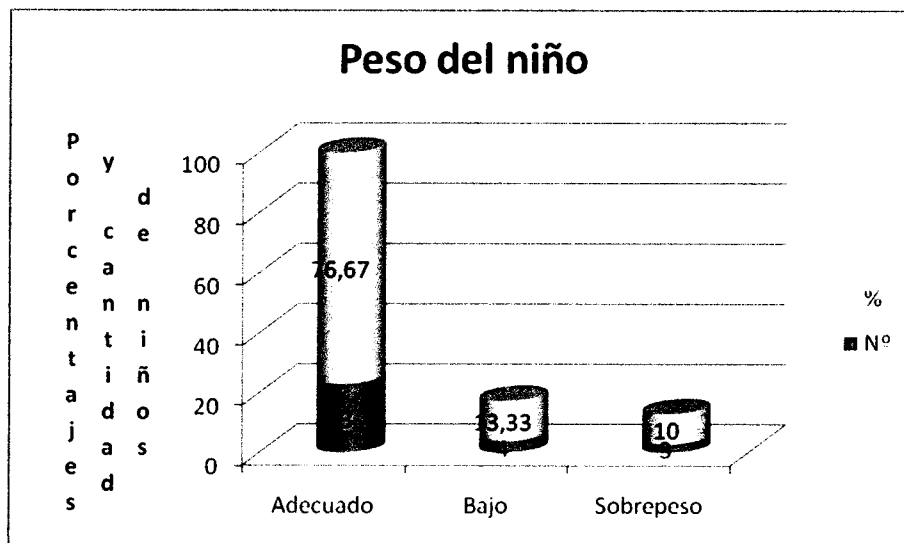
El 93,3% de los niños tienen una estatura adecuada para su contextura física, y un 6,7% es de baja altura, no hallamos ningún caso de talla alta.

TABLA II

Titulo: Peso de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Peso del niño	Nº	%
Adecuado	23	76,67
Bajo	4	13,33
Sobrepeso	3	10
Total	30	100

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

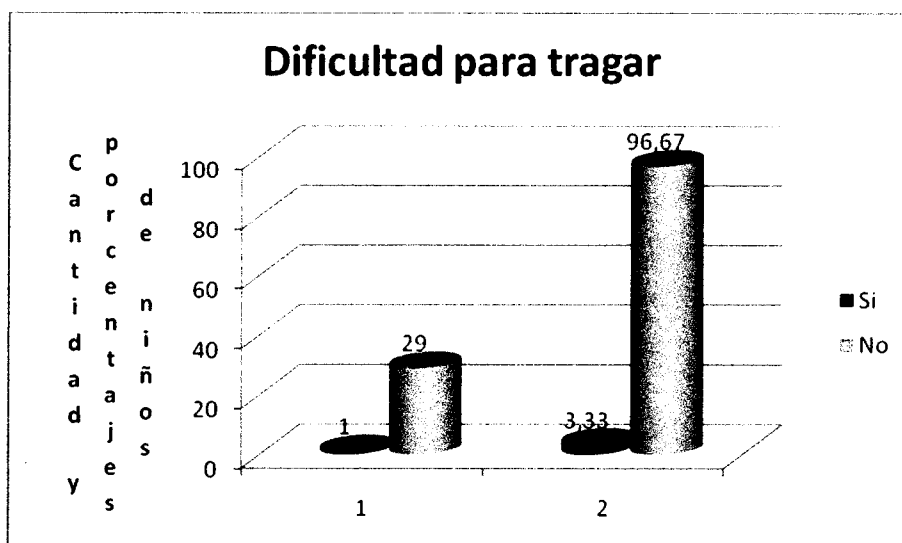
Un 76,7% tiene un peso adecuado para su contextura física, el 13,3 % es de bajo peso y un 10% de los niños está en sobrepeso.

TABLA III

Titulo: Dificultad para tragar en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Presenta el niño dificultad para tragar	N°	%
Si	1	3,33
No	29	96,67
Total	30	100

GRAFICO III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

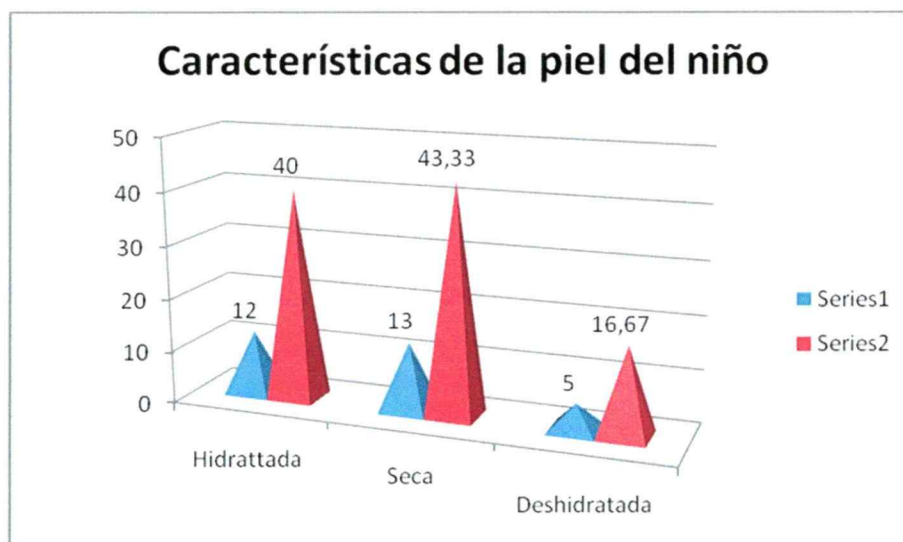
El 96,7% de los niños infectados con el virus no presenta ninguna dificultad de deglución y el 3,3% restante, lo que equivale a un niño de las 30 familias entrevistadas.

TABLA IV

Título: Características de la piel, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Características de la piel del niño	N°	%
Hidratada	12	40
Seca	13	43,33
Deshidratada	5	16,67
Total	30	100

GRAFICO IV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

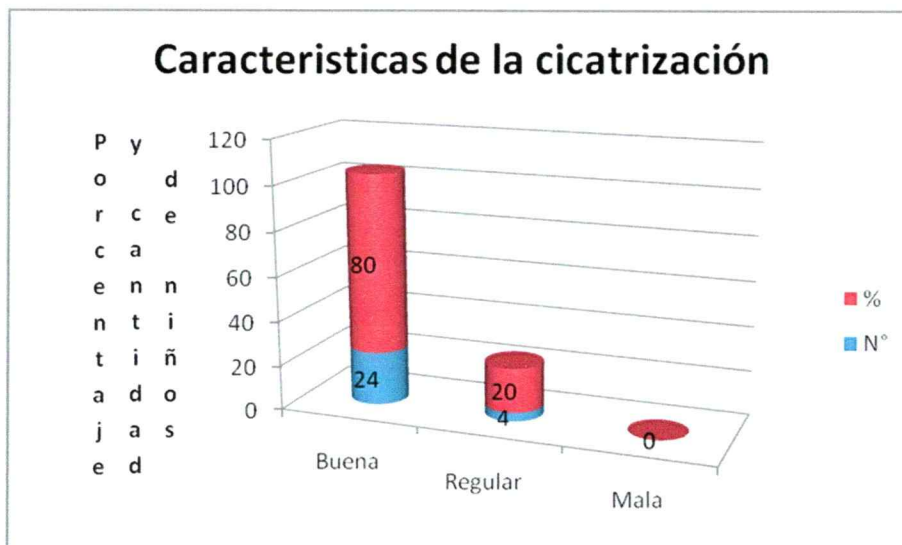
El 43,3% de los niños presentan piel seca, muy parecido, con el 40% tienen la piel hidratada y con una gran diferencia, el 16,7% tienen la piel deshidratada.

TABLA V

Título: Características de la cicatrización, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Características de la cicatrización del niño	N°	%
Buena	24	80
Regular	4	20
Mala	0	0
Total	28	100

GRAFICO V



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

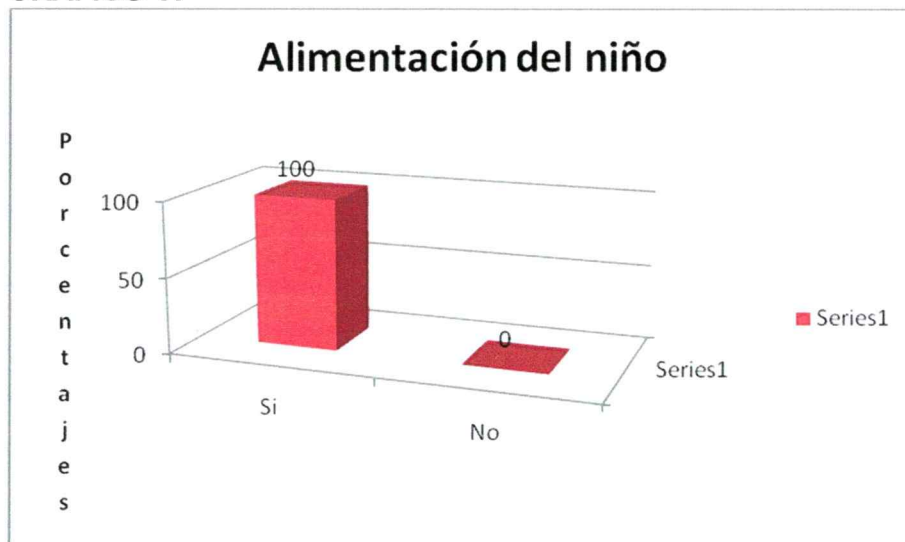
El 80% de los niños infectados, tienen buena cicatrización, el 4% restante tiene cicatrización regular.

TABLA VI

Título: Frecuencia de ingesta de alimentos, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El niño realiza las cuatro comidas	Nº	%
Si	30	100
No	0	0
Total	30	100

GRAFICO VI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

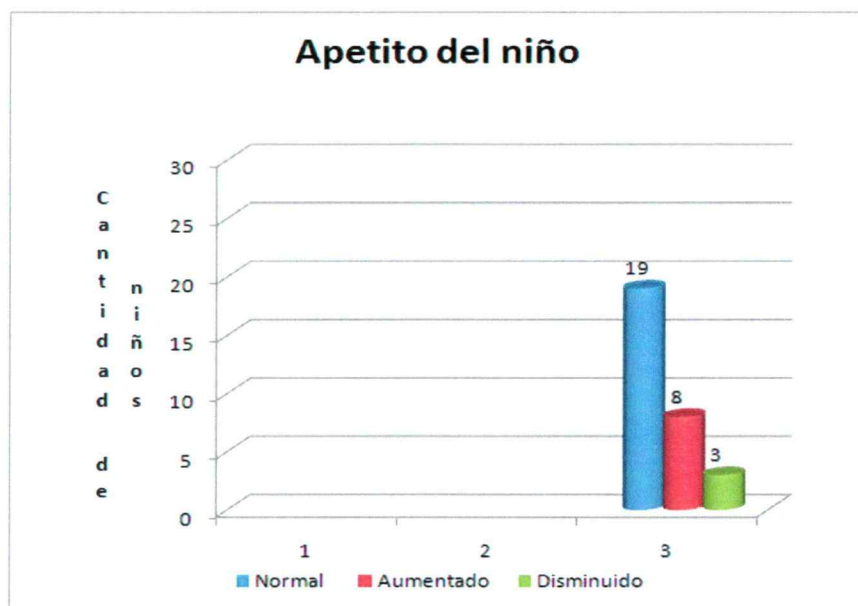
El 100% de los niños realizan las 4 comidas diarias.

TABLA VII

Título: Características del apetito, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Apetito del niño	Nº	%
Normal	19	63.33
Aumentado	8	26,67
Disminuido	3	10
Total	30	100

GRAFICO VII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

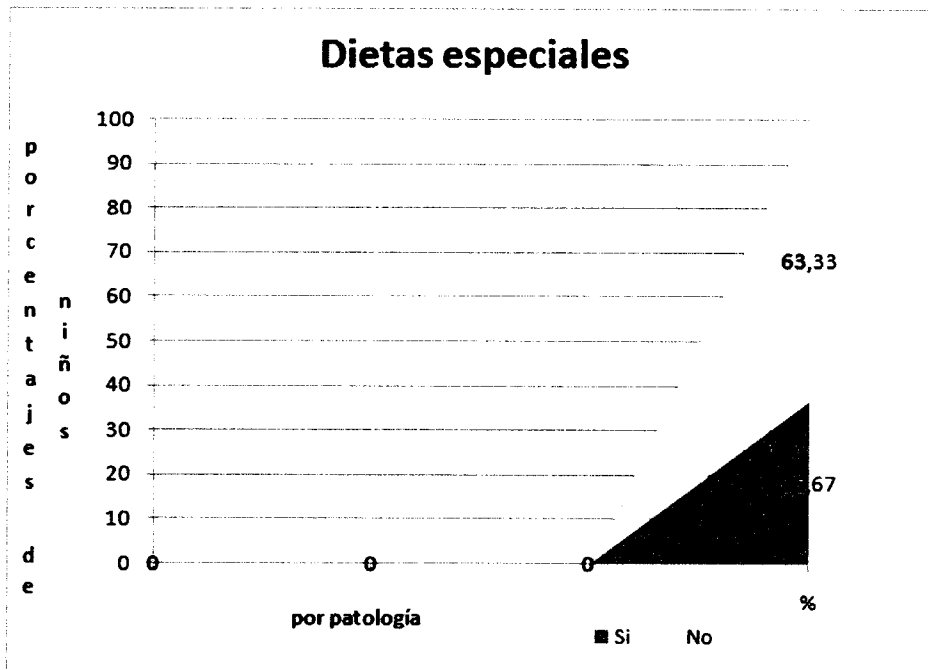
En el gráfico se observa como la gran mayoría de los niños infectados de familias entrevistadas tienen el apetito normal. El 26,7% aumentado y un 10% disminuido, estos últimos son los niños que tienen las defensas más bajas.

TABLA VIII

Título: Dietas especiales por la patología, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El niño tiene dieta especial por su patología	Nº	%
Si	11	36,67
No	19	63,33
Total	30	100

GRAFICO VIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

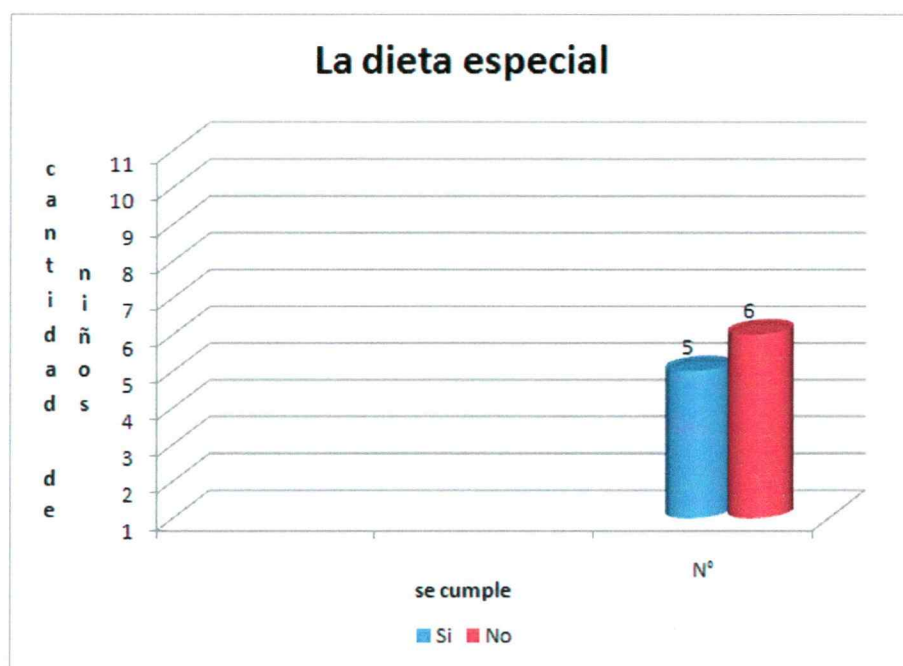
El 63,3% de los entrevistados contestaron que los niños enfermos no tenían ninguna dieta especial, el 36,7% restante contestaron que sí.

TABLA IX

Título: Cumplimiento de la dieta prescrita de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Cumplimiento de la dieta prescrita	N°	%
Si	5	45,45
No	6	54,55
Total	11	100

GRAFICO IX



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

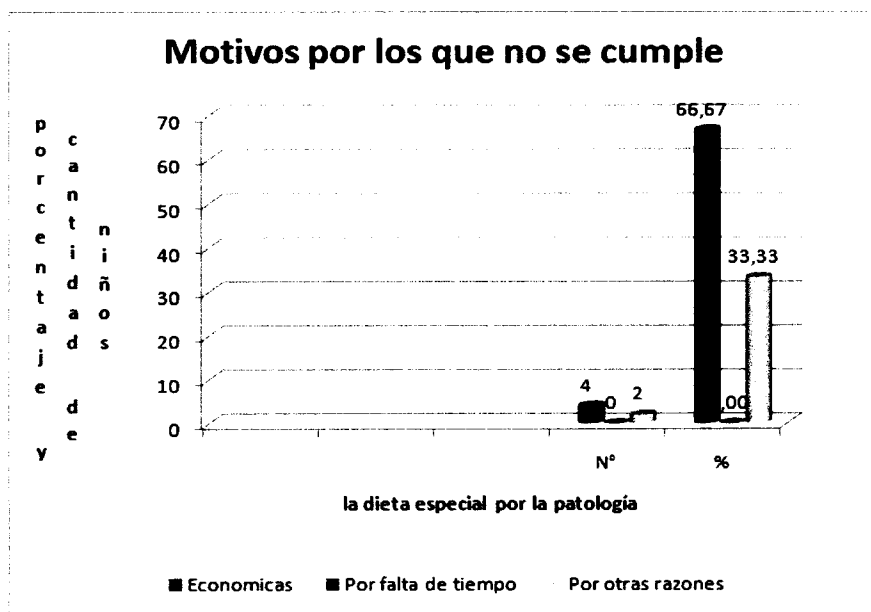
De las familias entrevistadas que contestaron que los niños infectados con el virus del HIV/SIDA, tenían una dieta especial, más de la mitad de ellas dijeron que no cumplían con la dieta, y el resto contestó que sí.

TABLA X

Título: Motivos por los que no se cumple con la dieta especial, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Motivos por los que no cumple con la dieta	Nº	%
Económicas	4	66,67
Por falta de tiempo	0	0
Por otras motivos	2	33,33
Total	6	100

GRAFICO X



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 66,7% que pertenece a la mayoría de los casos refirieron no cumplir con la dieta de los niños por razones económicas, y el 33,3% restante por falta de tiempo.

TABLA XI

Título: Donde realizan sus comidas, los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El niño realiza las comidas en su casa	N°	%
Si	30	100
No	0	0
Total	30	100

GRAFICO XI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

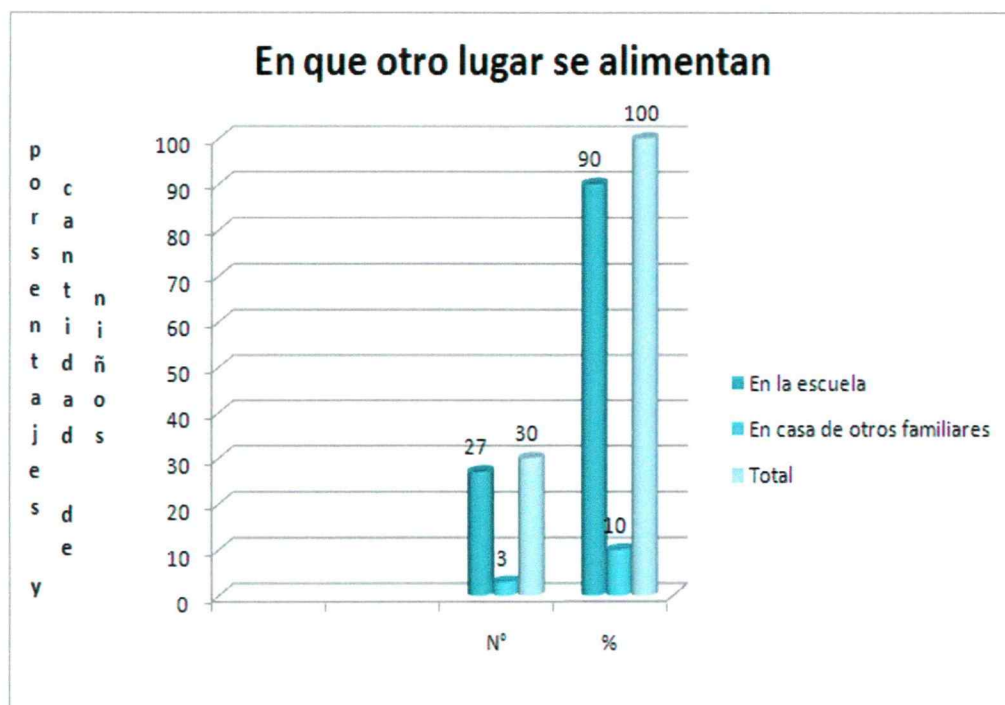
El 100% de los niños infectados que pertenecen a las familias entrevistadas, realizan las comidas en sus casas.

TABLA XII

Título: En que otro lugar se alimentan, los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

En que otro lugar el niño come	Nº	%
En la escuela	27	90
En casa de otros familiares	3	10
Total	30	100

GRAFICO XII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

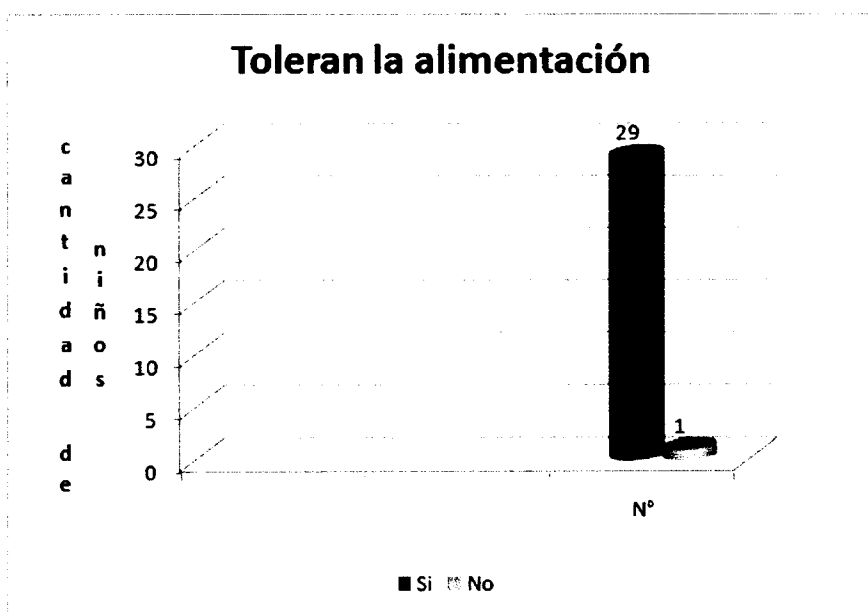
De 30 niños, lo que equivale al 100%, 27 es decir el 90%, comen en la escuela, los 3 niños restantes, es decir el 10% comen en casa de otros familiares.

TABLA XIII

Título: Toleran la alimentación, los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Tolera bien la alimentación	N°	%
Si	29	96,67
No	1	3,33
Total	30	100

GRAFICO XIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 96,7% de los niños toleran la alimentación, solo el 3,3% restante, que equivale a un solo niño, no tolera los alimentos.

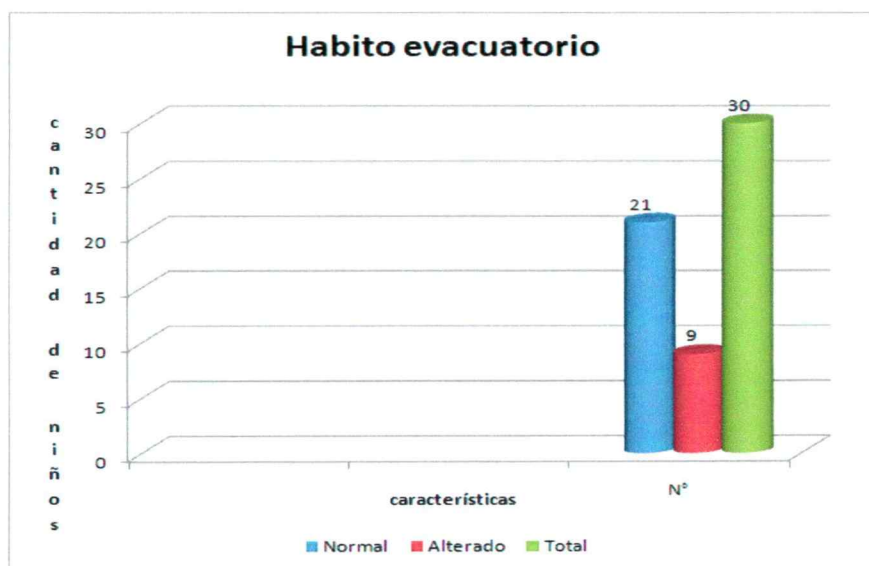
PATRÓN ELIMINACIÓN

TABLA I

Título: Característica del hábito evacuatorio, de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Características del hábito evacuatorio	Nº	%
Normal	21	70
Alterado	9	30
Total	30	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

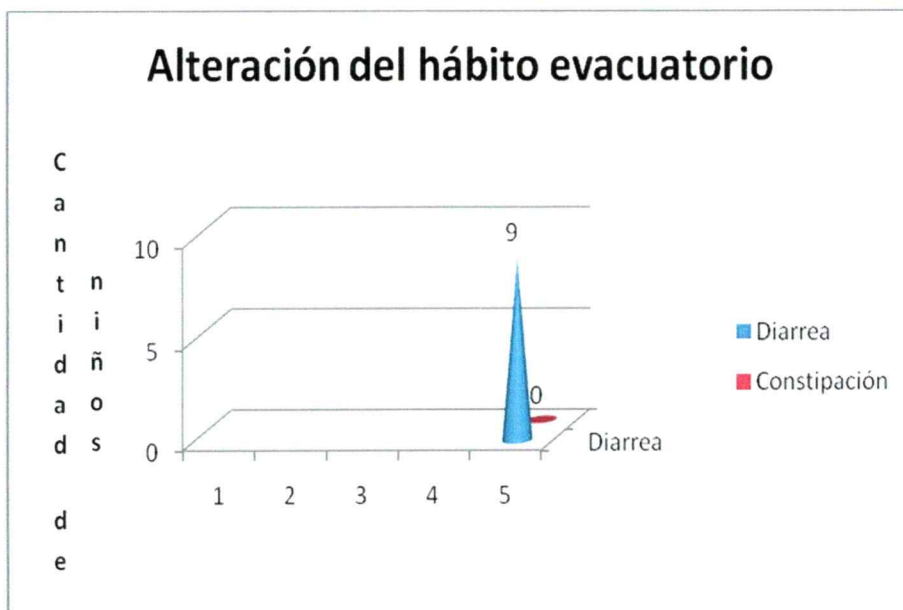
Un 70% de los niños con HIV/SIDA tienen el hábito evacuatorio normal, y un 30% lo tiene alterado.

TABLA II

Título: Causas de alteración en el hábito evacuatorio, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Causas de alteración en hábito evacuatorio	Nº	%
Diarrea	9	100
Constipación	0	0
Total	9	100

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Las alteraciones evacuatorias que presenta el 30% de los niños, que conforman 9 de un total de 30, son por aparición de diarreas.

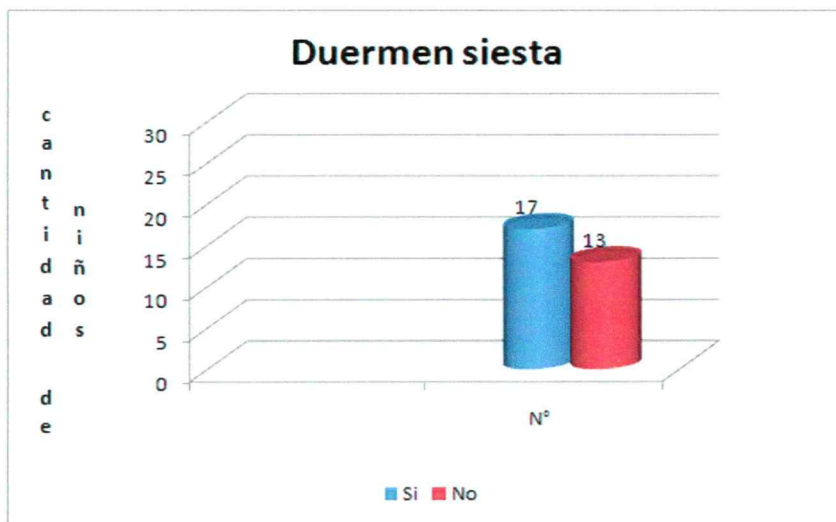
PATRÓN SUEÑO Y DESCANSO

TABLA I

Titulo: Descanso diurno de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El niño duerme siesta	Nº	%
Si	17	56,67
No	13	43,33
Total	30	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

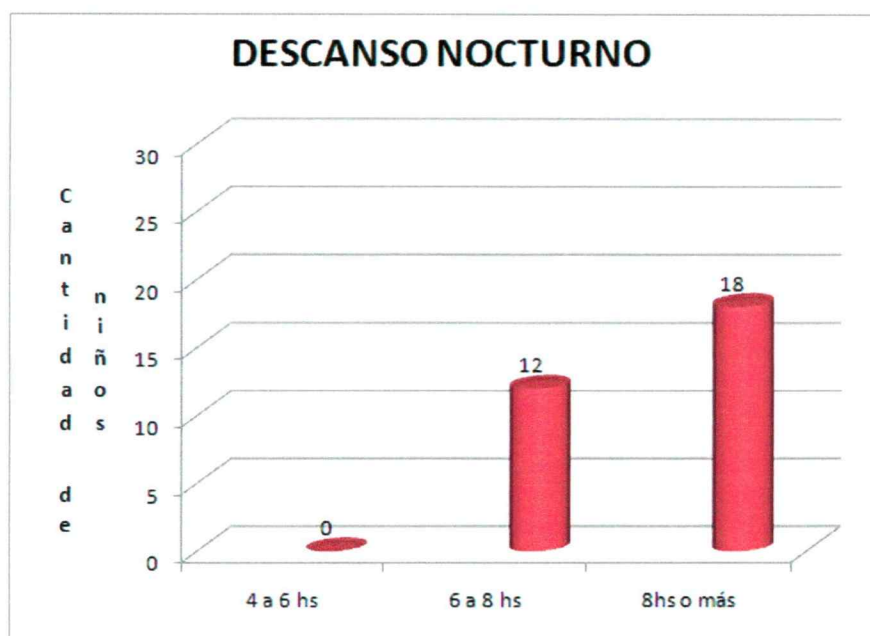
Un 57% de los niños duermen siesta, y un 43% no. Esto también puede estar relacionado con su etapa etaria, ya que el rango es de 1 a 15 años.

TABLA II

Título: Descanso nocturno, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Descanso nocturno	N°	%
de 4 a 6 hs.	0	0
de 6 a 8 hs.	12	40
más de 8 hs.	18	60
Total	30	100

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

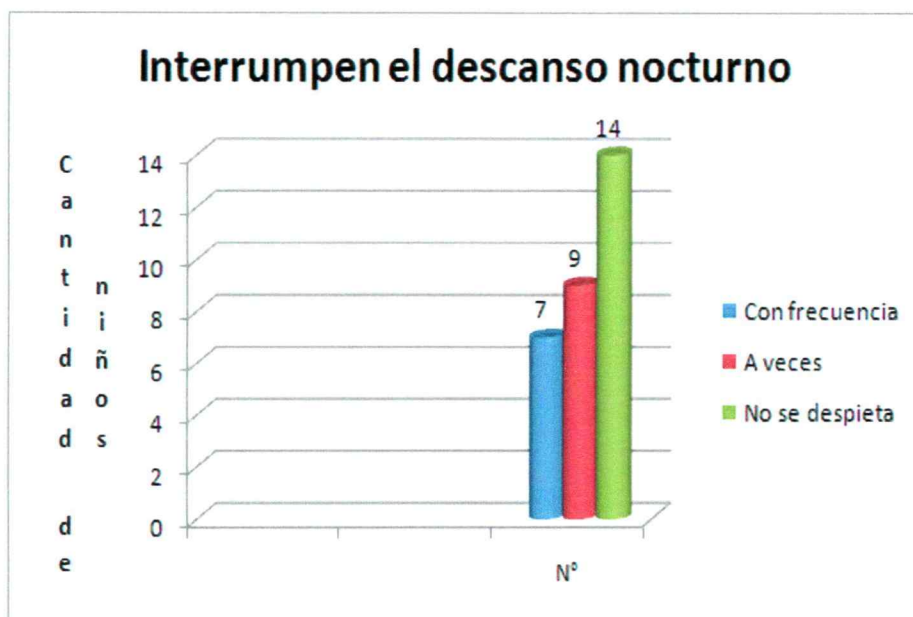
En el gráfico se puede observar una clara prevalencia entre los niños que duermen 8 horas o más con un 60% del total, el resto descansa entre 6 y 8 horas.

TABLA III

Titulo: Se despiertan de noche, los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Se despierta el niño por la noche	N°	%
Con frecuencia	7	23,33
A veces	9	30
No se despierta	14	46,67
Total	30	100

GRAFICO III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

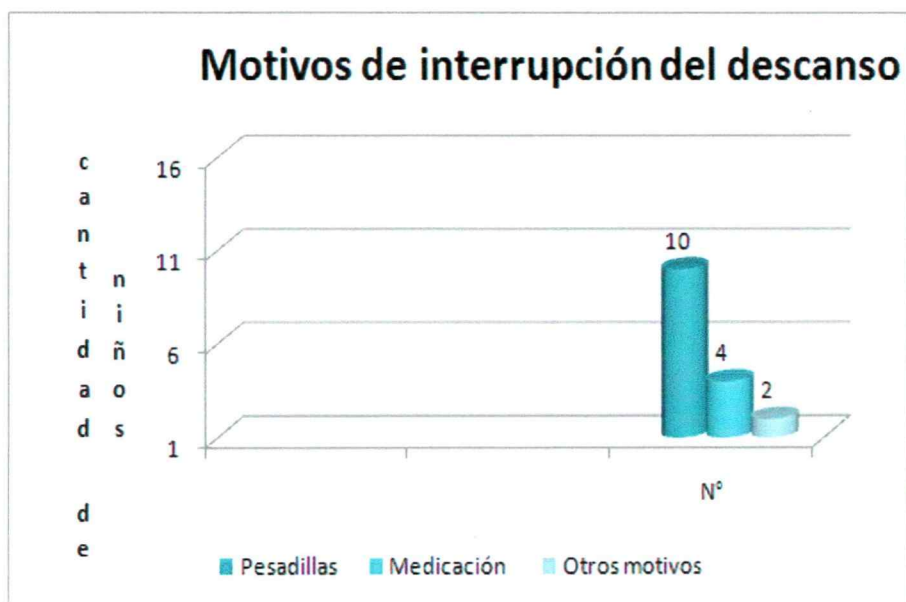
Un 46,7% de los niños con HIV/SIDA, duermen ininterrumpidamente durante la noche, un 30% se despierta en algunas ocasiones, y un 23,3% se despierta con frecuencia

TABLA IV

Título: Motivos de interrupción del descanso, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Motivos por los que se despierta	N°	%
Pesadillas	10	62,50
Medicación	4	25,00
Otros motivos	2	12,50
Total	16	100

GRAFICOS IV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

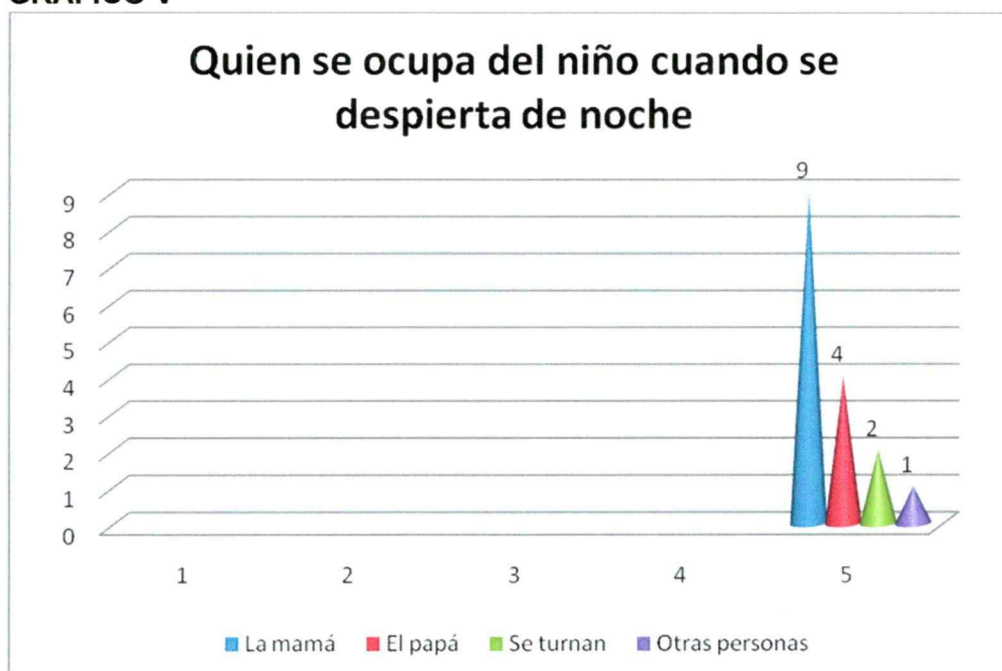
Los motivos por los que interrumpen el descanso en su mayoría por pesadillas, en segundo lugar con un 25% se despiertan por la noche a causa de la medicación, y con un 12,5% por otros motivos.

TABLA V

Titulo: Quien se ocupa cuando se interrumpe el descanso nocturno, de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Quien se ocupa del niño cuando se despierta de noche	N°	%
La mamá	9	56,25
El papá	4	25,00
Se turnan	2	12,50
Otras personas	1	6,25
Total	16	100

GRAFICO V



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

Como se puede observar en el gráfico, cuando el niño se despierta de noche, en un 56,26% de los casos, se ocupa de atenderlo su mamá, y sin mucha diferencia entre las opciones restantes, se turnan los padres, lo hace solamente el padre u otras personas a cargo.

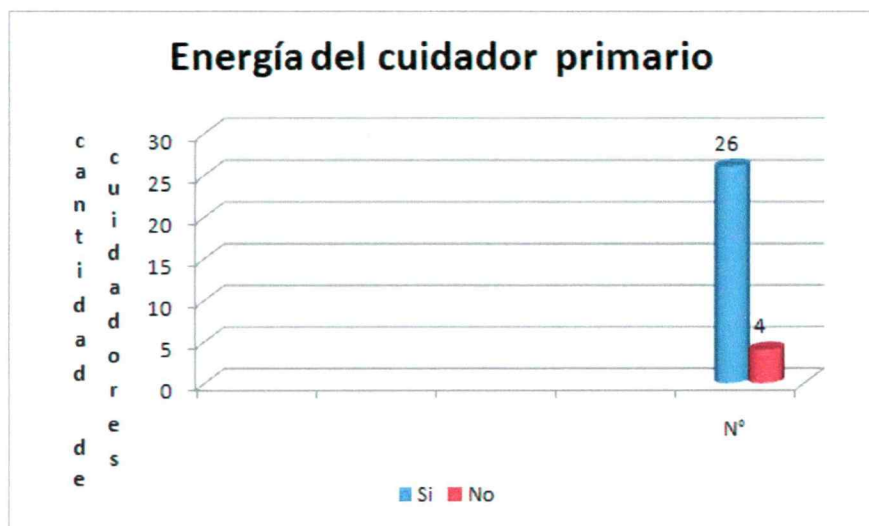
TABLA VI

Titulo: El cuidador primario del niño con HIV/Sida se encuentra con energía durante el día.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El cuidador primario del niño se encuentra con energía durante el día	N°	%
Si	26	86,67
No	4	13,33
Total	30	100

GRAFICO VI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

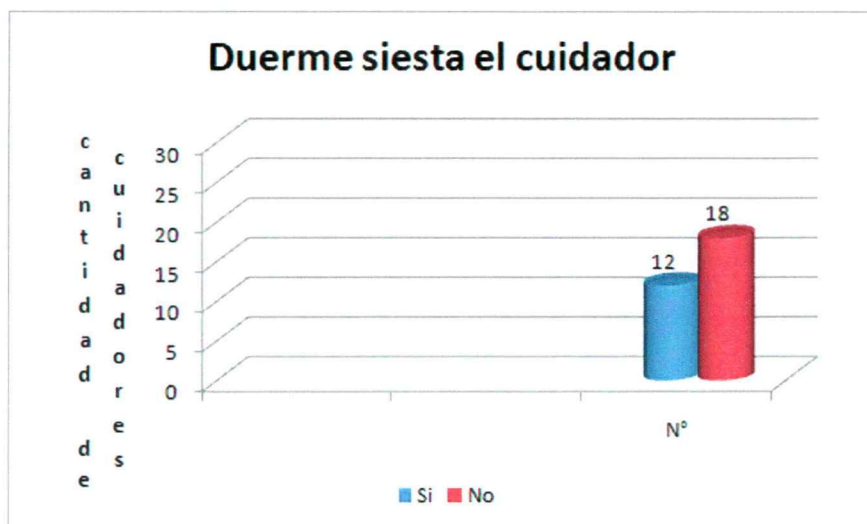
Podemos observar claramente como la mayoría de los cuidadores primarios se encuentran con energías durante el día para cuidar de los niños a cargo.

TABLA VII

Titulo: Duerme siesta el cuidador primario, del niño con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Duerme siesta el cuidador primario	N°	%
Si	12	40
No	18	60
Total	30	100

GRAFICO VII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Un 60% de los cuidadores primarios duermen siesta y el otro 40% no lo hace.

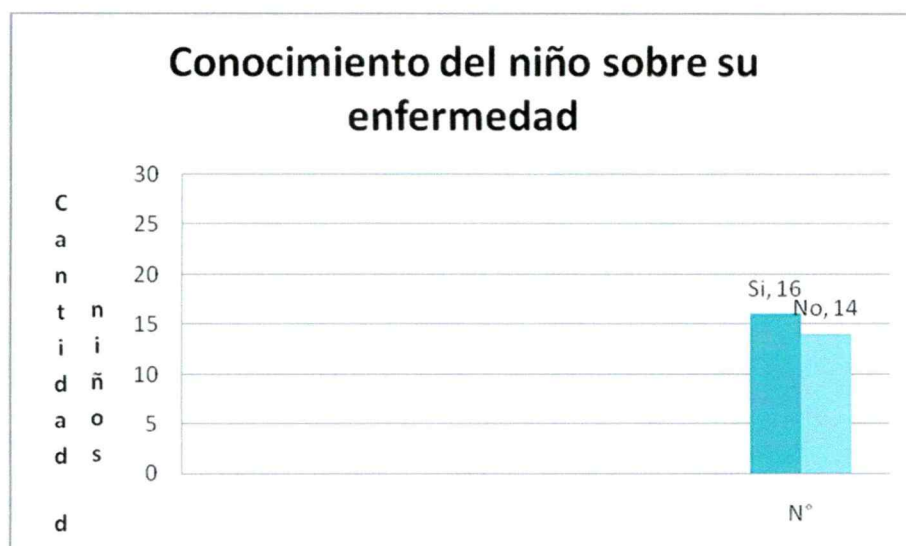
PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

TABLA I

Título: El niño con HIV/Sida, sabe que esta enfermo.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Conocimiento del niño sobre su enfermedad	N°	%
Si	16	53,33
No	14	46,67
Total	30	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Prácticamente la mitad de los niños saben que están enfermos y la otra mitad no. Vale mencionar nuevamente la etapa etaria de los mismos, ya que algunos son muy pequeños para comprender, y saben que están enfermos, pero no saben que es lo que tienen y desconocen sobre la enfermedad.

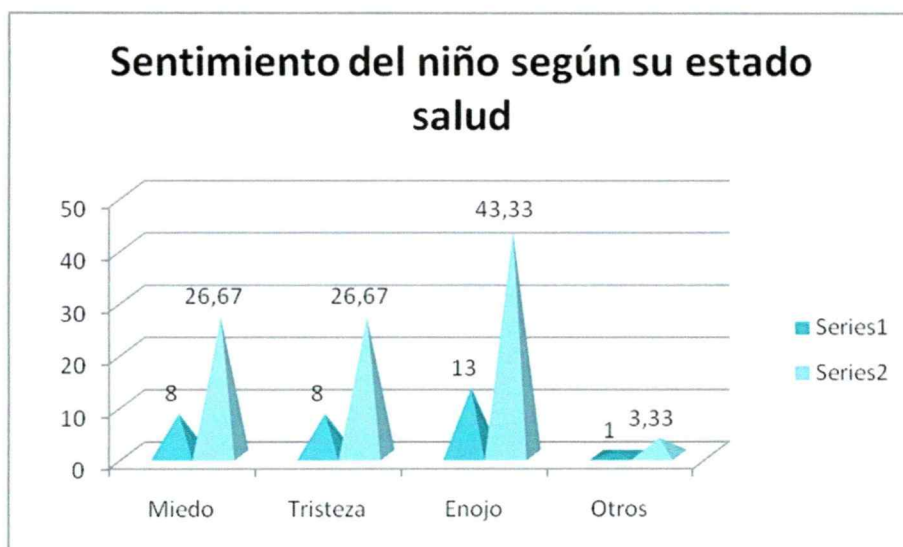
TABLA II

Título: Sentimiento que expresa el niño con HIV/Sida con respecto a su estado de salud.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Sentimientos con respecto a su estado de salud	Nº	%
Miedo	8	26.67
Tristeza	8	26.67
Enojo	13	43.33
Otros	1	3.33
Total	30	100

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008

Enfermeras: Benavente C; Cosso M

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Un 43,3 % que corresponde a la mayoría de los niños con HIV/SIDA expresan sentimientos de enojo, en segundo lugar y con igual porcentaje, 26,67%, refirieron que los niños expresaban tristeza o miedo y solo un 3,3% lo que corresponde a un niño del total de 30 refiere sentimientos variados.

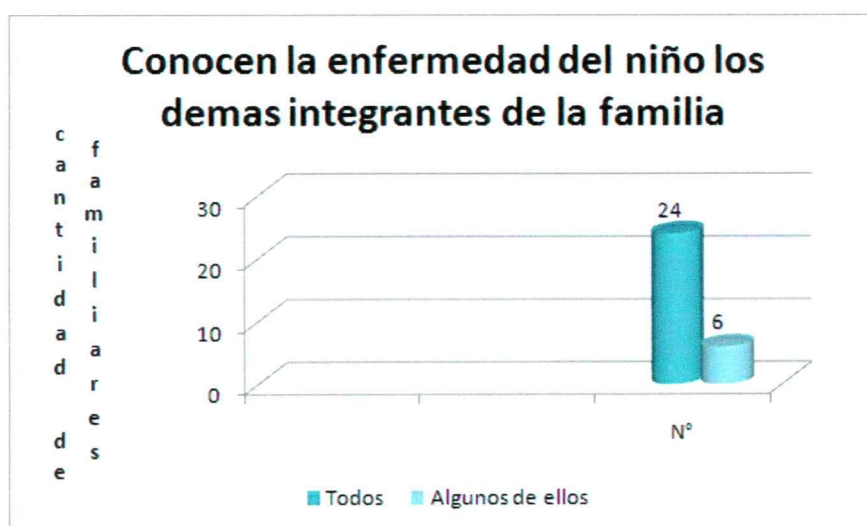
El enojo es un sentimiento lógico en la niñez o pubescencia cuando deben cumplir con tratamientos farmacológicos y horarios.

TABLA III

Titulo: Los familiares conocen la enfermedad, en el niño con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Conocen la enfermedad del niño los demás integrantes de la familia	N°	%
Todos	24	80
Algunos de ellos	6	20
Total	30	100

GRAFICO III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

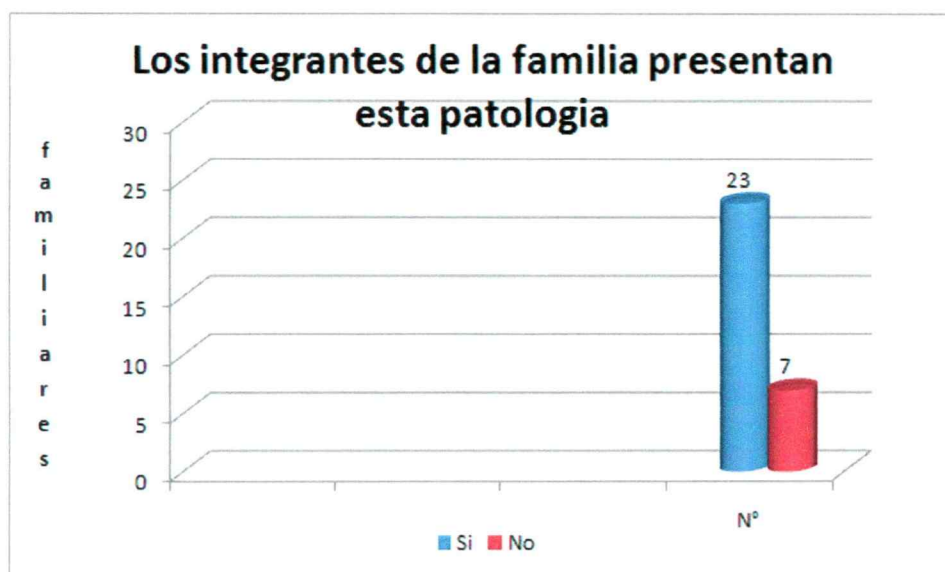
En el 80% de los casos, los demás integrantes de la familia saben que el niño contrajo el virus de HIV/SIDA, y el 20% restante no.

TABLA IV

Titulo: Integrantes de la familia del niño con HIV/Sida infectados con el virus.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Otros integrantes de la familia presentan la misma enfermedad	Nº	%
Si	23	76.67
No	7	23.33
Total	30	100

GRAFICO IV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Como se puede observar en el gráfico, en la mayoría de los casos hay al menos un integrante en la familia, incluyendo la madre, que adquirió el virus del HIV, solo un 23% no tienen otro familiar con la misma enfermedad.

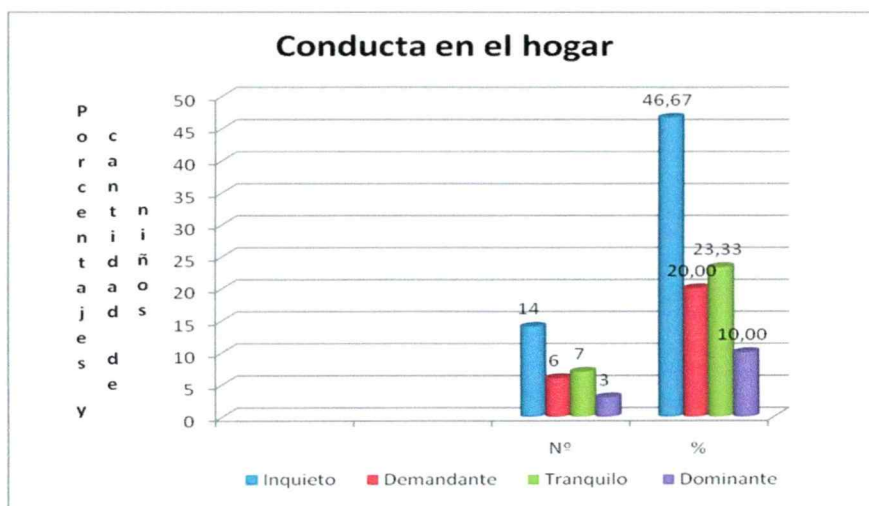
PATRON COGNITIVO – PERCEPTIVO

TABLA I

Titulo: Conducta en el hogar, de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Conducta del niño en el hogar	Nº	%
Inquieto	14	46,67
Demandante	6	20
Tranquilo	7	23,33
Dominante	3	10
Total	30	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

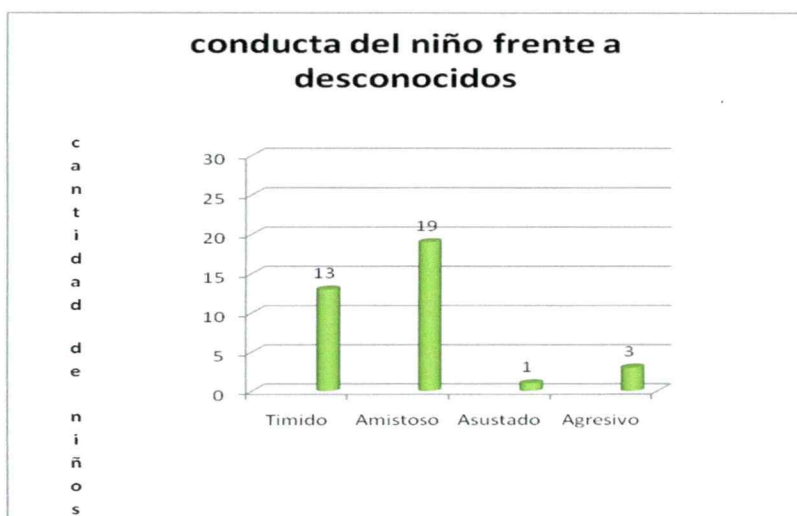
El 46,7% de los niños son inquietos en su hogar, el 23,3% son tranquilos, el 20% demandantes y el 10% dominantes. Estas son las conductas que predominan en cada niño. En el gráfico se puede observar cuantos niños corresponden a cada porcentaje.

TABLA II

Título: Conducta frente a desconocidos, de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Conducta del niño frente a desconocidos	Nº	%
Tímido	13	36,67
Amistoso	19	46,67
Asustado	1	3,33
Agresivo	3	13,33
Total	30	100

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

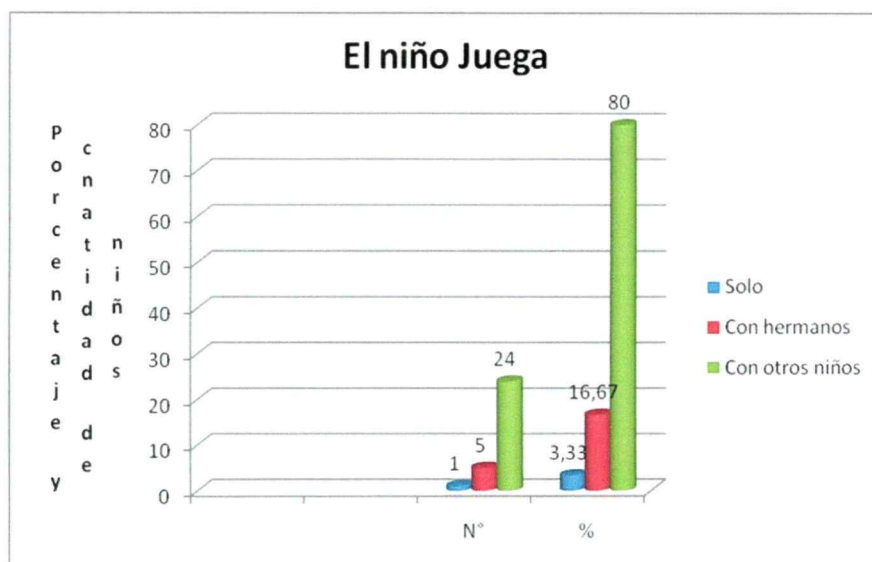
El 46,7% de los niños son amistosos frente a desconocidos, el 36,7% son tímidos, el 13,3% son agresivos y solo un 3,3% se muestran asustados frente a personas que desconocen.

TABLA III

Título: Con quien juegan los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

El niño Juega	Nº	%
Solo	1	3,33
Con hermanos	5	16,67
Con otros niños	24	80
Total	30	100

GRAFICOS III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

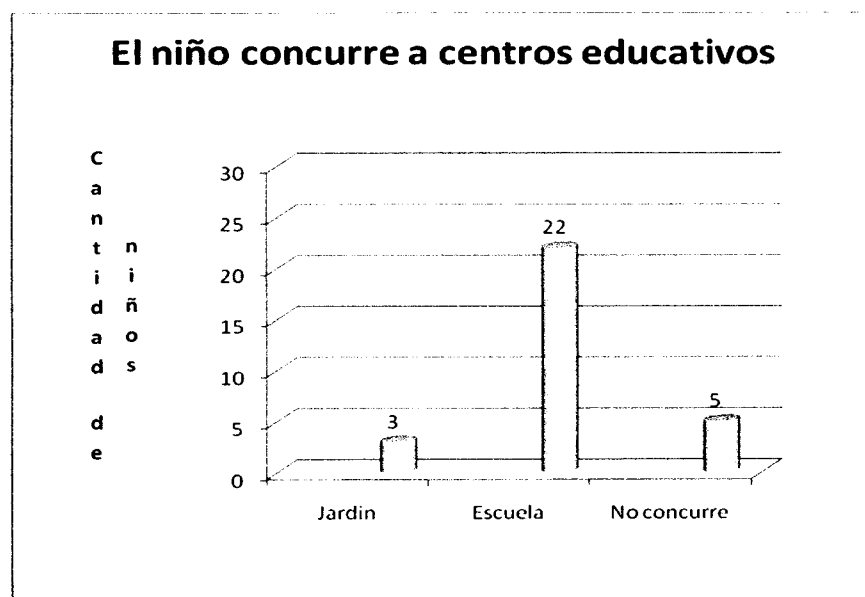
El grafico refleja claramente, que en la mayoría de los casos, los niños juegan con sus pares, un 16,7% juega con sus hermanos y un 3,3%, lo que equivale a un niño, juega solo.

TABLA IV

Título: Concurren a centros educativos, los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

El niño concurre a centros educativos	Nº	%
Jardín	3	10
Escuela	22	73,33
No concurre	5	16,67
Total	30	100

GRAFICO IV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

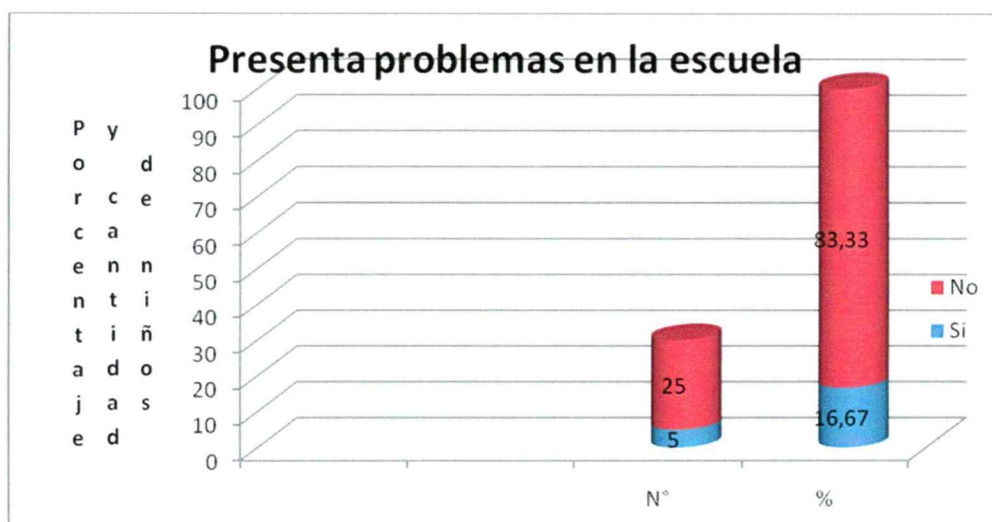
El 73,3% de los niños con HIV/SIDA de las familias entrevistadas concurren a escuela, el 16,7% a jardín y el 5% no van a ningún centro educativo.

TABLA V

Titulo: Presentan problemas en la escuela, los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Presentan problemas en la escuela	N°	%
Si	5	16,67
No	25	83,33
Total	30	100

GRAFICO V



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Un 83,3%, lo que hace referencia a 25 niños, no presentan problemas en la escuela, quedando un 16,7% es decir los 5 niños restantes, que han presentado algún problema.

TABLA VI

Titulo: Presentan alteraciones sensoriales: Auditivas, los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

Alteraciones auditivas	N°	%
Si	2	6,67
No	28	93,33
Total	30	100

GRAFICO VI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Un 93,3% no presentan alteraciones auditivas, quedando un 6,7% que corresponden a dos niños tienen alterada la audición por alguna enfermedad oportunista que repercutió en la audición.

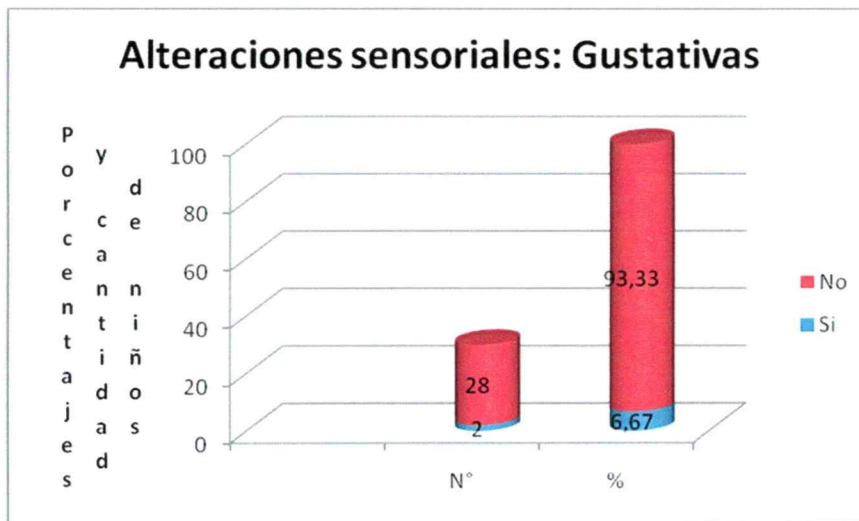
TABLA VII

Título: Presentan alteraciones sensoriales: Gustativos, los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008.

TABLA VII

Alteraciones gustativas	N°	%
Si	2	6,67
No	28	93,33
Total	30	100

GRAFICO VII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

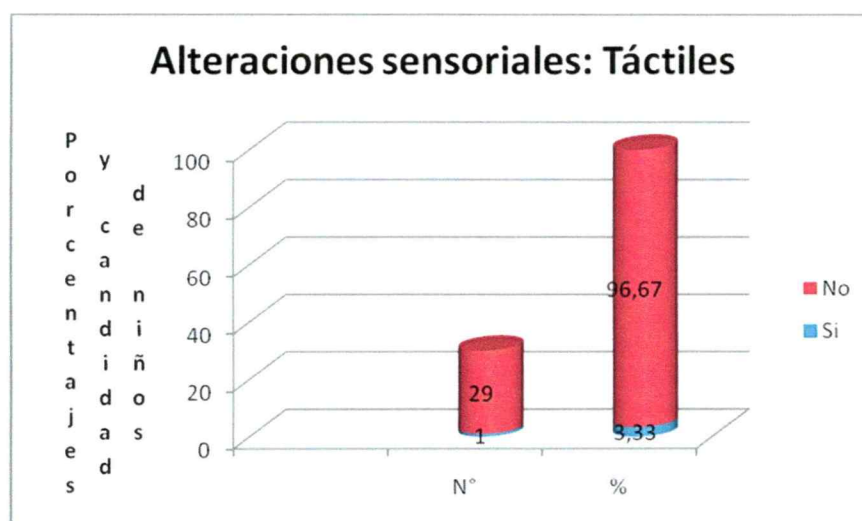
El gráfico permite visualizar claramente un mayor porcentaje de niños que no presentan problemas gustativos.

TABLA VIII

Titulo: Presentan alteraciones sensoriales según percepción táctiles, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Alteraciones táctiles	N°	%
Si	1	3,33
No	29	96,67
Total	30	100

GRAFICO VIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Un total de 96,7% de los niños no presentan, no presentan alteraciones táctiles, y el 3,3%, el equivalente a un niño, presenta este tipo de problema.

TABLA IX

Titulo: Nivel de conciencia según percepción del tiempo, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Nivel de conciencia Ubicado en tiempo	N°	%
Si	30	100
No	0	0
Total	30	100

TABLA X

Titulo: Nivel de conciencia según percepción del tiempo, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Nivel de conciencia Ubicado en persona	N°	%
Si	30	100
No	0	0
Total	30	100

TABLA XI

Titulo: Nivel de conciencia según percepción del espacio, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Nivel de conciencia Ubicado en espacio	N°	%
Si	30	100
No	0	0
Total	30	100

Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

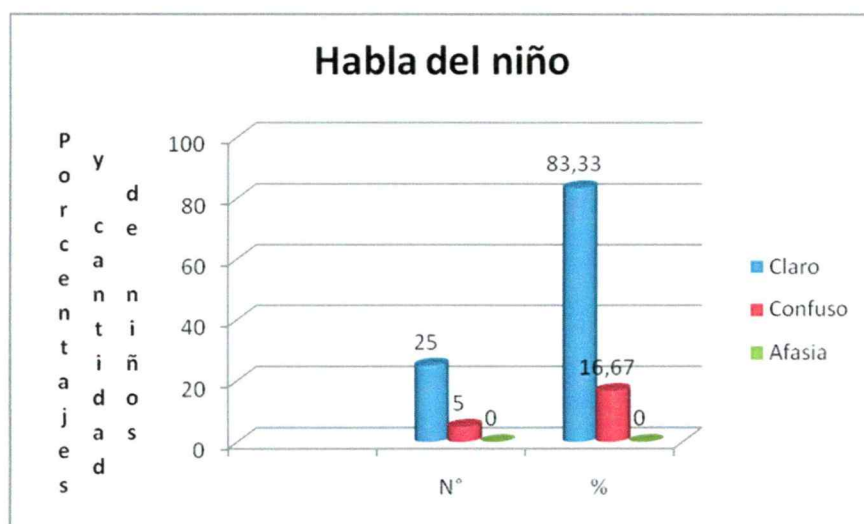
El 100% de los niños infectados con el virus del HIV/SIDA, están ubicados en tiempo, persona y espacio.

TABLA XII

Título: Habla, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El niño habla	N°	%
Claro	25	83,33
Confuso	5	16,67
Afasia	0	0
Total	30	100

GRAFICO XII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

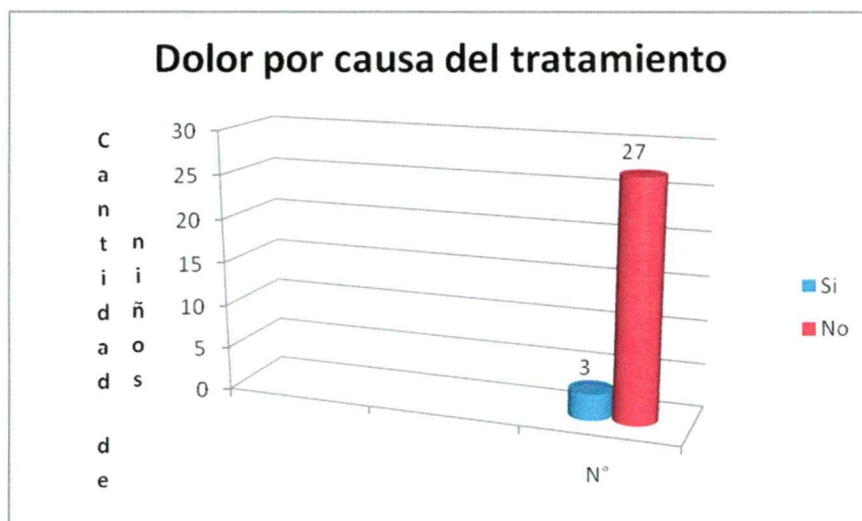
Hay un predominio del 83,3% de los niños contra un 16,7% de habla clara, dentro de esta minoría, se encuentran niños muy pequeños, lo que no permite formular una conclusión fundada.

TABLA XIII

Titulo: Dolor, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Dolor por causa del tratamiento	N°	%
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100

GRAFICO XIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

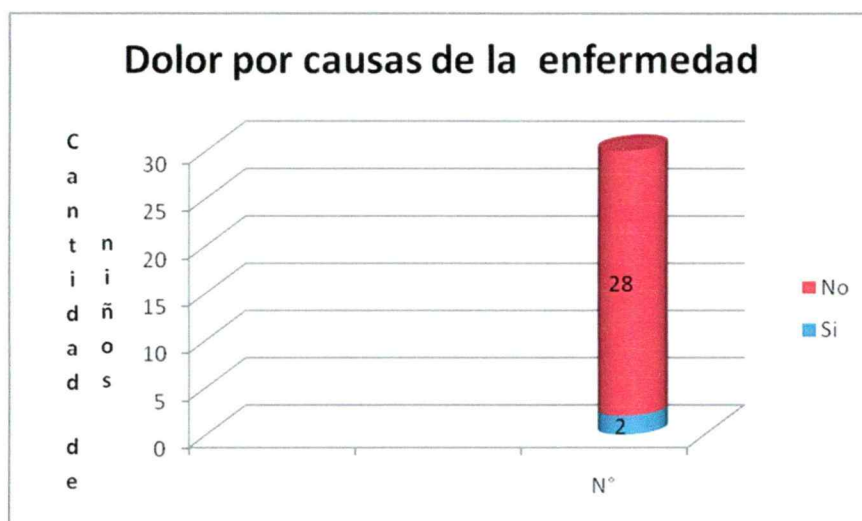
El 90% de los niños no tiene dolor a causa del tratamiento, siendo una pequeña minoría que pertenece al 10% restante, que refiere dolor por esta causa.

TABLA XIV

Titulo: Dolor, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Dolor a causa de la enfermedad	N°	%
Si	2	6,67
No	28	93,33
Total	30	100

GRAFICO XIV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

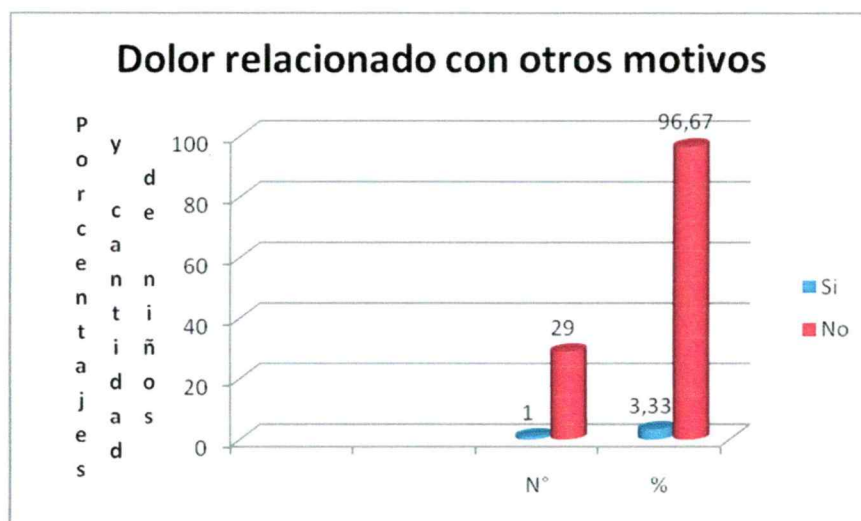
La mayor cantidad de familias entrevistadas, refieren que los niños con HIV/SIDA, no sienten dolor a causa de la enfermedad.

TABLA XV

Titulo: Dolor, en los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Dolor por otras causas	N°	%
Si	1	3,33
No	29	96,67
Total	30	100

GRAFICO XV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

Casi la totalidad de los niños con HIV/SIDA, no sienten dolor por otras causas que sí pueden estar relacionadas con el virus indirectamente. Vale decir que una de las tantas consecuencias de la enfermedad de estos niños no está relacionada con el dolor.

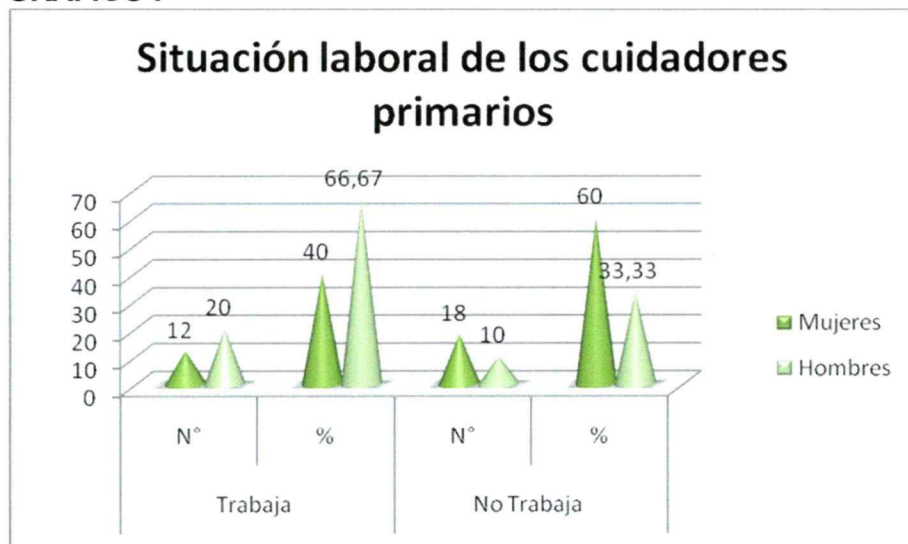
PATRON ROL – RELACIONES

TABLA I

Título: Situación laboral de los cuidadores primarios según sexo, de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Sexo	Trabaja		No Trabaja	
	N°	%	N°	%
Mujeres	12	40	18	60
Hombres	20	66,67	10	33,33
Total	32	106,67	28	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

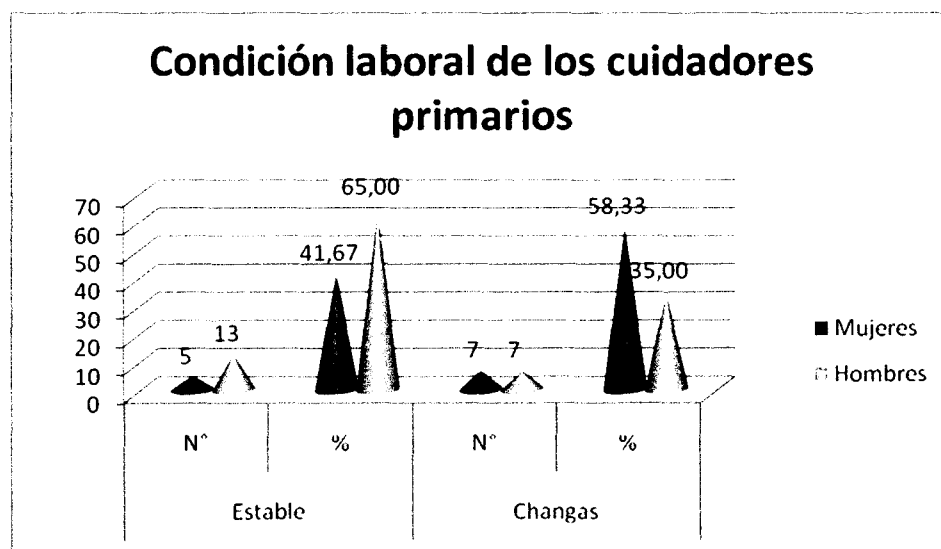
El 66,67 % de hombres y el 40% de mujeres trabajan, el 33,33 de hombres y el 60 % de mujeres no trabajan.

TABLA II

Título: Condición laboral de los cuidadores primarios según sexo, de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Sexo	Estable		Changas	
	N°	%	N°	%
Mujeres	5	41,67	7	58,33
Hombres	13	65,00	7	35,00
Total	18	106,67	14	93,33

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

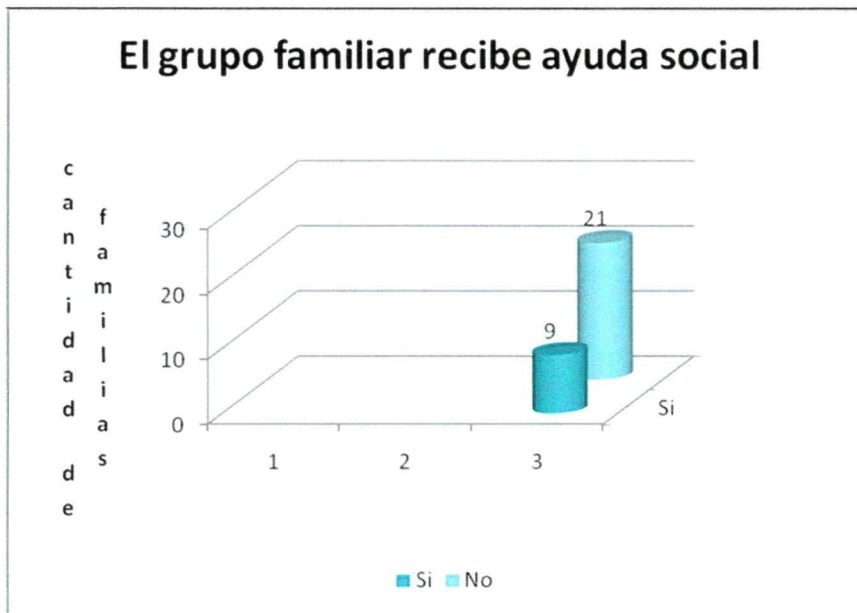
El 65 % de los hombres y el 41,67 % de las mujeres tienen trabajo estable, el 35 % y 58,33 de las mujeres trabajan de changas o eventualmente.

TABLA III

Titulo: Familias de niños con HIV/Sida que reciben ayuda social.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

La familia recibe ayuda social	Nº	%
Si	9	30
No	21	70
Total	30	100

GRAFICO III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

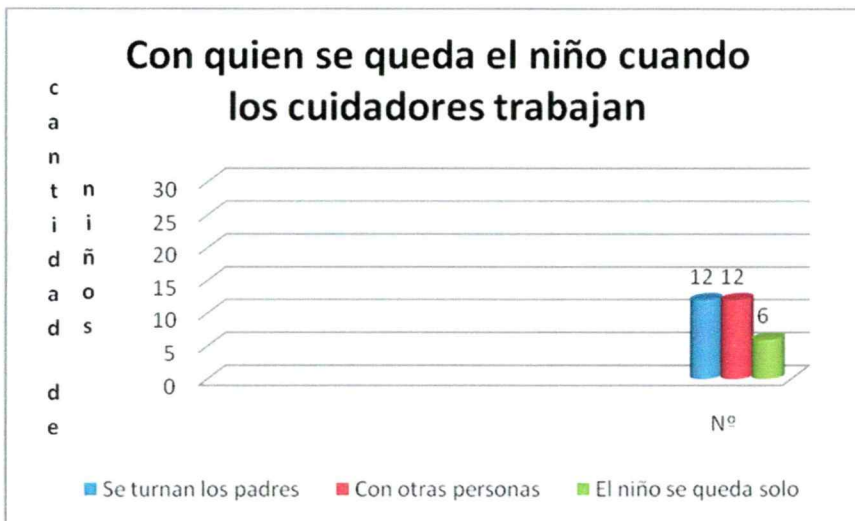
El 30% de las familias recibe alguna ayuda social, quedando el 70% sin ningún tipo de ayuda.

TABLA IV

Titulo: Compañía de los niños con HIV/Sida, mientras sus cuidadores trabajan.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Si los padres y/o cuidadores trabajan con quien queda el niño	Nº	%
Se turnan los padres	12	40
Con otras personas	12	40
El niño se queda solo	6	20
Total	30	100

GRAFICO IV



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 40% de los entrevistados, contestaron que se turnan entre ellos para quedarse con el niño mientras uno trabaja, otro 40% de los entrevistados refirieron dejar al niño con otras personas para poder trabajar, y un 20% deja solo al niño, cabe aclarar que los niños que se quedan solos, están dentro del grupo etario de 11 a 15 años de edad.

TABLA V

Titulo: Alteración de la rutina del hogar por enfermedad del niño con HIV/Sida, que concurre al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Se altero la rutina del hogar por la patologia del niño	Nº	%
Si	17	56,67
No	13	43,33
Total	30	100

GRAFICO V



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
 Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 56,7% de las familias refirieron haberse alterado la rutina en sus hogares a causa de la enfermedad del niño, el 43,3% restante dice que continúa con la misma rutina y esto no les ha causado alteraciones en el seno familiar.

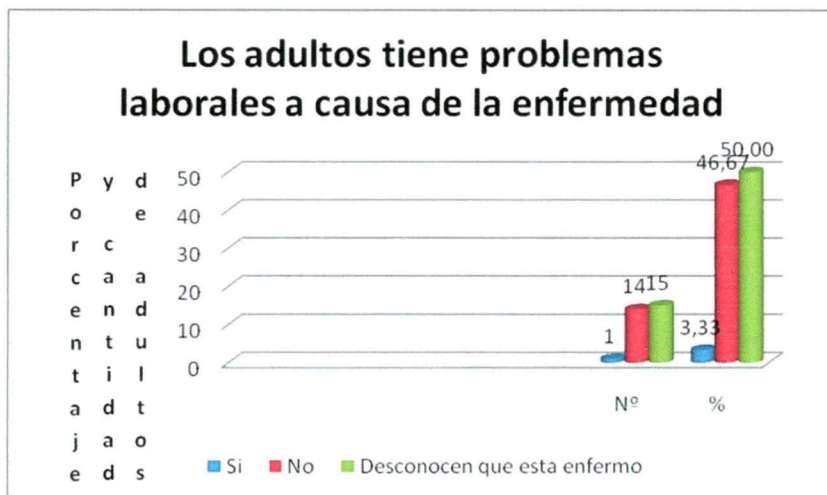
TABLA VI

Titulo: Problemática laboral de los cuidadores de niños HIV/SIDA, a causa de la enfermedad implantada en su familia.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Los adultos tienen problemas en sus empleos por la enfermedad	Nº	%
Si	1	3,33
No	14	46,67
Desconocen que está enfermo	15	50
Total	30	100

GRAFICO VI



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008

Enfermeras: Benavente C; Cosso M

Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 50% de los entrevistados, que en este caso son La gran mayoría, respondieron que en sus trabajos desconocen sobre la enfermedad que padece el o los integrantes de la familia, el 46,7% declararon no haber tenido problemas de ese tipo, y un 3,3% lo que equivale a uno solo de los entrevistados, dijo haber tenido problemas. Vale destacar que hay familias adoptivas en donde el único que tiene la enfermedad es el niño, lo que hace posible un menor compromiso de problemas laborales a los padres adoptivos o tutores a cargo.

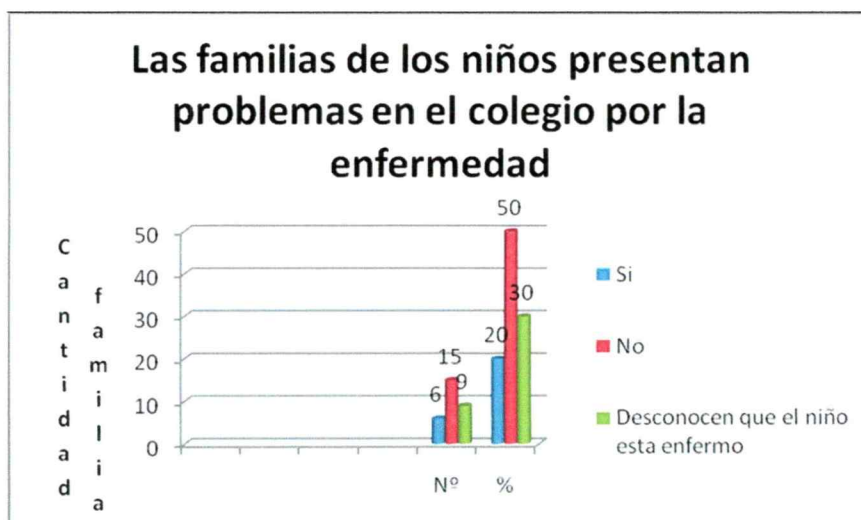
TABLA VII

Titulo: Problemática en los centros educativos de los niños con HIV/Sida, a causa de la enfermedad.

Pacientes que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Los fliares del niño tienen problemas en el colegio por la enfermedad	Nº	%
Si	6	20
No	15	50
Desconocen que el niño esta enfermo	9	30
Total	30	100

GRAFICO VII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.

Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008

Enfermeras: Benavente C; Cosso M

Universidad Nacional de Mar del Plata.

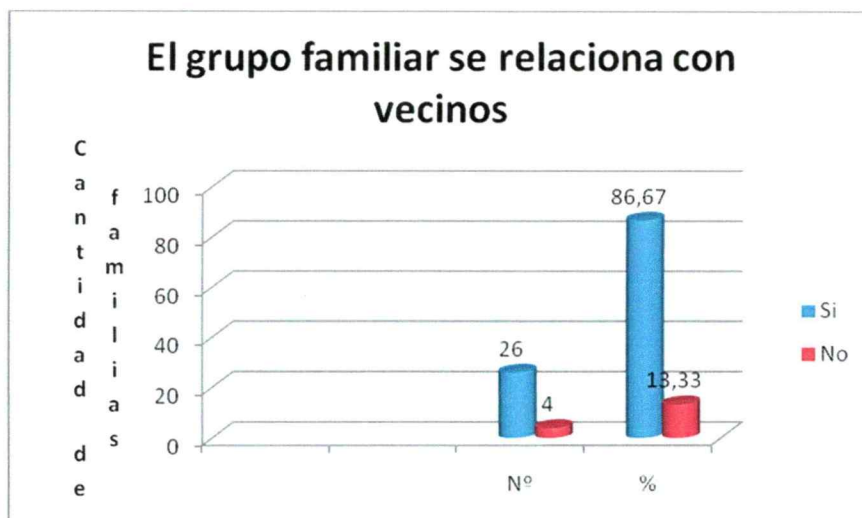
El 50% de las familias no ha tenido problemas en el colegio del niño por la enfermedad del mismo, un 30% respondió que en el centro educativo no saben que el niño contrajo la enfermedad, y un 20% admitió haber tenido situaciones problemáticas.

TABLA VIII

Título: Relaciones vecinales en las familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El grupo familiar se relaciona con vecinos	N°	%
Si	26	86,67
No	4	13,33
Total	30	100

GRAFICO VIII



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

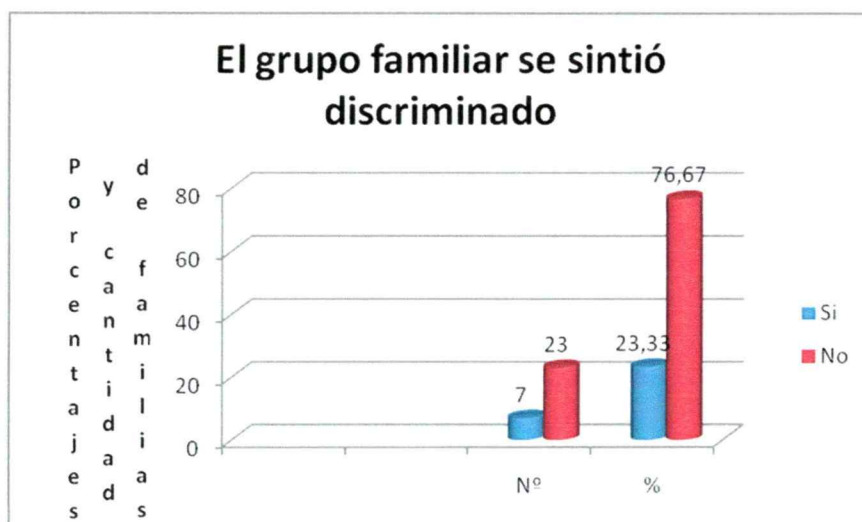
Un 87% de familias con niños infectados con el virus del HIV/SIDA, lo que equivale a una notable mayoría, se relacionan con sus vecinos, el 13,3% restante no mantienen relaciones. Cabe aclarar, que no indica si los vecinos saben o no de la enfermedad instalada en la familia, lo que no es un buen parámetro de la discriminación.

TABLA IX

Titulo: Percepción de discriminación en familias de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El grupo familiar se sintió discriminado	Nº	%
Si	7	23,33
No	23	76,67
Total	30	100

GRAFICO IX



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 76,7% de las familias entrevistadas no percibieron discriminación, y el 23,3 restante dijo haberse sentido discriminado, haciendo referencia a Centros de Salud y educativos especialmente.

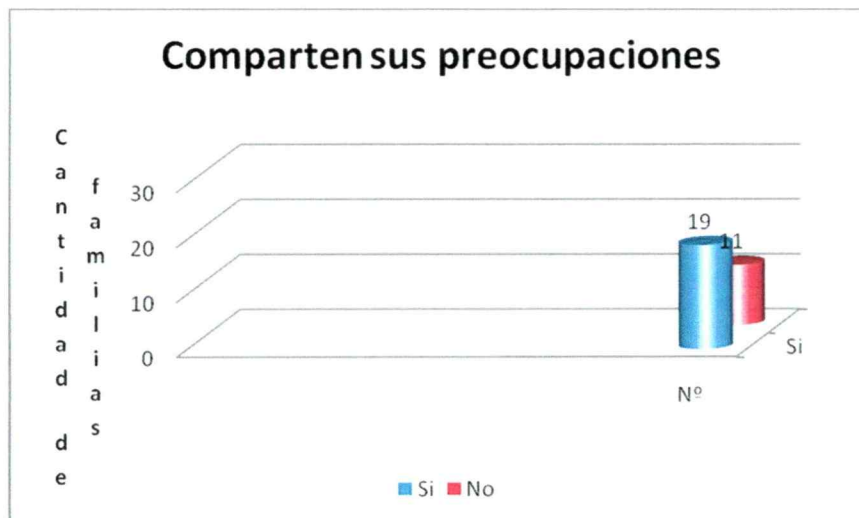
PATRON: ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

TABLA I

Titulo: Comparten sus preocupaciones las familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El grupo fiar comparte sus preocupaciones con personas de su confianza	Nº	%
Si	19	63,33
No	11	36,67
Total	30	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

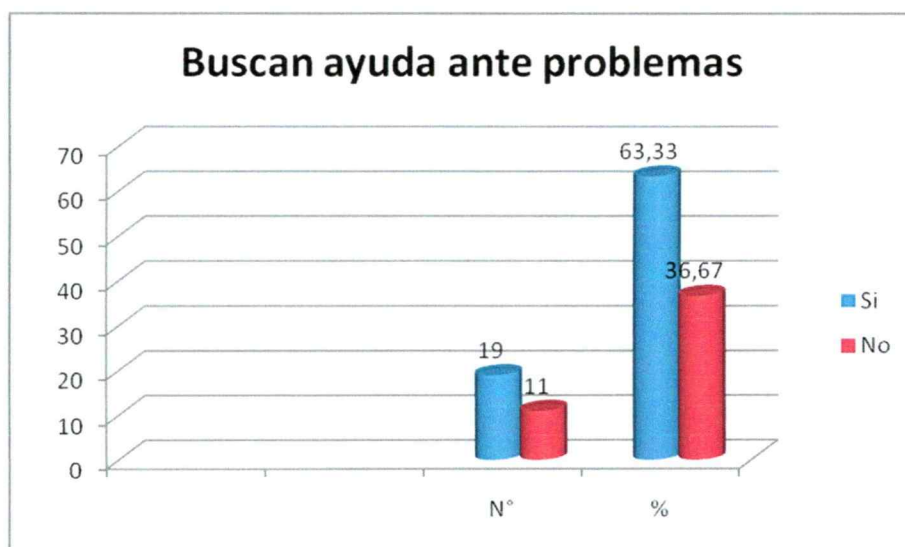
El 63,3% de las familias entrevistadas dijeron compartir sus preocupaciones con otras personas de su confianza, y el 36,7% refirió no hacerlo.

TABLA II

Título: Buscan ayuda ante situaciones problemáticas las familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Buscan ayuda ante problemas	N°	%
Si	19	63,33
No	11	36,67
Total	30	100

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 63,33 % de las familias buscan ayuda ante situaciones problemáticas, y el 36,67 % restante prefiere no hacerlo.

TABLA III

Titulo: Situaciones de violencia en familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

En el grupo familiar se presenta situaciones violentas	Nº	%
Si	4	13,33
No	26	86,67
Total	30	100

GRAFICO III



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

En la mayoría de los casos, las familias no presentan situaciones violentas, en solo 4 familias de 30 entrevistadas, admitieron estas situaciones. Vale decir que en estos 4 casos, los entrevistados no fueron sus padres biológicos, lo que hace que sea más fácil de admitirlo.

PATRON: SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

TABLA I

Titulo: Se cuidan para evitar el contagio las familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Se cuidan para evitar el contagio	Nº	%
Si	27	90
No	3	10
Total	30	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 90% de las familias entrevistadas dijeron que se cuidaban para evitar el contagio, y el 10% admitió no hacerlo.

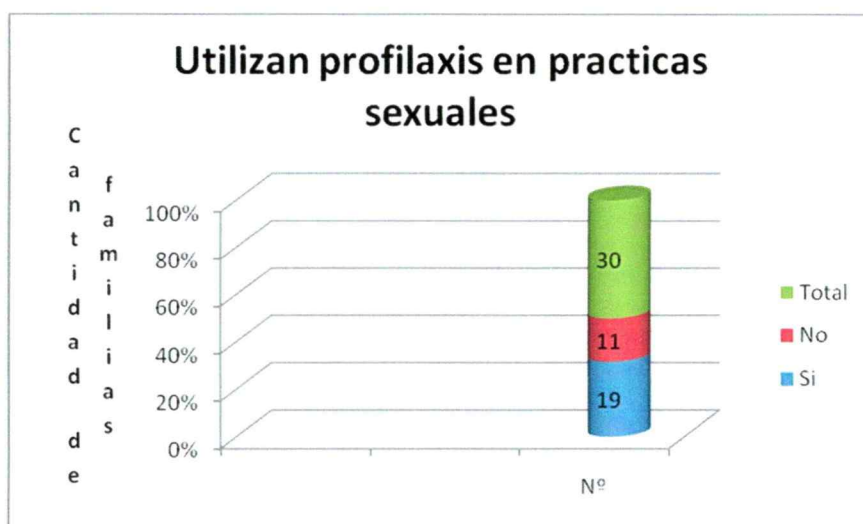
TABLA II

Titulo: Utilizan preservativos en las prácticas sexuales.

Familias de niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Utilizan profilaxis en prácticas sexuales	Nº	%
Si	19	63,33
No	11	36,67
Total	30	100

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

El 63,3% de los entrevistados dijeron que usaban preservativos, y el 36,7% no hacen uso del mismo.

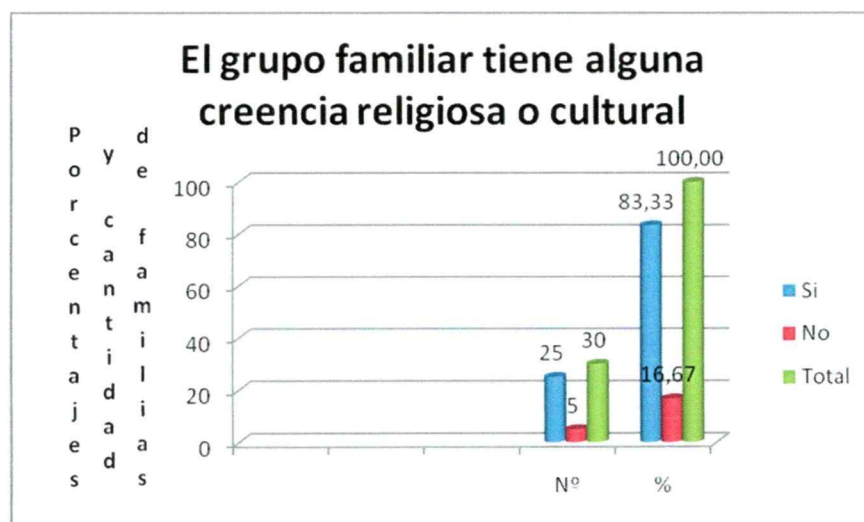
PATRON: VALORES/ CREENCIAS

TABLA I

Titulo: Existencia de creencia religiosa o cultural en familias de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

El grupo fliar tiene alguna creencia religiosa o cultural	Nº	%
Si	25	83,33
No	5	16,67
Total	30	100

GRAFICO I



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA.
Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
Enfermeras: Benavente C; Cosso M
Universidad Nacional de Mar del Plata.

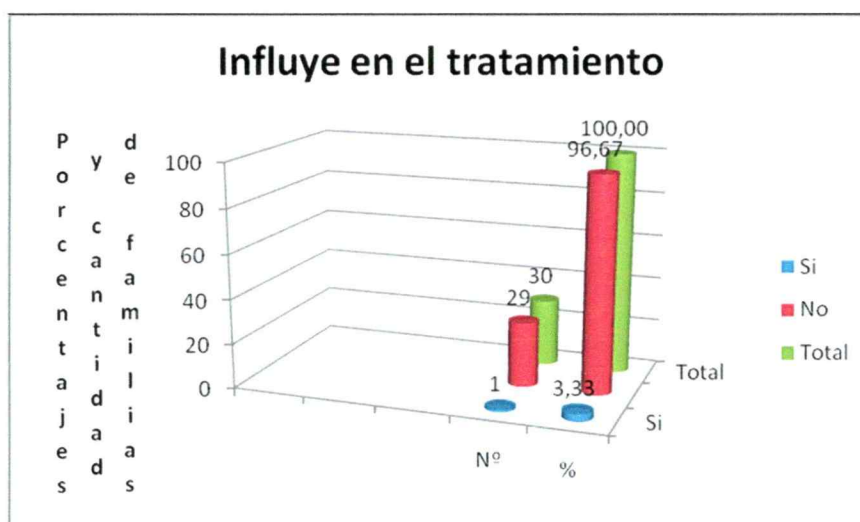
El 83,3% dijo creer en Dios, y el 17% restante no tiene ninguna creencia religiosa o cultural.

TABLA II

Título: Influencia cultural o religiosa en la continuidad del tratamiento de los niños con HIV/Sida, que concurren al consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre, 2008

Influye la creencia en la continuidad del tratamiento	Nº	%
Si	1	3,33
No	29	96,67
Total	30	100

GRAFICO II



Fuente: Entrevista realizada a familias de niños con HIV/SIDA. Consultorio del HIEMI, Mar del Plata, primer semestre 2008
 Enfermeras: Benavente C; Cosso M
 Universidad Nacional de Mar del Plata.

En el gráfico, se ve claramente que prácticamente la totalidad de la población de estudio refiere que ninguna creencia religiosa o cultural, influye en el tratamiento del niño.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó un estudio sobre las respuestas humanas alteradas que se repiten con mayor frecuencia en familias de niños con HIV/SIDA, que concurren al consultorio del Hospital Materno Infantil de Mar del Plata, primer semestre del año 2008.

En base a los datos recogidos, se puede observar como las mismas respuestas que se ven alteradas, se repiten una y otra vez, en las familias entrevistadas.

Siguiendo el orden de los Patrones Funcionales de M. Gordon, hallamos los siguientes datos:

Patrón: Percepción /Cuidado de la salud

La mayor cantidad de familias entrevistadas refirieron no saber con seguridad, las diferentes maneras de contagio, y acotaron que lo poco o mucho que saben, fue producto de la enfermedad implantada en sus hogares.

Una gran mayoría de las madres se enteraron ser portadoras del virus después del parto y generalmente pasado un largo tiempo, cuando el niño comenzó con complicaciones y le diagnosticaron la enfermedad.

Esto trae a consecuencia, partos por vía natural, el amamantamiento a estos niños, lo que pasó en la mayoría de los casos, y ausencia del tratamiento oportuno, dada la redundancia, para la oportunidad de un niño sano.

Esto denota una falta de control durante el embarazo y estudios pertinentes durante el mismo, que reducen los riesgos de todo tipo.

Se puede observar que la mayor frecuencia de contagio fue a causa de relaciones sexuales, lo que denota la falta de seriedad que se le da al tema, ya que inclusive con los diagnósticos confirmados, el porcentaje más alto de madres portadoras, suelen interrumpir el tratamiento.

Con respecto a los niños infectados con el virus del HIV/SIDA, son hospitalizados con mucha frecuencia, ya que su inmunidad es deficiente y a esto se le suma que el virus va mutando y debe irse modificando el tratamiento. Estos datos son corroborados con Historias Clínicas, datos ofrecidos por los profesionales a cargo que estaban volcados en un cuaderno de anotaciones y obtenidos en la entrevista.

Patrón: Actividad/Ejercicio

En su gran mayoría, los niños con HIV/SIDA de las familias con las que se trabajó, no presentan problemas en las actividades de la vida cotidiana.

Un gran porcentaje de estos niños presentan problemas que comprometen al aparato respiratorio, como catarros, gripe, tos, resfríos, etc.

Patrón: Nutricional/Metabólico

En este patrón, y a la luz de los datos, puede observarse claramente la escasa información, falta de claridad en la misma o el desinterés multidireccional que hay con respecto al cuidado alimenticio en estos pacientes. Las personas con esta patología son propensas a la hipercolesterolemia, es decir, colesterol alto en sangre, dato ofrecido por el profesional de la salud, por lo que es importante una dieta baja en grasas. Casi la totalidad de los entrevistados, contestaron que los niños no tienen ninguna dieta especial, y refieren los cuidadores "comer de todo", y entre los que contestaron que tiene dieta baja en grasas, más del 50% admitió no cumplir con la misma por razones muy variadas y ambiguas.

Patrón: Eliminación

Este patrón no presentó alteración, pero vale acotar, que los niños que suelen presentar problemas evacuatorios, que eran una minoría, en todos los casos refirieron diarreas, lo que suele, en ocasiones, estar relacionado con el tratamiento farmacológico.

Patrón: Sueño/Descanso

Al igual que el patrón anterior, no se observa alteraciones, pero los pocos casos que refirieron que los niños se despertaban en algunas ocasiones durante la noche, en su mayoría nombraron como causante a las pesadillas, lo que nos hace reflexionar a cerca del porque 10 de 30 niños de familias entrevistadas, presentan este trastorno, cuál es el causante, ¿la enfermedad, el tratamiento, aspectos psicológicos? Hay muchas cosas por descubrir, que pueden influir en el cuidado integral de los niños con VIH/SIDA.

Patrón: Autopercepción/Autoconcepto

La mayoría de estos niños están dentro del rango etario de 11 a 15 años y le sigue, con poca diferencia los de 6 a 10 años, lo que indica que tienen edad para entender que padecen una enfermedad, sepan o no de que o cual se trate. Esto implica sentimientos del niño que afloran por esa situación, y el que se repite con mayor frecuencia es el enojo, lo que es lógico en los niños, que normalmente solo piensan en jugar, divertirse, y no depender de horarios para muy variadas medicaciones que a la vez son desagradables y tienen efectos colaterales.

Los cuidadores que también son portadores dicen, por un lado no ser discriminados, pero por otro lado, ocultan en el trabajo, en la escuela y a veces a sus familiares, la enfermedad que padecen. Lo que denota temor, vergüenza u otros sentimientos relacionados con la autoestima.

Patrón: Cognitivo/Perceptivo

En este patrón no hemos encontrado respuestas humanas alteradas de manera significativa.

La mayoría de los padres o tutores de los niños con HIV/SIDA no han

percibido discriminación en las instituciones educacionales, centros de salud, barrio, etc. lo que no es un buen parámetro, porque como hemos dicho en el patrón anterior, ocultan la enfermedad.

Por otro lado, los niños infectados con el virus del HIV/SIDA de la población estudiada no presentan alteraciones sensoriales y su nivel de conciencia, a no ser que hablemos de etapas terminales, se encuentran dentro de parámetros normales.

El dolor tampoco es frecuente en ellos.

Patrón: Rol/Relaciones

Todas las familias entrevistadas, al menos uno de los cuidadores trabaja, pero la mayoría de ellos son changarines o tienen trabajo en negro, lo que refleja que no tienen obra social. Un alto porcentaje no reciben ayuda social, a lo que se suma el agravante de las complicaciones que se presentan con un niño enfermo de HIV/SIDA, la rutina del hogar se altera, alguno debe quedarse con el niño, los gastos son mayores, es más difícil conseguir trabajo, ya que sabemos que la mayoría de los padres también son portadores del virus.

Casi en la totalidad de los casos, los adultos no comentan sobre la enfermedad en sus trabajos, lo que denota que a pesar de no percibir discriminación, tienen temor de perder o no conseguir trabajo.

Patrón: Adaptación/Tolerancia al estrés

En este patrón no hemos encontrado respuestas humanas alteradas, aunque han pasado por situaciones estresantes como las hospitalizaciones del niño, abuelos que han quedado a cargo por el fallecimiento de sus hijos, y por la misma enfermedad. Todos se encuentran con energías para seguir adelante y ocuparse del niño.

Patrón: Sexualidad/Reproducción

En este patrón se observa una falta de coherencia entre las familias que dijeron que tomaban las medidas necesarias para evitar el contagio o riesgos, que fueron el 90% de la población estudiada contra solo un 63,3% que refieren el uso de profilácticos en las prácticas sexuales. Volvemos a observar la falta de información, desinformación o poco interés de la misma, ya que sabemos que el uso de profilácticos es sumamente importante, aún cuando ambos tienen la enfermedad, para evitar mayores complicaciones.

Patrón: Valores/Creencias

Este patrón no se encontró alterado.

Análisis de datos socio sanitarios

Los niños HIV/SIDA de las familias entrevistadas tienen entre 1y 15 años de edad, 17 de sexo masculino y 13 de sexo femenino.

Más de la mitad de estos niños pertenecen a familias ensambladas, la mayoría se ellos son hijos de segundos matrimonios.

Algunos viven con familias adoptivas y otros pertenecen a familias monoparentales, debido al fallecimiento de uno o de los dos padres biológicos, y se encuentran en este grupo padres que se desconocen su paradero o destino.

Entre los antecedentes patológicos familiares del niño, refirieron tener al menos un integrante con HIV, y en menor cantidad, tuberculosis.

En la mayoría de los casos la vivienda es de material, tienen 2 habitaciones, poseen agua de red, gas envasado, un baño interno, calefacción a gas y pisos de material.

En cuanto al nivel de instrucción de los cuidadores, encontramos que la mayoría de los casos no ha completado sus estudios secundarios.

CAPÍTULO V

PATRONES ALTERADOS Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PATRÓN: PEREPCIÓN /CUIDADO DE LA SALUD

Diagnósticos de enfermería

Mantenimiento alterado de la salud

Es el momento en que un individuo o grupo corre riesgo de experimentar una desorganización de su estado de salud, debido a un estilo de vida insalubre o por la falta de conocimientos para manejar la situación

Deficiencia de conocimientos

Ocurre cuando un individuo o grupo carece del conocimiento cognoscitivo, o de las habilidades psicomotoras necesarias con respecto a su estado o tratamiento.

Alto riesgo de transmisión de infecciones

Relacionado con falta de conocimientos sobre reducción del riesgo de transmisión del virus del SIDA.

Alto riesgo de infección

Estado que un individuo está en riesgo de ser invalido por un agente oportunista o patógeno (virus, hongos, bacterias, protozoos y otros parásitos) de origen externo.

Incumplimiento del régimen terapéutico

Incumplimiento es el estado en el que un individuo o grupo desea cumplir con los consejos proporcionados por los profesionales de la salud, pero debido a determinados factores le es imposible apegarse a ellos.

PATRÓN: ACTIVIDAD/ EJERCICIO

Diagnóstico de enfermería

Intolerancia a la actividad

Estado en el que el individuo experimenta incapacidad fisiológica o psicológica para tolerar un aumento de actividad.

PATRÓN: AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO

Diagnóstico de enfermería

Trastorno de la autoestima

Es el estado en el que el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar una autoevaluación negativa de sí mismo o de sus capacidades.

Temor

Estado en que un individuo o grupo experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable que la persona percibe como peligroso.

PATRÓN: ROL/ RELACIONES

Diagnóstico de enfermería

Alteración de las interacciones sociales

Es el estado en el cual un individuo experimenta o está en riesgo de experimentar respuestas negativas, insatisfactorias con respecto a sus interacciones sociales.

Alteración de los procesos familiares

Estado en que la familia se enfrenta de manera normal a una situación tensional representando un reto para el buen funcionamiento de la misma.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente trabajo investigativo se intentó establecer la relación que existe entre la “respuestas humanas alteradas” y el “cuidado integral de los niños con HIV/SIDA que concurren al consultorio del Hospital Materno Infantil de Mar del Plata, primer semestre del año 2008.

Para lograr el objetivo, se entrevistaron a 30 familias, caracterizándola sociodemográficamente y siguiendo los “Patrones Funcionales de M. Gordon”, que fueron mencionados en la investigación.

Los datos obtenidos fueron tabulados, graficados, analizados e interpretados, con mucho esfuerzo y dedicación, pudimos hallar relaciones existentes entre las respuestas humanas alteradas en las familias entrevistadas y el cuidado integral de los niños con HIV/SIDA.

Muchos aspectos ya fueron nombrados, pero vale resaltar algunos que son de gran importancia para tomar en cuenta en futuros programas de salud, que son esenciales para el cuidado integral, no sólo en temas de enfermedad sino también en temas de salud general.

Cuando hablamos del HIV, una representación social la asocia con muerte, drogas, promiscuidad, vergüenza, y otros aspectos oscuros que impactan negativamente en la adopción de conductas saludables, ya que estos pacientes se sienten marginados, discriminados, portadores del rechazo y la no oportunidad.

Es necesario hablar de posibilidades mediante cambios de conductas de los portadores del virus, pero también de la sociedad en su totalidad, para que repercuta positivamente en prácticas saludables. Sabemos a ciencia cierta que es una enfermedad que nos puede tocar a todos, y no es más ni menos preocupante que muchas otras patologías.

La posición que toma la sociedad con respecto a la enfermedad, se ve reflejada en las conductas e impactan positiva o negativamente en las prácticas saludables.

Por otro lado, tenemos y debemos terminar con los círculos viciosos de historias familiares que se repiten, parece ser que siempre son los mismos, los informados, los protegidos, los elegidos. Es necesario tocar las puertas de los más necesitados, no dar nada por asentado, tener una comunicación clara, tomando en cuenta la diversidad cultural y educacional, y de esta forma asegurarnos de la validez de los programas.

La totalidad de la población de niños con HIV/SIDA de estudio, no tuvieron oportunidad de revertir la enfermedad, los análisis en las madres gestantes no fueron realizados, la mayoría de ellas descubrieron ser portadoras del virus, meses y hasta años después de nacido el niño, y por complicaciones que comenzaron a tener los mismos, y los programas de planificación familiar son desconocidos en la mayoría de la población de bajo nivel económico y escasa educación, lo que trae aparejado, la ignorancia de la relación que existe entre el cuidado integral de la salud, y la mejoría o prevención de la enfermedad.

Hay mucho por hacer, pero esto no debe quedar sólo en palabras, debemos trabajar e investigar más y mejor, para encontrar soluciones reales, tangibles, que sean pasos hacia delante, y no paralelos a los anteriores, porque eso significa no

avanzar. Todo está en nuestras manos, en cómo nos involucremos con los temas y nos relacionemos con las personas.

Y para terminar queremos dejar un mensaje de la Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA- Mar del Plata.

“DISCRIMINAR A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA NO LES PERMITE SUPERAR LA CRISIS EMOCIONAL QUE REPRESENTA EL DIAGNÓSTICO Y NO LES AYUDA A LLEGAR A LA ETAPA DE ACEPTACIÓN DE VIVIR CON EL VIH”

Esta es la respuesta humana alterada que se repite con mayor frecuencia, que pudimos percibir en la investigación, eso hace que las personas guarden absoluto silencio, no acuden a los servicios de salud para ser tratadas a tiempo y no reciban el apoyo necesario para asumir conductas responsables.

ANEXOS

ANEXO:

ENTREVISTA:

Identificación del niño:

Edad:

Lugar de residencia:

Relación del informante con el niño:

GRUPO CONVIVIENTE

PARENTESCO	EDUCACIÓN	TPO DE FAMILIA
.....	Nuclear.....
.....	Monoparental.....
.....	Ensamblada.....
.....	Adoptiva.....
.....	Otra.....

EDUCACIÓN: primaria completa (PC), primaria incompleta (PI), secundaria(S), terciaria (T), universitaria (U), no sabe o no contesta (NS/NC)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Tuberculosis... Sífilis... HIV... Otros...

DATOS SOCIO-SANITARIOS

VIVIENDA (marque con una cruz lo que corresponda)

Material.....
Chapa.....
Otro.....

Dormitorios 1.....
 2.....
 Otro.....

Baño 1.... dentro de la vivienda.....
 2.... fuera de la vivienda.....

Agua potable.....
 No potable.....

Gas envasado.....
 natural.....
 otros.....

Excretas cloacas.....
 pozo ciego.....
 otro.....

PISO material.....
 tierra.....
 otro.....

CALEFACCIÓN gas.....
 leña.....
 otro.....

PATRONES FUNCIONALES DE GORDON

Marcar con una cruz la/s que corresponda/n

PERCEPCIÓN/CUIDADOS DE LA SALUD

De la madre y/o cuidador

¿Cómo definiría la salud en pocas palabras?

.....
.....
.....

¿Cómo considera su salud actual?

Buena.....

Regular....

Mala.....

¿Sabe como se contagia la enfermedad?

SI.....

NO....

Algo sé...

¿Sabe como se previene?

SI.....

NO.....

Algo sé....

¿Concurren a controles de salud?

SI....

NO...

En ocasiones...

Comentario:.....
.....
.....

Hábitos:
Tabaquismo....
Alcoholismo....
Drogas.....
Otros.....

¿Qué hábitos de higiene realiza para el cuidado de su salud y la salud de su familia?

.....
.....
.....

De la progenitora:

¿Sabía de su enfermedad?

SI.....
NO.....
Sospechaba....
NS/NC.....

¿Cuándo se enteró del diagnóstico?

Antes del embarazo.....
Durante el embarazo.....
Después del parto.....
NS/NC.....

¿Comenzó el tratamiento en ese momento?

SI.....
NO....
NS/NC..

¿Cómo fue el parto?

Normal....
Cesárea...
Comentario:

¿Amamantó al bebé?

SI....
NO...
NS/NC

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto tiempo?

0 a 2 meses.....
0 a 4 meses.....

0 a 6 meses.....
6 meses o más.....

¿Cómo contrajo la enfermedad?

Sangre...

Sexo...

Vertical

NS/NC...

Comentario:.....

.....

.....

¿Interrumpe el tratamiento médico?

SI.....

NO.....

En ocasiones.....

¿Cuál es la causa por la que interrumpe o no realiza el tratamiento?

Económicas...

Culturales.....

Religiosas.....

Otras...

Del niño

¿Tiene todas las vacunas dadas?

SI.....

NO.....

Hospitalizaciones anteriores

SI..... NO.....

1 a 4.....

5 a 9.....

10 o más.....

¿Toma los medicamentos prescritos?

SI.....

NO.....

A veces.....

¿Los toma en tiempo y forma como los indica el profesional de la salud?

SI.....

NO.....

A veces...

¿Cuáles son las causas por la que interrumpe o no sigue el tratamiento del niño?

Económicas.....

Culturales.....

Religiosas.....

Otras.....

Comentario:

ACTIVIDAD/EJERCICIO

Marque con una cruz la/s respuestas que corresponda/n

Del niño

Estado respiratorio

Dificultad respiratoria, (gripe, tos, catarro, etc.)

En algunas oportunidades.....

Nunca.....

Comúnmente.....

Estado Cardiovascular

¿Presenta el niño algún problema cardíaco?

SI.....

NO.....

NS/NC.....

Actividades cotidianas

¿El niño realiza solo (S), es ayudado (A), o está impedido (I) de las siguientes acciones?

ALIMENTACIÓN.....

ASEO.....

VESTIDO.....

DEAMULACIÓN.....

De la familia

¿Los demás integrantes de la familia, colaboran en las actividades que el niño no realiza por sus propios medios?

SI....

NO...

¿Qué actividades realizan en los momentos de ocio?

.....
.....

.....

COGNITIVO/PERCEPTIVO

Marque con una cruz la/s que corresponda/n

Del niño

¿Cual es la conducta del niño en su hogar?

Dominante.....

Inquieto.....

Demandante.....

Tranquilo.....

Retraído.....

¿Cómo reacciona el niño frente a adultos desconocidos?

Tímido.....

Amistoso....

Asustado....

Agresivo.....

Otro.....

¿Con quién juega el niño?

Solo.....

Con hermanos....

Otros niños.....

No juega.....

El niño concurre a:

Guardería.....

Jardín.....

Escuela.....

Otro.....

Problemas en el colegio:

SI.....

NO.....

Alteraciones Sensoriales:

Visual...

Auditiva...

Gustativa...

Olfativa...

Táctiles...

Nivel de Conciencia:

Ubicado	Tiempo.....	Habla	Clara.....
	Espacio....		Confusa.....
	Persona....		Afásica.....

Dolor	SI.....	Causa	Tratamiento.....
	NO....		Enfermedad....
			Otras.....

NUTRICIÓN / METABOLISMO

Marque con una cruz la/s que corresponda/n

Del niño:

Talla

Alta.....

Adecuada.....

Baja.....

Peso

Adecuado.....

Bajo.....

Sobrepeso.....

Dificultad para tragar:

SI.....

NO.....

Piel:

Hidratada.....

Seca....

Deshidratada...

Cicatrización:

Buena....

Regular....

Mala.....

Apetito:

Aumentado....

Normal.....

Disminuido.....

¿Realiza las cuatro comidas diarias?

SI.....

NO....

¿Tiene el niño alguna dieta especial por su estado de salud?

SI..... Cuál.....

NO....

¿Se cumple?

Siempre.....

A veces.....

Nunca.....

Si la respuesta no es favorable, causas

Económicas....

Tiempo.....

NS/NC.....

Donde realiza el niño/a las comidas

(Marque con una cruz)

Casa.....

Escuela.....

Hogar de familiares.....

Otros.....

Tolera la alimentación:

SI.....

NO.....

ELIMINACIÓN

Marque con una cruz la/s que corresponda/n

Del niño:

Hábito evacuatorio

Normal.....

Alterado....

Diarrea.....

Constipación.....

Incontinencia....

Otro.....

SUEÑO / DESCANSO

Marque con una cruz

Del niño

¿Duerme Siesta?

SI.....

NO....

¿Cuántas horas duerme habitualmente por la noche?

De 4 a 6 horas...

De 6 a 8 horas..

8 horas o más...

¿Se despierta durante la noche?

SI...

NO...

En ocasiones.....

Si la respuesta es positiva

¿Cuáles son los factores que afectan el sueño?

Pesadillas...

Medicación....

Otros...

De la familia

¿Quién se ocupa del niño/a si se despierta por la noche?

Mamá....

Papá...

Nos turnamos....

Otro....

¿El cuidador primario, se encuentra con energías durante el día?

SI...

NO...

A veces...

¿Duerme siesta?

SI...

NO...

En ocasiones...

AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Marque con una cruz

Del niño

¿Sabe el niño a cerca de su enfermedad?

SI....

NO...

¿Cuáles son los sentimientos más frecuentes con respecto a su estado de salud?

Miedo...

Tristeza...

Enojo...

Otro

De la familia

¿Están informados a cerca de la enfermedad?

SI....

NO...

Sabemos algo...

¿Saben los demás integrantes de la familia la enfermedad que padece el niño?

SI....

NO.....

Algunos de ellos....

ROL SOCIAL

Marque con una cruz la que corresponda

¿Quiénes trabajan en la familia?

Madre...

Changas....

Trabajo estable....

Padre...

Changas....

Trabajo estable....

Otro.....

Changas...

Trabajo estable...

¿Tienen algún tipo de ayuda social?

SI...

NO...

¿Si los padres/cuidadores trabajan, con quién se queda el niño?

Se turnan los padres....

Otros familiares..

Solo.....

Otro....

¿Se alteró la rutina del hogar como resultado de patología del niño?

SI.....

NO....

¿Hay problemas de relación en el trabajo por la enfermedad?

SI....

NO....

No saben de la enfermedad....

¿Hay problemas en el colegio del niño/a a causa de la enfermedad?

SI.....

NO....

No saben de la enfermedad....

¿Se relacionan con los vecinos, amigos?

SI.....

NO....

¿Presentó la familia problemas de discriminación por la enfermedad?

SI....

NO....

ADAPTACIÓN / STRESS

Marque con una cruz la que corresponda

Situaciones de violencia

SI.....

NO....

¿Cuando se presentan problemas buscan ayuda?

SI.....

NO....

Comentarios:

SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Marque con una cruz la respuesta

¿Se cuidan para evitar el contagio?

SI...

NO...

¿Hacen uso de profiláctico en las prácticas sexuales?

SI...

NO... ¿Por qué?

Comentarios.....

.....

.....

VALORES / CREENCIAS

Marque con una cruz la que corresponda

¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural?

SI...

NO....

¿Influye en la decisión de la continuidad o discontinuidad del tratamiento?

SI....

NO....

OBSERVACIONES y COMENTARIOS DE MAYOR RELEVANCIA DEL ENTREVISTADO/A

.....
.....
.....
.....

AUTORIZACIÓN

POR LA PRESENTE.....
DNI N°.....AUTORIZA A LAS ENFERMERAS
CLAUDIA SUSANA BENAVENTE Y MARIA INES COSSO, A ENTREVISTAR A
SU HIJO/A.....
DNI N°.....Y/O A LA SUSCRIPTA.-----
CONCEDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN EN MI CALIDAD DE
PROGENITORA DEL NOMBRADO/A PRECEDENTEMENTE.-----
SE DEJA EXPRESAMENTE ACLARADO QUE LAS ENTREVISTAS SON
VOLUNTARIAS, QUE LA IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO SE
REALIZARÁ MEDIANTE UN CÓDIGO (UN NÚMERO Y UNA LETRA), COMO ASÍ
TAMBIÉN QUE LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS MISMAS SON
ABSOLUTAMENTE RESERVADOS Y SOLO PODRAN UTILIZARSE A LOS
FINES DOCENTES.-----
PARA DEBIDA CONSTANCIA SE FIRMAN DOS EJEMPLARES DE UN MISMO
TENOR EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA A LOSDÍAS DEL MES JULIO
DEL AÑO 2008.-----

BIBLIOGRAFIA

Actualización informativa sobre VHI-SIDA. Elaborado y sintetizado por LUSIDA y el componente de Comunicación social2006

American Academy of Pediatrics. Committe on Pediatric AIDS. Evaluation and medical treatment of the HIV Exposed infant. Pediatrics 1997; 99: 909-17.

Alberdi- Castells, R. M. Nosotros cuidamos: la práctica en el ámbito comunitario. Palma 2000. URL disponible en: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/actividades/IIICongreso/alberdi.html>

Brandoli, Renata y Andrea Nascimento Desafíos da educação infantil com crianças HIV positivas e suas famílias: Associação civil anima (eds.), Criança, adolescente e aids: Abra este diálogo. São Paulo: Fórum de ONG/AIDS do Estado de São Paulo. (2005)

Cárdenas Valladolid J. La informatización de proceso enfermero en atención primaria: una realidad SEMAP nº 4 2002; 31-33.

Centers for Disease Control and Prevention. 1997 USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. MMWR 1997; 46 (RR-12): 1-46

Czeresnia D AIDS, contágio e transmissão. Relações entre epidemia cultura e ciência. In: Abrasco; 1995. p. 51-76.

De Souza Minayo, M, C "El desafío del conocimiento, investigación cualitativa en salud. Ed. Argentina 1997

Di Carlo, Dartizio e Ibañez. La construcción social de la familia. Argentina, 2002. 100 p.

El Proyecto NIPE: la Normalización de la Práctica Profesional el Convenio Marco firmado entre el Consejo General y el Instituto de Salud Carlos III. 14 de enero de 2002

Glaser, B y Strauss, A. The discovery of Grounded theory. Chicago; Aldine 1967.

Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. Mosby. 2003

Heeney, J. L., Dalglish, A. G. & Weiss, R. A. (2006). "Origins of HIV and the evolution of resistance to AIDS". Science 313 (5786): 462-6

Hernández Conesa J. Esteban Albert M. "Fundamentos de la Enfermería: Teoría y método" McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 1999.

Kaplan, E. H. and Heimer, R. (1995). "HIV incidence among New Haven needle exchange participants: updated estimates from syringe tracking and testing data". J. Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol. 10 (2): 175-176

Lic. Sors Pablo "Sida: el hombre y su virus". Editorial de Entre Ríos, Argentina, 2001

Lic. Touzé Graciela y Lic. Diana Rossi "Sida, discriminación y control", Revista "Margen" N°. Octubre 1992.

L.J. Carpenito. Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería. Mc Graw Hill - Interamericana.

Malagón de Salazar La, Ligia. Iniciativa Latinoamericana Las implicaciones éticas de la epidemia del VIH/Sida 24 julio 2007

Morilla Herrera, J. C. Ponencia. II Congreso de Enfermería Comunitaria. Málaga 2000.

ONUSIDA y OMS. VIH-SIDA: La epidemia mundial. Diciembre de 1997

Phaneuf M: Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería. McGraw Hill Interamericana

Range Santiago, M. L., Keele, B. F., Li, Y., Bales, E., Bibollet., "Simian immunodeficiency virus infection in free- P. M. & Hahn, B. H. (2005). "

Roper: Proceso de atención de enfermería. 2da Edición. Editorial Interamericana McGraw Hill.

Rodríguez Gómez, G. Gil Flores, J. García Jiménez, e. Metodología de la Investigación cualitativa. Ed. Aljibe. Argentina 1999 Rodríguez Gómez, G. Gil Flores, J. García Jiménez, e. Metodología de la Investigación cualitativa. Ed. Aljibe. Argentina 1999.

RULAND, C. M. (2001). Valoración de la versión Beta de la Clasificación Internacional

Salooje, A Violari. Infecciones por HIV en niños. BRITISH MEDICAL JOURNAL
2006

Smith, D. K., Grohskopf, L. A., Black, R. J., Auerbach, J. D., Veronese, F., Struble, K. A., Cheever, L., Johnson, M., Paxton, L. A., Onorato, I. A. and Greenberg, A. E. (2005). "Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States". MMWR 54 (RR02): 1-20

Serrano, R. Saracibar, MI. Díaz MT. Majuelo, T. Narvaiza, MJ. Dónde Comienza la Calidad Científica de los Documentos de Enfermería la Documentación. Revista ROL Enfermería, 1994; 191-2: 33-40.

UNAIDS.2004.REPORT ON the global AIDS epidemic, Bangkok Htto: / / WWW. Un aids .org/bangkok2004/GAR2004_00_en.htm

UNESCO Retos y oportunidades de la sociedad de la información. San José de Costa Rica: UNESCO (2003).

Salbusky, J, Investigación Científica en Salud, Editorial Kosmos SRL, Edición 1996.

Andrade Cepeda, R, Manual del Proceso de Cuidado en Enfermería, Editorial UASLP, Edición 2004, Pág. 32-35.

INDICE

INDICE

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A- INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA.....	Pág.1-2
B- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	Pág. 3
C- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	Pág. 3
D- OBJETIVOS.....	Pág. 4

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

SIDA.....	Pág.5-9
PATRONES FUNCIONALES DE M.GORDON.....	Pág.10-17
COSENTIMIENTO INFORMADO.....	...Pág. 18

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

METODO.....	Pág.19
TIPO DE ESTUDIO.....	Pág.19
UNIDAD DE ANALISIS.....	Pág.19
MUESTRA.....	Pág.19
TIPO DE MUESTRA.....	Pág.20
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	
ENTREVISTA.....	Pág.20
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	Pág.20
Datos primarios y secundarios.....	Pág.21
Análisis cuantitativo.....	Pág.21
Análisis cualitativo.....	Pág.22
Observación simple y participante.....	Pág.22
Técnica de procesamiento y análisis de la información....	Pág.23
Tabulaciones.....	Pág.24

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LOS DATOS, ANÁLISIS, PRESENTACIÓN

TABULACIÓN DE DATOS

INTERPRETACIÓN Datos Socio Sanitario.....	Pág.25-40
Patrones Funcionales de Gordon.....	Pág.41-125
ANALISIS DE LOS DATOS.....	Pág.126-129

CAPITULO V

Patrones Alterados y Diagnóstico de Enfermería.....	Pág.130-131
---	-------------

INDICE

CAPITULO VI

Conclusiones y recomendaciones..... Pág.132-133

ANEXOS

Entrevista..... Pág.134-147

Autorización (Consentimiento informado)..... Pág.148

BIBLIOGRAFIA