

24/19



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE TRABAJO SOCIAL,  
PARA LA CAPTACION DE PACIENTES CON S.I.D.A.,  
EN EL SECTOR SALUD

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A N :

MARTINEZ GONZALEZ ROSARIO  
RIOS SOTO LAURA CONCEPCION

TESIS CON  
FALSA DE ORIGEN

México, D. F.



1989

ESCUELA NACIONAL  
DE TRABAJO SOCIAL  
TESIS Y EXAMENES  
PROFESIONALES



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

## INTRODUCCION

### CAPITULO I

ANTECEDENTES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA S.I.D.A. . . . .	1
1.1 Aspectos Generales del Padecimiento del S.I.D.A. . . . .	2
1.2 Indices Estadísticos del S.I.D.A. . . . .	7

### CAPITULO II

CARACTERISTICAS GENERALES DEL S.I.D.A. . . . .	23
2.1 Detección del S.I.D.A., mediante las pruebas de Diagnóstico Médico de ELISA Y WESTERN BLOT. . . . .	23
2.2 Sintomatología del paciente con S.I.D.A. . . . .	26
2.3 Mecanismos de Transmisión del S.I.D.A (Grupos de Alto - Riesgo) . . . . .	27

### CAPITULO III

FASES DEL DESARROLLO DEL S.I.D.A. . . . .	32
3.1 Características Generales de la Fase inicial, intermedia y terminal de la enfermedad. . . . .	33
3.2 Ubicación del S.I.D.A. en el Sector Salud . . . . .	36
3.3 Casos registrados en el Area Metropolitana . . . . .	41

### CAPITULO IV

METODOLOGIA EN TRABAJO SOCIAL . . . . .	43
4.1 Institución en la que se realizará la investigación . . . . .	44
4.2 Planteamiento del Problema . . . . .	45
4.3 Objetivo de la Investigación . . . . .	46
4.4 Hipótesis de Trabajo . . . . .	46
4.5 Metodología . . . . .	47
4.6 Descripción del Estudio de COMBE . . . . .	47
4.7 Análisis e Investigación de Resultados . . . . .	49
4.7.1 Análisis e Interpretación de Resultados del Paciente . . . . .	49

## CAPITULO V

CARACTERISTICAS SOCIALES DE LOS PACIENTES CON S.I.D.A. . . . . .	85
5.1 Aspectos Sociales . . . . .	85
5.2 Aspectos Psicológicos . . . . .	90
5.3 Aspectos Legales . . . . .	92

## CAPITULO VI

TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD . . . . .	94
6.1 Funciones de Trabajo Social, en el area de Salud . . . . .	96
6.2 Participación del Lic. en Trabajo Social, en un programa de Educación para la Salud, frente al problema del S.I.D.A. . . . .	97
CONCLUSIONES . . . . .	112
ALTERNATIVAS . . . . .	114
GLOSARIO DE TERMINOS . . . . .	116
BIBLIOGRAFIA . . . . .	118
ANEXOS . . . . .	122

## I N T R O D U C C I O N

La salud en el ser humano es de gran importancia en su existencia; por ello, siempre ha procurado mantenerla y/o recuperarla lo más pronto posible, cuando ésta se ve afectada.

Durante diversas épocas, la salud de la humanidad se ha visto amenazada por múltiples enfermedades que la han llevado incluso a la muerte. Estas se controlan poco a poco, cuando el mismo hombre va buscando la manera de defender su propia existencia y la de aquellos que la rodean.

Actualmente los avances científicos y tecnológicos han facilitado el hallazgo de soluciones a las diversas enfermedades que se han presentado a lo largo de la historia. Sin embargo, se descubren también nuevas enfermedades que son difíciles de controlar tan rápidamente como se desea. Entre ellas podemos mencionar el caso del Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.), el cual actualmente mantiene a las autoridades médicas e investigadores de las Ciencias Sociales, en la búsqueda de alternativas de solución a este problema tan grave.

En un primer momento, la información no fué difundida ampliamente a todo los grupos de la sociedad. Sin embargo, dicha enfermedad ha cobrado un gran auge a consecuencia de la detección de un número mayor de casos. De esta manera, la población se mantiene a la expectativa para poder participar en las medidas adecuadas frente a este problema.

No obstante el "amarillismo" periodístico con el que se ha tratado este tema, está provocando alarma colectiva, misma que no permite se ponderen sus verdaderos alcances, haciendo blanco de constantes ataques, a aquellos grupos de alto riesgo, entre los que encontramos homosexuales, drogadictos y prostitutas, quienes son marginados por nuestra sociedad, considerándolos como los únicos propensos a este mal.

Sin considerar que todos los seres humanos estamos expuestos a adquirir la enfermedad.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se ve la necesidad de evitar -- medidas erróneas y carentes de la más elemental objetividad y raciocinio, estableciendo en la medida de lo posible, un conocimiento real de la situación.

En vista de la importancia que el problema ha cobrado en el país, es recomendable que las diferentes instituciones del Sector Salud puedan contar con un equipo multidisciplinario de salud. Es aquí donde el Lic. en Trabajo Social, puede establecer criterios para realizar un diagnóstico social, tratamiento, prevención y control del Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida.

Todo ello mediante la elaboración, ejecución y evaluación de un programa de Educación para la Salud, cuyo objetivo será el de otorgar la información más verídica en lo que respecta a este padecimiento, considerando para ello, la interacción del ser humano en su medio social; así como las repercusiones de éste en el desarrollo del individuo.

Este profesionalista utilizará el Estudio Epidemiológico de Casos (COMBE) como el instrumento más adecuado para la detección y control de dicha enfermedad, permitiendo la puesta en marcha del programa anteriormente mencionado. Este contemplará las medidas preventivas adecuadas, para de esa manera disminuir la propagación de la enfermedad.

C A P I T U L O I

## C A P I T U L O I

### ANTECEDENTES DEL SINDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.ID.A.)

El tema del Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida, ha cobrado gran importancia desde la década de los 80's, incrementándose día a día el número de casos.

Dicho padecimiento está considerado dentro de las enfermedades contagiosas, ya que según los estudios, los principales mecanismos de transmisión, son: las relaciones sexuales, la transfusión o contacto con sangre contaminada, uso de jeringas hipodérmicas y agujas contaminadas. Hasta este momento se han presentado mayormente en grupos homosexuales, drogadictos por vía intravenosa, y transfundidos con sangre entre otros.

En nuestra opinión, lo más probable es que la situación del SIDA se haga más grave en los próximos años. Ante este reto apremiante con que se enfrenta el mundo, no podemos dar tregua a este problema, ni desperdiciar la oportunidad de prevenirlo.

En tales condiciones, asumimos la responsabilidad colectiva e histórica de hacer frente a una epidemia mundial, cuya proyección y dimensiones definidas todavía no podemos predecir. La conciencia de nuestra fuerza colectiva, no exalta al sentido de la responsabilidad. Lo que se ha hecho hasta ahora, desde el descubrimiento del virus VIH en 1981, es una mínima parte, pero que ha estado llena de la labor de cada uno de los investigadores, tanto en el aspecto biológico, como en el social.

El reto mundial al que hemos de oponernos, exigirá sin duda los mayores esfuerzos de todos nosotros.

## 1.1 Aspectos Generales del padecimiento del S.I.D.A

### A) Concepto del S.I.D.A.

El virus del S.I.D.A., se esta extendiendo por el mundo silenciosamente, incluso desde antes que tuviéramos noticia de su existencia. La epidemia mundial estaba bien aceptada en 1981 año en el que se reconoció por primera vez esta enfermedad y se le dió nombre.

Se conceptualizó como "una enfermedad que daña la capacidad del organismo para defenderse de infecciones y cáncer, convirtiendo al individuo en presa fácil de enfermedades que ponen en peligro su vida" (1).

Anteriormente a esta enfermedad se descubrió el virus que es la etapa inicial de la misma, siendo el VIH el que pertenece a la familia de los retrovirus, que se reproducen únicamente en las células vivas de una especie que le sirven de huéspedes y se caracterizan por su método de reproducción que consiste en copiar la formación genética de la célula. Cada vez que se reproduce una célula huésped se forman copias virales.

El VIH infecta en forma selectiva a las células del sistema inmunológico al igual que a las células nerviosas, así como a los espermatozoides utilizándolos para su reproducción. Es al reproducirse el virus cuando destruye las células inductoras que el resto de las células no pueden desempeñar su función reguladora. Por esta causa no pueden conocer estas sustancias para poder eliminarlas del organismo.

El período que toma desde que el virus entra en el organismo hasta que se inicia la enfermedad varía de unos cuantos meses a siete años (período de incubación).

---

(1) Cuestión Social. Revista Mexicana y Seguridad Social

La mayor parte de los individuos expuestos al virus, no desarrollan SIDA, la mayoría permanece asintomático. Sin embargo, es importante que quienes se hallan expuestos al virus, vigilen cuidadosamente su salud. Algunas personas desarrollan una forma más leve de la enfermedad, conocida como complejo relacionado con el -- SIDA y pueden o no evolucionar a SIDA.

B) Antecedentes del Surgimiento del S.I.D.A.

Actualmente no se conoce con exactitud del origen geográfico del virus que contiene el Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida, pero aparentemente este virus se encontraba circulando en Africa desde los años 50's., de ahí paso al Caribe, a los Estados Unidos de Norteamérica y al resto del mundo, mediante la migración.

Es en el año de 1981, cuando cuatro grupos de investigadores de E.U., diagnosticaron independientemente en jóvenes varones homosexuales, una nueva enfermedad de tipo viral. Al año siguiente, las pruebas epidemiológicas aportadas por los centros de lucha contra las enfermedades en Atlanta, E.U., hicieron pensar que se trataba de una nueva enfermedad infecciosa transmisible por vía sanguínea. A partir de la aparición de dichos casos, se inicia todo un proceso de estudios.

En la reunión de trabajo sobre SIDA, celebrada en Febrero de 1983, el Dr. R. C. Gallo, sugirió que la enfermedad estaba causada, probablemente por un retrovirus linfotrópico, parecido a los que ocasionan la leuxemia. Se pensó que podía ser un virus, cuando se demostró que los productos sanguíneos filtrados transmitían la enfermedad; atacando principalmente al sistema inmunológico de los seres humanos, reproduciéndose por las células nerviosas y los espermatozoides.

En mayo del mismo año, el Dr. Barré Sincussi y los miembros del profesor -- Montagnier en el Instituto Pasteur de París, anunciaron el aislamiento de un retrovirus en los pacientes con linfadenopatías.

Un año después y en base a una serie de experimentos con grupos de diferentes personas sujetas a prueba, el Dr. Gallo anunció la existencia de varios pacientes con Pre-SIDA o SIDA, realizando el descubrimiento del virus VIH1 y VIH2 que agrava más el problema.

El Comité Internacional de Taxonomía de los Virus, en Mayo de 1986, da el nombre de virus de Inmuno-Deficiencia Humana, de acuerdo con sus propios criterios de uniformación de la nomenclatura internacional, dando a conocer los rasgos morfológicos más importantes del virus que son:

- " - Una envoltura externa cubierta por nudos; compuesta por glucoproteínas.
- Una cáscara de crepúsculo compuesta por proteínas con estructura icosaédrica.
- Un nucleótido interno con proteínas p24, teniendo una estructura tubular, mientras que en otras aparece como un hueco.
- Los retrovirus que se reúnen en la membrana de la célula, a la que afectan. " (1)

Aunado a lo anterior, existen varios factores que han contribuido a que el padecimiento se haya convertido en uno de los principales problemas de salud pública. Podemos mencionar que la transmisión que ha diseminado en más de 110 países, afectando principalmente a personas de edad productiva, considerando sobre todo, que se trata de una enfermedad para la que aún no existe vacuna o tratamiento efectivo. Desde entonces, han transcurrido 7 años, y en este periodo de descubrimientos y lucha, se ha aprendido lo suficiente para tener un criterio analítico de lo que es el SIDA; pudiendo distinguir 3 enfoques mundiales de dicha enfermedad, los cuales son distintos pero se presentan interrelacionados:

---

(1) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.  
Washington, D.C. E.U.A. Vol. 104 No.6 Junio 1988 p.p. 8

- 1) Es la resultante de la propia infección por el virus del S.I.D.A.
- 2) La propia enfermedad del S.I.D.A.- Ha seguido a la epidemia de la infección con un retraso de varios años. La propagación epidémica del virus del S.I.D.A., desde mediados de los años 70's, al final del decenio, dió paso a la aparición de casos de S.I.D.A., en todo el mundo, a principios y mediados de los años 80's. En efecto, cuando en 1981 se descubrió por primera vez esta enfermedad en E.U., existían ya casos de S.I.D. A. en diversas regiones. " El 31 de Enero de 1988, ascendían a 77266 casos de S.I.D.A., oficialmente notificados a la Organización Mundial de la Salud, por 132 países de todo el mundo. Entre los 35 países que habían notificado 100 o más casos, se encontraban 11 de las Américas, 12 de África, 11 de Europa y 1 en Oceanía. Ello representa en realidad, sólo una fracción del total, ya que hay algunos países donde aún no se ha descubierto el S.I.D.A., o bien no ha sido declarado a los servicios de salud, mientras que otros se resisten a hablar de la enfermedad. Según el Dr. Jonathan M. Mann, Director del Programa Mundial sobre S.I.D.A., el número real de casos de S.I.D.A. en todo el mundo, se encuentra entre 100,000 y 150,000. " (1)

Como la enfermedad se ha presentado años después de la infección por el virus, el número de casos que se registran no dan una idea actual del nivel de la infección de la población. De esta manera el Dr. Mann establece la hipótesis que dice: " Por cada caso de S.I.D.A., hay probablemente entre 50 y 100 personas infectadas por el virus. Los casos sólo representan la parte más visible de una población infectada mucho más numerosa.

---

(1) Boletín Mensual de S.I.D.A.  
CONASIDA Sector Salud Año 2 No. 7 Julio 1988 pp.357.

El descubrimiento de un segundo virus del S.I.D.A., denominado actualmente Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo II, complica todavía más el problema. Sin embargo se han presentado las primeras vacunas experimentales, haciéndose los ensayos con el hombre.

Se plantea que para el surgimiento de una vacuna efectiva tendrán que pasar por lo menos cinco años antes de poderlo utilizar en grandes sectores de la población.

3) Reacciones económicas, sociales y culturales.

Es el escalafón inevitable de las dos primeras convirtiéndose en un verdadero problema social que tiende a intensificarse con rapidez.

Es importante mencionar que el impacto que el S.I.D.A., ocasiona se ve reflejado no únicamente en las estadísticas sanitarias, pues una epidemia - de tipo mundial plantea un grave problema económico. Este problema es fundamentalmente notorio en la asistencia médica, donde los gastos realizados en la atención a estos pacientes resultan una carga considerable para las familias de los mismos o para las diversas instituciones de Salud.

## 1.2. Indices Estadísticos de S.I.D.A

Desde el inicio, la epidemia de S.I.D.A., ha mostrado un notable agrupamiento geográfico de casos en el Mundo. La gran mayoría de los pacientes se han relacionado con áreas Metropolitanas de las Costas Oriental y Occidental. Con el fin de presentar una visión más real de los casos de ésta epidemia se considerarán los indices estadísticos proporcionados por la O.P.S. y la O.M.S.

Esta información se presentarán en dos niveles:

### A) Indices estadísticos del S.I.D.A., ha nivel Internacional.

De acuerdo con los informes de la Organización Mundial de la Salud hasta el 1ero. de Mayo de 1988 existían 88081 casos de S.I.D.A., en el mundo, el 79% de estos corresponden al Continente Americano. La incidencia notificada de Canada y Brasil aumenta considerablemente y conjuntamente con Haití constituye un grave problema de salud. Seis países Europeos (Dinamarca, Suiza, Francia, República Federal -- Alemana, Reino Unido y Holanda) han experimentado un continuo aumento del número de casos desde 1981 cuando se descubre el virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Con excepción de Australia, en Asia y en el Pacífico se han notificado relativamente pocos casos. La información recientemente obtenida indica que el S.I.D.A., se está convirtiendo en un serio problema de Salud Pública Mundial.

Con el fin de aclarar lo anteriormente mencionado a continuación se presenta un cuadro con los casos de S.I.D.A., notificados a la O.M.S., desde su aparición hasta el primero de mayo de 1988.

CASOS DE S.I.D.A. HASTA MAYO, 1988

CONTINENTE AFRICANO +

País	No. de Casos
1. Argelia	13
2. Angola	6
3. Benin	9
4. Botswana	16
5. Borkina	26
6. Burundi	960
7. Camerón	25
8. Cape Verde	4
9. Rep. Centro Africana	254
10. Chad	1
11. Congo	1250
12. Côte d'Ivoire	250
13. Egipto	5
14. Ethiopia	21
15. Gabon	13
16. Gambia	35
17. Ghana	145
18. Guinea	4
19. Guinea Bissau	16
20. Kenia	964
21. Lesotho	2
22. Liberia	2
23. Malawi	583

---

País	No. de Casos
24. Malí	29
25. Mauritius	1
26. Morocco	9
27. Mozambique	9
28. Niger	9
29. Nigeria	11
31. Reunión	2
32. Rwanda	901
33. Santo Tomás	1
34. Senegal	66
35. Sud Africa	98
36. Sudán	23
37. Swaziland	7
38. Togo	2
39. Tunisia	19
40. Uganda	2369
41. Rep. Unida de Tansania	1608
42. Zaire	335
43. Zambia	536

Total : 10,369

---

Fuente: Casos proporcionados por CONASIDA, provenientes de la Dirección General de Epidemiología.

CASOS DE S.I.D.A. HASTA MAYO, 1988

CONTINENTE AMERICANO +

País	No. de Casos
1. Anguila	2
2. Antigua and Barbuda	3
3. Argentina	120
4. Bahamas	163
5. Barbados	52
6. Belice	4
7. Bermuda	75
8. Bolivia	6
9. Brasil	2325
10. Canada	1517
11. Caiman Islas	2
12. Chile	56
13. Colombia	153
14. Costa Rica	39
15. Cyba	27
16. Dominicana	5
17. Rep. Dominicana	352
18. Ecuador	52
19. Salvador	16
20. Guinea Francesa	93
21. Granada	7
22. Guadalupe Islas	61
23. Guatemala	30

País	No. de Casos
24. Guyana	5
25. Haití	912
26. Honduras	71
27. Jamaica	30
28. Martinica	27
29. México	1565
30. Nicaragua	19
31. Panamá	27
32. Paraguay	14
33. Perú	44
34. Saint Kitts and Nevis	1
35. Santa Lucía	6
36. San Vicente y las Granadas	7
37. Suriname	6
38. Trinidad y Tobago	206
39. Islas Caicos	4
40. Estados Unidos América	57,575
41. Uruguay	16
42. Venezuela	101
Total	: 65,796

---

Fuente: Casos proporcionados por CONASIDA, provenientes de la Dirección General de Epidemiología.

CASOS DE S.I.D.A. HASTA MAYO, 1988  
CONTINENTE ASIATICO +

País	No. de Casos
1. China	2
2. Provincia de Taiwan	1
3. Chipre	3
4. Rep. Democrática de Corea	2
5. Hong - Kong	9
6. India	9
7. Indonesia	1
8. Israel	47
9. Japón	66
10. Jordania	3
11. Kuwait	1
12. Libano	5
13. Malasia	3
14. Pakistán	1
15. Filipinas	11
16. Katar	32
17. Rep. de Corea	1
18. Singapor	3
19. Srilanka	2
20. Rep. de Arabia	3
21. Thailandia	12
22. Turkia	21
Total	:238

---

Fuente: Casos proporcionados por CONASIDA, provenientes de la Dirección General de Epidemiología.

CASOS DE S.I.D.A. HASTA MAYO, 1988

CONTINENTE EUROPEO +

País	No. de Casos
1. Austria	139
2. Belgica	297
3. Bulgaria	3
4. Checoslovaquia	8
5. Denmark	240
6. Finlandia	24
7. Francia	3073
8. Rep. Germana	6
9. Rep. Fed. Germana	1906
10. Grecia	88
11. Hungría	11
12. Islandia	4
13. Irlanda	33
14. Italia	1619
15. Luxemburgo	9
16. Malta	9
17. Mónaco	1
18. Netherlaus	420
19. Noruega	75
20. Polonia	3
21. Portugal	90
22. Rumania	3
23. España	789

País	No. de Casos
24. Suecia	179
25. Suiza	355
26. U.R.S.S.	4
27. United Kingdom	1429
28. Yugoslavia	34
Total	: 10.851

---

Fuente: Casos proporcionados por CONASIDA, provenientes de la Dirección General de Epidemiología.

CASOS DE S.I.D.A. HASTA MAYO, 1988

O C E A N I A +

País	No. de Casos
1. Australia	813
2. Polinesia Francesa	1
3. Nueva Zelanda	74
4. Tonga	1
Total	: 889

TOTAL MUNDIAL: 88,143

---

+ Datos Proporcionados por CONASIDA  
Provenientes de la Dirección General de Epidemiología.

B) Índices estadísticos de S.I.D.A. en México

En lo que se refiere a México en número de casos acumulados y notificados a la Dirección General de Epidemiología, hasta el 1 de julio de 1988 se han presentado 1565 casos la mayoría de los cuales iniciaron el padecimiento durante 1987.

La tendencia de los casos es ascendente en todas las entidades del país aunque el Distrito Federal concentra 532 casos teniendo como porcentaje el 34.2% del total.

El 65% de los casos se presentan en provincia y éste porcentaje muestra una tendencia más acelerada que en el D.F. Los estados de la Región Norte del país concentran el 16% de los casos.

En La Región Centro Occidente se han reportado 384 casos que representan el 24.7% de todos los casos. La Región Centro Oriente a notificado 275 casos, siendo el 17.7% del total.

El Estado de México concentra 118 casos y los Estados de la Región Sur se han registrado 95 casos.

El total de casos de S.I.D.A. 1429 (91.3%) corresponden a hombres y 136 a mujeres (8.7%).

La mayor proporción de casos en hombres se presentan en el grupo de 27 a 44 años de edad. Del total de casos el 65.5% se notifican en el grupo de 25 a 44 años de edad, el 13.4% en adultos jóvenes de 15 a 24 años y el 13.2% corresponden al grupo de 45 a 64 años.

El grupo de varones con menos riesgo es el de mayores de 65 y en las mujeres son las menores de 15 años.

En 819 casos de S.I.D.A., se cuenta información sobre la ocupación la cual afecta principalmente a trabajadores de servicios públicos, empleados administrativos, profesionistas, trabajadores de la educación, y estudiantes; en un índice de mayor a menor respectivamente.

En la actualidad la población urbana de estratos socioeconómicos medio y alto es el más afectado por éste problema.

Los casos se han presentado también en mujeres adultas. A medida que fueron apareciendo los primeros casos conjuntamente se reconocieron las diversas formas de transmisión existentes en ellas: uso de drogas intravenosa, recepción de transfusiones, contacto heterosexual y transmisión perinatal. Sin embargo - gran parte de las mujeres han seguido como siempre trabajando profesionalmente cuidando a sus hijos y atendiendo el hogar, ajenas a que una importante medida están expuestas también a la infección.

Se han manifestado también casos pediátricos de S.I.D.A.; los datos más recientes demuestran que han sido 59 casos de los cuales el 35.5% corresponden a hemofílicos, el 30.5% a transfusiones, el 27% adquieren la infección por vía perinatal.

A continuación se presentan las gráficas de los datos anteriormente mencionados, los cuales tienen como fuente las notificaciones hechas por las diferentes Instituciones del Sector Salud (I.M.S.S. ; S.S.A. ; I.S.S.S.T.E.) al Instituto Nacional de Epidemiología.

CUADRO 1.

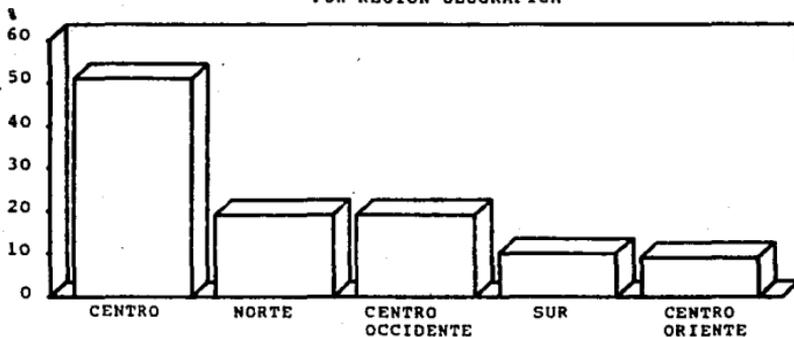
NUMEROS DE CASOS CONFIRMADOS EN MEXICO 1981 - 1988

AÑO	NUMERO DE CASOS
1981	2
1982	11
1983	36
1984	72
1985	220
1986	452
1987	641
1988	131 (1er. semestre)
TOTAL:	1565

Fuente: Instituciones del Sector Salud  
IMSS, SSA, ISSSTE. Hasta Julio 1988

CUADRO 2.

POR REGION GEOGRAFICA



Fuente: Instituciones del Sector Salud  
IMSS, SSA, ISSSTE. HASTA JULIO 1988

Cuadro 3

Distribución de los casos de S.I.D.A. por Ocupación

Ocupación	No. de Casos
1. Trabajadores en Servicio Públicos o personales	145
2. Empleados Administrativos	120
3. Profesionistas	69
4. Trabajador de la Educación	03
5. Estudiante	52
6. Comerciante o vendedor	47
7. Obrero Industrial	46
8. Ama de Casa	44
9. Trabajador de la Salud	43
10. Trabajador del Arte y Espectáculos	35
11. Chofer	28
12. Técnico y personal especializado	26
13. Empleado Doméstico	20
14. Campesino o trabajador Agrícola	19
15. Desempleado	10
16. Tabajador de Vigilancia	14
17. Vendedor Ambulante	13
18. Prostituta (o)	7
19. Recluso	2

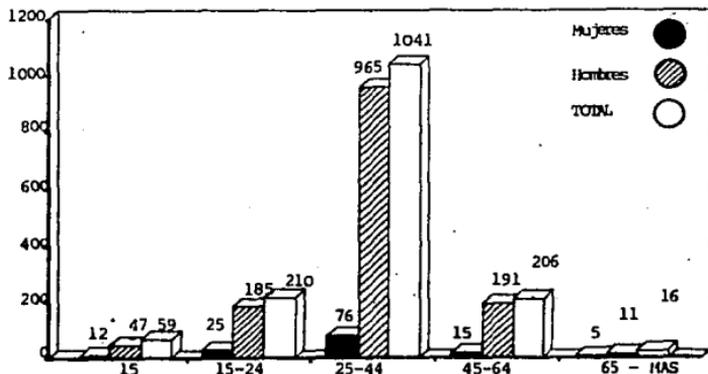
---

Fuente. Instituciones del Sector Salud,

(IMSS, SSA, ISSSTE) Hasta Julio 1988

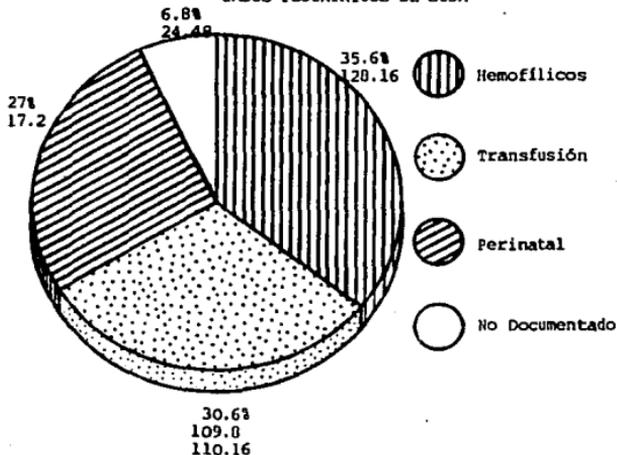
CUADRO 4.

POR EDAD Y SEXO



CUADRO 5.

CASOS PEDIATRICOS DE SIDA



FUENTE: Instituciones del Sector Salud ( IMSS, SSA, ISSSTE hasta Julio/88).

Lo escrito en este capítulo, proporciona al Lic. en Trabajo Social, una visión clara y verídica acerca del surgimiento y evolución de este padecimiento. Da un marco de referencia acerca de la situación internacional, así como la de nuestro país con respecto a esta enfermedad.

Con ellos se tendrán además los elementos necesarios para ubicar el problema del SIDA, tanto a nivel médico como a nivel social, desde el punto de vista histórico.

De esta manera, se da la pauta para justificar que la intervención del Lic. - en Trabajo Social, deberá estar encaminada a incrementar las medidas preventivas frente a este padecimiento, a fin de promover y proteger la salud de la población.

C A P I T U L O    I I

## CAPITULO II

### CARACTERISTICAS GENERALES DEL S.I.D.A.

A lo largo de este capítulo, plantearemos la perspectiva médica del — problema mencionando las formas más usuales de detección del padecimiento, de las cuales se obtendrá el diagnóstico definitivo de la enfermedad.

Lo anterior, nos proporcionará los elementos adecuados para determinar las características y sintomatología propias de los pacientes con SIDA.

Es importante mencionar que nos encontramos ante una epidemia contra — la que tenemos que luchar desde dos puntos de vista:

El primero, es el establecer medidas de salud pública para prevenir y — detener la propagación de la enfermedad.

El segundo, es el hecho de impulsar la investigación que permita avan — zar en el conocimiento del virus y sus mecanismos de acción destructiva. — Ello no sólo en un ámbito fisiológico, sino también en las alteraciones — que ocasiona en la dinámica familiar y por tanto en la sociedad.

Dentro del presente capítulo, se procurará dar una descripción de las — pruebas empleadas en las diversas Instituciones de Salud para la detección del SIDA.

#### 2.1. Detección del SIDA mediante las pruebas de diagnóstico médico de — — ELISA Y WESTERN BLOT.

La detección de infección por virus de Inmuno Deficiencia Humana que — se lleva a cabo a través del análisis de sangre, del cual se detectan anti — cuerpos que el individuo ha desarrollado contra este virus.

Sin embargo, los actuales análisis de sangre no diagnostican SIDA, Úni — camente detectan anticuerpos por el HIV en la sangre.

La presencia de dichos anticuerpos suele significar que la persona ha — resultado infectada en algún momento por el virus.

Los análisis no pueden señalar si en el futuro una persona contraerá — el SIDA u otro síntoma relacionado con el HIV.

Existen diversas pruebas para la detección de estos anticuerpos, entre — ellas podemos mencionar, ELISA, la cual se desarrolló originalmente para — examinar sangre donada. Su uso para otro tipo de exámenes es objeto de po

lémica, debido a que muchos resultados positivos pueden ser falsos; sin embargo, con el fin de distinguir las muestras verdaderamente positivas de las falsamente positivas, hay que emplear pruebas de confirmación altamente específicas, como la de Inmuno-Deficiencia Indirecta (IFA), la Western Blot y la de Radio Inmunoprecipitación (RIP).

A pesar de ello, prosigue la búsqueda de técnicas más refinadas y sensibles, utilizando por ejemplo, el microscopio electrónico como sistema de detección.

#### A) PRUEBA DE ELISA.

En febrero de 1985, la Food an Drug Administration (FDA), del Gobierno de los Estados Unidos, aprobó una prueba comercial para identificar sangre contaminada con anticuerpos contra el virus del SIDA.

Los anticuerpos se producen como una respuesta inmunológica contra el virus, pero en la mayor parte de los casos no proporcionan protección contra la infección subsecuente. A esta prueba se le conoce como ELISA. Las siglas de su nombre están tomadas de inglés Enzime-Linker-Immuno-Sorbent-Assay, que significa coloración de Inmuno-Absorbencia ligada a enzima.

Esta prueba descubre los anticuerpos que ha producido el organismo, en respuesta a una infección con el virus del SIDA.

" La prueba de ELISA, se practica en tres etapas:

- 1.- Se rompe el virus y las partículas se unen a una cubierta plástica.
- 2.- Se añade suero humano. Si la persona se ha infectado previamente con el virus, el suero contendrá anticuerpos que se unirán a los anteriores.
- 3.- Se añade el anticuerpo. Si aparece un color al añadir este sustrato significa que la persona ha sido infectada en alguna época por el virus del SIDA " (1)

Un aparato electrónico especial, mide los cambios de coloración en el suero, cuando los cuerpos son expuestos a partículas del HIV. El examen puede llevarse a cabo en un plazo de 2 a 5 horas.

Desde el punto de vista técnico, no es difícil de realizar. Un inconveniente de esta prueba, es que no hay mucho equipo de este tipo disponible en nuestro país. Además, las sustancias químicas empleadas en el examen, pueden no ser estables en climas tropicales.

Esta prueba es muy sensible, identifica casi toda la sangre que contiene anticuerpos contra el HIV; no obstante, el análisis no es tan específico, ya que en ocasiones produce resultados positivos en sangre que no tiene anticuerpos contra el HIV.

#### B) PRUEBA DE WESTERN BLOT O INMUNOBLOT

Consiste en un procedimiento difícil, prolongado y caro. Se realiza durante 2 - días y debe ser interpretado por personal de laboratorio, capacitado y experimentado. A diferencia del ELISA, esta prueba es sumamente específica y son raros los resultados falsos positivos. Tanto en Servicios de Salud Pública como la OMS, se recomiendan este tipo de exámenes para confirmar un ELISA positivo. A pesar de ello, la interpretación del análisis de esta prueba, puede ser técnicamente difícil y los resultados pueden variar de un laboratorio a otro. Por su elevado costo, actualmente no puede ser usada como prueba principal en evaluaciones de gran escala. " Actualmente se están llevando a cabo estudios para contar con pruebas más exactas y menos costosas. Para ello, la OMS está colaborando con firmas biomédicas importantes, a fin de producir un análisis sencillo y de bajo costo, que pueda ser interpretado fácilmente y que soporte las elevadas temperaturas de los climas tropicales.

En Estados Unidos se está centrando la atención en los análisis que emplean proteínas virales, reproducidas por medio de técnicas genéticas, en lugar del virus cultivado en tejido humano. Se espera que un examen de este tipo produz-

-ca un número menor de diagnósticos erróneos" (1).

Actualmente existe también una prueba cuya utilización se ha difundido en las diversas instituciones de Salud, específicamente en los bancos de sangre. Esta prueba lleva el nombre de SERODIA VIH. "Es un equipo para la detección de anticuerpos ante VIH por micro-titulación de aglutinación de partículas. El equipo es adecuado para investigar un gran número de especímenes en los bancos de sangre, realizando una detección viral de una manera específica, el cual reacciona de acuerdo a los principios de inmuno-aglutinación.

La técnica de aglutinación de partículas, utiliza los principios de inmuno-reacción más básicos, los resultados de la prueba pueden ser obtenidos en poco tiempo, se pueden leer en solamente dos horas después de la incubación. La prueba no necesita un procedimiento de lavado y no produce grandes cantidades de soluciones peligrosas a desechar". (2)

## 2.2. Sintomatología del paciente con SIDA.

Es importante mencionar que aún no se dispone de una definición precisa de la sintomatología del Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida, pues se sabe relativamente poco sobre el proceso patológico básico y los efectos inmunológicos resultantes del mismo. Sin embargo, en base a estudios realizados en pacientes con SIDA, se han considerado los síntomas clínicos más frecuentes que son:

1. Fatiga intensa persistente por varias semanas sin causa obvia.
2. Ganglios linfáticos tumefactos, por lo general en ambos lados, y las regiones cervical, axilar e inguinal.
3. Pérdida inexplicable de grandes cantidades de peso en un periodo de tiempo corto.

---

(1) Population Reports No. 6 Abril 1987 Serie L. pp. 142

(2) Prueba SERODIA - Laboratorios Fujirebio  
Detección de Anticuerpos por Aglutinación Laboratorios MILES  
Méx. S.A. de C.V.

- 4.- Fiebre persistente o sudoraciones nocturnas durante varias semanas.
- 5.- Acortamiento persistente de la respiración y manifestación de - tos con varias semanas de duración.
- 6.- Afección cutánea (Sarcoma de Kaposi), manchas nuevas de color ro sa o violeta, planas o elevadas como un moretón o una vejiga con sangre. Pueden encontrarse en cualquier parte de la piel, inclu yendo boca o párpados.
- 7.- Afecciones en tubo digestivo.
  - a) Algodoncillo.- El SIDA, puede presentarse con candidiásis bu cal y esofágica. El algodoncillo bucal es muy común en pa cientes con SIDA y en otros, indica mayor posibilidad de desa rrollar SIDA.
  - b) Diarreas.- Por lo general profusa y crónica y puede ser cau sada por micro-bacterias atípicas.
- 8.- Afecciones en el sistema nervioso central.- Se presenta con le targo, depresión y en las etapas finales del padecimiento, demen cia. Se piensa que el HIV puede afectar directamente al tejido - nervioso y causar encefalitis aguda, siendo una infección prima ria del sistema nervioso central." (1)

### 2.3. Mecanismos de transmisión del SIDA. (Grupos de alto riesgo).

Actualmente se reconocen cuatro mecanismos principales de transmi sión del virus del SIDA. La mayoría de los casos notificados, el SIDA - ha sido transmitido por vía sexual.

Sólo el contacto más íntimo, el que usualmente supone intercambio de semen o sangre de una persona infectada a otra, puede transmitir el vi - rus. Por ello se considera que el SIDA no es una enfermedad altamente - contagiosa como lo fue en su momento el sarampión o la varicela.

---

(1) G. Daniels, Victor  
Op. Cit. pp. 88-91

Hasta el momento no existen pruebas de que esta enfermedad se transmite por contacto casual, por insectos, por alimentos, o por el agua.

En base a los estudios médicos realizados por las autoridades del Sector Salud, el virus del SIDA se transmite:

- 1.- Por contacto sexual.- Donde ciertas modalidades y prácticas sexuales aumentan el riesgo de infección más que otras. Las relaciones sexuales con múltiples compañeros, aumentan considerablemente la posibilidad de conocer y tener contacto con alguien que esté infectado, especialmente en regiones donde es común la infección por VIH.

Entre las prácticas sexuales el coito anal receptivo, con un compañero infectado, puede ser causa muy probable de contagio.

"La mucosa rectal es delicada y se desgarrar con facilidad durante el coito rectal. Ello permite que las células infectadas y el virus en el semen, penetren en los tejidos y por consiguiente en el torrente sanguíneo del compañero receptor, ya sea hombre o mujer". (1)

El virus también se transmite durante el coito vaginal y de este modo, tanto el hombre como la mujer pueden infectarse. Sin embargo, no está claramente establecido si el riesgo es el mismo en la mujer que en el hombre.

- 2.- Por transfusión de sangre contaminada o contaminación de productos.- La transfusión de sangre y hemoderivados contaminados, pueden transmitir también dichos virus, sin embargo, no todos los componentes de sangre transmiten el virus, ya que el proceso de separación y manufactura de estos productos derivados de la san-

---

(1) Populations Reports  
Op. Cit. pp. 12

gre entera desactiva el virus. Es importante mencionar que el donar sangre no representa ningún riesgo de contraer la enfermedad al donante, siempre y cuando se utilice material esterilizado.

- 3.- Por compartir o usar repetidamente agujas contaminadas.- El - HIV, se transmite entre drogadictos que se inyectan por vía intravenosa si comparten agujas y jeringas, las cuales pasan pequeñas cantidades de sangre contaminada.
- 4.- Por vía intra-placentaria.- En el parto y posiblemente durante la lactancia, siempre y cuando sean provenientes de una madre con HIV positivo.

Como las vías de transmisión son relativamente limitadas, algunas medidas de protección pueden reducir considerablemente la transmisión del virus. Para llevar a cabo estas medidas de protección, es necesario conocer las características generales de aquellos individuos que conforman los grupos de alto riesgo, como son:

- a) Homosexuales.- Entendiendo por éstos la atracción y el contacto sexual que se da entre personas del mismo sexo, puede darse tanto en hombres como en mujeres.  
Bisexuales.- Son aquellas personas que sienten atracción por individuos del mismo sexo o bien de sexo contrario.  
Heterosexuales.- Es la atracción que se da entre individuos del sexo contrario.
- b) Toxicómanos que utilizan drogas por vía intravenosa.- Es el grupo constituido por aquellos individuos que comparten las agujas para inyectar drogas entre varios toxicómanos.
- c) Hemofílicos.- Son aquellos individuos que sufren un defecto hereditario en el mecanismo de coagulación de la sangre, ya que faltan uno, dos ó tres factores esenciales para la formación de coágulos. Como resultado de ello, en un hemofílico incluso lesiones leves pueden causar una hemorragia mortal.
- d) Pacientes que reciben transfusiones sanguíneas.- Sobre todo la sangre que no ha sido sometida a un análisis previo.

e) Contagio perinatal.- Ello solamente es posible si proviene de una madre infectada y puede darse en el momento del parto o bien con anterioridad por vía interplacentaria.

Con el fin de dar a conocer el porcentaje de casos presentados en los grupos de alto riesgo en nuestro país hasta julio de 1988, se presenta el siguiente cuadro:

Factor de Riesgo en Adultos

<u>Grupo</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>%</u>
HOMOSEXUALES	708	58.0
BISEXUALES	318	26.0
HETEROSEXUALES	105	8.6
TRANSMISION SEXUAL	1131	92.6
TRANSFUSION	54	4.4
HEMOFILICOS	15	1.2
DROGADICTOS (IV)	4	0.3
TRANSFUSION SANGUINEA	73	5.9
HETEROSEX/DROGADICTOS	17	1.4
TOTAL	1382	

Fuente: Información proporcionada por CONASIDA BOLETIN MENSUAL DE SIDA Año 2, Número 7, Julio de 1988. México, D. F. Sector Salud.

Tomando en cuenta las características, los mecanismos de transfusión y los grupos de alto riesgo, es importante para el Licenciado en Trabajo Social considerar la utilidad de los mismos para determinar las acciones educativas a desarrollar dentro de un programa de Educación para la Salud.

Dentro de dicho programa deberá contemplar las afecciones biológicas, psicológicas y sobre todo sociales, pues si bien es cierto que ya existe determinado número de investigaciones y trabajos con respecto al tema, pocos de ellos mencionan la importancia y dimensión del padecimiento en el aspecto social.

La magnitud del programa debe considerar la posibilidad de hacer llegar la información y manera de prevenir la enfermedad a todos los grupos humanos, pero especialmente a aquellos que constituyen los grupos de alto riesgo.

El hecho de conocer las características y forma de comportamiento de-

los pacientes con este padecimiento nos permitirá hacer un marcado énfasis en la utilidad de ello, en la tarea de orientar al paciente y a su familia. Para ello, tendremos que considerar que el medio se ve afectado en su dinámica ante este problema, por ello es aquí donde el Trabajador Social debe buscar e identificar los factores constantes de la alteración en la dinámica familiar y conjuntamente con los miembros de la misma y del equipo multidisciplinario, buscar la alternativa de solución más adecuada.

Es importante considerar que al buscar una solución al problema, ello deberá incluir un beneficio a la comunidad, pues en un problema como éste, no podemos limitar las acciones a un pequeño grupo de personas, sino que debemos procurar que los beneficios se extiendan a la mayoría.

Para que la participación e ingerencia del Trabajador Social resulte mayormente eficaz, deberá procurar la realización de un trabajo en equipo, a través, de una plena integración, ello no sólo como una mera sumatoria de esfuerzos aislados, sino a partir de un trabajo multidisciplinario, en el que respetando las funciones de cada profesionista, se entrelacen los esfuerzos en una misma dirección.

C A P I T U L O     I I I

### CAPITULO III

#### FASES DEL DESARROLLO DEL SIDA.-

La expresión clínica de la infección por el VIH parece ser cada vez más compleja, al parecer, cada año evolucionan un número mayor de casos hacia el SIDA, de los ya registrados estadísticamente por las diversas Instituciones del Sector Salud, sin que se aprecie descenso alguno en los casos.

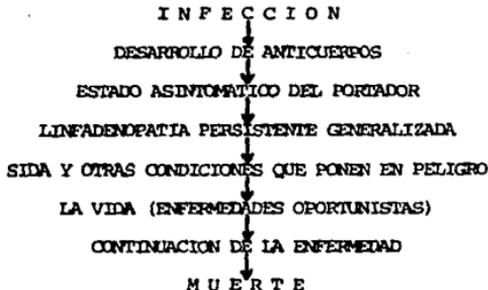
La asistencia diaria del individuo con SIDA, es complicada por la persistencia de un equipo multidisciplinario de Salud.

Las pautas para la asistencia diaria han sido entorpecidas por la enorme variación en el ritmo de la progresión que se observa en personas dentro de la misma categoría del diagnóstico clínico. Sin embargo, se sabe con certeza, que el diagnóstico de SIDA en la actualidad culmina seguramente en la muerte en un término que puede ir de 24 meses a más o a menos, ello depende de la fase de desarrollo en que se encuentre la enfermedad.

Con este pronóstico definitivo, la asistencia diaria de los pacientes con esta enfermedad, debe manejarse de acuerdo a la fase en que se encuentre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Estas fases no se presentan necesariamente en todos los pacientes y pueden o no ser consecutivas, ya que el conocimiento preciso de la historia natural por el Virus de Inmunodeficiencia Humana no sólo es esencial para predecir las tendencias de la epidemia del SIDA, sino también, para elaborar y evaluar medidas de prevención y tratamiento.

A continuación presentamos la Historia Natural de la Infección por VIH.



Es importante ubicar este padecimiento dentro del Sector Salud, pues es una de las enfermedades que desde su descubrimiento ha causado un gran impacto, tanto a nivel nacional como internacional y en los aspectos tanto económicos como sociales.

Desde el punto de vista económico y social podemos mencionar que la atención y tratamiento de los pacientes con este padecimiento resulta muy costoso, independientemente del tiempo que se prolongue la manifestación plena de la enfermedad. Ello repercute no sólo en la economía de las Instituciones, sino también, en los gastos de la familia, trayendo como consecuencia un desajuste económico dentro de la misma.

Esto puede propiciar en parte un clima de tensión y falta de comunicación al interior de la familia dando pauta a situaciones de desintegración y rechazo del propio enfermo.

Estos elementos son importantes para que el Licenciado en Trabajo Social los considere en la realización de funciones y actividades de Educador Social, implicando en ello la sensibilización y participación del paciente y su entorno familiar y laboral.

### 3.1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA FASE INICIAL, INTERMEDIA Y TERMINAL DE LA ENFERMEDAD.

- A) FASE INICIAL O FASE AGUDA.- El promedio de edad del individuo con SIDA es de 25 años, siendo ésto una variable, por lo que los pacientes a menudo esperan poder superar la enfermedad y transformarse en alguno de los sobreviviente.

En esta situación se incita a los pacientes a adoptar programas de reposo adecuado, nutrición equilibrada, suplemento vitamínico, programas de ejercicios tolerantes y restricción de bebidas alcohólicas, así como, consumo de drogas, junto con cualquier tratamiento primario experimental en el que puedan participar. Lo anterior es recomendado por el Dr. G. Ruiz Palacios/Coordinador de la Comisión de Aspectos Clínicos del Comité de Prevención del SIDA.

Esta fase puede presentarse al cabo de una semana de la infección del virus y generalmente precede la aparición de anticuerpos en la sangre. Esto último suele producirse entre 6 y 12 semanas después de la infección, pero puede demorarse hasta 8 meses. Las manifestaciones clínicas comprenden fiebre, linfadenopatía generalizada, -

que es dolor en todo el cuerpo e inflamación de ganglios, sudoraciones nocturnas, dolores de cabeza y tos.

Entre un tercio y la mitad de las personas que forman anticuerpos -- contra el virus, presentan por lo menos un síntoma, registrándose -- también casos de encefalopatía aguda.

No ha habido pruebas concluyentes de que el diagnóstico y la intervención terapéutica en esta primera fase mejoren la supervivencia en cualquiera de las infecciones relacionadas con SIDA.

- B) FASE INTERMEDIA O FASE DE LACTANCIA.- Se caracteriza por la ausencia de manifestaciones de la enfermedad o síntomas, aunándole la linfadenopatía persistente generalizada, "La cual se reconoce cuando un paciente infecta o por el VIH, presenta ganglios linfáticos de más de un centímetro en dos ó más regiones distintas del cuerpo, durante tres ó más meses sin que padezca ninguna enfermedad ni esté tomando ningún medicamento capaz de causar dicha anomalía". (1)

Aproximadamente la tercera parte de estos pacientes no desarrollan ningún síntoma dentro de esta fase, los pacientes desarrollan lo que se conoce como "Para SIDA", presentando signos, síntomas de enfermedades oportunistas o procesos malignos, pueden tener pérdida de peso, malestar general, fatiga, somnolencia, pérdida de apetito, molestias abdominales, diarreas sin causa determinada, fiebre, sudoraciones nocturnas, dolores de cabeza entre otros. Estos suelen ser los primeros síntomas que conducen al diagnóstico de SIDA.

- C) FASE TERMINAL O FASE DE SIDA.- El SIDA propiamente dicho presenta la fase más grave de la gama de manifestaciones clínicas de la infección por el VIH. Se caracteriza por la aparición de enfermedades oportunistas (Neumonía, toxoplasmosis, candidiasis, histoplasmosis, tuberculosis, salmonelosis, infecciones bacterianas, encefalopatía, etc.), y tumores (Sarcoma de Kaposi), como consecuencia de una inmunodeficiencia celular profunda.

---

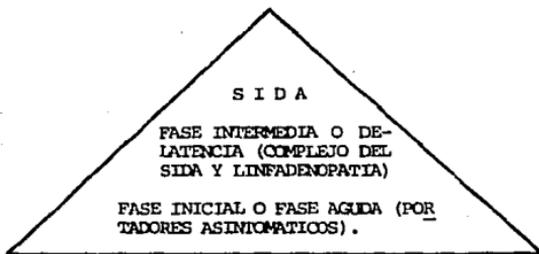
(1) Información sobre SIDA. Secretaría de Salud  
Dirección General de Epidemiología. Vol. 29 No. 6 pp. 25

Los tipos de infección dependen mucho de la exposición pasada y presente del paciente a las diversas infecciones, lo cual explica las diferentes frecuencias de las enfermedades oportunistas más comunes en estos pacientes.

Ejemplo de ello puede ser: las neumonías, problemas gastrointestinales, siendo éstos los más pronunciados y aunándose los ya mencionados en la fase intermedia".

"La demencia del SIDA se observa aproximadamente en un tercio de los enfermos con SIDA. El comienzo suele ser insidioso con temblores y lentitud, evolucionando hasta la demencia grave con mutismo, incontinencia y paraplejia". (2)

En relación a las fases de desarrollo del SIDA, se presenta el siguiente esquema:



FUENTE: G. Daniels Victor.  
SIDA. Edit. Moderno. 2a. edición 1987. pp. 54.

---

(2) Información sobre SIDA.  
Op. C&T. pp. 26

El conocimiento de las fases de desarrollo del SIDA proporcionan al -  
Licenciado en Trabajo Social un panorama amplio y certero acerca de la -  
evolución de la enfermedad. De esta manera puede determinar la acción a -  
seguir tanto con el paciente como con su familia. Se plantea en primera-  
instancia la importancia que tiene el apoyo emocional que brinde este pro-  
fesionista al tener un diagnóstico definitivo de la enfermedad con el fin  
de lograr la participación del paciente en el tratamiento a seguir por el  
equipo multidisciplinario de salud.

Lo anterior deberá llevarse a cabo conjuntamente con la familia, que-  
es ésta uno de los primeros eslabones en el desarrollo integral del indi-  
viduo. Ya que al no contar con el apoyo de la misma el paciente anexará -  
a su padecimiento el impacto ocasionado por el rechazo tanto familiar co-  
mo social, incrementando así las situaciones de angustia y desesperación.

El rechazo de la familia y la sociedad se origina por el miedo y la -  
ignorancia que rodean al SIDA, revelando también prejuicios mal reprimi-  
dos sobre sexo.

### 3.2 UBICACION DEL SIDA EN EL SECTOR SALUD.

#### ATENCION MEDICA:

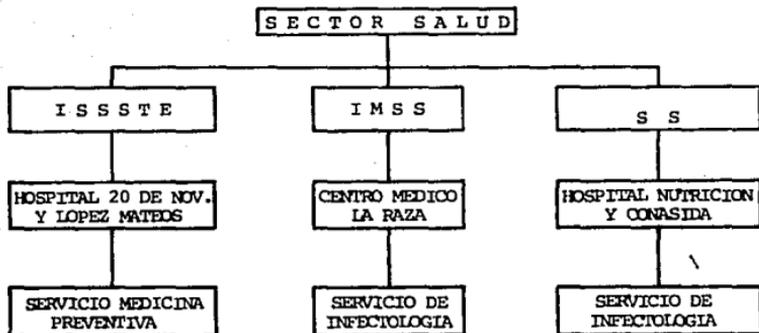
Por ser el SIDA una enfermedad nacional, el Sector Salud integra-  
do por el ISSSTE, IMSS y SS., han procedido a investigar las característi-  
cas de la enfermedad, así como, la canalización de recursos materiales -  
y humanos para la detección de pacientes infectados con las diversas ins-  
tituciones.

Al estar compuesto por varias unidades hospitalarias se ha tratado -  
de establecer una coordinación entre las mismas a fin de procurar la uni-  
ficación de criterios y medidas preventivas con respecto al SIDA.

Basándose cada una de ellas en un conjunto de procedimientos para -  
diagnosticar la enfermedad, así como, los pasos a seguir para la confirma-  
ción del diagnóstico y canalización a las Instituciones mayormente capaci-  
tadas para la atención al problema.

Es importante considerar la ubicación de estas diversas Instituciones  
en el Sector Salud, así como, aquellas Instituciones que de manera especí-  
fica tratan de atender más de cerca el problema del SIDA.

En el presente trabajo se considerará de manera especial la atención-  
derivada al problema, por las Instituciones pertenecientes al Sector Pú-  
blico.



El ISSSTE como Institución de seguridad social otorga aportaciones a los trabajadores al Servicio del Estado, las cuales cubren el bienestar Social.

Es un organismo descentralizado financiado de una manera bipartita, ya que opera con aportaciones de los trabajadores y del Gobierno Federal, cuenta con clínicas y hospitales que tratan de cubrir integralmente la salud de los individuos.

Para fines del presente trabajo se han considerado como representativos dentro del ISSSTE, los hospitales regionales 20 de Noviembre y Lic. Adolfo López Mateos, como unidades hospitalarias que prestan atención al problema del SIDA, principalmente a través de los servicios de Medicina Preventiva.

Dentro de estos hospitales se llevan a cabo la detección clínica de estos pacientes, es decir, exámenes de laboratorio confirmación del diagnóstico, a fin de obtener elementos que permitan establecer lo que podría ser un tratamiento, el cual consiste en adoptar medidas de reposo, dietas equilibradas, ejercicios tolerables al organismo, así como, la restricción de bebidas alcohólicas y drogas ya que hasta el momento no existe medica -

mento específico que contrarreste la enfermedad.

Aunado a lo anterior se manejan medidas de apoyo psicológico tanto para el paciente como para su familia; proporcionando información y orientación educativa como medidas de prevención frente al problema.

Es proporcionado por un equipo multidisciplinario de salud donde el - - Licenciado en Trabajo Social tiene la función de orientador y educadora - - través de pláticas educativas a toda la población derechohabiente.

El IMSS fué creado en 1943 como organismo descentralizado con personalidad jurídica, sostenido económicamente por el Estado, los patrones y los trabajadores. Constituido como un servicio nacional obligatorio.

En relación al SIDA en Centro Médico como una Institución más del IMSS- no proporciona atención de ninguna especie a los pacientes, éstos son canalizados al Centro Médico la Raza. En esta Institución la atención a los pa- cientes con SIDA se da mediante la confirmación del diagnóstico, la detec- ción de contactos mediante una entrevista por Trabajo Social en consulta ex- tema, se le da orientación médico social al paciente y a la familia prepa- rándoles para el fallecimiento del enfermo, así como, para dar solución a - los problemas de prestaciones sociales (seguridad social de la familia, pen- siones). El Centro Médico la Raza no cuenta con un programa específico pa- ra el tratamiento, terapia y control de los pacientes y sus familias.

En relación a la Secretaría de Salud (Salubridad), otorga sus servicios a la población abierta tanto urbana como rural y tiene como funciones básicas la atención y asistencia social a aquella población que carece de segu- ridad social, teniendo una cobertura a nivel nacional.

La investigación de SIDA en esta Institución se lleva a cabo a través-- del Instituto Nacional de Nutrición y CONASIDA.

En el Instituto Nacional de Nutrición se atiende a todos aquellos pa - cientes con el diagnóstico de la enfermedad confirmado, proporcionando aten- ción médica en consulta externa y hospitalización a los pacientes que se - encuentran en la fase terminal o fase de SIDA. Dando únicamente orienta - ción directa al paciente sobre su problema y la forma de evitar el conta - gio, aunado a ésto, se le brinda terapia psicológica.

En relación a CONASIDA, es una Institución que se ha abocado a la aten- ción del problema desde abril de 1987, en el cual se proporciona apoyo a la

población en general y específicamente a grupos de alto riesgo (homosexuales, bisexuales, prostitutas entre otros).

Antes de realizar propiamente la prueba de detección para saber si una persona a contraído el virus (prueba de ELISA), se hace un trabajo de carácter psicológico para que la persona se sienta apoyada, es decir, se le da un manejo integral a su problema tanto psicológico, como físico. Esta atención se da de forma gratuita y respetando siempre el anonimato. El diagnóstico es confidencial y lo comunican en entrevista personal trabajadores sociales y psicólogos especializados en el manejo de crisis. El seguimiento se hace a través de grupos donde se destaca la importancia de la prevención a partir de una dinámica grupal. Se capacita a varias personas que puedan trabajar con los miembros de su propia comunidad.

En caso de que el resultado sea negativo, se invita a las personas que tienen prácticas de alto riesgo a regresar cada seis meses para desarrollar una labor preventiva. En lo referente a los contactos que el paciente ha tenido, se trata de localizarlos para la realización de la prueba de ELISA, procurando orientarles sobre la necesidad de su participación en el control de la dispersión de la enfermedad.

El propósito del Centro es básicamente apoyar las campañas de Educación en relación a este problema, que se difunden en México a todos los niveles.

En conclusión en Centro de Información sobre SIDA brinda:

A POBLACION EN GENERAL:	Información a través de folletos y publicidad masiva. Orientación mediante presentaciones públicas
GRUPOS CON PRACTICAS DE ALTO RIESGO:	Información mediante folletos. Orientación por medio de entrevistas personales. Información por grupo. Detección mediante exploración física. Perfil psicológico, pruebas de detección. Derivación terapeutica médica y psicológica.

Seguimiento de estudio Serológico y epidemio -  
lógico

INFECTADOS:

Información mediante folletos.  
Orientación mediante asesoramiento médico y -  
psicológico, así como social.  
Detección por medio de detección física, per-  
fil psicológico y pruebas de detección.  
Derivación terapéutica.  
Seguimiento serológico y epidemiológico.  
Integración de grupos.

En estas Instituciones se han hecho hasta julio de 1988 las siguientes  
notificaciones de los casos de SIDA en el Area Metropolitana:

EDAD	ISSSTE	IMSS	SS	OTROS
0-4	1	2	7	2
5-14	2	3	2	0
15-24	4	28	28	3
25-44	33	125	69	19
45-64	3	16	19	4
65-más	1	5	1	1
Se ignora	0	9	3	70
Sub-Total:	44	188	149	99
Total:	480			

FUENTE: Dirección General de Epidemiología.  
Julio 1988, pp.11.

El conocimiento de la atención que prestan las diversas Instituciones -  
del Sector Salud al SIDA, le permite al Licenciado en Trabajo Social tener  
un marco de referencia que respalde las funciones y actividades frente a--  
este problema. Ya que el Licenciado en Trabajo Social como parte del equi-  
po multidisciplinario debe ser el profesional que afrente el reto de promo

ver la salud para lograr la participación de la población utilizando los recursos con los que se disponen. Está capacitado para desarrollar funciones de Investigación, Educación, Administración y Planeación, Promoción Social, Capacitación y Sistematización.

En la atención que brinda cada Institución a los pacientes, este profesionalista tiene un campo de acción amplio como Educador Social con el paciente, su familia y la población en general. El conocimiento de la situación social del paciente proporciona una instancia más adecuada para otorgar el apoyo necesario en cada fase de la enfermedad.

### 3.3. CASOS REGISTRADOS EN EL AREA METROPOLITANA.

Se ha considerado importante mencionar en el presente índice el número de casos registrados en las diversas Entidades Federativas y realizar una comparación con el D.F., retomando los casos desde la aparición del problema hasta julio de 1988, con el fin de tener un panorama general de los casos notificados en cada Estado de la República. Ello resaltaría la necesidad de realizar un Programa de Educación para la Salud a nivel nacional o bien darle en énfasis a aquellos Estados en donde está existiendo mayor prevalencia e incidencia de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, que pueda contrarrestar el problema. Para ello será necesario considerar las características tanto demográficas como sociales de cada Estado.

<u>ENTIDAD</u>	<u>1981-1988</u>
Aguascalientes	7
Baja California Norte	50
Baja California Sur	4
Campeche	7
Coahuila	83
Colima	7
Chiapas	13
Chihuahua	21
Distrito Federal	480
Durango	16
Guanajuato	10

<u>ENTIDAD</u>	<u>1981-1988</u>
Guerrero	21
Hidalgo	8
Jalisco	222
Edo. de México	83
Michoacán	37
Morelos	30
Nayarit	13
Nuevo León	79
Oaxaca	21
Puebla	36
Querétaro	2
Quintana Roo	3
San Luis Potosí	17
Sinaloa	20
Sonora	14
Tabasco	5
Tamaulipas	26
Tlaxcala	4
Veracruz	54
Yucatán	41
Zacatecas	1441
Extranjeros	18
Se ignora residencia	41
Total:	1500

FUENTE: Dir.Gral. de Epidemiología. Julio 1988,pp.11.

C A P I T U L O    I V

## C A P I T U L O   I V

### METODOLOGIA EN TRABAJO SOCIAL

La Investigación es la etapa inicial de Trabajo Social, pues sin ella, la intervención de este profesionista, sería poco eficaz.

Mediante la Investigación, se obtienen los datos que nos permitirán adquirir una visión real y concreta de aquella situación que deseamos intervenir. -- Esta información puede ser de índole económica, intelectual, social, emocional, de salud, etc.

Con el objeto de apoyar la participación del Lic. en Trabajo Social, dentro de un Programa de Educación para la Salud, en el caso del SIDA, consideramos -- conveniente realizar el análisis de las características sociales en los pacientes con este padecimiento, que ingresaron al Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E., durante los meses de Enero a Julio de 1988. Y en base a estos datos, operacionalizar la actuación del profesionista en esta área.

Durante este periodo de 1988, ingresaron un total de 11 pacientes, con diagnóstico de SIDA confirmado, cubriendo las siguientes características básicamente médicas, y son:

- Pacientes con diagnóstico de SIDA confirmado.
- Personas de alto riesgo (Homosexuales, bisexuales, prostitutas, etc.)

A quienes Trabajo Social entrevistó y aplico el estudio epidemiológico del caso, con el fin de conocer su problemática social, así como la obtención de datos acerca de los contactos realizados por los mismos, ya que uno de los propósitos de la presente investigación, es el de detectar el número mayor de las per-

- sonas infectadas por cada uno de los pacientes con diagnóstico confirmado, - procurando a la vez, conocer la relación de éstos con otras personas que tienen un índice mayor de contraer la enfermedad.

De esta manera, se obtuvieron un total de 61 casos, infectados por estos pacientes, distribuidos en las diferentes zonas del Area Metropolitana.

Para que estas personas pudieran ser considerados dentro de la muestra, debieron reunir los siguientes requisitos:

- Personas que tuvieron cualquier tipo de relación con el paciente.
- Personas consideradas dentro del grupo de alto riesgo.

#### 4.1 INSTITUCION EN LA QUE SE REALIZARA LA INVESTIGACION

La atención del paciente con SIDA, se lleva a cabo en diversas Instituciones Médicas; sin embargo, existe dificultad para la obtención de datos específicos del paciente (nombre y domicilio), que le permitan a Trabajo Social, llevar a cabo el estudio y seguimiento de los casos.

La carencia de estos datos, se debe a la confidencialidad de los mismos y al carácter de anonimato en el que se manejan los datos registrados dentro de cada Institución.

Esta es una medida de protección para el enfermo y su familia, debido a la agresividad social que existe en torno a su padecimiento.

Por ello, esta Investigación se delimitará a una Institución del Sector Salud, que es el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E., en el cual, como ya se mencionó anteriormente, se hizo la captación de información sobre estos pacientes.

#### 4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sin duda alguna, uno de los problemas de salud pública más actuales, es el referente al padecimiento del SIDA. Este es un padecimiento que amenaza a todos los países y cada una de las sociedades, quienes se empeñan en la búsqueda de una solución.

Sin embargo, es obvio que el SIDA y los trastornos relacionados con el mismo, tales como: marginación social al paciente y su familia, falta de educación sexual para la prevención del contagio, la dispersión de los contagios etc., no podrán ser erradicados de las comunidades y hospitales tan rápidamente como se desea.

Por ello, se considera que es aquí donde el Lic. en Trabajo Social, capacitado para intervenir profesionalmente en un equipo multidisciplinario de salud, tendrá un campo de acción bastante amplio. Su acción estará dirigida, tanto a pacientes como a sus familias, proyectándose hacia la comunidad, desempeñando las siguientes funciones: aplicación del estudio epidemiológico de casos, que servirá para la elaboración del estudio epidemiológico de casos, que servirá para la elaboración de un diagnóstico social y plan de acción, el cual tendrá por objeto fundamentar la necesidad de la Educación social comunitaria.

Este estudio, será un instrumento para lograr el seguimiento de los contactos que realizó el paciente y a la vez, la relación de éstos con otras personas, tratando así de prevenir más eficazmente la enfermedad desde la misma comunidad.

En base a lo anterior, se plantea el siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es la participación del Lic. en Trabajo Social, en un equipo multidisciplinario de salud, en el manejo adecuado del estudio epidemiológico del SIDA y en la elaboración y ejecución de un Programa de Educación para la Salud en la prevención de dicho padecimiento dentro de la sociedad ?.

#### 4.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación, tiene como propósito determinar la importancia de la participación del Lic. en Trabajo Social, en un programa de Educación para la Salud, especialmente en el Problema del SIDA. A su vez, nos permitirá utilizarlo como medio de consulta para conocer de manera general la problemática de la enfermedad y las perspectivas que tiene este profesionista dentro de un Programa Preventivo del padecimiento. De esta manera, se dará pauta para emplear el campo de acción del Trabajador Social en el Area de Salud.

#### 4.4. HIPOTESIS DE TRABAJO

Referente a Trabajo Social, establecimos como hipótesis de esta investigación, la siguiente:

" La población desconoce las medidas preventivas de salud en el caso del SIDA, por lo que la intervención epidemiológica comunitaria temprana, lograría detectar, prevenir y controlar a las personas infectadas, evitando con esto, mayor propagación de la enfermedad en la comunidad."

Se plantearon también las siguientes variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE: La enfermedad del SIDA y el desconocimiento de los problemas sociales que ocasiona.

VARIABLE DEPENDIENTE: La intervención del Lic. en Trabajo Social, en el equipo multidisciplinario de salud, en el estudio epidemiológico comunitario.

Para la obtención de los datos, se elaboró un proyecto de investigación, por lo que a continuación expondremos la metodología utilizada y el análisis de datos.

#### 4.5 METODOLOGIA

La muestra captada es poca pero válida para este estudio, si tomamos en cuenta que el número de pacientes con SIDA que ingresan al hospital, no es muy numeroso. Sin embargo, la consideramos importante para valuar la presencia del Lic. en Trabajo Social dentro del programa, ya que hasta el momento, no existe un programa específico de educación para la salud sobre el SIDA, en el que se destaque la participación del mismo y es nuestro objetivo, demostrar a través de esta tesis, la importancia de la existencia de un programa de esta naturaleza, así como la participación del Lic. en Trabajo Social.

Los pacientes considerados en nuestra muestra, fueron detectados en los servicios de Urgencias y Banco de Sangre del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, del I.S.S.S.T.E.

Una vez obtenido el diagnóstico definitivo, se le canaliza al Servicio de Medicina Preventiva, en donde Trabajo Social realiza la entrevista inicial y la aplicación del estudio epidemiológico, dando lugar a visitas domiciliarias y la detección de contactos. Posteriormente, la información obtenida se analizó en el equipo multidisciplinario integrado por el médico epidemiólogo, Lic. en Trabajo Social y Enfermera Sanitarista, con el fin de formular un diagnóstico social, de cada uno de los pacientes.

#### 4.6 DESCRIPCION DEL ESTUDIO DE COMBE

El estudio de COMBE, es básicamente un estudio epidemiológico y se hace importante mencionar que: " En los estudios epidemiológicos es esencial considerar tres elementos básicos, que son: EN QUIENES SE PRESENTA EL FENOMENO, (las personas); EN DONDE (espacio); CUANDO (tiempo). Cada uno de estos elementos

debe analizarse detenidamente.

En relación a las personas, los siguientes datos son de importancia:

Edad, Sexo, Ocupación, Escolaridad, Antecedentes Inmunitarios y Patológicos, Hábitos y Costumbre, Estado Civil, Habitación, Estado Nutricional, Tamaño de la Familia, Ingresos y Egresos Económicos, etc.

En cuanto al espacio, es necesario delimitar el área donde radican o concurren las personas infectadas. En relación con el Tiempo, los fenómenos de salud o enfermedad, pueden tener variaciones importantes, es decir, en un - corto o largo periodo de tiempo. " (1)

Aunado a lo anterior, es necesario contemplar la importancia de los siguientes factores: Económicos, Educativos, Culturales, Políticos, Familiares Empleo, Vivienda, Cambios de Lugar de Residencia, Influencia de las amistades, Grupos Sociales, etc.

Para mantener una vigilancia epidemiológica adecuada, en relación al problema del SIDA, es necesario considerar lo siguiente: Registros de Mortalidad y Morbilidad, Investigaciones de Laboratorio, Investigaciones Epidemiológicas, de Campo y estudio de casos individuales, dispersión de los casos, - captación de datos Socio-económicos.

Para fines de esta investigación, se diseñó un estudio epidemiológico para pacientes con SIDA. (ver anexo)

---

(1) Sánchez Rosado Manuel. "Elementos de salud pública"  
Ed. Francisco Méndez Cervantes, México, D.F. 1983 p.p. 38-39

#### 4.7 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En lo referente al análisis e interpretación de los resultados, se realizará respectivamente, en cada una de las características sociales, contempladas en el estudio epidemiológico. Se llevará a cabo una comparación entre los datos del paciente, los contactos establecidos del primer nivel y los contactos que se establecieron en un segundo nivel.

Los pacientes son personas que tienen un diagnóstico confirmado de SIDA, y conforman la muestra considerada para la presente investigación.

Por primer nivel entendemos al grupo de personas que establecieron relaciones sexuales con el paciente, teniendo un elevado porcentaje de probabilidad de adquirir la enfermedad.

Por segundo nivel, se entiende el establecimiento de contactos realizado por el grupo de personas de primer nivel a otras.

Este análisis tendrá como finalidad el conocer ampliamente las características sociales, tanto de los pacientes, como de los contactos, así como mostrar gráficamente el índice de propagación del contagio. Ello dará elementos necesarios para respaldar la implementación de un programa de educación de Trabajo Social, referente a este padecimiento.

##### 4.7.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DEL PACIENTE

Para la obtención de estos datos, se manejó primeramente una entrevista inicial con el paciente, durante su estancia en el Hospital Regional, Lic. -- Adolfo López Mateos, para que posteriormente se llevaran a cabo las visitas domiciliarias, necesarias para la aplicación del estudio epidemiológico de Tra-

bajo Social, en el Area Metropolitana de la Cd. de México, en aquellas personas supuestamente contagiadas por los pacientes hospitalizados.

Durante la primera entrevista, el Lic. en Trabajo Social realizó una labor de sencibilización, a fin de obtener información verídica de los datos - particulares y de las personas con quienes había tenido alguna relación, fundamentalmente de tipo sexual.

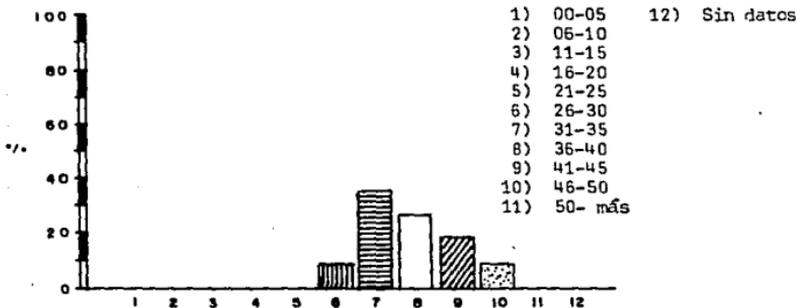
Es importante mencionar que para ello, el Lic. en Trabajo Social, debió - hacer un adecuado manejo de las relaciones humanas, así como tener una preparación psicológica y un panorama amplio de información médica sobre las características del padecimiento, ya que estos pacientes, al saberse poseedores de una enfermedad mortal, tienden a presentar conductas de agresión, mutismo, y autocompasión entre otras; por ello la importancia de que el Lic. en Trabajo Social realice una intervención objetiva y clara con el paciente, la familia y las personas que lo rodean. Todo ello, con la finalidad de poder establecer un diagnóstico social al interior del equipo multidisciplinario de salud - para lograr una atención médico-social más eficaz.

A continuación, presentamos las características sociales de los pacientes - hospitalizados en este Hospital Regional, Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S. T.E., con diagnóstico de SIDA confirmado.

Los datos se presentarán en el orden en que se recabaron en el Estudio Epidemiológico de Trabajo Social.

### E D A D

De los 11 pacientes considerados en muestra, el 36.3% fluctuaron en una edad de 31 a 35 años y de 46 a 50 años el 9.0%; por último, encontramos el 9.0% en una edad entre los 26 y los 30 años.



FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS." JULIO 1988

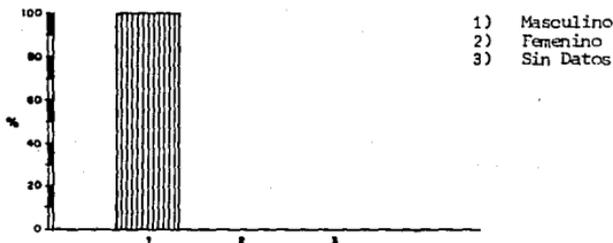
Como podemos observar, el promedio de los pacientes que presentan SIDA, se encuentran en un rango de edad de 31 a 35 años. Esto nos demuestra que la población que tiene este padecimiento, se encuentra en una edad que puede ser considerada como Población Económicamente Activa y que mantiene una vida sexual ac-

tiva.

### S E X O

Con respecto al sexo, podemos mencionar que el 100% de los pacientes son de sexo masculino, aclarando que 9 de ellos llevan a cabo prácticas homosexuales y 2 de ellos bisexuales.

Es importante mencionar que no descartamos el hecho de que exista SIDA en población femenina, pero dentro de la muestra no apareció ningún paciente femenino.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

JULIO 1988.

### E S T A D O C I V I L

En relación a este rubro, el 81.8% de los pacientes son solteros con prácticas homosexuales y el 18.2%, son casados, llevando a cabo prácticas bisexuales.



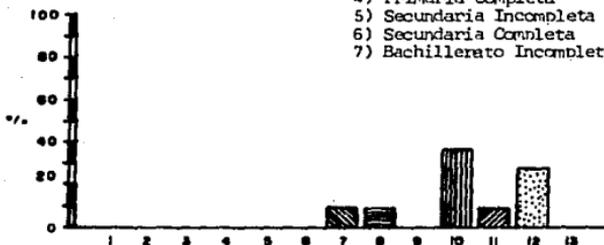
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

JULIO 1988

### E S C O L A R I D A D

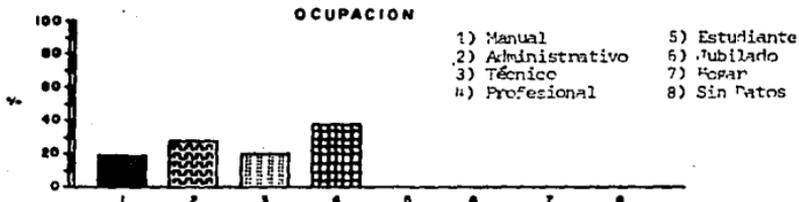
La escolaridad de los pacientes, fué en un 36.3% con preparación de nivel técnico completo; el 27.2% con preparación de profesional completo, el 9.1% - se encuentra con una preparación de bachillerato incompleto, el 9.0% de bachillerato completo, y por último, el 9.0% de profesional incompleto.

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 1) Analfabeta              | 8) Bachillerato Completo   |
| 2) Alfabeta                | 9) Técnico Incompleto      |
| 3) Primaria Incompleta     | 10) Técnico Completo       |
| 4) Primaria Completa       | 11) Profesional Incompleto |
| 5) Secundaria Incompleta   | 12) Profesional Completo   |
| 6) Secundaria Completa     | 13) Sin Datos              |
| 7) Bachillerato Incompleto |                            |



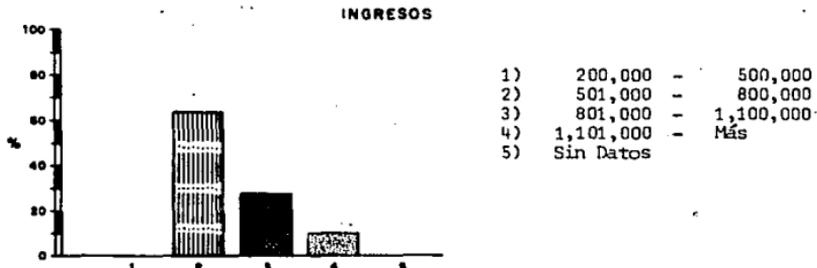
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", JULIO 1988.

Con los datos anteriores, podemos establecer una relación con la ocupación e ingresos económicos mensuales desempeñados y percibidos por los pacientes. - Así tenemos que el 36.3% de estos, desempeña una actividad a nivel profesional, el 27.3% a nivel administrativo, el 18.2% a nivel técnico y el 18.2%, desempeña una actividad manual.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", JULIO 1988.

En relación con el ingreso económico mensual, el 63.6% perciben de - - - \$ 501,000.00 a \$ 800,000.00 pesos, el 27.2% perciben de \$ 801,000.00 a - - - \$ 1'100,000.00; y por último el 9.0% de \$ 1'101,000.00 a más.



FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.

JULIO 1986.

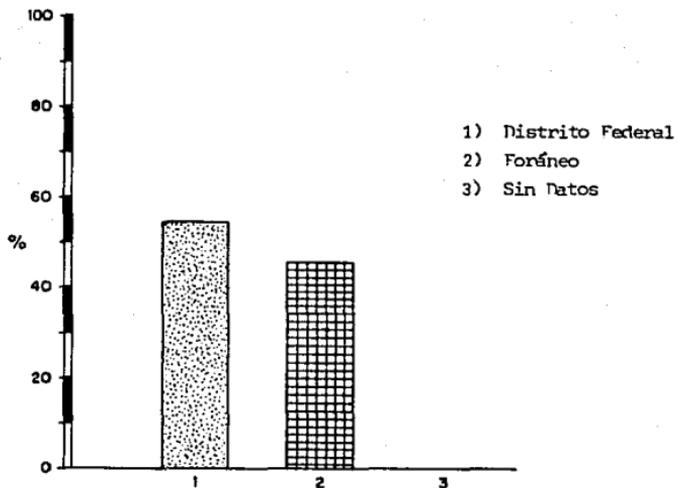
Debe tomarse en cuenta, que los pacientes considerados en la muestra, pertenecen al I.S.S.S.T.E., específicamente al Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, estableciendo que la población atendida en otras Instituciones de Seguridad Social, tienen características socio-económicas diferentes. A pesar de ello, se observa que el nivel de escolaridad influye en el desempeño de una - - ocupación y por lo consiguiente, en la percepción de un salario.

#### L U G A R   D E   P R O C E D E N C I A

Los pacientes en un 54.5%, provienen del Distrito Federal y el 45.5% son - foráneos. Esto nos demuestra que la prevalencia de los casos de SIDA se encuentra distribuida en el Area Metropolitana.

Las zonas de prevalencia del padecimiento en el Area Metropolitana, son las siguientes:

LUGAR DE PROCEDENCIA



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

JULIO 1988.

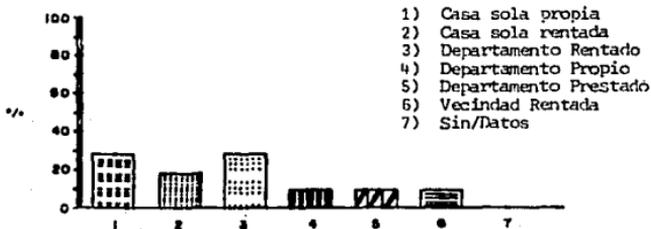


• UBICACION DE LOS PACIENTES EN EL AREA METROPOLITANA

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

### V I V I E N D A

De los 11 pacientes, encontramos que el 27.2%, tiene una casa sola propia; el 27.2% tienen departamento rentado, el 18.1% casa sola rentada; el 9.1% - departamento propio; el 9.1% Departamento prestado; y el 9.1% vive en vecindad rentada.

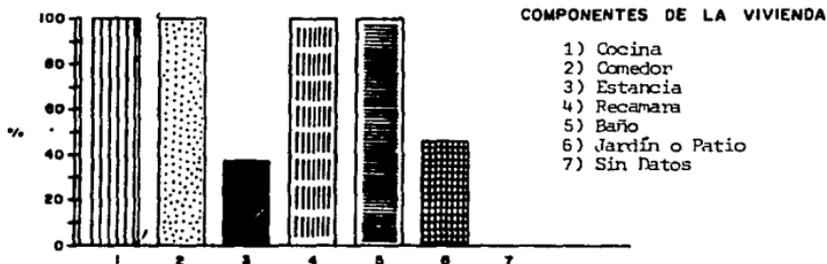


FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

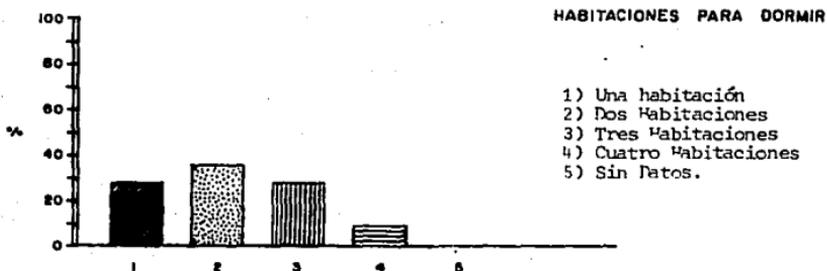
En relación con los componentes de la vivienda, el 100% de las viviendas - cuenta con cocina, comedor, recamaras y baño; el 35.3% del total de las vivien-

-das, cuenta además con estancia y el 45.4% de las viviendas, cuenta con jardín o patio.

De estas viviendas, el 36.3% utilizan 2 habitaciones para dormir, el 27.2% utiliza 3 habitaciones para dormir, el 27.2% utiliza 1 habitación para dormir y el 9.0%, emplea 4 habitaciones para dormir.



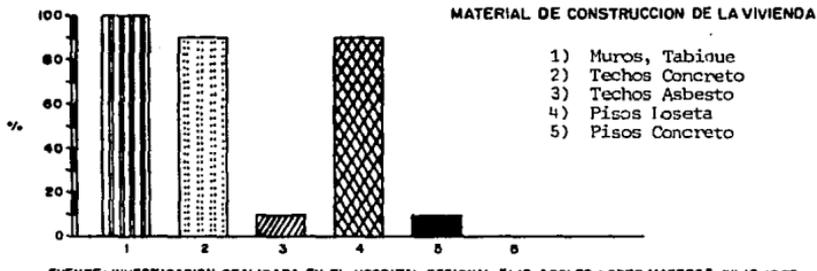
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", JULIO 1988.



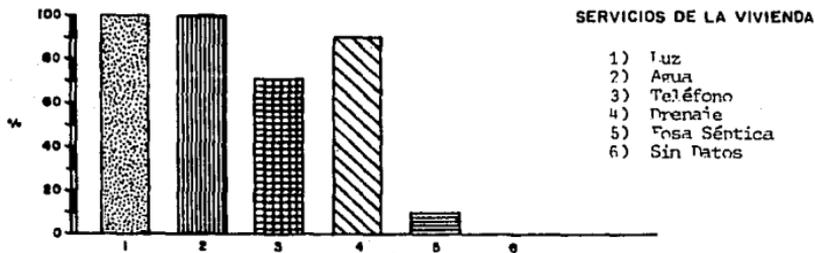
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", JULIO 1988.

Los materiales utilizados para la construcción de la vivienda son: el 100% de los muros están contruidos por tabique, el 90.9% de los techos están contruidos de concreto; y el 9.0% de lámina de asbesto; el 90.0% de los pisos de las viviendas son de lozeta y el 9.0% de concreto.

Las viviendas cuentan con los siguientes servicios intradomiciliarios: El 100% cuenta con luz y agua potable; el 72.7% con teléfono; el 90.0% con drenaje y solo el 9.0% con fosa séptica.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", JULIO 1988.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", JULIO 1988.

En base a los datos sobre vivienda, podemos deducir, que los pacientes pertenecen a una clase social media alta, pues la distribución de la casa, es adecuada para la residencia del total de las personas en cada domicilio.

Podemos mencionar que no existe hacinamiento, y las colonias donde se ubican las viviendas de los pacientes, pertenecen a una zona urbana, contando con todos los servicios públicos.

Con fundamento a lo anterior, podemos decir que el padecimiento del SIDA, no es exclusivo de una sola clase social, sino que todo ser humano está expuesto a este padecimiento.

## ESTABLECIMIENTO

### D E

## C O N T A C T O S

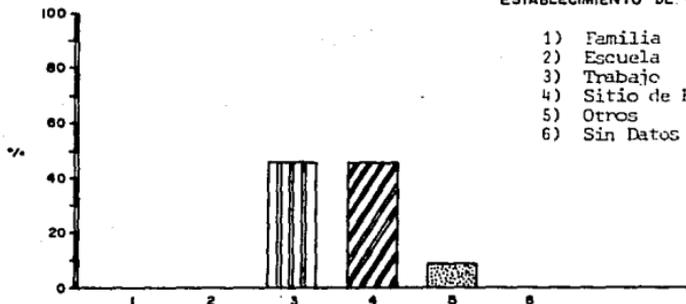
Este rubro, se refiere al lugar en el que el paciente estableció los contactos. Así tenemos que el 45.4%, estableció contactos en el trabajo, el 45.4% en sitios de reunión y el 9.0%, en trabajo y sitios de reunión.

Los porcentajes más elevados, nos demuestran que los pacientes establecen sus grupos sociales, tanto en el trabajo, como en sitios de reunión, conformando ambos su medio social.

Por sitio de reunión, se considera prostíbulos, bares, cantinas, centros nocturnos, etc.

### ESTABLECIMIENTO DE CONTACTOS

- 1) Familia
- 2) Escuela
- 3) Trabajo
- 4) Sitio de Reunión
- 5) Otros
- 6) Sin Datos



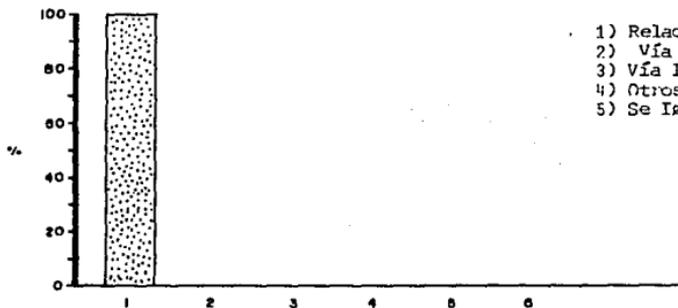
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

La fuente de infección del padecimiento, fue en un 100%, a través de relaciones sexuales establecidas por el paciente.

El inicio de su padecimiento, fue en un 45.4%, a partir de 1987, el 36.3% en 1988; el 9.0% en 1986; y el 9.0% en 1985. Encontrándose en diversas etapas de la enfermedad: el 81.8% en la fase intermedia, el 9.0% en la fase inicial y el 9.0% en la fase aguda.

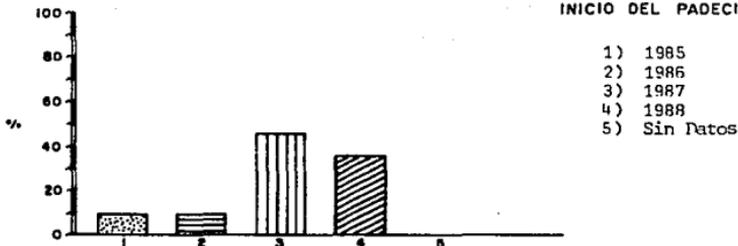
### FUENTE DE INFECCION

- 1) Relaciones Sexuales
- 2) Vía Intravenosa
- 3) Vía Interplacentaria
- 4) Otros
- 5) Se Ignota



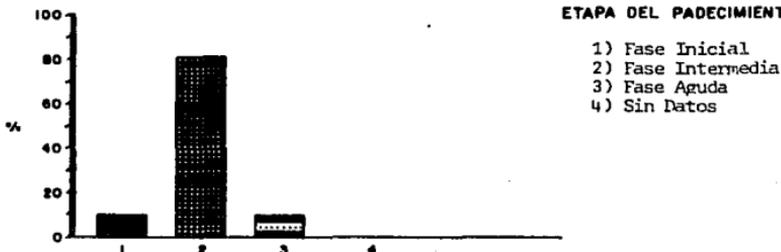
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

### INICIO DEL PADECIMIENTO



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

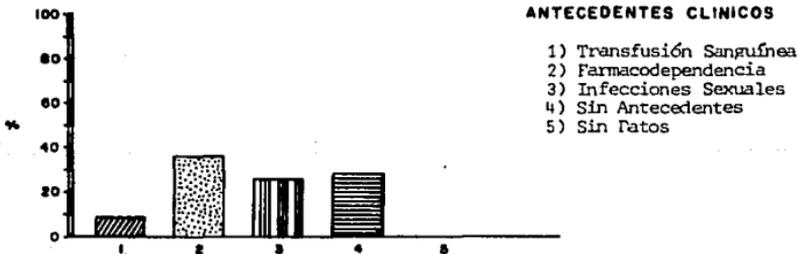
### ETAPA DEL PADECIMIENTO



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

Se contemplaron también los siguientes antecedentes clínicos: el 36.3% con farmacodependencia, el 26.2% ha tenido algún tipo de infección sexual; el 9.0% ha tenido transfusiones sanguíneas y el 27.2% no tienen antecedentes al respecto.

### ANTECEDENTES CLINICOS

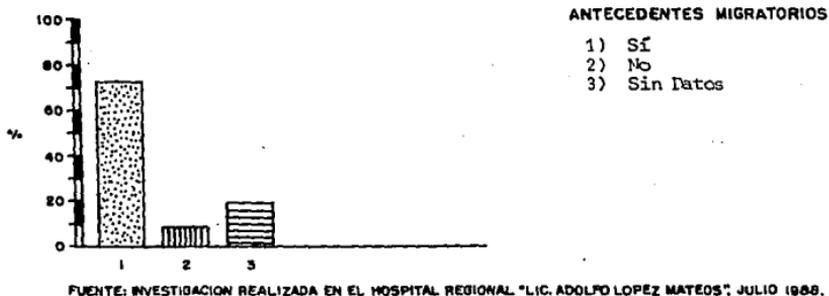


FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

De estos 11 pacientes, 8 han tenido antecedentes migratorios, teniendo un porcentaje de 72.0%; el 9.0% no tiene antecedentes migratorios y el 18.0%, no proporcionó datos.

Los lugares que han visitado y donde han establecido relaciones sexuales - los pacientes son: el 36.6% en Estados Unidos, el 9.0% en Tijuana; el 9.1% en el Distrito Federal; el 9.0% en Guadalajara, el 9.0% en Monterrey y Guadalajara.

El tiempo aproximado que han durado las visitas a dichos lugares, ha sido entre dos meses y tres años.



### TIEMPO



FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" JULIO 1988.

### INFORMACION ACERCA DEL PADECIMIENTO

En este rubro, se contempló el conocimiento acerca del padecimiento del paciente (SIDA), siendo el 63.3% el que afirmó conocer causas, origen y formas de contagio del mismo.

El 36.3% no conocía ningún tipo de información acerca del padecimiento. El conocimiento que tienen los pacientes acerca del SIDA, se da después de haber confirmado el diagnóstico y normalmente ésta información, la adquieren a través del equipo multidisciplinario de salud que labora en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

Esta información, es proporcionada a los pacientes de manera individual. El porcentaje de los pacientes que desconoce la información sobre su propia enfermedad, se debe a la negación del paciente por aceptar cualquier tipo de información al respecto.



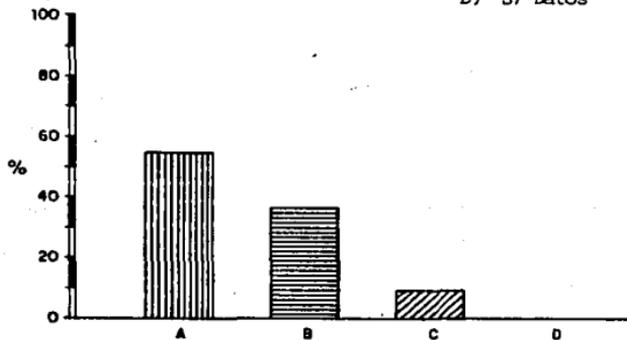
FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" JULIO 1988.

### TIPO DE FAMILIA

El paciente pertenece en un 54.4% a familias nucleares completas, entendiéndose por familia nuclear completa a aquella que esta constituida por el Padre, la Madre y los hijos; en un 36.3% a familias nucleares incompletas es decir cuando alguno de los padres se ha separado de la misma; y el 9.0% pertenecen a una familia reconstruida entendiéndose como aquella en la que ha habido una segunda unión conyugal a la muerte o separación de alguno de los conyuges.

#### TIPO DE FAMILIA

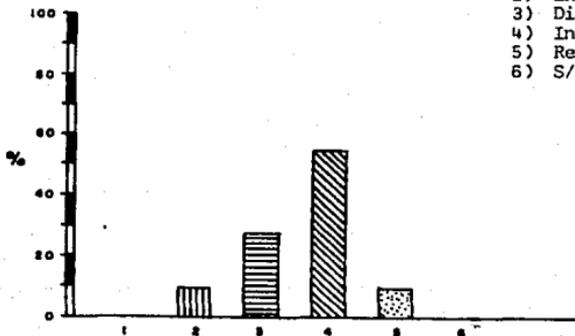
- A) Nuclear completa
- B) Nuclear Incompleta
- C) Reconstruida
- D) S/ Datos



Estas familias se encuentran en las siguientes fases: el 54.5% en una fase de independencia, por esta fase se entiende cuando los hijos se han marchado del núcleo familiar y ambos padres se han quedado solos; el 27.2% se encuentran en la fase de dispersión que es cuando los hijos se independizan del núcleo familiar; el 9.0% se encuentran en la fase de expansión entendiéndose esta cuando existen hijos pequeños junto con la pareja; y el 9.0% se encuentra en la de retiro y muerte.

#### FASE DE LA FAMILIA

- 1) Iniciación
- 2) Expansión
- 3) Dispersión
- 4) Independencia
- 5) Retiro y muerte
- 6) S/Datos

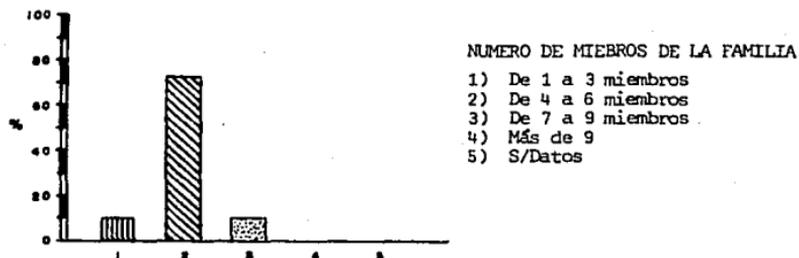


FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988

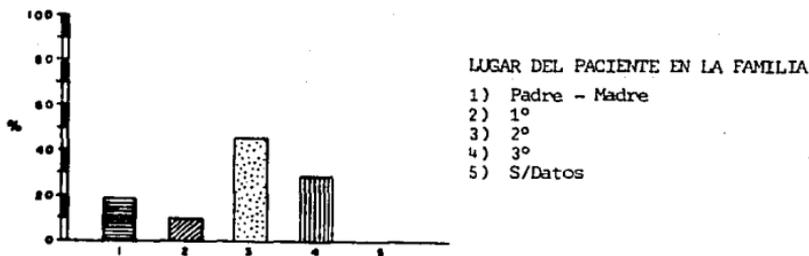
El número de miembros de la familia de los pacientes es en un 54.4% constituida por 4 miembros, el 18.0% por 5 miembros, el 9.0% por 7 miembros y el 9.0% por 3 miembros.

El lugar que ocupa el paciente dentro de la familia es el siguiente:

El 45.4% el segundo lugar; el 27.2% el tercer lugar; el 18.0% son padres de familia y el 9.0% ha sido el primer hijo.

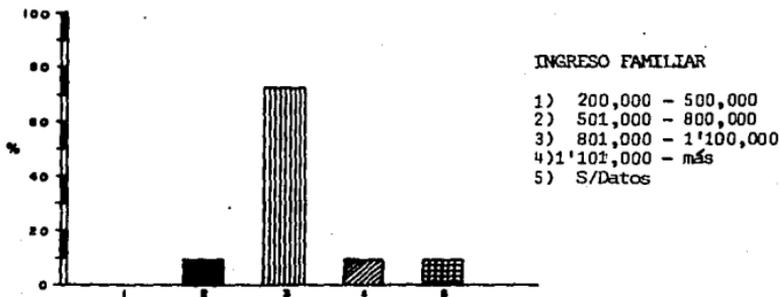


FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988

Los ingresos económicos mensuales de las familias de los pacientes fluctúan entre \$801,000 a 1'100,000 en un 72.7%; de 1'101,000 a más el 9.0%; de - - 501,000 a 800,000 en un 9.0% y un 9.0% sin datos al respecto.

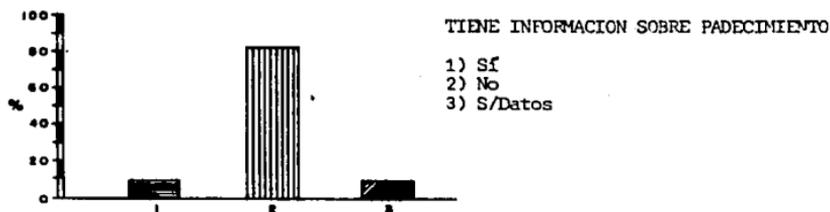


FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988

La información que tiene la familia del paciente sobre SIDA, es nula en un 81.8% y en un 9.0% conoce síntomas y formas de contagio, el 9.0% no proporciona datos. La reacción de la familia del paciente ante el padecimiento, es de rechazo en un 63.3%, de indiferencia en un 27.2% y sin datos en un 9.0%.

Por rechazo entendemos la total negación de la familia, por convivir con el paciente; mientras que por indiferencia, entenderemos la no preocupación de la familia por lo que le pase o viva el paciente.

Los datos anteriores, fueron proporcionados tanto por el paciente como por algunos de los familiares del mismo; entrevistados por la Lic. en Trabajo Social, dentro de la Institución.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1986.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1986.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO  
EPIDEMIOLOGICO DE PERSONAS DE PRIMER NIVEL, INFECTADAS POR LOS PACIENTES  
HOSPITALIZADOS.

Los datos que a continuación se presentan, se obtuvieron en la entrevista - que realizó Trabajo Social con el paciente, para manejar nombre y domicilio de LOS PRIMEROS CONTACTOS ESTABLECIDOS POR EL PACIENTE.

Posteriormente, Trabajo Social realiza la detección de los contactos para llevar a cabo la aplicación del Estudio Epidemiológico, logrando así un total - de 32 contactos de primer nivel.

E D A D

Con respecto a la edad de los primeros contactos, obtuvimos los siguientes datos: el 31.2% fluctúa en una edad de 31 a 35 años, el 25% de estos contactos, fué de 36 a 40 años; el 18.7% tiene una edad de 26 a 30 años; el 12.5% de 21 a 25 años de edad; y el 6.2% en una edad de 41 a 45 años, apareciendo -- también el 6.2% sin datos.

ESTUDIO DE 1er NIVEL DE CONTACTOS

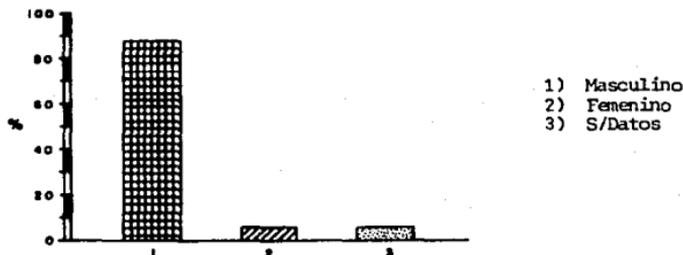


Al igual que los pacientes, el promedio de edad de este grupo de personas, fluctúa entre los 31 y 35 años, ratificando con ello que también se encuentran dentro de la población económicamente activa.

### S E X O

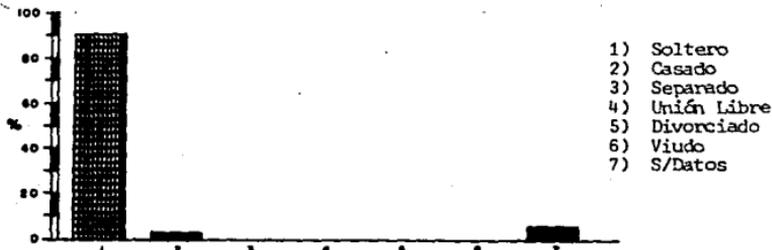
En relación a los contactos de primer nivel, encontramos que el 87.5% son de sexo masculino; el 6.2% son de sexo femenino y el 6.2% no obtuvimos datos acerca del sexo.

A pesar del manejo de la entrevista y de la sensibilización, llevadas a cabo por Trabajo Social, hubo contactos de primer nivel que se negaron rotundamente a colaborar para proporcionar más datos, argumentando para ello, frases como: ... " No es de su incumbencia" ..., " Si me voy a morir, que se mueran conmigo unos cuantos" ; "... No me interesa nada sobre SIDA ", "Si se va a morir mi pareja, que me muera yo también ". Por ello, algunos rubros de este análisis, aparecerán con índices un tanto elevados, en el indicador de -- "Sin datos".



## ESTADO CIVIL

Con respecto a los primeros contactos, el 90.6% son solteros; el 3.1% es casado y el 6.2%, es sin datos.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

## ESCOLARIDAD

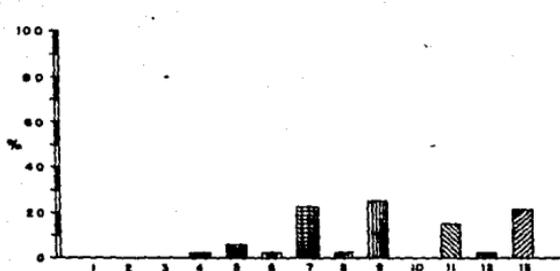
El 6.2% tiene preparación correspondiente a Secundaria Completa; el 3.1% con Secundaria Incompleta; el 21.8% a Técnico Completo; el 3.1% a Técnico Incompleto; el 25.0% Bachillerato Completo; el 15.6% de Profesional Completo; el 3.1% Profesional Incompleto y un 21.8% sin datos acerca de escolaridad.

Presentaremos una relación entre escolaridad, ocupación e ingresos monetarios mensuales.

El 28.1%, desempeña una actividad a Nivel Profesional; el 18.7% desempeña una actividad manual; el 15.6% un Nivel Administrativo; el 12.5% un Nivel Técnico y el 3.1% se dedica al hogar; el 21.8% lo obtuvimos sin dato alguno.

Con respecto al ingreso económico, el 59.3% percibe mensualmente entre -- 501,000 y 800,000; el 18.7%, percibe de 801,000 a 1'100,000 y sin datos el -- 21.8%.

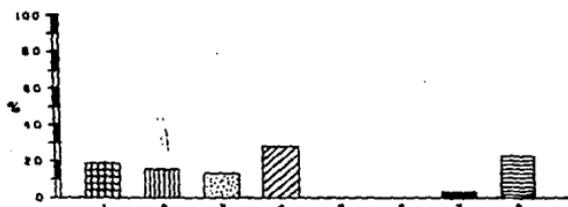
### ESCOLARIDAD



- 1) Analfabeta
- 2) Alfabeto
- 3) Primaria Completa
- 4) Primaria Incompleta
- 5) Secundaria Completa
- 6) Secundaria Incompleta
- 7) Técnico Completo
- 8) Técnico Incompleto
- 9) Bachillerato Completo
- 10) Bachillerato Incompleto
- 11) Profesional Completo
- 12) Profesional Incompleto
- 13) Sin Datos

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

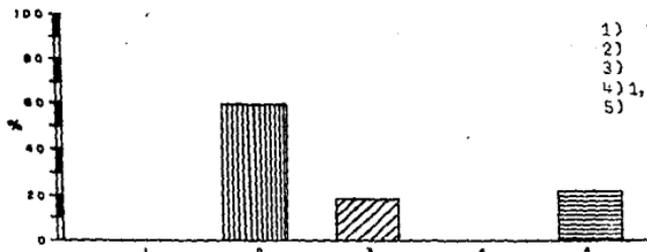
### OCUPACION



- 1) Manual
- 2) Administrativo
- 3) Técnico
- 4) Profesional
- 5) Estudiante
- 6) Jubilado
- 7) Hogar
- 8) Sin Datos

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

### INGRESO MONETARIO MENSUAL



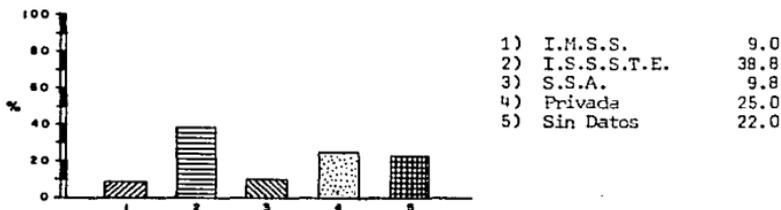
- 1) 200,000.00 - 500,000.00
- 2) 501,000.00 - 800,000.00
- 3) 801,000.00 - 1,100,000.00
- 4) 1,101,000.00 - más
- 5) Sin Datos

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

### T I P O    D E    S E G U R I D A D S O C I A L

El 9.0% de los contactos de Primer Nivel, son derechohabientes del I.M.S.S. el 38.8% son derechohabientes del I.S.S.S.T.E.; el 9.9% son derechohabientes de la S.S.A.; el 25.0% tienen Asistencia Privada y por último, el 22.0% no proporcionó datos al respecto.

ES DERECHOHABIENTE DE 1er NIVEL.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1988.

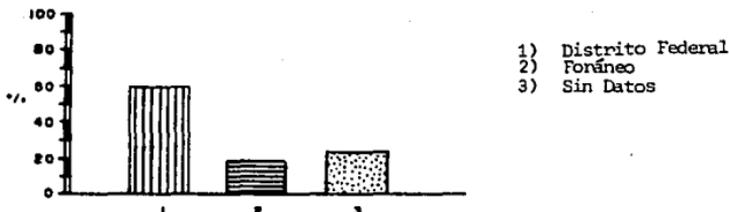
Como podemos observar, el mayor índice de atención médica que reciben estas personas, es por parte del I.S.S.S.T.E., demostrando también que es mínimo el porcentaje de personas que acuden a servicios proporcionados por la S.S.A.; va que éstas personas cuentan con una seguridad social proporcionadas por el Estado a consecuencia de ser uno de sus empleados.

## LUGAR DE PROCEDENCIA

Los contactos de Primer Nivel: el 59.3%, pertenecen al Distrito Federal, - el 18.7% son Foráneos, mientras que el 21.8% es Sin Datos, acerca del lugar de procedencia.

Nuevamente se ratifica que el mayor porcentaje y establecimiento de los - casos, se encuentren dentro del Area Metropolitana.

LUGAR DE PROCEDENCIA



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1988.  
V I V I E N D A

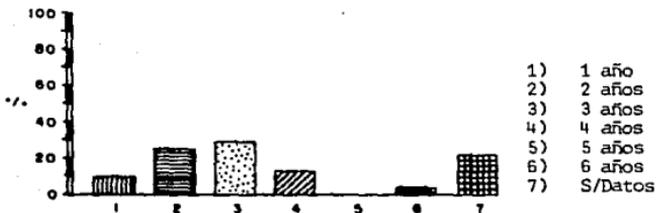
Los datos referentes a las viviendas de los contactos de Primer Nivel, fueron los mismos que los casos de los pacientes, ya que éstos vivían en el mismo lugar.

## TIEMPO DE CONOCER AL PACIENTE

En este rubro, manejaremos el tiempo aproximado que los contactos tienen de conocer y establecer relaciones sexuales con el paciente.

Así tenemos, el 28.1% tenía 3 años de conocerlo; el 25.0% 2 años; 12.5% 4 años; el 9.3% un año; el 3.1% 6 años y el 21.8%, sin datos al respecto.

TIEMPO DE CONOCER AL PACIENTE



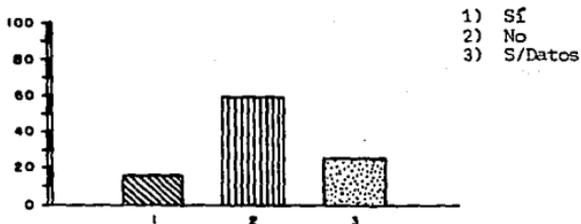
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", JULIO 1988.

INFORMACION ACERCA DEL PADECIMIENTO

En el primer nivel de contactos, el 15.6% manifestó conocer causas y formas de contagio de la enfermedad; mientras que el 59.3% no tenía información alguna, y el 25.0% restante, no proporcionó datos al respecto.

El porcentaje mayor de los contactos de primer nivel, no tienen información alguna acerca del padecimiento, ni las medidas preventivas para evitar la enfermedad, lo que manifiestan como excusa para dar lugar a situaciones de agresividad, angustia e inconformidad, con las personas que conocen del problema y pretenden darles alguna información.

TIENE INFORMACION ACERCA DEL SIDA



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS", JULIO 1988.

El porcentaje de la población que se ha realizado algún tipo de exámen médico, para detectar la enfermedad del SIDA, es de 6.2%, mientras que el 75.0% no se ha realizado ningún exámen; y el 18.7%, no refiere datos al respecto.

El tipo de exámen realizado por el 6.2% de la población, ha sido el de - - ELISA, siendo los resultados de los mismos, el que los contactos sean cero-positivos.

Es notorio que la realización de exámenes para la detección del SIDA, depende en gran medida, de la información que se tenga al respecto.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE PERSONAS  
CONTAGIADAS POR LA POBLACION DE PRIMER NIVEL; Y QUE CONSIDERAMOS PERSONAS QUE  
CONSTITUYEN EL SEGUNDO NIVEL DE CONTAGIO.

A medida que ahondamos en la investigación sobre la propagación del SIDA, - se hace más difícil encontrar datos verídicos al respecto.

Los datos referentes al segundo nivel que presentamos en este trabajo, son de tipo cuantitativo, ya que solo se refiere al número de personas que integran este grupo. De los 32 contactos de primer nivel, sólo 9 de ellos admitieron haber establecido relaciones sexuales con otras personas; siendo éstas un total - de 18.

De éstas 18 personas, sólo podemos presentar datos como: Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación, Lugar de Procedencia, Tiempo de Conocer al -- Contacto de Primer Nivel, Conocimiento Respecto al SIDA, Realización de Exámen Médico y Tipo de Relación con el contacto de Primer Nivel.

Aclarando que alguno de estos indicadores tienen un elevado porcentaje de - sin datos, ya que la información se obtuvo a través de los contactos de primer nivel que accedieron a cooperar. Sin embargo, la colaboración se limitó solo a los datos que ellos quisieron proporcionar a Trabajo Social, negándose rotundamente a dar nombre y dirección de los contactos de segundo nivel, motivo por el cual no fue posible corroborar esta información mediante visitas domiciliarias y entrevistas directas a los contactos de segundo nivel.

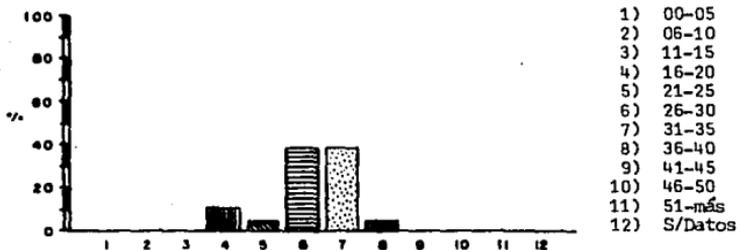
Se considera importante que las autoridades del Sector Salud, normen obligatoriamente la necesidad de realizar exámenes médicos cuando se denuncien los -- contactos de segundo nivel, con probabilidades de SIDA, siendo esto una de las medidas para evitar la propagación de dicho padecimiento, al interior de la comunidad.

A continuación presentamos las características sociales de los contactos de segundo nivel.

### E D A D

En la edad de los contactos establecidos en segundo nivel, encontramos el 38.8% en el rubro de 31 a 35 años; el 38.8% de 26 a 30; del 11.1% de 16 a 20; el 5.5% de 36 a 40 y el 5.5% de 21 a 25 años de edad.

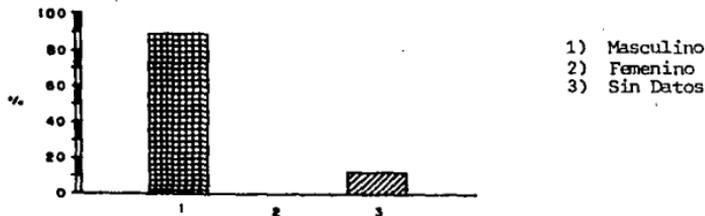
EDAD DE LOS CONTACTOS



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1988.

### S E X O

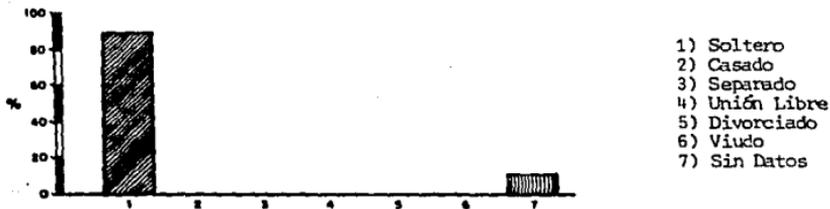
Con respecto al segundo nivel de contactos, observamos que el 88.8%, son de sexo masculino, el 11.2% no se pudieron obtener datos al respecto.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1988.

## ESTADO CIVIL

En lo referente al Estado Civil, encontramos que el 88.8% es soltero y el 11.2% sin datos.



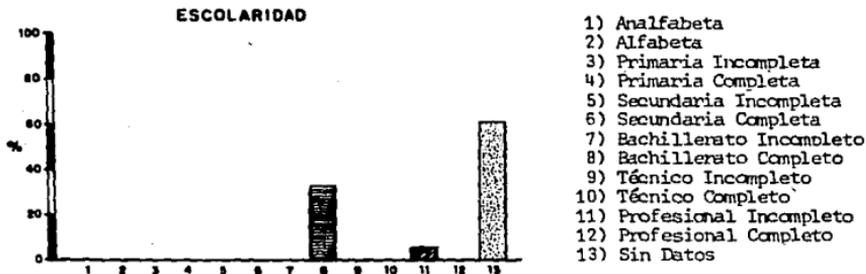
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

## ESCOLARIDAD Y OCUPACION

En relación a la Escolaridad, encontramos que el 33.3% tiene una escolaridad de Técnico Completo; el 5.5% Profesional Incompleto y el 61.1% sin datos.

En lo referente a la ocupación, el 33.3% se encuentra a Nivel Administrativo y el 5.5%, desempeña actividades a nivel técnico; mientras que el 61.1% está sin datos.

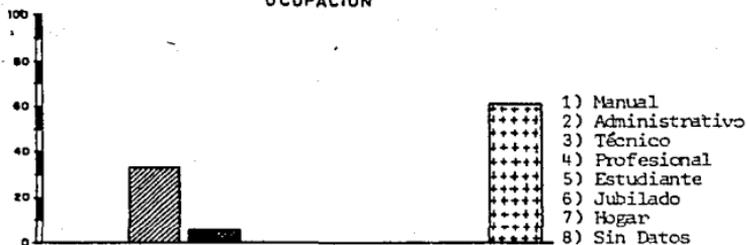
En lo que se refiere a ingreso económico, no fue posible obtener ningún dato.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

### OCUPACION



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

### LUGAR DE PROCEDENCIA

El lugar de procedencia de los contactos de segundo nivel, es en un 38.8% del Distrito Federal y un 61.1% no proporcionó datos al respecto.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" JULIO 1988.

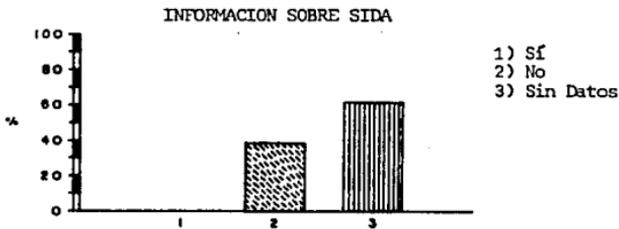
Podemos ratificar, que el lugar de mayor índice de contactos se establece en el Distrito Federal, por ser área Metropolitana, con numerosos centros de diversión, así como un mayor índice de población.

### INFORMACION ACERCA DEL PADECIMIENTO

En el segundo nivel de contagio, 38.8% desconoce lo referente al SIDA y el 61.1%, no proporcionó datos.

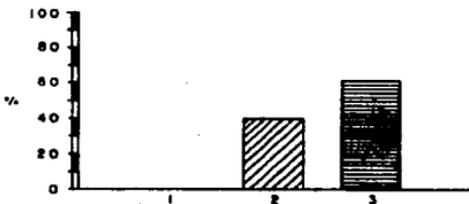
El 38.8% manifestó no haberse realizado ningún tipo de examen médico, el 61.1%, no proporcionó datos.

El 38.8% ha establecido relación de tipo sexual con el contacto de primer nivel, el 61.1% no refiere datos al respecto.



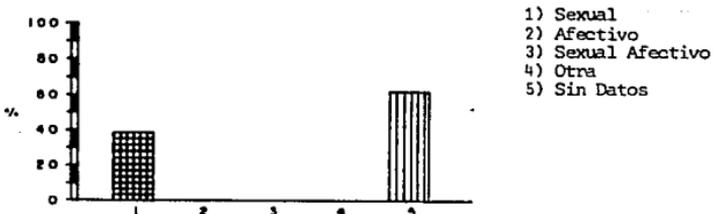
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1988.

SE HA REALIZADO ALGUN EXAMEN MEDICO



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1988.

QUE TIPO DE RELACION MANTIENE CON EL CONTACTO



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS." JULIO 1988.

Nuevamente nos damos cuenta que la población desconoce lo referente al SIDA, motivo por el cual no se ha llevado a cabo la realización de exámenes médicos, que permitan observar un diagnóstico acerca de este padecimiento, ni su control.

Ello ratifica la necesidad y urgencia de poner en práctica un programa de educación para la salud, dirigido a toda la población.

A continuación presentamos la manera en cómo se establecieron los contactos de primero y segundo nivel, resaltando la propagación del contagio de este padecimiento.

#### ESTABLECIMIENTO DE CONTAGIOS

Los contagios establecidos por los pacientes, se dieron de la siguiente manera:

PACIENTES	CONTACTOS DE PRIMER NIVEL
1	1
5	10
1	3
3	12
<u>1</u>	<u>6</u>
T O T A L: 11	32

De los 32 contactos de primer nivel, sólo nueve establecieron contactos de segundo nivel.

#### CONTACTOS DE SEGUNDO NIVEL

1	Contacto Primer Nivel	Estableció	1	Contacto Segundo Nivel
2	" " "	"	5	" " "
3	" " "	"	9	" " "
1	" " "	"	1	" " "
<u>2</u>	" " "	"	<u>1</u>	" " "
T: 9			18	

Los resultados de nuestra investigación, nos dieron un panorama amplio y certero acerca de la propagación de este padecimiento, siendo la principal -- fuente susceptible, la población sexualmente activa.

En nuestra investigación encontramos que tanto los pacientes como los contactos de primero y segundo nivel, se encuentran en un rango de edad de 31 a 35 años; en su mayoría de sexo masculino y con una escolaridad superior a la educación básica. Ellos nos demuestran que el contagio de ésta enfermedad no se da exclusivamente por carecer de educación escolar; al mismo tiempo, nos - demuestra que el hecho de tener un grado de preparación escolar, no garantiza que el individuo tenga una adecuada educación sexual.

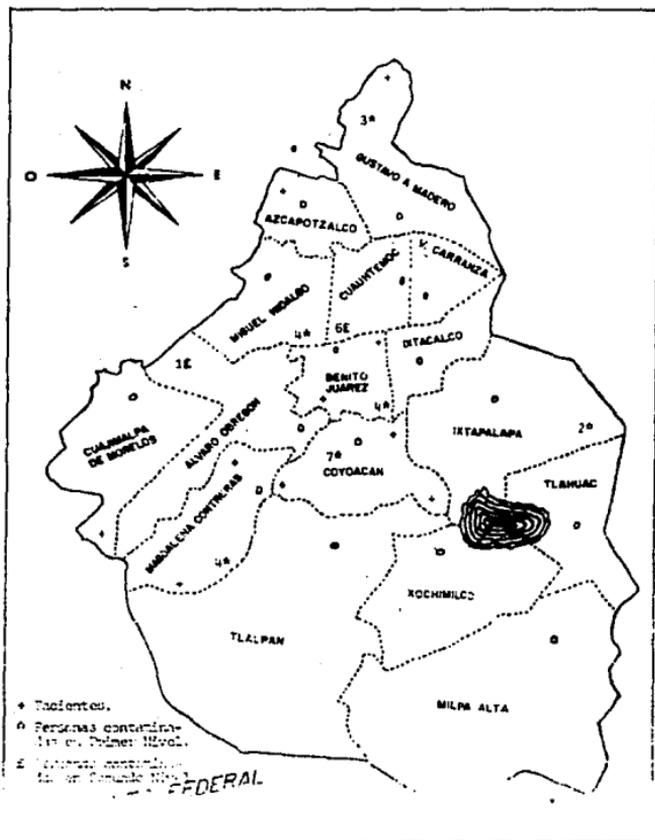
Nos encontramos también, con que la mayoría de los pacientes y contactos - tienen un ingreso monetario mensual superior al salario mínimo, pertenecen en su mayoría a núcleos familiares completos; y habitan en diversas colonias del área Metropolitana.

La información que tanto los pacientes, como los contactos y las familias tienen acerca del SIDA, es mínima, considerando que gran parte de los contactos y los pacientes, llevan a cabo una vida sexual activa y con prácticas homosexuales y bisexuales, lo que los convierte en grupo de alto riesgo para contraer y diseminar la enfermedad.

Los datos obtenidos en esta investigación, servirán al Lic. en Trabajo Social, para vislumbrar un panorama más claro acerca de la necesidad de la intervención de este profesionista en las tareas del equipo multidisciplinario de salud, tendientes a controlar la diseminación de la enfermedad al interior de las comunidades del Area Metropolitana.

Se presenta la distribución geográfica en el D.F., de los casos de SIDA - en 11 pacientes y los 50 contactos establecidos en primer y segundo nivel, dentro del Area Metropolitana.

DISEMINACION DEL S.I.D.A., EN EL AREA METROPOLITANA



Fuente: Datos obtenidos del Estudio Epidemiológico de Trabajo Social, aplicado a pacientes del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " I.S.S.S.T.E.; y los contactos - establecidos por los mismos en el Área Metropolitana.

C A P I T U L O      V

## C A P I T U L O    V

### CARACTERISTICAS SOCIALES DE LOS PACIENTES CON S.I.D.A.

Al identificarse por primera vez el SIDA en 1981, se trataba de una Epidemia relativamente limitada y concentrada desde el punto de vista demográfico. A partir de entonces, la enfermedad ha cruzado las fronteras nacionales, así como los límites de demarcación entre sexo, raza, edad y clase social, convirtiéndose así en un problema de proporciones sin precedentes. Al irse propagando el virus, se ha visto cada vez mejor, que en muchos sentidos, el SIDA es un fenómeno social.

Pasarán muchos años antes que se disponga de vacunas y tratamientos eficaces. Entre tanto, el único medio de detener la propagación de la enfermedad y atenuar sus efectos sociales, consiste en proporcionar a los individuos, a los grupos y a las autoridades políticas, asesoramiento, información y educación sobre la forma de evitar la transmisión del SIDA, haciendo frente a sus secuelas, con la mayor eficacia posible.

Sin embargo, no será ésta una tarea sencilla; intervienen una serie de factores psicológicos, sociales, políticos, económicos y culturales que también ponen de relieve el carácter esencialmente social del SIDA, por ello, el único modo de conseguir un cambio rápido y profundo, es emprender un Programa Social de Educación e Información que tenga en cuenta los imperativos sociales, culturales, políticos y económicos de las comunidades de todo el mundo, ayudando a toda la población a evitar la infección por el VIH.

El reto es enorme; pero de no aceptarse, probablemente se confirmarán las predicciones más negativas al respecto.

#### 5.1 ASPECTOS SOCIALES

Como ya se ha mencionado, el impacto del SIDA, no se limita únicamente a las estadísticas sanitarias, pues es una epidemia mundial, que plantea graves problemas como son: situaciones económicas, aspectos migratorios, laborales, psicoló-

-gicos, así como también legales.

En lo referente al aspecto económico, el SIDA puede tener graves repercusiones en el desarrollo socio-económico de un país, pues priva a la sociedad de las personas que están en la edad más productiva, encontrándose éstas, de acuerdo a nuestra investigación, en un rango de edad de 31 a 35 años, tanto pacientes como contactos de primero y segundo nivel.

Esta enfermedad, ocasiona altos costos médicos; se estima que la atención de los pacientes, tanto en consulta externa como en hospitalización, tiene un costo promedio de \$ 18'995,000.00 por paciente al año, según estadísticas del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán". Lo anterior está sujeto desde luego a la devaluación de nuestra moneda y a la inflación, lo que representa un impacto socio-económico, tanto para las Instituciones de Salud, como para el enfermo y su familia.

A medida que se propaga la epidemia en nuestro país, el gobierno se verá presionado considerablemente, para asignar una mayor cantidad de fondos a las Instituciones del Sector Salud que proporcionan atención médica a personas con este padecimiento.

Se considera que son mucho más económicas las campañas educativas, que la atención médica que cada enfermo de SIDA requiere, siendo evidente que el costo representaría las campañas de educación masiva; equivaldría a un porcentaje mínimo del costo que significa atender a las personas afectadas por esta enfermedad.

Es importante considerar, que si bien es cierto que hacen falta recursos para intensificar éstas acciones educativas, no podemos dejar a un lado el hecho de que un país en crisis como México, no puede canalizar todos los recursos económicos de la Secretaría de Salud, para enfrentar un solo problema, dejando de lado otros que no han dejado de existir y que no se deben de abandonar.

El miedo y la ignorancia que rodean al SIDA, han reflejado prejuicios mal reprimidos sobre raza, religión, clase social, sexo y nacionalidad; en consecuencia, la enfermedad amenaza actualmente la libre circulación entre países, la realización de intercambios y la comunicación en el ámbito internacional, incrementándose el problema, ya de por sí grave, de la Migración.

Nuestra vecindad con Estados Unidos, podría representar, en la lucha por evitar o disminuir los problemas del SIDA, una circunstancia de riesgo permanente, - pues se trata de la nación con mayor número de enfermos por este padecimiento y - es al mismo tiempo, el principal lugar hacia donde emigran temporal o definitivamente, los habitantes mexicanos.

De esta manera, el fenómeno migratorio se convierte en un asunto importante, dentro del estudio de los movimientos y características sociales que influyen de una u otra manera en la expansión del SIDA entre los habitantes de nuestro país.

La migración, es un fenómeno complejo que asume formas y características diversas. Nuestro país ha sido testigo de una intensa migración, sobre todo del campo a la ciudad; así mismo, de una permanente migración indocumentada hacia Estados Unidos. Se considera que no hay mexicanismos que puedan detener la migración de los trabajadores mexicanos hacia Estados Unidos, ya que ésta no atiende solo a una vocación viajera, sino también, a una búsqueda de trabajo como resultado del desempleo o empleos mal remunerados en sus lugares de origen. " Los Estados de la República Mexicana, que expulsan trabajadores en mayor cantidad son: Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas y Baja California Norte. En Estados Unidos, los migrantes se concentran en California el 42.8%, en Texas el 31.8% y en Illinois el 9.5% " (1).

Dentro de nuestra Investigación, los pacientes y contactos, en su mayoría originarios del Distrito Federal, realizaron visitas que contemplaron periodos de

dos meses a tres años, a las ciudades de Tijuana, Guadalajara, Nuevo Laredo, Monterrey y Nueva York en Estados Unidos.

" Algunos países han consultado a la OMS, sobre la conveniencia de exigir un Certificado para Viajes Internacionales, en el que conste que el postador no esté infectado por el VIH.

En una reunión celebrada en diciembre de 1985, los Directores de los Centros para la colaboración del SIDA de la OMS, negaron esta petición, manejando que no se justifica el exámen ni la certificación de los viajeros internacionales" (2).

Por lo tanto, en vista de que no es posible frenar este movimiento, ni siquiera mediante disposiciones legales, es necesario intensificar la información y educación sobre la enfermedad y sus formas de contagio. Además, es necesario insistir en la práctica del sexo seguro, como opción efectiva para disminuir los riesgos de infección por enfermedades venéreas, entre ellas, la que provoca el virus de Inmuno-deficiencia humana.

Las repercusiones del SIDA, en la fuerza de trabajo de México, son aún muy débiles, ya que según estadísticas de la Gaceta CONASIDA, la fuerza de trabajo se integra por una fuerza superior a los 40 millones de individuos. Hasta el momento, el efecto de esta enfermedad sobre dicha fuerza, no ha sido notorio, siendo evidente que el mayor número de enfermos por esta causa, se encuentran entre las ocupaciones típicas de los sectores medios.

Resaltando en la presente investigación, que la mayoría de los pacientes que constituyen nuestra muestra, son empleados federales.

Otros aspectos sociales, son el rechazo social hacia los pacientes, la prostitución y la bisexualidad.

---

(1) GACETA CONASIDA. Año 1 Vol. 1 mayo/junio 1988 pp.6

(2) POPULATION REPORTS serie L núm. 5 abril 1987. pp. L 32.

El rechazo social que existe hacia los pacientes de SIDA, se asocia principalmente hacia pensar, que todo homosexual es en potencia, una víctima del SIDA, y que toda persona infectada por el VIH, es sospechoso de homosexualidad, sin considerar que ésta es una enfermedad que puede atacar a cualquier individuo. El peligro de esta actitud, es la marginación que la sociedad pretende imponer a los enfermos como una medida equivocada para controlar la enfermedad; como resultado de ello, es el hecho de que nuestra sociedad señale a las personas, portadoras del VIH, como individuos que llevan una vida sexual desordenada, fuera del matrimonio, inmoral y contra todos los principios que establecen la misma sociedad.

En lo referente a la prostitución, actualmente muchos hombres y mujeres se encuentran en estado de pánico, al pensar que pueden tener riesgo de padecer SIDA por haber tenido contacto sexual con alguna o varias personas infectadas o no.

" La mayoría de las prostitutas están tan aterradas acerca de la enfermedad, como sus clientes; muchas de ellas, pese a que su clientela ha disminuido significativamente, exigen el uso del condón a sus clientes, y han suprimido en su totalidad el sexo anal, debido a que esto aumenta de manera considerable la posibilidad de contraer la enfermedad " (3).

Con respecto a los bisexuales, la propagación de SIDA, es aún mayor, ya que numerosas mujeres han sido contagiadas por hombres que mantienen relaciones, tanto con compañeros del mismo sexo, con amigas, esposas, e inclusive con sus novias.

Muchos de estos hombres prefieren mantener sus relaciones homosexuales en el anonimato, a causa de la grave discriminación social, manteniendo encuentros secretos que conllevan un elevado riesgo de contagio, más aún, éstos grupos son los

---

(3) Op. Cit. GACETA CONASIDA.

más renuentes a aceptar un exámen para determinar si son o no portadores del virus; en este aspecto, en nuestra investigación resaltó el rechazo y pánico para proporcionar datos en relación con las personas con quien los pacientes y los contactos habían establecido relaciones sexuales y más aún, que la familia, principalmente su esposa, supiera de su bisexualidad.

## 5.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Al hablar del desarrollo psico-sexual humano, nos encontramos con la dificultad que implica el poder referirse a este proceso.

El desarrollo psico-sexual de los pacientes y contactos de SIDA, están determinados por los factores culturales que surgen y se llevan a cabo en nuestra sociedad.

Este es uno de los indicadores, por el que la sociedad rechaza y agrede en gran medida a estos pacientes, por ser personas que en su mayoría mantienen conductas de homosexualidad, las cuales son vistas negativamente o como algo anormal en el ser humano; motivo por el cual son relegados tanto por el núcleo familiar, como del medio social donde se desenvuelven.

Lo anterior, da lugar a que los pacientes con alto riesgo de contraer SIDA, realicen su vida sexual clandestinamente, originando con ello, que los pacientes y contactos con conductas sexuales de homosexualidad y bisexualidad, adopten reacciones de agresividad, indiferencia y apatía frente al problema y hacia el resto de la sociedad, dificultando con esto, el proceso de un estudio epidemiológico de casos que pudiera prevenir la diseminación de la enfermedad.

En este respecto, los pacientes y contactos considerados para este estudio, - en la mayoría de los casos, asumieron la actitud de rechazo, agresividad e indiferencia para todo aquello que tuviera relación alguna con su padecimiento.

Esto es explicable, ya que el paciente al conocer el dictamen médico final, - siendo confirmatorio con respecto al SIDA, entra en una situación de angustia y miedo, que posteriormente lo lleva a momentos de incredulidad y desesperación, - que irán en aumento al sentir el rechazo, agresión e ignorancia por parte de sus familiares y amigos.

Al tratar los aspectos psicológicos del paciente con diagnóstico de SIDA, es importante incluir las consecuencias sociales de dicho diagnóstico.

Es cosa ya sabida, el rechazo que se impone a este tipo de pacientes; ello - manifiesta en el aislamiento social y emocional de que son objeto; en parte, esto se distribuye a las características mismas de la enfermedad y de los grupos de - personas que la padecen, pues son considerados como sujetos con una vida sexual - desordenada y anormal.

El SIDA, es una enfermedad de la cual se desconocían diversos aspectos y tiene un carácter complejo, razón por la que muchas personas poco informadas, aunque bien intencionadas, sufren confusión sobre el riesgo de contraerla; y les atemoriza el hecho de estar ante una persona con este padecimiento. Esta es una enfermedad venérea y quienes la sufren, son considerados como individuos que han participado en frecuentes actividades sexuales anónimas e ingerido diversas drogas, - aunque ello no se da necesariamente en todos los casos.

Cada uno de los factores mencionados, contribuye a la sensación de aislamiento del enfermo e intervienen también, las reacciones de las demás personas, con - respecto a la enfermedad del paciente.

El enfermo es un adulto joven homosexual o bisexual, que se enfrenta a la - - tristeza de múltiples pérdidas: del control corporal, vigor físico, empleo, carrera, ingresos y a veces, de relaciones importantes; por ello considera su enfermedad como un castigo y se culpa a sí mismo de ella.

### 5.3 ASPECTOS LEGALES

Las disposiciones legales, constituyen un elemento indispensable y de gran utilidad en la lucha para la prevención y control de enfermedades transmisibles, a lo cual la epidemia del SIDA, no es una excepción, sino que requiere de consideraciones en lo particular.

Las disposiciones jurídicas además de sustentar las líneas de acción de los programas, ofrece los elementos de legalidad para la acción del Estado, en torno al combate de la epidemia.

Las acciones de control y prevención, no son una responsabilidad exclusiva de la Secretaría de Salud, puesto que el derecho a la protección, involucra una responsabilidad compartida del Estado en sus diferentes esferas de gobierno, de la sociedad y los interesados, por lo que las disposiciones jurídicas son importantes para atacar ordenada y oportunamente este problema.

" Las disposiciones jurídicas relativas al combate de las enfermedades transmisibles, no son novedosas en el país, pues éstas se han realizado desde 1882, por el Consejo Superior de Salubridad, presentando ante la Secretaría de Gobernación, un proyecto de Ley y Reglamento para combatir enfermedades infecciosas y contagiosas, relativo especialmente a enfermedades de transmisión sexual e incluso a la reglamentación sanitaria de la prostitución. " (1)

En 1986, el Consejo de Salubridad General resolvió sobre la obligatoriedad de informar la existencia de casos de SIDA, determinando que se trata de una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica.

---

(1) SECRETARIA DE SALUD. Dirección General de Asuntos Jurídicos - Julio 20, 1987. pp.3

Las reformas y adiciones que se han hecho a la Ley General de Salud, propuestas por el Ejecutivo Federal y aprobadas por el Poder Legislativo, están encaminadas al ejercicio de acciones que tienden a prevenir la infección por VIH y detener su expansión, e incluyen los siguientes aspectos: La primera fué publicada en el Diario Oficial el 22 de Mayo de 1986, y las siguientes el 27 de Mayo de 1987.

- I.- Se adicionó el SIDA a la Lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica (Art. 134).
- II.- Se ordenó la notificación inmediata de los casos en que se detecte la -- presencia del virus del SIDA o de anticuerpos al mismo (Art. 136).
- III.- Se suprimió la posibilidad de obtener sangre procedente de personas que la proporcionen remuneradamente (Art. 132)
- IV.- Se incluyó como conducta ilícita específica el comercio de la sangre - - (Art. 462 Fracc. II y 462 Bis. 27 de mayo 1987).
- V.- La realización obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada - por VIH en todo el país (norma técnica para la disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines terapéuticos).

Como resumen de este capítulo, podemos mencionar que pese a la fuerte motivación que existe para controlar la propagación del SIDA, son muy pocas las medidas restrictivas a los programas de análisis sugeridos hasta la fecha, que podrían -- surtir efecto si fueran a realizarse en gran escala. Así pues, la magnitud de - los esfuerzos encaminados a aminorar la propagación del virus del SIDA, debe recabar en los Programas Educativos. Estos programas deben recabar todos los aspectos señalados en este capítulo, procurando llegar a toda la población, a fin de lograr disminuir la propagación de la enfermedad como propuesta, que por ley, - se realicen exámenes médicos para la detección del S.I.D.A.

C A P I T U L O    V I

## C A P I T U L O VI

### TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

El Trabajo Social en el área de la Salud, responde a la concepción de que las enfermedades de los pacientes no son solamente de tipo físico, sino que están relacionadas con complicaciones sociales y psicológicas que afectan a él mismo, a su familia y a la sociedad.

Los enfermos casi siempre tienen problemas consigo mismo, con sus familiares y con su trabajo, por eso requieren de un tratamiento psico-social; y no únicamente de un tratamiento médico aplicado en forma aislada.

La primera responsabilidad de una sociedad, debe ser el de prevenir la enfermedad, por ese motivo, damos importancia a la participación del Lic. en Trabajo Social, en un Programa de Educación para la Salud, ya que además de los problemas propios de la enfermedad, existen otros relacionados con la misma, que en ocasiones, llegan a agudizarla. Entre ellos, podemos mencionar: situaciones familiares y económicas, por mencionar algo; y que se ven desequilibradas notablemente por la presencia de la enfermedad en alguno de sus miembros; esto hace necesario que el Lic. en Trabajo Social realice una labor que se proyecte hacia la obtención de datos que permitan conocer la situación de los pacientes, la observación e interpretación de la actitud de los mismos ante la enfermedad; así como la falta de tiempo o imposibilidad aparente, para afrontar sus propias responsabilidades.

Históricamente, podemos mencionar que aún antes de la creación de Escuelas de Trabajo Social en nuestro país, existían personas que dentro de los hospitales se dedicaban a auxiliar a los enfermos de manera filantrópica.

" Aproximadamente, a partir de 1943, se inicia la contratación de Trabajadores Sociales para desempeñar ciertas funciones de orientación y ayuda a la pobla-

ción hospitalizada; en un principio, se ocuparon principalmente de la fijación de cuotas, así como de promover la ayuda material para los enfermos de mayores carencias.

A medida que se desarrolla el Trabajo Social en el Area de la Salud, se incorporan varias funciones, mismas que han sido planteadas en diferentes definiciones. En la actualidad, el Trabajo Social en el Area de la Salud, se define como: La profesión que desarrolla acciones encaminadas al estudio de carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y recursos para su atención, y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud en los individuos, grupos y comunidades. " (1)

Si analizamos esta definición, nos daremos cuenta que es necesario que dentro de una enfermedad se consideren los elementos biológicos, psicológicos y - sociales, a fin de lograr una atención integral del paciente; para ello, es indispensable la participación del Lic. en Trabajo Social, dentro de un equipo -- multidisciplinario de salud, para responder eficazmente a la problemática detectada.

De acuerdo con la "Propuesta de Especialización de Trabajo Social en el - - Area de Salud", de la E.N.T.S., en la U.N.A.M., se contemplaron los siguientes Objetivos Específicos, los cuales deben ser considerados por el Lic. en Trabajo Social que se desempeña en el área de la salud:

- 1.- Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, con relación a un contexto social determinado.
- 2.- Identificar las políticas del Estado en materia de Salud y las Instituciones que la operacionalizan.

---

(1) Terán Trillo M. "Definiciones formuladas para el Perfil de T.S. en el área de la salud" E.N.T.S. U.N.A.M. México D.F. 1985 no.3

- 3.- Participar en la planeación, la ejecución, el control y la evaluación de los proyectos y programas que lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
  - 4.- Promover la educación y la capacitación de los individuos, grupos y comunidades para que participen, consciente y activamente en los Programas de Salud.
  - 5.- Sistematizar las experiencias desarrolladas por los Trabajadores Sociales de ésta Area, generando modelos de intervención para la acción social"
- (2)

#### 6.1 FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

De manera general, podemos mencionar que las funciones de Trabajo Social en el área de la Salud son:

##### 1.- INVESTIGACION:

- a) Realización de Investigaciones Sociales para la identificación de factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y propagación de la enfermedad.
- b) Mediante la Investigación, determinar las necesidades sociales y los recursos de salud, conociendo el acceso de la población a los servicios de salud.

##### 2.- PLANTEACION:

- a) Elaborar Programas de Salud, administrando adecuadamente los recursos de Trabajo Social.

- b) Organizar los Programas de capacitación y adiestramiento del personal que intervenga en los Programas de Educación para la Salud.

3.- EDUCACION:

- a) Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los Servicios de Salud.
- b) Promover campañas de prevención para las diversas enfermedades.
- c) Manejo de técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos, así como organización comunitaria para prevenir las enfermedades.

4.- ADMINISTRACION:

- a) Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales del Sector Salud.
- b) Buscar la optimización de los recursos intrn-institucionales.
- c) Establecer coordinación con instituciones de salud y bienestar social en diferentes niveles de atención a la población.
- d) Mantener una constante supervisión y asesoría en los programas específicos de Educación para la Salud.

5.2 PARTICIPACION DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL, EN UN PROGRAMA DE  
EDUCACION PARA LA SALUD, FRENTE AL PROBLEMA  
DEL S.I.D.A.

Hasta que no se encuentre la cura o vacuna para la enfermedad del Síndrome - de Inmuno-deficiencia Adquirida, la única forma de evitar el contagio de esta enfermedad, es modificar el comportamiento de la población, esto sólo será posible,

mediante la Educación en el aspecto de la salud, y a través de programas que comuniquen e informen a la población sobre los peligros de ésta enfermedad, así como la forma de llevar a cabo medidas preventivas que limiten la propagación de dicho padecimiento sin causar pánico, sino a través de un proceso de educación social.

Tenemos noticias de que hasta la fecha, solo unos cuantos países como Estados Unidos de Norteamérica, Francia, España, Uganda y México entre otros, han iniciado programas de divulgación acerca de este padecimiento, pero en su mayoría, dirigidos únicamente a grupos específicos de alto riesgo, como: homosexuales, bisexuales, prostitutas y drogadictos. Como resultado de ello, se sigue propagando la ignorancia e información errónea sobre la infección y formas de contagio entre la mayoría de la población.

Es importante mencionar, que a fin de modificar el comportamiento de la población, respecto a este padecimiento, se hace necesaria la elaboración de un Programa General de Educación para la Salud, aplicable a todas las instituciones del Sector Salud, siendo este el propósito de la presente investigación, destacando el papel del Lic. en Trabajo Social dentro del mismo.

Para respaldar lo anterior, mencionaremos lo referente a Educación para la Salud.

Teniendo en cuenta la complejidad del problema del Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida, podemos decir que la resolución para dicho problema, es en base a una acción educativa, pues esta constituye un proceso a través del cual, se va a influir positivamente en la comunidad para realizar un cambio de conductas, hábitos y actitudes nocivas para la salud.

Al hablar de una acción educativa, nos referimos al proceso de Educación para la salud, la cual como disciplina científica, es muy reciente en su desarrollo, pues para estructurarse como tal, se apoyó en los conocimientos de otras -- Ciencias Sociales.

La Educación para la Salud, como transmisión de conocimientos y conductas que sirven para evitar la enfermedad, ha existido desde siempre como una actitud inherente al hombre, basada en su condición instintiva biológica y lo hace huir del dolor y la muerte. Conjuntamente con el progreso del ser humano, se fue desarrollando la medicina, dando lugar a la evolución de la Educación para la Salud, marcando desde entonces, la conceptualización de ésta, como un simple proceso informativo, carácter que aún no ha sido posible desechar completamente.

La definición que a continuación se menciona, es una de las más completas - que encontramos dentro de la bibliografía revisada y es la propuesta por Shapiro médico norteamericano que dice: " La Educación para la Salud en esencia, es atendida en relación al conocimiento, sentimiento y comprensión de la gente, en lo referente a la salud. Debe ser vista como un proceso activo que va a influir para que un grupo de personas mantenga y obtenga su salud". (1)

Con lo anteriormente expuesto, nos damos cuenta que para definir la Educación para la Salud, intervienen los siguientes aspectos:

- a) LA CULTURA.- como el eje central de la comunidad, la cual se entenderá - como el conjunto de tradiciones, creencias y actitudes manifestadas en relación a la salud, ya sea por medio de aspectos mágicos religiosos, empíricos o científicos.
- b) ACTIVIDADES PARTICULARES.- las cuales influirán, tanto en el planteamiento de estrategias, como en el desarrollo de los programas, siendo necesario que la población capte que es ella la que va a buscar y conseguir las soluciones a sus problemas, siendo el Lic. en Trabajo Social el que va a servir como guía de las acciones con la comunidad, llegando a formar parte de la misma y dentro de sus funciones, estará la de evaluar periódicamente los logros del programa establecido y plantear las soluciones más - adecuadas, hasta llegar a la meta propuesta en beneficio de la comunidad,

considerando a la Educación para la Salud, como disciplina, como proceso y como resultado.

La Educación para la Salud, tiende a orientar al individuo para que prevenga con tiempo las enfermedades y las evite, tomando como base las normas educativas necesarias.

Tomando en cuenta lo referente a la Educación para la Salud, el Lic. en Trabajo Social, debe anexar los siguientes aspectos:

- 1.- Identificar las características socio-ambientales de la población a -- quien se debe llegar.
- 2.- Crear los mensajes más apropiados para dicha población.
- 3.- Emplear los mejores medios de difusión y las fuentes más convincentes - de que se disponga para llegar a la población.

Los Programas de Educación para la Salud en relación al SIDA, deben incorporar mensajes que sean fáciles de comprender, apropiados desde el punto de vista cultural y convincentes para la comunidad en general; de esta manera, la información básica, deberá simplificarse, a fin de ser captada por todos los miembros de la sociedad.

Como consecuencia de ello, las técnicas educativas empleadas por el Lic. en Trabajo Social, deben ser de un enfoque claro y un planteamiento innovador, dado que la sexualidad no es un tema que se discute abiertamente y es indispensable - que llegue a todos la información sobre el modo de evitar la infección por el -- VIH. Es importante señalar los riesgos que conllevan las relaciones sexuales - anales o de contacto oral, la prostitución y la promiscuidad, y en los beneficios de utilizar siempre un preservativo en las relaciones sexuales esporádicas.

Es esencial subrayar, que el medio más seguro de evitar el SIDA, es tener solo un compañero sexual.

En relación con el problema del Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida - - (SIDA), podemos establecer las siguientes Funciones de Trabajo Social en un Programa específico de Educación para la Salud:

1.- INVESTIGACION:

Es la fase que nos permite analizar el porque de un determinado problema social, el cual se encuentra inmerso dentro de una realidad economico-social. El conocimiento de este problema (SIDA), puede realizarse a través de informantes orales, antecedentes escritos, etc., los cuales nos permiten contemplar la verdadera dimensión del problema, procurando vislumbrar las posibles soluciones.

Como propuesta de solución a los problemas a investigar, se plantean hipótesis, las cuales son instrumentos indispensables de la investigación, ya que tienen un nexo entre el problema y la identificación de los datos relevantes para la explicación de los problemas. Funcionan también como guía y facilitan la exploración de los fenómenos que se pretenden investigar.

Partiendo de lo anterior, podemos mencionar que:

- a) Detección de pacientes con diagnóstico de SIDA confirmado.
- b) Determinar las necesidades sociales de los pacientes y sus familias, - así como los contactos establecidos por los mismos, en primero y segundo nivel.
- c) Aplicación de un Estudio Epidemiológico de Trabajo Social, primeramente con el paciente hospitalizado, para después llevarlo a cabo en la - comunidad en la detección de los contactos establecidos.

- d) Elaboración de un Diagnóstico social, el cual Georgia Sachs Adams, lo define como: " El proceso de medición e interpretación que ayuda a - identificar situaciones, problemas y sus factores causales en individuos, grupos y comunidad ".

Tomando en cuenta lo planteado y desde el punto de vista de Trabajo Social, diremos que el diagnóstico tiene por objeto, aportar los objetos fundamentales y suficientes dentro del proceso de planificación, en vista de la acción de este - profesionalista.

El objetivo del diagnóstico, es aportar los elementos fundamentales y suficientes, que expliquen la realidad del problema que investigamos, a fin de poder programar una acción transformadora. Se considera que el diagnostico nos puede aportar:

- 1.- Una caracterización del objeto de acción del Trabajador Social, tanto en su aspecto interno, como en su contexto global.
- 2.- Nos permite identificar los principales problemas y la dimensión de los mismos.
- 3.- Da la oportunidad de gerarquizar problemas, de acuerdo a un criterio establecido previamente en la investigación.
- 4.- Proporciona elementos para conocer ampliamente el problema en el que deseamos intervenir.

La elaboración de un diagnostico, debe realizarse utilizando los conocimientos ya adquiridos y la experiencia práctica, de tal manera de alcanzar una visión suficiente y necesaria del o los problemas, su magnitud, su naturaleza y su contexto, de modo que permita planear una acción adecuada y asegurar así el carácter científico del conocimiento.

2.- PLANEACION:

- a) Elaborar un Programa de Educación para la Salud, accesible a toda la población, funcionando de manera preventiva en lo referente al SIDA, por grupos sociales en particular.
- b) Implementación de Programas de capacitación y adiestramiento, para el adecuado manejo psico-social de los pacientes, familia y contactos relacionados con el problema del SIDA.

3.- EDUCACION:

- a) Orientar e informar a la población sobre las formas de prevenir el contagio del SIDA.
- b) Establecimiento de campañas para la prevención y control de esta enfermedad.
- c) Manejo de técnicas de trabajo individual, de grupos y comunidad para lograr la participación de la población en los programas de Educación contra el SIDA.
- d) Orientar al paciente sobre su enfermedad y las posibles reacciones - que pueda percibir de otras personas.
- e) Señalar a miembros de su familia, amigos y patrones de los pacientes con el diagnóstico de SIDA, la necesidad de apoyo emocional constante, así como un ajuste a sus planes económicos.

4.- ADMINISTRACION:

- a) Buscar la optimización de los recursos asignados a la Institución - Médica en lo referente al problema del SIDA.

- b) Establecer una coordinación intra y extra-institucional, para la derivación de pacientes y captación de contactos con este diagnóstico.

5.- SISTEMATIZACION:

- a) Del análisis e interpretación de las variables que han intervenido durante el proceso operativo y de los datos obtenidos a través del Estudio Epidemiológico de Trabajo Social, para la operacionalización de acciones encaminadas a prevenir la propagación del SIDA.
- b) Evaluación de las actividades de Trabajo Social, en un Programa de Educación para la Salud, respecto al SIDA.

Estas funciones deben llevarse a cabo, con la población en general, particularmente con aquellos grupos cuya participación puede ser determinante para lograr la prevención y control del SIDA, estos los podemos dividir en grupos de alto riesgo y grupos de mayor influencia sobre la sociedad.

Con los grupos de alto riesgo, como homosexuales, bisexuales, prostitutas, drogadicgos, etc., el Lic. en Trabajo Social, deberá orientarlos e informarlos acerca de la importancia de llevar a cabo su vida sexual, limitando el número de compañeros sexuales y haciendo incapié en la necesidad de asumir la responsabilidad de no transmitir el virus a otras personas.

Dentro del segundo rubro, se consideran a los padres de familia, estudiantes y jóvenes, maestros, empleadores, políticos, donadores de sangre y personal médico y paramédico; con quienes el Lic. en Trabajo Social, deberá llevar a cabo una labor de sensibilización ante el problema del SIDA, dando a conocer los datos más sobresalientes de dicho padecimiento, así como sus consecuencias sociales.

A los PADRES DE FAMILIA, se les brindará orientación para hablar con sus hi-

-jos sobre el SIDA y la sexualidad.

Los ESTUDIANTES Y LOS JOVENES, desde el nivel básico necesitan educación sexual, así como estar informados sobre el SIDA y otras infecciones transmitidas por vía sexual.

Los MAESTROS, deberán tener una información acerca del SIDA más real y sus formas de contagio, para que a través de la EDUCACION SEXUAL, pueda colaborar en la disminución de la propagación del padecimiento.

Los EMPLEADORES, necesitan estar informados sobre el SIDA, a fin de formular políticas apropiadas para los empleados que padezcan esta infección, proporcionándoles información verídica y asegurar la naturaleza confidencial de este problema.

Los POLITICOS, les incumbe la responsabilidad de asignar fondos y establecer reglamentos en los diferentes programas, procurando establecer servicios extensos de vigilancia epidemiológica y Programas de Educación que puedan limitar la transmisión del virus.

Los DONADORES DE SANGRE, deberán estar informados acerca de que el hecho de donar sangre, no es peligroso para contraer la enfermedad, siempre y cuando se emplee para ello, el equipo debidamente esterilizado y desechable.

En relación con el PEPSONAL MEDICO Y PARAMEDICO, que tiene una relación estrecha con el tratamiento y atención al paciente con SIDA, es importante capacitarlos para que el tratamiento de éste, sea tomando en cuenta las medidas higiénicas y preventivas necesarias, para evitar el contagio.

Consideramos que el modelo de intervención antes planteado, el Lic. en Trabajo Social, retomaré los métodos de casos, grupos y comunidad, de acuerdo a las exigencias del proceso, ya que para lograr la intervención profesional del Lic. en Trabajo Social, se considera conveniente hacerlo mediante la atención indivi-

-dualizada que propone Ricargo Hill en su texto "CASO INDIVIDUAL", definiéndolo como: " El modelo utilizado en la Práctica de Trabajo Social para la -- inclusión de un todo en una unidad, de los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos de una forma determinada de práctica."

Basándose en lo señalado, el modelo de intervención de Trabajo Social, en este caso, será el clínico-normativo, el cual señala que los Trabajadores sociales tienden a formular objetivos para realizar cambios en los aspectos de la personalidad del paciente, en este caso, la ansiedad, alivio de tensiones, y lo más importante, el cambio de la estructura y el funcionamiento de la personalidad de las personas con diagnóstico de SIDA; con este método, se podrá - realizar un diagnóstico producto de un sistemático estudio psico-social, el -- cual se llevará a cabo utilizando el Estudio Epidemiológico de Trabajo Social, donde se aplicará primeramente en el ámbito clínico y hospitalario, para después referirse a la comunidad, estableciendo el seguimiento de contactos que - el paciente determine, para realizar un control adecuado de las posibles personas infectadas por el virus, se realizará el método de Trabajo Social de Casos, debido a que "estudia individualmente la conducta humana, a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas, como medio de lograr un mayor grado de aceptación entre el individuo y su medio circundante. " (1)

En el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el Lic. en Trabajo Social, deberá estar capacitado para intervenir en situaciones de crisis, que - puedan presentar tanto los pacientes, como familiares y contactos del mismo, va

---

(1) Valero Chávez Aida. "Apuntes de especificidad de Trabajo Social ".  
U.N.A.M. México, D.F. 1987.

que las respuestas que tiene la persona ante la crisis, puede manifestarse en diferentes etapas o fases, las cuales, en ocasiones, se pueden presentar de manera entremezclada. De estas fases podemos distinguir las siguientes:

**FASE DE NEGACION.-** Es aquella en la que el sujeto tiende a negar el suceso, e impide el contacto con la realidad.

**FASE DE RABIA Y ANGUSTIA.-** En la que se pregunta por qué le tenía que pasar a él; la persona resiente que esto le haya pasado a él y no a otros.

**FASE DE NEGOCIACION.-** Es donde la persona enfrenta la situación crítica, pero trata de ganar más tiempo para no aceptarla totalmente e impide buscar nuevas alternativas reales.

**FASE DE DEPRESION.-** Es una fase más adaptativa y la persona se deprime al darse cuenta de su dura realidad.

**FASE DE ACEPTACION.-** Es donde la persona logra pasar la fase de tristeza y aceptar totalmente su realidad ". (2)

Para lograr una participación real de la situación en crisis, el Lic. en Trabajo Social, realizará las siguientes actividades, tanto a nivel paciente, parejas estables del paciente, así como de los contactos establecidos por él mismo.

**CON EL PACIENTE:**

- 1.- Entrevista inicial a los pacientes con diagnóstico confirmado de SIDA, para la implementación de la historia socio-médica, mediante el método

de trabajo social de casos, estableciendo el número de contactos, para dar lugar a la aplicación del Estudio Epidemiológico de Trabajo Social en la comunidad.

- 2.- Promoción y difusión social al programa, definiendo los grupos a los cuales se realizará la sensibilización para enfrentar el problema del SIDA, enunciando el proceso de Trabajo Social Grupal, a través de las siguientes actividades:
  - La coordinación con las diversas instituciones del Sector Salud para la atención integral del paciente con SIDA y la detección oportuna de los contactos establecidos por él mismo.
  - Participar en la selección de grupos de alto riesgo, en coordinación con el equipo de salud, para un manejo educativo específico.
  - Realizar el seguimiento y la localización de casos "sospechosos", - detectados en otros servicios intra y extra-hospitalarios, para -- orientar a familiares del paciente en el manejo y medidas higiénicas invitándolos a participar con el personal especializado.
  - Elaborar programas educativos intra y extra muros (centros escolares, laborales, recreativos, etc.), de orientación e información del SIDA y su área de influencia del grupo social del que se trate.
- 3.- Informar y evaluar periódicamente las actividades realizadas dentro del programa de comunidad, siendo la evaluación, la que irá marcando pautas para modificar e incrementar las actividades del Lic. en Trabajo Social.
- 4.- Ayudar al paciente a superar el choque que se lleva a cabo, cuando se le informa sobre su diagnóstico y afrontar la posible muerte.

- 5.- Manejar adecuadamente el sentimiento de impotencia para cambiar las circunstancias y la consiguiente frustración y enojo.
- 6.- Orientarlos acerca de la disminución de las funciones físicas y psicológicas, así como la declinación total de la salud.
- 7.- Asesorarlos en su ansiedad sobre las reacciones de otros, con el consiguiente aislamiento y pérdida de apoyo social, así como el temor de haber infectado a otros, en particular a sus seres queridos, o haberse contagiado de ellos.

#### CON LAS PAREJAS ESTABLES:

- 1.- Canalizarlos y apoyarlos en su temor, angustia y choque de impotencia sobre la posible muerte del ser querido.
- 2.- Orientarlos para realizarse estudios médicos que comprueben si están o no infectados por el virus, a fin de evitar el temor, ansiedad, depresión y preocupaciones obsesivas.
- 3.- Manejar adecuadamente en el equipo multidisciplinario de salud, la disminución de la función sexual, en especial, pérdida de las posibilidades de sexo en el futuro, así como la culpabilidad sobre la posibilidad de haber infectado al compañero y a otros, creando un ambiente de incertidumbre sobre lo que hay que hacer a continuación, en su medio circundante.

#### CON LOS CONTACTOS DEL PACIENTE

- 1.- Confirmar el que estén infectados por el virus.

- 2.- Manejar adecuadamente, mediante orientaciones, la ansiedad sobre la idea de tener SIDA o el virus, así como la obsesión patológica sobre la enfermedad con meditaciones y búsqueda de síntomas.
- 3.- Canalizar a los contactos para recibir atención psicológica con respecto al sentimiento de culpabilidad por ser homosexual; bisexual o bien, por ejercer la prostitución, a fin de resurrección de sus culpas.
- 4.- Canalizarlos a las instituciones correspondientes para la elaboración de estudios médicos, para la confirmación de la enfermedad, a fin de tener un manejo adecuado sobre los contactos, pudiendo evitar mediante la sensibilización a estas personas, la propagación del SIDA.
- 5.- Informarles la manera de tratar su situación social, casera y laboral, para evitar la agresividad de la sociedad.

Para la realización de las funciones y actividades; así como el logro de los objetivos planteados dentro del Programa de Educación para la Salud, en el caso específico del Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida, se reafirma la necesidad de llevarlo a cabo, mediante el Estudio Epidemiológico de Trabajo Social, - (COMBE) el cual nos va a determinar el número de contactos que establece el paciente con SIDA, tanto en primer como en segundo nivel, así como su ubicación geográfica en el Area Metropolitana del Distrito Federal, la adecuada aplicación de este instrumento nos permitirá obtener como resultado la oportuna notificación, control y medidas preventivas sobre la población, tanto infectada por el virus, como la propensa a ella.

Al mismo tiempo, nos da oportunidad de establecer una comunicación oportuna con los pacientes, familias de estos y los contactos que establece el paciente

y las posibles Instituciones que podrían coordinarse para cooperar en el control epidemiológico del área.

## CONCLUSIONES

" C O N C L U S I O N E S "

- La elaboración de un diagnóstico Social de la población con SIDA, debe - considerar de manera sistemática, aspectos médicos, demográficos, económicos, sociales y ambientales que lo condicionan.

- El intercambio de información al interior del equipo multidisciplinario de salud, por parte del Lic. en Trabajo Social, es fundamental para el conocimiento integral del paciente con SIDA, explicándose el porqué de muchas situaciones en el proceso de la enfermedad.

- Es importante en el Lic. en Trabajo Social, la habilidad humana y profesional de intervenir en situaciones de crisis, que presentan los pacientes, familiares y contactos de primero y segundo nivel.

- El impacto del SIDA, se ve reflejado no sólo en las estadísticas sanitarias, sino también en los aspectos económicos, políticos y sociales del país.

- Los resultados obtenidos en la aplicación del estudio epidemiológico de Trabajo Social, proporcionan una visión general del problema, la cual manifiesta que la población desconoce la información básica referente al SIDA, así como las medidas de prevención y control del mismo, con lo cual se confirma la hipótesis planteada en esta investigación.

En relación con los datos obtenidos en la presente investigación, podemos afirmar que:

- Los pacientes con SIDA, así como los posibles contaminados, son sujetos - que se encuentran en la época más productiva de la vida, y predominan los solteros y radican en el Distrito Federal.

- La mayoría, son personas con escolaridad elevada económicamente activos,

aunque algunos ya se encuentran incapacitados, debido al padecimiento.

- La economía familiar se verá seriamente afectada por los costos del tratamiento.

- En general, las condiciones habitacionales son adecuadas, tanto por el lugar (zona urbana), como por el espacio y número de personas que habitan la vivienda.

- La clasificación socio-económica de los sujetos en cuestión corresponden en su mayoría a la clase media y alta.

- En general el nivel socio-económico de los pacientes con SIDA, es adecuado tanto por su escolaridad como por su educación y sus condiciones ambientales.

- A lo largo de esta investigación, se pudo observar que la enfermedad va marcando paulatinamente los recursos del paciente, tanto personales como económicos; que la familia le margina, adoptando una actitud de indiferencia y rechazo o que el individuo oculta a sus familiares su diagnóstico.

- La única forma de contra-restar la enfermedad en el ejercicio de un Programa de Educación para la Salud, en relación con el S.I.D.A.

" ALTERNATIVAS "

- El Sector Salud, integrado por ISSSTE, IMSS y SS., debe investigar las características de la enfermedad, así como la canalización de recursos materiales y humanos, para la detección de pacientes infectados y contactos de primero y segundo nivel, en las diversas instituciones.
- Establecer coordinación entre las instituciones del Sector Salud, a fin de unificar criterios y medidas preventivas, con respecto al SIDA, basándose cada una de ellas, en un conjunto de procedimientos que permitan diagnosticar y confirmar la enfermedad, buscando la canalización a diversas instituciones capacitadas, para la atención al problema.
- Manejar medidas de apoyo Psicológico, tanto para los pacientes, la familia y los contactos dentro de un Programa de Educación para la Salud, en el cual se proporcionará información y orientación educativa, como medidas de prevención ante el problema.
- Formación, Organización y manejo de grupos, integrados por personas de alto riesgo.
- Implantación del Estudio de COMBE de Trabajo Social en todas las Instituciones del Sector Salud, como un medio óptimo para la detección, control y prevención de la población infectada o posiblemente infectada.
- Que el Lic. en Trabajo Social esté capacitado para desarrollar adecuadamente funciones de Investigación, Educación, Administración, Planeación, Promoción Social, Capacitación y Adiestramiento, así como Sistematización, dando lugar a la realización de un Diagnóstico Social.

- Llevar a cabo un Programa de Educación para la Salud, en lo referente al SIDA, a nivel Nacional, haciendo énfasis en aquellos Estados de la República Mexicana, en donde existe mayor prevalencia e incidencia de SIDA, considerando para ello, las características, tanto demográficas como sociales de cada Estado.

" GLOSARIO DE TERMINOS "

- SINDROME.- Grupo de Transtornos que ayuda a identificar una enfermedad particular.
- INMUNO-DEFICIENCIA.- Estado hereditario o adquirido en que el Sistema inmune es deficiente.
- SISTEMA INMUNOLOGICO.- Es el sistema de defensa del cuerpo humano, que lucha -  
contra la invasión por bacterias, virus, hongos, parásitos y otras sustancias que el cuerpo reconoce como -  
" no propias" .
- SINTOMATICO.- Cada una de las manifestaciones subjetivas de una enfermedad y que por lo tanto son percibidas por el enfermo.
- VIH.- Virus de Inmuno-deficiencia Humana, causante del SIDA.
- SARCOMA DE KAPOSI.- Tumor maligno formado por células que semejan tejidos conjuntivos embrionarios. Afectan principalmente la piel. Se caracterizan por nódulos cutáneos de color azul o rojizo -  
pardo.
- PRUEBA DE ELISA.- Técnica de laboratorio para detectar en la sangre los anticuerpos que se producen cuando una persona ha sido infectada por el VIH.

**HOMOSEXUAL.-** Atracción y contacto sexual que se da entre personal del mismo sexo. Puede darse tanto en hombres como en mujeres.

**BISEXUALES.-** Son aquellas personas que sienten atracción por individuos del mismo sexo o bien del sexo contrario.

**HETEROSEXUALES.-** Es la atracción que se da entre individuos del sexo contrario.

**EPIDEMIA.-** Enfermedad que ataca simultáneamente a un gran número de personas en una comunidad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ANGELES, Arturo / REYES, Edgardo  
" S.I.D.A. EXPERIENCIA EN EL INNSZ "  
La Revista de Investigación clínica. Órgano Oficial del I.N.N.
- 2.- APODACA RANGEL, Ma. de Lourdes  
" ANALISIS DEL EJERCICIO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL, EN EL SECTOR  
SALUD ".  
Cuadernos de Trabajo Social #9. E.N.T.S. - U.N.A.M. pp. 5-111
- 3.- Asociación Americana de Salud Pública.  
" EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL HOMBRE ".  
Washington, 1960.
- 4.- AYLWIN DE BARROS, Nidia.  
" UN ENFOQUE OPERATIVO PARA LA METODOLOGIA DE TRABAJO SOCIAL ".  
Edit. Humanitas 2a. Ed. 1976.
- 5.- BOLETIN MENSUAL DE SIDA. Sector Salud
- 6.- BOLLETIN OF THE PORT AMERICAN HEALTH ORGANIZATION  
AIDS IN THE MEXICO. VOL 21 (2) 1987.
- 7.- BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA  
Washington, D.C. E.U.A. Vol. 104 No. 6 Junio 1988.
- 8.- CASTELLANOS C., Marie  
" MANUAL DE TRABAJO SOCIAL "  
Ed. Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. Reimpresión, 1986
- 9.- Ciencia, Tecnología e Información  
" CONTROL DE S.I.D.A. Y EL CANCER EN MEXICO "  
Vol. 10 (136) Enero de 1988.
- 10.- GALLARDO, Clark  
" LA PREXIS DE TRABAJO SOCIAL EN UNA DIRECCION CIENTIFICA "  
Buenos Aires 1973. Edit. ECRO
- 11.- DANIEL'S, Víctor  
" S.I.D.A. MANUAL MODERNO ".  
México, D.F. 1988 2a. Edic.
- 12.- DIARIO OFICIAL "LEY GENERAL DEL VIH" 27 de Mayo de 1986

- 13.- DIAZ J. Jesús  
" ALGUNOS MODELOS DE INTERVENCION EN CRISIS"  
Material Impreso pp.47
- 14.- DONALD I. ABRAMS Y COLS  
"CUIDADOS Y SOSTEN PSICOSOCIALES"  
Edit. ERA Edic. 1a. Mayo 1987
- 15.- Departamento de Medicina Social Preventiva y Salud Pública.  
" ESTUDIOS DE S.I.D.A. "  
Edit. I.N.S.P. 1987
- 16.- "ESTUDIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA INTEGRAL DE VIGILANCIA  
EPIDEMIOLOGICA "  
Buenos Aires Vol. 11, 1987
- 17.- GIRALDO NEIRA, Octavio  
" EXPLORANDO LAS SEXUALIDADES HUMANAS (ASPECTOS PSICOSOCIALES) "  
Ed. Trillas 4a. Reimpresión Enero, 1988 pp. 5-304
- 18.- HERBERT. A., Carol  
"HIGIENE MENTAL " (DINAMICA DE AJUSTE PSUIQUICO)  
Nueva Edición. Cía. Editorial Continental México.
- 19.- HILL, Ricardo  
" CASO INDIVIDUAL "  
Buenos Aires, Ed. Humanitas 1979 pp. 9-84
- 20.- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología  
" INFORMACION SOBRE SIDA "
- 21.- CASTELLANOS, Rosario  
Prensa Médica 1973.
- 22.- KISNERMAN, Natalio  
" SERVICIO SOCIAL DE GRUPOS"  
Buenos Aires, Edit. Humanitas  
" SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL "  
Buenos Aires, Edit. Humanitas
- 23.- Laboratorios Fujirebio.  
"DETECCION DE ANTICUERPOS POR AGLUTINACION"  
" PRUEBA SERODIA "  
Laboratorios MILES, Méx., S.A. de C.V.

- 24.- MEZZOFERO, Vicente Enríque  
" EPIDEMIOLOGIA APLICADA A LA EVOLUCION DE HOSPITALES Y ACCIONES DE  
SALUD PUBLICA "  
México, 1988.
- 25.- MANN, Jonathan  
" S.I.D.A." Foro mundial se la Salud.
- 26.- NOCIONES BASICAS DE LA DINAMICA DE POBLACION DE S.I.D.A.  
Vol. 29 (6) 1987 Salud Pública
- 27.- LA O.M.S. FRENTE AL S.I.D.A., Bol. Ops. Col. 102 (6)
- 28.- PEREZ, Joseph  
" Terapia familiar en Trabajo Social". Edit. Pax Mex.
- 29.- Population Report  
" EL S.I.D.A., UNA CRISIS EN SALUD PUBLICA "  
Serie L #6 1987.
- 30.- REIF, Iral  
" HACIA UNA SEXUALIDAD RACIONAL " Barcelona 1972
- 31.- GONGORA A. Renán  
" PREVALENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA VIH " .  
I. N.S.P. 1987
- 32.- Revista Mexicana y Seguridad Social No. 3  
" CUESTION SOCIAL "  
Primavera 1986 pp. 105
- 33.- SANCHEZ ROSADO, Manuel  
" ELEMENTOS DE SALUD PUBLICA "  
Edit. Francisco Méndez Cervantes 1983
- 34.- S.I.D.A. Y LA ETICA PROFESIONAL. I.S.P Vol. 104 1988
- 35.- SHAPIRO  
" EDUCACION PARA LA SALUD "  
Trillas México, D.F. 1986 pp.36
- 36.- Secretaría de Salud (CONASIDA)  
" S.I.D.A. MEDIDAS PREVENTIVAS " 1987

- 37.- TERAN TRILLO, M.  
" DEFINICIONES FORMULADAS PARA EL PERFIL DE TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD "  
E.N.T.S. U.N.A.M. México, D.F. 1985 pp. 3
- 38.- TORNER, Clair  
" HIGIENE DEL INDIVIDUO Y COMUNIDAD "  
Elsmere Edit. Prensa Médica 2a. Edic. Méx. 1964
- 39.- TERAN TRILLO, M.  
" PROPUESTA DE ESPECIALIZACION DE TRABAJO SOCIAL, EN EL AREA DE SALUD "  
E.N.T.S. U.N.A.M. México, D.F. 1987.
- 40.- VEGA FRANCO, Leopoldo  
"SALUBRIDAD PUBLICA"  
Prensa Médica México, 1976
- 41.- VEGA MARCO, José  
" NOCIONES BASICAS DE LA DINAMICA DE POBLACIONES CON S.I.D.A. "  
Salud Pública, Méx. 1987
- 42.- WILLIAM J. GOODGE /PAUL K. HATT  
" METODOS DE INVESTIGACION SOCIAL " Edit. Trillas.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO PARA LA RECOPIACION DE DATOS DE POBLACION INFECTADA  
POR S.I.D.A.

I.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

1.- Caso No. . . . ( )

2.- Edad . . . . ( )

00-05 (1)  
06-10 (2)  
11-15 (3)  
16-20 (4)  
21-25 (5)  
26-30 (6)  
31-35 (7)  
36-40 (8)  
41-45 (9)  
46-50 (10)  
51-más (11)

3.- Sexo . . . . ( )

Masculino (1)  
Femenino (2)

4.- Estado Civil . . . ( )

Soltero (1)  
Casado (2)  
Separado (3)  
Unión Libre (4)  
Divorciado (5)  
Viudo (6)

5.- Escolaridad . . . . ( )

Analfabeta	(1)	Técnico Completo	(10)
Alfabeta	(2)	Profesional Incompleto	(11)
Primaria Incompleta	(3)	Profesional Completo	(12)
Primaria Completa	(4)		
Secundaria Incompleta	(5)		
Secundaria Completa	(6)		
Bachillerato Incompleto	(7)		
Bachillerato Completo	(8)		
Técnico Completo	(9)		

6.- Ocupación . . . ( )

Manual	( )
Administrativo	( )
Técnico	( )
Profesional	( )
Estudiante	( )
Jubilado	( )
Hogar	( )

7.- Lugar de procedencia . . . ( )

Distrito Federal	(1)
Foráneos	(2)

8.- Ingresos Monetarios Mensuales . . . ( )

200,000 - 500,000	(1)
501,000 - 800,000	(2)
801,000 - 1,100.000	(3)
1,100,000 - más	(4)

9.- Vivienda

9.1 Colonia \_\_\_\_\_

9.2 Tipo de vivienda

9.2.1 Casa sola	( )
9.2.2 Departamento	( )
9.2.3 Vecindad	( )
9.2.4 Otro	( )

Propia	(1)
Prestada	(2)
Rentada	(3)

9.3 Componentes de la vivienda

9.3.1 Cocina	( )
9.3.2 Comedor	( )
9.3.3 Estancia	( )
9.3.4 Recamaras	( )
9.3.5 Baño	( )
9.3.6 Jardín o Patio	( )

Sí	(1)
No	(2)

9.4 Número de habitaciones para dormir . . . . . ( )

9.5 Material de construcción de la vivienda

9.5.1	Muros	( )	Concreto	( )
9.5.2	Techos	( )	Tabique	( )
9.5.3	Pisos	( )	Madera	( )
			Cartón	( )
			Asbesto	( )
			Loseta	( )
			Tierra	( )
			Otros	( )

9.6 Servicios integrados a la vivienda

9.6.1	Luz	( )	Sí	( )
9.6.2	Agua Potable	( )	No	( )
9.6.3	Teléfono	( )		
9.6.4	Drenaje	( )		
9.6.5	Fosa Séptica o Letrina	( )		

10.- Establecimiento de Contactos ( )

Familia	( )
Escuela	( )
Trabajo	( )
Sitio de Reunión	( )
Otro	( )

11.- Tiene información acerca del padecimiento ( )

Sí (1)

No (2)

De que tipo \_\_\_\_\_

## II.- DATOS EPIDEMIOLOGICOS DEL PACIENTE.

1.- Inicio del padecimiento \_\_\_\_\_

2.- Etapa de la enfermedad ( )

Fase Inicial	(1)
Fase intermedia	(2)
Fase terminal	(3)

- 3.- Fuente de infección ( )
- Relaciones sexuales ( )
  - Vía Intravenosa ( )
  - Vía Interplacentaria ( )
  - Otros ( )
  - Se ignora ( )
- 4.- Antecedentes de Transfusiones sanguíneas ( )
- Sí (1)
  - No (2)
- 5.- Antecedentes de Farmacodependencia ( )
- Sí (1)
  - No (2)
- 6.- Antecedentes de infecciones sexuales ( )
- Si (1)
  - No (2)
- 7.- Antecedentes migratorios ( )
- Si (1) Lugar \_\_\_\_\_
  - No (2) Tiempo \_\_\_\_\_

III.- ORGANIZACION FAMILIAR DEL PACIENTE

- 1.- Tipo de Familia ( )
- Nuclear Completa (1)
  - Nuclear Incompleta (2)
  - Extensa (3)
  - Reconstruida (4)
- 2.- Fase actual de la familia ( )
- Iniciación (1)
  - Expansión (2)
  - Dispersión (3)
  - Independencia (4)
  - Retiro y Muerte (5)
- 3.- Número de sujetos que integran la familia ( )

4.- Lugar que ocupa el paciente en la familia ( )

5.- Ingresos monetarios mensuales de la familia ( )

200,000	-	500,000	(1)
501,000	-	800,000	(2)
801,000	-	1,100,000	(3)
1,101,000	-	más	(4)

6.- Tiene información acerca del SIDA ( )

Sí (1)  
No (2)

De que tipo \_\_\_\_\_

7.- Reacción de la familia ante el problema ( )

Aceptación	(1)
Rechazo	(2)
Indiferencia	(3)

IV.- ESTUDIO DE CONTACTOS. (1er. NIVEL)

1.- Número de contactos establecidos por el paciente ( )

2.- Edad de cada uno de los contactos ( )

00-05	(1)
06-10	(2)
11-15	(3)
16-20	(4)
21-25	(5)
26-30	(6)
31-35	(7)
36-40	(8)
41-45	(9)
46-50	(10)
51-más	(11)

3.- Sexo de cada uno de los contactos ( )

Masculino	(1)
Femenino	(2)

4.- Estado civil de cada uno de los contactos ( )

Soltero	(1)	Unión Libre	(4)
Casado	(2)	Divorciado	(5)
Separado	(3)	Viudo	(6)

5.- Escolaridad de cada uno de los contactos ( )

Analfabeta	(1)	Bachillerato Incompleto	(7)
Alfabeta	(2)	Bachillerato Completo	(8)
Primaria Incompleta	(3)	Técnico Incompleto	(9)
Primaria Completa	(4)	Técnico Completo	(10)
Secundaria Incompleta	(5)	Profesional Incompleto	(11)
Secundaria Completa	(6)	Profesional Completo	(12)

6.- Ocupación de cada uno de los contactos ( )

Manual	(1)	Estudiante	(5)
Administrativo	(2)	Jubilado	(6)
Técnico	(3)	Hogar	(7)
Profesional	(4)		

7.- Lugar de procedencia de cada uno de los contactos ( )

Distrito Federal	(1)
Foráneos	(2)

8.- Ingresos monetarios mensuales de cada uno de los contactos ( )

200,000	-	500,000	(1)
501,000	-	800,000	(2)
801,000	-	1,100,000	(3)
1,101,000	-	más	(4)

9.- Tiempo de conocer al paciente \_\_\_\_\_

10.- Tiene información acerca del SIDA ( )

Sí	(1)
No	(2)

De que tipo \_\_\_\_\_

11.- Se ha realizado algún tipo de examen médico ( )

Sí (1)

No (2)

Cual \_\_\_\_\_

12.- Qué tipo de relación mantuvo o mantiene con el paciente ( )

Sexual (1)

Afectiva (2)

Otro (3)

13.- Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

14.- Es derechohabiente ( )

I.M.S.S. (1)

I.S.S.S.T.E. (2)

S.S.A. (3)

Privada (4)

V.- ESTUDIO DE CONTACTOS (Segundo Nivel)

1.- Ha establecido relación con otras personas ( )

Sí (1)

No (2)

Cuántas \_\_\_\_\_

2.- Edad de cada uno de los contactos ( )

00-05 (1)

06-10 (2)

11-15 (3)

16-20 (4)

21-25 (5)

26-30 (6)

31-35 (7)

36-40 (8)

41-45 (9)

46-50 (10)

51- más (11)

3.- Sexo de cada uno de los contactos ( )

Masculino (1)

Femenino (2)

- 4.- Estado civil de cada uno de los contactos ( )
- |          |     |             |     |
|----------|-----|-------------|-----|
| Soltero  | (1) | Unión Libre | (4) |
| Casado   | (2) | Divorciado  | (5) |
| Separado | (3) | Viudo       | (6) |
- 5.- Escolaridad de cada uno de los contactos ( )
- |                       |     |                         |      |
|-----------------------|-----|-------------------------|------|
| Analfabeta            | (1) | Bachillerato Incompleto | (7)  |
| Alfabeta              | (2) | Bachillerato Completo   | (8)  |
| Primaria Incompleta   | (3) | Técnico Completo        | (9)  |
| Primaria Completa     | (4) | Técnico Incompleto      | (10) |
| Secundaria Incompleta | (5) | Profesional Incompleto  | (11) |
| Secundaria Completa   | (6) | Profesional Completo    | (12) |
- 6.- Ocupación de cada uno de los contactos
- |                |     |
|----------------|-----|
| Manual         | (1) |
| Administrativo | (2) |
| Técnico        | (3) |
| Profesional    | (4) |
| Estudiante     | (5) |
| Jubilado       | (6) |
| Hogar          | (7) |
- 7.- Lugar de procedencia de cada uno de los contactos ( )
- |                  |     |
|------------------|-----|
| Distrito Federal | (1) |
| Foráneos         | (2) |
- 8.- Tiempo de conocer al contacto \_\_\_\_\_
- 9.- Tiene información acerca del SIDA ( )
- |    |     |
|----|-----|
| Sí | (1) |
| No | (2) |
- De que tipo \_\_\_\_\_
- 10.- Se ha realizado algún examen médico
- |    |     |
|----|-----|
| Sí | (1) |
| No | (2) |
- Cual \_\_\_\_\_
- 11.- Qué tipo de relación mantiene o mantuvo con el contacto ( )
- |          |     |      |     |
|----------|-----|------|-----|
| Sexual   | (1) | Otro | (3) |
| Afectiva | (2) |      |     |