

14
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA INTERVENCION DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL ANTE EL PROBLEMA DEL SIDA, EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A N

MARIA DE JESUS D. CRUZ ESQUIVEL

OLGA VERONICA SANCHEZ HINOJOSA

MARIA DEL CARMEN VIDALS ROJAS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
I. LA SALUD EN MEXICO	
1.1. Sistema Nacional de Salud	4
1.2. Instituciones de Salud en México	9
1.3. Acciones del Estado Ante el Problema del SIDA (Creación del CONASIDA bajo Decreto Presidencial)	15
REFERENCIAS Y ACLARACIONES	32
II. TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD	
2.1. Concepto de Trabajo Social.....	34
2.2. Trabajo Social Médico.....	39
2.3. Funciones de Trabajo Social	43
2.4. Funciones de Trabajo Social Médico.....	46
REFERENCIAS Y ACLARACIONES	56
III. ASPECTOS GENERALES DEL SIDA	
3.1. Qué es el Virus de Inmunodeficiencia	

Humana (V.I.H.).....	59
3.2. Antecedentes del V.I.H. en México. (Grupos con Prácticas de Alto Riesgo).	69
3.3. Vías de Transmisión.....	74
3.4. Fases de la enfermedad	83
3.5. Mecanismos de Prevención	88
REFERENCIAS Y ACLARACIONES	94
 IV. HOSPITAL DE INFECTOLOGÍA	
4.1. Antecedentes	96
4.2. Objetivos Institucionales	98
4.3. Objetivos y Funciones del Trabajo Social	102
4.4. Actividades que Desarrolla el Trabajo Social	104
 V. VINCULACION TEORICA - PRACTICA	
5.1. Planteamiento del Problema	109
5.2. Elaboración de Objetivo e Hipótesis....	111
5.3. Elaboración y Aplicación de Técnicas e Instrumentos	114
5.4. Codificación de la Información Obtenida	123

5.5. Interpretación y Análisis	123
5.6. Presentación de la Información	140
 VI. ALTERNATIVAS DE ACCION	
6.1. Plan General y Programas	211
6.2. Proyecto: " Educación para Trabajadores Acerca del V.I.H. / SIDA ".....	228
6.3. Proyecto: " Orientación a Familiares para el Cuidado de Pacientes con V.I.H. "	234
6.4. Proyecto: " Lapacitación y Adiestra - miento al Personal Médico y Paramédico de las U.M.f. del IMSS, para el Trato - Adecuado de Individuos de SIDA ".....	239
REFERENCIAS Y ACLARACIONES	244
 CONCLUSIONES	 246
SUGERENCIAS	249
GLOSARIO.....	252
 BIBLIOGRAFIA	 257

INTRODUCCION

En México, las enfermedades infecciosas ocupan en la actualidad un lugar relevante en cuanto a las tasas de morbilidad y mortalidad ya que ostentan los primeros sitios en cuanto a ellos, siendo principalmente la gastroenteritis y diarreas, amibiasis, tifoidea e infecciones respiratorias. Sin embargo en la década de los ochentas aparece en el mundo una nueva enfermedad infecciosa : EL SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) el cual gradualmente ha ido cobrando víctimas y se ha propagado en la población infantil, joven, adulta y tercera edad, siendo ello un gran reto para la medicina moderna pues sólo se conocen las vías de transmisión y por tanto hasta el momento la única alternativa de acción es la prevención.

Por ello las instituciones de salud se han dado a la tarea de combatir esta enfermedad, así como el Estado se ha preocupado creando un organismo especial enfocado a la orientación, detección y prevención de seropositivos el cual recibe el nombre de Consejo Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA). Por su parte el IMSS se ha encargado de detectar y atender a pacientes infectados, en donde según los registros estadísticos hubo una incidencia de 946 pacientes tanto portadores como enfermos en el primer cuatrimestre del año de

1990.

La atención de estos individuos requiere de la conjunción de un equipo multidisciplinario integrado por Médicos, Trabajadores Sociales y Psicólogos, no obstante son los primeros, quienes desarrollan estudios con un enfoque médico en relación a este padecimiento, y el ámbito social ha quedado rezagado motivo por el cual se realizó esta investigación tratando de cubrir algunos aspectos que no habían sido tomados en consideración, y que en un momento determinado pueden ser de gran utilidad para dar alternativas de solución a esta problemática.

En el desarrollo del presente trabajo de tesis se partió de lo general a lo particular (método deductivo - inductivo), abordando la teoría y práctica. Trabajo que está constituido por seis capítulos de los cuales los cuatro primeros son teóricos, donde se contempla la conformación del Sistema Nacional de Salud en nuestro país, así mismo la participación del Trabajo Social Médico en el área de la salud, aspectos generales del SIDA y del Hospital de Infectología; los dos subsecuentes se refieren al trabajo práctico lo que nos permite conocer el perfil familiar, laboral y económico del paciente seropositivo con la finalidad de plantear alternativas de acción para el trato y cuidado de estos individuos, a través de una planeación específica para ello, mismo que se mostrará en

el curso de esta presentación.

CAPITULO 1

LA SALUD EN MEXICO

I. LA SALUD EN MEXICO

1.1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La concepción del fenómeno salud-enfermedad como todo evento social ha sufrido influencia ideológica predominante de la sociedad aún cuando actualmente se acepta que la relación salud-enfermedad depende en gran medida de las condiciones materiales de existencia de los hombres, del medio ambiente físico y social en el que estos se desenvuelven. En un país como México cuyas características históricas lo definen económica, política y socialmente como una nación dependiente, el hablar acerca de la salud de sus habitantes es un factor que se debe tener presente, en la medida en que la estructura económico social condiciona y determina la salud de un pueblo. Por lo cual en lo que se refiere a la intervención del Estado en el campo de la salud se caracteriza por dos etapas. La primera se destaca porque durante su transcurso se utiliza "la atención médica como factor coadyuvante para modificar las formas y relaciones de producción en el campo" (1) y lograr modificaciones en la concepción del papel del Estado ante la salud de la población mexicana. La segunda se

tipifica porque durante ella se consolida la atención médica como una modalidad hegemónica de la intervención del Estado en el ámbito de la salud, puesto que se le orienta básicamente a mantener y recuperar la fuerza de trabajo para la industria mediante la elaboración y puesta en marcha de un Plan Nacional de Salud. Como respuesta a un derecho de igualdad a la salud propuesto en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.), donde se estipula que debido a la desigual distribución de los servicios de salud a la población es necesaria la integración de los mismos a fin de ampliar la cobertura de ellos a un mayor número de mexicanos, haciéndose evidente la conformación de un Sistema Nacional de Salud dentro del marco del Sistema Nacional de Planeación y del Plan Nacional de Salud, por tal motivo se crea en agosto de 1981 la Coordinación de los Servicios de Salud siendo su objetivo: " determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos para coordinar e integrar en forma eficiente las acciones y recursos de los servicios de salud a la población. " (2)

El Sistema Nacional de Salud tiene por objetivo " garantizar el derecho a la protección de la salud, a través de los mecanismos de coordinación de las dependencias y entidades de la administración pública (federales y locales) y de las personas físicas y morales del sector social y privado

que prestan sus servicios . "(3) En México se ofrece una gama muy amplia de matices que no permiten hacer una caracterización fácil, es decir se trata de un sistema muy peculiar de servicios de salud que corresponde genéricamente a:

1. Asistencia Pública

Incluye rudimentarios servicios asistenciales y de salud pública de la Secretaría de Salud, a los servicios médicos de algunas dependencias e institutos de seguridad social.

Teóricamente se postula que la salud es un derecho de todos los mexicanos para fomentar, conservar y recuperar la salud.

2. Instituciones de Seguridad Social y los Servicios Médicos de Dependencias Estatales o Paraestatales.

Estas instituciones se basan en un derecho gremial a la prestación de servicios de salud entre otros a través de diferentes fórmulas de financiamiento, generalmente bipartita y tripartita es decir con aportaciones provenientes de los empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno.

3. Servicios de Salud Privados

Constituidos por profesionales que trabajan en forma individual, o por grupos reunidos en unidades de atención externa y/u hospitalarias que prestan servicios con afán de lucro, sujetos a las leyes del mercado y al régimen de libre empresa.

En cada una de estas modalidades la atención a la salud se da en tres niveles y son los siguientes:

a) Nivel de Atención Primario

En él se trata de implementar programas que involucren la participación de la población promoviendo acciones de bajo costo y prácticas sencillas, orientadas a la prevención, promoción y la recuperación de la salud.

b) Nivel de Atención Secundario

En esta fase existe un acercamiento a la Institución de Salud para llevar a cabo un diagnóstico temprano, el control y tratamiento de padecimientos, cuenta con mayores recursos de diagnóstico y terapéutica para padecimientos no muy complejos que pueden requerir hospitalización. Cuenta con espe-

cialidades básicas de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna.

c) Nivel de Atención Terciario

Implica la estructura de equipos interdisciplinarios y cuyo nivel de intervención requiere de la especialización del personal y además realiza importantes labores de docencia e investigación.

Una vez descrita la composición del Sistema Nacional de Salud y los niveles de atención a la salud es necesario mencionar que en los últimos años, no obstante las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país se han conseguido avances en materia de salud, pues se ha logrado un mejoramiento de las condiciones generales de bienestar del país; la mayoría de los mexicanos tienen acceso a establecimientos permanentes de servicios de salud y se ha logrado una fase regulada de crecimiento de la población. Sin embargo en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni la calidad deseada; debido a ello la presente administración gubernamental propone lo siguiente: " el objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y pres-

taciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social con el concurso de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios "(4).

Así pues el Plan Nacional de Desarrollo del Licenciado Carlos Salinas de Gortari, como la Ley General de Salud y su reglamento de prestación de servicios de atención médica legislan ahora el funcionamiento de servicios hospitalarios. Se centralizan la coordinación normativa de los sectores público, social y privado y al mismo tiempo se descentralizan la operación de los hospitales en beneficio de una modernización administrativa que ayude al mejor aprovechamiento de recursos, a extender la cobertura y aumentar la calidad de atención médica. Si bien la Secretaría dirige ahora sus principales esfuerzos hacia la atención primaria para resolver los problemas de salud del mexicano, considerando los servicios de los niveles de atención secundario y terciario para relacionarlos con el primero de los niveles. El modelo de atención a la salud de la población abierta constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud.

1.2. INSTITUCIONES DE SALUD EN MEXICO

La atención médica ha pasado por distintas etapas, en la

Colonia la ayuda a los menesterosos era realizada por instituciones clericales o en lugares patrocinados por el gobierno Virreinal o algún particular, la ideología cristiana de ayuda al prójimo y la caridad determinó la aparición de asilos, hospitales, casas de asistencia y orfanatorios; tras la Independencia la noción cristiana de la caridad se vió cambiada de nombre más no de su esencia filantrópica, por la idea liberal de la beneficencia pública, es decir el Estado ejercería una obra filantrópica en materia hospitalaria sin que esto significara una obligación para llevarla a cabo, continuando vivas las formas privadas de beneficencia.

En el Porfiriato resurgieron las ideas de la beneficencia y salubridad después de una época de crisis en las décadas pasadas, siguiendo la línea de un régimen ideológico de la atención médica como expresión filantrópica, fundándose en esa época el Hospital General de México; pasada la Revolución las organizaciones e instituciones de beneficencia pública y privada continuaron inalteradas, aunque con cambios de membrete al mismo tiempo fueron creados el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad (1917), pero no fue sino a partir de la tercera década de este siglo que se modificó el concepto de beneficencia surgiendo entonces la idea de la Asistencia Social como una función obligatoria del Estado lo que aparentemente suponía la terminación del filan-

tropismo.

Emergiendo así la atención a la salud como un derecho de todos los individuos al mismo tiempo que se gestaba la idea de la Seguridad Social. En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública teóricamente destinada a brindar atención médica y asistencia social a todos los sectores de la población.

A fines de los años treinta los servicios de salud no eran una obligación del Estado, quedaban al arbitrio de la beneficencia pública y privada. Las acciones que aquél emprendía a nivel nacional eran primordialmente de saneamiento y en segundo término las de asistencia médico social. En el Cardenismo dió inicio una política de atención para la salud al medio rural, que en 1941 pasaron a ser los servicios rurales cooperativos, se impulsaron acciones para la integración de los pueblos indígenas que incluían la prestación de servicios médicos.

A partir de los años cuarenta, la creciente industrialización y la política de protección al capital por parte del Estado propiciaron una racionalización de los servicios públicos de salud. En 1943 se fusionaron la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad, naciendo así

la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Así mismo en 1943 se dio lugar a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, que comenzó a proporcionar servicios médicos al sector más productivo del país: los asalariados urbanos y el proletariado industrial. El IMSS concentró recursos públicos para atender a una pequeña fracción de la clase trabajadora, esta institución se financió básicamente, con recursos obrero-patronales y aportaciones estatales; sus servicios van dirigidos a quienes han pagado cuotas de afiliación, el eje del modelo económico de desarrollo del país, a la que había que mantener en buenas condiciones para la producción preservando su salud o rehabilitándola para la vida productiva.

Años después en 1960, dado el crecimiento de la burocracia estatal y sus demandas asistenciales se creó el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que entre sus funciones cuenta, con proporcionar servicios de salud, a los trabajadores de la Federación permitiendo así elevar los niveles de vida del servidor público. Sobre la misma base fueron creándose los servicios de salud de algunos organismos y empresas descentralizadas, como PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, Comisión Federal de Electricidad, etc. y de dependencias estatales selectivas como Secre-

taría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en esta década también surgieron instituciones de asistencia médico social para la población infantil, tales como el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) que a partir de 1977 han sido reunidos en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Continuando con la evolución de las instituciones de atención médica por supuesto se ven seriamente afectadas debido a la crisis económica-financiera por la que atravesaba el país en la década de los setenta esto impidió la materialización de proyectos de expansión de coberturas, tanto para la asistencia pública como para la seguridad social.

Para la década de los ochenta la zona metropolitana de la ciudad de México se encuentra conformada por el Distrito Federal y quince municipios aledaños del Estado de México, se estima que en esta área viven cerca de 18 millones de personas, la atención a la salud del 62% de los habitantes está cubierta por instituciones de seguridad social y se calcula que alrededor del 5% utilizan servicios médicos privados. El resto (33%) es decir la denominada población abierta, se atiende en servicios de la Secretaría de Salud (SS) del De-

partamento del Distrito Federal y del Estado de México.

De los 6.5 millones de personas consideradas como población abierta 2.9 millones habitan en el Distrito Federal y 3.6 millones residen en municipios conurbados del Estado de México. El sector salud desde diciembre de 1982, al advertir la diferenciación entre el nivel primario y el nivel secundario en relación a la atención para la salud, deriva principalmente de una falta de armonía en el desarrollo histórico de la prestación de los servicios, motivo por el cual puso en marcha acciones tendientes a disminuir los rezagos en materia de cobertura integral; a evitar el desequilibrio entre los recursos por niveles de atención; a disminuir el déficit en la disponibilidad de camas hospitalarias para atender a la población no protegida por la seguridad social, así como a eliminar los desequilibrios regionales y la concentración de recursos en aquellas áreas de más amplio desarrollo económico.

Entre las acciones emprendidas se encuentra la conformación de un Sistema Nacional de Salud, que contempla la participación de los sectores público, social y privado para lograr la atención adecuada de todos los mexicanos.

1.3. ACCIONES DEL ESTADO SOBRE EL PROBLEMA DEL SIDA (CREACION DEL CONASIDA COMO DECRETO PRESIDENCIAL)

Desde abril de 1987, el SIDA se convirtió en nuestro país en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica, es por ello que fue necesario tomar medidas de carácter inmediato y obligatorio; una de las medidas que se llevaron a cabo y que tuvieron mayor efecto epidemiológico en el combate del síndrome fue prohibir la comercialización de la sangre ya que la tercera parte de la existente en bancos provenía de donadores profesionales los cuales en su mayoría tenían problemas de salud e incluso infecciones por V.I.H. Por ello se diseñó y puso en marcha una campaña educativa con diversas estrategias dependiendo a la población que va dirigida: homosexuales, prostitutas y población en general, la primera fase de esta campaña se centró en tres formas de prevención; la práctica ideal de una relación monógama, el empleo del condón en el caso de no tener una pareja estable y el uso de jeringas desechables. La prevención se realiza mediante la información masiva de los medios de comunicación a través de la participación voluntaria de personalidades del mundo artístico y deportivo.

La sociedad mexicana ha respondido con la creación y or-

ganización de grupos en asociaciones civiles y sociales, grupos de homosexuales y de gentes interesadas en ofrecer su trabajo para que no continúe la expansión de la enfermedad; debido a la índole del padecimiento es necesario proporcionar información a la familia, al enfermo y a la comunidad para que adquiera la prevención como un compromiso.

Es conveniente mencionar que en el año de 1986 se creó en México el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA) con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA, así como de establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control; y coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud del país.

Este Comité evolucionó por la magnitud y complejidad del problema y la necesidad de impulsar el programa hasta convertirse en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud. El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA fue creado por decreto presidencial en agosto de 1988 conservando las siglas de CONASIDA. Cabe señalar que este organismo cuenta con la representación de diversas instituciones de salud y de los sectores público y privado, ya que se busca promover la interacción de los tres actores en juego para lo-

gran congruencia y consenso en las medidas que se adopten frente al padecimiento.

Motivo por el cual se presenta a continuación el decreto presidencial que da origen al CONASIDA como medida del Estado para la prevención y control de la epidemia del SIDA.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Diario Oficial. Miércoles 24 de agosto de 1988.

Miguel de la Madrid Hurtado, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 17 y 39 fracción VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 3o., fracción XV, 5o., 133 fracciones II y IV, 134, 136 y 141 de la Ley General de Salud, y considerando.

Que el artículo 4o. de la Constitución General de la República. consagra en su tercer párrafo, como garantía social, el derecho de toda persona a la protección de la salud, cuyo

cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud;

Que la Ley General de Salud dispone que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, profesionales, técnicos y auxiliares y de la población en general para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades;

Que la Ley enunciada en el párrafo anterior determina las facultades que corresponden a la Secretaría de Salud para coordinar sus actividades con otras dependencias y entidades públicas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades transmisibles;

Que la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control;

Que con las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 1987, se ha dado, entre otros, un gran avance para combatir el problema que representa el Síndrome de Inmunodeficiencia

Humana al incorporarse el mismo en la lista de enfermedades de notificación obligatoria;

Que la inclusión del SIDA a la lista mencionada en el considerado anterior, implica que las autoridades sanitarias deben realizar actividades tendientes a su vigilancia epidemiológica, así como su prevención y control con el firme propósito de combatirlo;

Que en virtud de lo anterior y tomando en cuenta el incremento de casos de SIDA en el país y su repercusión en la salud pública, se hace necesario contar con una instancia que en forma organizada coordine las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. he tenido a bien expedir el siguiente:

DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

ARTICULO 1o. Se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida CONASIDA -, cuyo objeto consistirá en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y priva-

do tendientes a combatir la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

El Consejo será un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, y realizará las funciones a las que se refiere el párrafo anterior sin perjuicio de las atribuciones que, a través de otras unidades administrativas realice dicha secretaría, en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles y de investigación para la salud, así como de las que al Consejo de Salubridad General le confiere la Constitución General de la República y otras disposiciones legales.

ARTICULO 2o. El órgano desconcentrado para la consecución de su objeto, tendrá las funciones siguientes:

1. Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados;

II. Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados con el objeto de que éstos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

III. Proponer el Programa Nacional para la Prevención y Control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

IV. Promover y apoyar la realización de investigaciones en relación al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

V. Fijar criterios en materia de investigación y eventos científicos;

VI. Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de la Salud;

VII. Proponer al consejo, proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

VIII. Sugerir medidas de prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

IX. Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal en función del combate a la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

X. Expedir sus bases de organización y funcionamiento,
y

XI. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos.

ARTICULO 3o. Para el cumplimiento de sus atribuciones el órgano contará con:

I. El Consejo

II. El coordinador General y

III. El Patronato.

ARTICULO 4o. El consejo se integrará por vocales que serán representantes de las dependencias de la Administración Pública Federal centralizada que sean invitadas por el secre-

tario de salud, quien lo presidirá así como por representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán y del Instituto Nacional de la Salud Pública.

El consejo por conducto de su presidente, podrá invitar a sus sesiones a representantes de otras entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales, de las instituciones u organismos nacionales, internacionales o extranjeros que tengan relación con el objeto del consejo, así como representantes de los sectores social y privado cuyas actividades tengan relación con los asuntos a tratar en la sesión correspondiente.

Cada representante titular designará su respectivo suplente.

El consejo contará con un secretario de actas que será designado por el consejo, a propuesta de su presidente.

ARTICULO 5o. El presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en sus ausencias, será suplido por el coordinador general del mismo.

ARTICULO 6o. Los miembros del consejo se reunirán trimestralmente en sesiones ordinarias o en reuniones extraordinarias cuando sean convocadas por su presidente.

Las sesiones se llevarán a cabo con la asistencia del presidente de CONASIDA o quien lo supla y de la mayoría de los miembros permanentes del consejo. Las resoluciones se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes y, en caso de empate, quien preside tendrá voto de calidad.

ARTICULO 7o. El consejo tendrá las siguientes facultades:

I. Aprobar los programas, políticas, acciones y proyectos de aplicación de recursos del órgano desconcentrado;

II. Autorizar los programas de investigación, prevención y control de la epidemia, y de concertación de acciones con los sectores social y privado;

III. Aprobar los programas de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los estados;

IV. Aprobar y someter al Secretario de Salud, el Progra-

ma Nacional para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

V. Someter a la Secretaría de Salud, proyectos de reformas a disposiciones jurídicas, y

VI. Las demás necesarias para el debido cumplimiento de las atribuciones del órgano desconcentrado.

ARTICULO 8o. El presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida tendrá las siguientes funciones;

I. Presidir las sesiones de consejo;

II. Convocar a los miembros del consejo, por conducto del secretario de actas, a la celebración de sesiones del mismo;

III. Proponer a los miembros del consejo la designación del secretario de actas, y

IV. Invitar a quienes pueden asistir a las sesiones en los términos del artículo 4o. de este Decreto.

ARTICULO 9o. El secretario de actas auxiliará al presidente en el adecuado desarrollo de las sesiones y al efecto tendrá facultades que le señalen las bases de organización y

funcionamiento del consejo.

ARTICULO 10o. El coordinador general del consejo, que será designado por el secretario de salud, tendrá las facultades siguientes:

I. Formular el programa de trabajo del órgano desconcentrado y de las áreas a su cargo y presentarlos al consejo para su aprobación;

II. Formular los proyectos de programas que permitan el óptimo aprovechamiento de los recursos;

III. Tomar las medidas pertinentes a fin de que las resoluciones del consejo se cumplan de manera articulada, congruente y eficaz, ya sea que su ejecución corresponda al propio órgano o bien a las dependencias, entidades e instituciones participantes en el consejo;

IV. Establecer los sistemas de operación y control necesarios para alcanzar los objetivos propuestos por el consejo en coordinación con las demás unidades de la Secretaría de Salud y mantener la coordinación con las dependencias, entidades e instituciones involucradas;

V. Presentar periódicamente al consejo de informes de las actividades a su cargo. En el informe y en los documentos de apoyo se cotejarán los objetivos propuestos y los compromisos asumidos con las realizaciones alcanzadas;

VI. Coordinar las actividades de los comités a que se refiere el artículo 11 de este Decreto, así como proponer al consejo la designación de sus respectivos coordinadores y demás integrantes;

VII. Administrar, ya sea directa o indirectamente los recursos humanos, materiales y financieros que se asignen al órgano, y

VIII. Las demás que le confiera el consejo.

ARTICULO 11. Para el cumplimiento de su objeto, el consejo contará con los comités que al efecto establezca.

La integración de cada uno de los comités, así como su organización y su funcionamiento se sujetarán a lo que dispongan las bases de organización y funcionamiento del propio consejo.

ARTICULO 12. Las dependencias y entidades que, conforme

a lo previsto en el artículo 4o. de este Decreto, formen parte del consejo como miembros permanentes, deberán:

I. Proveer la información estadística institucional relativa al objeto del consejo como miembros y de conformidad con los criterios que fije el mismo.

II. Hacer del conocimiento del consejo los proyectos de investigación que realicen o auspicien en relación con el objeto del mismo;

III. Proporcionar al consejo la información a la infraestructura de que dispongan para propiciar la colaboración institucional y el apoyo recíproco para el combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, y

IV. Tomar las medidas necesarias para hacer efectivos los acuerdos y recomendaciones que se tomen en el seno del consejo.

ARTICULO 13. Las Dependencias y entidades de la administración pública federal, que formen parte del consejo, prestarán el apoyo necesario para el adecuado funcionamiento del órgano desconcentrado.

ARTICULO 14. El patronato tendrá las siguientes facultades:

I. Apoyar las actividades del consejo y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño;

II. Alentar la participación de la comunidad en acciones que desarrolle el órgano;

III. Contribuir a la obtención de recursos que permitan un adecuado desarrollo de las funciones del órgano.

IV. Proponer al coordinador general, de conformidad con las políticas y los lineamientos que establezca el consejo, la manera en que pueden ser aplicados los recursos obtenidos por el propio patronato para ser destinados al combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y en su caso, realizar la administración de dichos recursos, y

V. Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

ARTICULO 15. El patronato estará integrado por un presidente, un secretario, un tesorero y por los vocales que designe el consejo entre las personas de reconocida honorabi-

lidad, pertenecientes a los sectores social y privado o de la comunidad en general, las cuales podrán ser propuestas por el presidente del consejo. El coordinador general participará en las reuniones del patronato.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Los miembros del consejo celebrarán sesión plenaria de integración dentro de los sesenta días siguientes a la fecha de publicación de este Decreto.

TERCERO. El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida expedirá, dentro de los sesenta días siguientes a la fecha en que se celebra la sesión plenaria de integración, sus bases de organización y funcionamiento.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los diecinueve días del mes de agosto de mil novecientos ochenta y ocho.- Miguel de

la Madrid H.- Rúbrica.- El Secretario de Programación y Presupuesto, Pedro Aspe Armella.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo.- Rúbrica.

REFERENCIAS Y ACLARACIONES

CAPITULO 1

Página	Referencia
4	(1) Ortiz Quezada Federico " Vida y muerte del me- xicano I " , folios - ediciones. México - 1982. p. 52.
5	(2) Soberón Acevedo Gui- llermo. " Hacia un Sistema Nacional de Salud " 1933- 1983, UNAM México 1983, p. 13.
6	(3) Ibid.
9	(4) Plan Nacional de Desa- rrollo 1989 - 1994. P2 del Ejecutivo Federal.

S.P.F. México 1989. -

p. 105.

CAPITULO II

EL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

II. TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

2.1. CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL

Con la aparición del cristianismo se reafirma la dignidad humana y el sentido de la libertad, esto permitió la lenta evolución hacia un orden constitutivo de los principios de solidaridad en que se basan la disciplina de Trabajo Social.

Su estructuración comienza con los albores de la edad moderna, al resurgir un humanismo impregnado de las nuevas concepciones y bajo el auge de la metodología científica; así pues, como antecedentes históricos de protección y asistencia al necesitado, tenemos al filósofo español Juan Luis Vives (s. XVI) ; quien es considerado como el precursor de la Asistencia Social Organizada, así lo estableció en su obra " Tratado de Socorro a los Pobres " conformada por una serie de normas y principios para la ayuda al prójimo. Preocupaciones similares encontramos en la obra de San Vicente de Paul que junto con Luisa Marillac organizó a las Damas de la Caridad, entidad integrada por mujeres pertenecientes a familias aristocráticas, dedicadas a visitar a los enfermos en los hospitales y a los pobres en su domicilios para llevarles ayuda

necesaria, encargándose cada una de cierto número de familias.

Para 1780, surge la inquietud de que la ayuda a necesitados se convierte en una ciencia basada en la observación y teniendo en cuenta que el objetivo debía ser el mejoramiento social, según Tomás Chalmers. Retomando estos principios en 1869 se fundó en Londres la Sociedad de la Organización de la Caridad (C.O.S.), con el propósito de evitar que se continuara prestando ayuda indiscriminada a los indigentes coordinando instituciones dedicadas a la atención de los mismos; para capacitar al personal de la C.O.S., y a sus futuros agentes(*) se crea en 1898 la Escuela de Filantropía en Nueva York, con cursos de seis semanas que luego pasaron a ser semestrales.

Sin embargo, la primera escuela en formación teórico-práctica sistemática en Trabajo Social fue la de Amsterdam, creada en 1899 con cursos que duraban inicialmente dos años.

Con el progreso científico y tecnológico que tiene como resultado la Revolución Industrial, el Trabajo Social se convierte en una respuesta a la situación que en esos momentos vive la sociedad apeándose así a las teorías sociológicas y

filosóficas que fueron apareciendo en el desarrollo histórico.

Así mismo, a través de la evolución del Trabajo Social como profesión se ha conceptualizado de distintas formas: uno de los aspectos en que más se difiere es el discernir si es una tecnología o una disciplina, para ello, se retomarán a Natalio Kisnerman y Ezequiel Ander Egg. El primero considera al Trabajo Social como tecnología, cuando "crea operadores de métodos y técnicas sin tener en cuenta los cambios en los contenidos ni en la composición ocupacional", y sin poseer un objeto definido; no obstante, lo retoma como disciplina en el momento que se tiene un objeto definido y adquiere un manejo conceptual de los problemas que aborda acumulando una cantidad enorme de información a lo largo de su desarrollo.

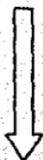
El segundo autor relaciona los dos elementos propuestos por Natalio Kisnerman en un solo concepto: "el Trabajo Social es una tecnología social por el uso y aplicación sistemática del conocimiento científico (u otro conocimiento organizado); y de su articulación con técnicas y prácticas, con el fin de lograr resultados específicos y alcanzar metas preestablecidas en orden a la transformación de la realidad".

A continuación se presenta para su mayor comprensión en

forma esquemática:

TECNOLOGIA SOCIAL

Uso y aplicación del conocimiento científico (Sociología, Psicología, Antropología, etc).



Articulado por técnicas y prácticas  Su objetivo es

transformar la realidad.

Llegando a :



Resultados específicos.



Metas pre establecidas.

Retomando ambos conceptos definimos al Trabajo Social como una disciplina de las Ciencias Sociales, ya que utiliza

métodos y técnicas y se basa en una fundamentación teórica, teniendo por tanto un objeto definido.

Ya señalado el Trabajo Social como disciplina, nos abocaremos a establecer algunos conceptos de Trabajo Social:

El Trabajo Social es un " conjunto de múltiples actividades conducentes a obtener el bienestar económico y social de los seres humanos, apoyando toda acción en recursos propios de cada individuo y en la comprensión y reconocimiento que de sus problemas logre cada cual, ésta forma de actuar se fundamenta en el convencimiento de que la verdadera felicidad se encuentra en la efectividad del esfuerzo personal y voluntario " (1).

Trabajo Social " es la disciplina que se ocupa de conocer las causas-efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora que los supere " (2).

Trabajo Social " es una intervención intencionada y científica, por lo tanto, racional y organizada en la realidad social, para conocerla-transformarla, contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar social de la población, entendido éste como un sistema global de acciones que respondiendo al conjunto de las aspiraciones sociales eleva

la calidad de vida de una sociedad " (3).

Fundamentándose en lo anterior, a los conceptos que se hace referencia, consideramos que el Trabajo Social es una disciplina de las Ciencias Sociales que tiene por objeto el desarrollo integral y la satisfacción de necesidades del individuo y su comunidad, mediante la utilización de sus propios recursos a través de la organización, promoción y educación.

2.2. TRABAJO SOCIAL MEDICO

La profesión de Trabajo Social se desarrolla en diversas áreas como son: penitenciaria y criminológica, escolar, salud, asistencia social, seguridad social, vivienda, industrial, promoción social, rural y urbana, turismo social.

Debido al aspecto que se aborda mencionaremos el área denominada de salud.

El Trabajo Social en el área de la salud fue " creado en 1905 por el Dr. Richard Cabot, cabe mencionar que es el que mayor número de trabajadores sociales demanda " (4); en

América Latina fue uno de los primeros programas, y a través del tiempo ha seguido cobrando una importancia preponderante, el cual se desarrolla principalmente en hospitales y centros de salud. En este campo ha predominado en forma total el método de casos y en ocasiones se procura hacer acciones de tipo grupal.

En nuestro país, a partir de 1943 aproximadamente empiezan a ser contratados trabajadores sociales para desempeñar funciones de orientación y ayuda a la población hospitalizada.

Al principio, se ocuparon principalmente de la fijación de cuotas; así como de promover la ayuda material para los enfermos con mayores carencias, pero a medida que fue destacando el papel del trabajador social, se le empezó a ubicar como el profesionalista capaz de "mantener la conexión entre el paciente y su hogar, cuando aquel se encuentre fuera de su medio familiar; debe contribuir a suprimir todos los motivos de preocupación que el enfermo pueda experimentar sobre su familia, demostrándole que ésta no carece de lo necesario y que además está altamente interesada en la recuperación de él" (Flores González María Luisa). (5)

A medida que se avanza en la práctica profesional en estas áreas se van delimitando sus funciones, mismas que han sido

planteadas en diferentes definiciones, las cuales se presentan a continuación.

El Trabajo Social Médico es la " acción ejercida mediante metodología científica para el conocimiento de los factores sociales que influyen en la salud, para intervenir en la planeación, investigación y administración de programas tendientes a concientizar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a las transformaciones sociales necesarias para la salud integral " (S.S.A. Subsecretaría de Planeación). (6)

Otra definición más, considera que " el Trabajo Social en el campo de la salud es el conjunto de procedimientos encaminados a investigar los factores sociales que afectan la salud de la colectividad, a fin de proponer, coordinar y ejecutar alternativas viables que modifiquen dichos factores " (Casa Torres, Graciela). (7)

También se considera que el " Trabajo Social en el área de la salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que, objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la salud, por lo que se refiere de identificar las formas y los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden

a alcanzar la salud integral de los individuos, grupos y comunidades " (Terán Trillo, Margarita). (8)

Considerando los aspectos afines de las definiciones que se citan en párrafos anteriores, podemos concluir que se refieren a situaciones similares; es por ello, que se cree conveniente formular un concepto que los englobe y uno operativo; los más acordes con ello son:

Definición General. " El Trabajo Social del área de la salud es el conjunto de acciones metodológicamente orientados mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendientes a: educar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a su salud integral ".

Definición Operativa. " El Trabajador Social del área de la salud es un elemento del equipo de salud que desarrolla acciones metodológicas tendientes al estudio de carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad; así como a la identificación y utilización de recursos disponibles para su atención y de esta manera poder establecer alternativas de acción para la promoción, educación, recuperación y rehabilitación de la salud, con la participación del individuo, grupos y comunidades ".

Se puede observar efectivamente que en el ejercicio profesional se realizan las actividades mencionadas en la definición operativa de Trabajo Social: es decir, se lleva a cabo la promoción, educación, recuperación y rehabilitación de la salud, lo cual conlleva no solo a la participación del individuo enfermo, pues también se involucra al grupo y a la comunidad.

Es importante señalar que para llevar a efecto tales objetivos, el trabajador social participa en forma integrada con otros profesionales enfocados al área de la salud, es decir participa en un equipo interdisciplinario, tomando en cuenta los recursos propios del individuo y de la institución donde desempeñe sus funciones, para así contribuir con su actuación a asociar el entorno biopsicosocial del paciente y proponer alternativas de acción.

2.3. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL

Para la mejor comprensión de éste apartado es conveniente, describir el concepto genérico de función; ya que éste término aparece con la corriente funcionalista, cuyos máximos

ponentes son: Robert K. Merton, Max Weber y Herbert Spencer, que de alguna manera influyeron en la teoría del Trabajo Social; sin embargo, se enfoca más al mismo en el documento de Teresopolis donde se define a la función como: "serie de actividades organizadas para satisfacer o ejecutar un fin y/o un objetivo". Es necesario saber que la función no es igual a la actividad, ya que ésta se define como "el conjunto de tareas para lograr algo, lo cual surge de una necesidad".

Una vez clarificados ambos términos, podemos mencionar que la función es general y engloba a las actividades, las cuales son más concretas. Ahora bien, las funciones propias del Trabajo Social son:

INVESTIGACION. Se hace con la finalidad de prestar un mejor servicio a un sector de la población, se planifica la intención de realizarla y corresponde a una determinada orientación político-social abarcando la administración y capacitación a los investigadores; así mismo, se debe definir y delimitar el objeto, construir marco teórico, un diseño de investigación e informar al universo de la investigación. Las actividades y técnicas que se utilizan se derivan de los objetivos propuestos.

PLANEACION. Es la elaboración de planes, programas y

proyectos con la finalidad de proponer alternativas de acción, para la atención de los problemas sociales.

EDUCACION SOCIAL. Busca una participación más activa e inteligente del individuo en su medio y una orientación de los asuntos sociales basados en el análisis crítico y decisión autónoma de las personas.

La educación social es posible en la medida que desarrolla la posibilidad de que el comportamiento individual y colectivo sea motivado y decidido con intervención del conocimiento y razonamiento en la forma más objetiva. En el Trabajo Social esta educación tiene una proyección a nivel micro y macro social: a nivel micro va a laborar con grupos y familias en donde se pueden utilizar diversas técnicas grupales; a nivel macro social, se refiere a ciudades, países, etc., a través de los medios masivos de comunicación.

PROMOCION SOCIAL. Estimula y provoca medidas tendientes para el logro y mejoramiento de calidad de vida en la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas; mediante esta promoción se llega a la autogestión. (**)

Las funciones mencionadas anteriormente a grosso modo

son las más generales en el Trabajo Social; no obstante, no debemos descartar la idea de que existen otras que pueden considerarse dentro de éstas o bien complementarias, por lo tanto, se considera que para el desarrollo laboral del Trabajo Social en cualquiera de las áreas a intervenir: educación, salud, vivienda, penitenciaria, etc., en relación a las instituciones las funciones del Trabajo Social se vinculan con las políticas y objetivos de la misma, todas éstas funciones deben estar interrelacionadas, así como desarrollarse para el logro de un mejor desempeño profesional.

2.4. FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL MEDICO

Una vez explicadas las funciones de la profesión de Trabajo Social, continuaremos con aquellas que se desempeñan en el campo de la salud, tanto a nivel individual como colectivo para participar desde los puntos de vista preventivo, de tratamiento y rehabilitación: las cuales por su carácter son específicas: porque responden a los objetivos y políticas de determinadas instituciones, donde se realiza el trabajo profesional. Estas funciones son:

INVESTIGACION. Una de las características del Trabajo

Social es la búsqueda y promoción de alternativas de solución a los problemas sociales en este caso manifiestos en la pérdida de la salud; por ello, esta función se ha hecho indispensable en el enfoque para sondear los problemas prioritarios médico-sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad. Las funciones particulares que corresponden al perfil profesional son:

FUNCION

ACTIVIDAD

INVESTIGACION

- Diseñar
- Identificar factores económico sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
- Conocer los aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.
- Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.
- Hacer estudios de prospectivas sociales por la educación para la salud en México.
- Establecer el perfil de los usuarios del servicio.

- Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de la salud (local, regional o nacional).

ADMINISTRACION. Formulación y participación en la planificación, ejecución y evaluación de políticas de salud, desde su punto de vista, así como también recolectar datos sobre los factores sociales que inciden en la enfermedad, su percepción y sus consecuencias sociales; en base a ello, se realiza la ficha social la cual será de gran utilidad para el equipo interdisciplinario de salud en la explicación de la génesis, desarrollo y consecuencias sociales de la enfermedad.

FUNCION

ACTIVIDAD

- Participar en planes, programas y proyectos.
- Participar en estimación de presupuestos y costos de la salud.
- Coordinación con instituciones de salud y bienestar social.
- Promover la ampliación de cobertura en los servicios.

ADMINISTRACION

- Optimización de la eficiencia de recursos intrainstitucionales.
- Controlar los procesos administrativos del servicio de Trabajo Social.
- Mejorar la atención integral en cantidad y calidad.
- Supervisión constante y asesoría a problemas específicos.
- Diseñar manuales de normas y procedimientos de Trabajo Social.
- Realizar material didáctico y de difusión.

EDUCACION. Las actividades que se realizan en este rubro son: orientar sobre los problemas de los enfermos para brindar alternativas de cambio de tal situación, así como también al equipo de salud procurando que este equipo perciba a las personas como miembros de grupos socioculturales y comprenda el papel que juegan las normas, valores y tradiciones en su comportamiento, facilitar la integración del enfermo a la institución creando situaciones para favorecer la comunicación y ocupación del tiempo libre, así como sensibilizar al medio para que contribuya a preservar, recuperar y rehabilitar la salud, organizar grupos de voluntarios para realizar

trámites y gestiones propias de la actividad de una institución de salud y formación de grupos centrados en la reflexión y capacitación sobre la enfermedad y sus consecuencias sociales, auxiliándose de distintos recursos didácticos, evitando la reincidencia de la enfermedad.

FUNCION

ACTIVIDAD

EDUCACION

- Información a la población sobre causas de morbilidad y mortalidad
- Impulsar la educación para la salud física y mental.
- Promover la paternidad responsable.
- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.
- Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo y del hogar.
- Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.
- Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.
- Diseño de material de apoyo didáctico

tico.

ENSEÑANZA. Capacitación, asesoría y supervisión del personal de Trabajo Social; así como estudiantes y pasantes, actualización en seminarios, congresos y foros a fin de mostrar al equipo de salud los aspectos sociales y emocionales que influyen en la salud y en la recuperación de enfermos para dar a conocer la acción de nuestra profesión en el área.

FUNCION

ACTIVIDAD

ENSEÑANZA

- Orientar a estudiantes y pasantes del sector.
- Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de Trabajo Social.
- Difundir funciones y programas de Trabajo Social ante nuevos miembros del equipo.
- Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.
- realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actuali-

zación en el área.

ASISTENCIA. En ésta función se realiza la aclaración de dudas en cuestión de los procedimientos realizados en el hospital que se susciten en el paciente y su familia; así como el recorrido de las salas en horas de visita para conocer la relación del enfermo con sus familiares y amigos, y la planeación con el médico y el enfermo sobre el egreso de éste del hospital; preparando a la familia, para que el enfermo encuentre posibilidades de recuperación y/o rehabilitación en su medio.

FUNCION

ACTIVIDAD

ASISTENCIA

- Orientación médico-social a pacientes y familiares.
- Realizar estudio y seguimiento de caso.
- Promover servicios de apoyo (ambulancia, funerarios, etc.)
- Canalizar enfermos a otras unidades operativas.

PROMOCION SOCIAL O COMUNITARIA. Se pretende prestar la atención integral que la circunstancia acredite capacitando y

animando un proceso en el cual los hombres se asuman sujetos activos y responsables en la acción organizada y transformadora que supere sus problemas, efectuando política y promoción social, estimulando y provocando medidas tendientes a lograr calidad de vida para la población creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.

FUNCION	ACTIVIDAD
PROMOCION SOCIAL O COMUNITARIA	- Participar en campañas comunitarias de salud.
	- Realizar estudios de comunidad
	- Integrar grupos de educación para la salud en comunidades para el aprovechamiento de recursos en pro de la salud.
	- Participar en acciones de atención en caso de desastre o siniestro.

ORIENTACION LEGAL. La función a la que nos referimos, se aboca a proporcionar información médico-legal a pacientes con problemas de esta índole o de medicina del trabajo, basándose en las leyes y estatutos correspondientes a la institución

Prestadora del servicio.

FUNCION

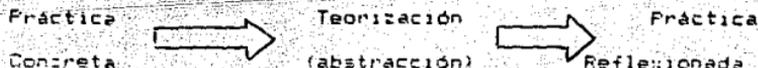
ACTIVIDAD

ORIENTACION LEGAL

- Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva.
- Establecer el aviso y coordinación con el agente del ministerio público.
- Canalizar el caso.

SISTEMATIZACION. Es una fase de la investigación, cuya finalidad es la organización, seguimiento y teorización de la disciplina en el área.

Recientemente el Trabajo Social utiliza como método específico a la misma, ya que permite partir de una práctica reflexionada, en la medida en que se vincula la teoría-práctica. Esquemáticamente se representa de la siguiente forma:



FUNCION

ACTIVIDAD

SISTEMATIZACION

- Analizar el conjunto de los casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del usuario.
- Teorizar sobre los procesos desarrollados en grupos de educación y capacitación.
- Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.
- Detectar indicadores sociales que influyan en los diferentes padecimientos de la población atendida.
- Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.
- Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas.
- Teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social.

REFERENCIAS Y ACLARACIONES

CAPITULO II

Página	Referencias
35	(*) Se hace referencia al termino agente como asistente social.
38	(1) Maidagan Ugarte Valentina " Manual de Servicio Social ", Buenos Aires. Ministerio de Asistencia Social y Salud Publica 1960, p. 67.
38	(2) ENTS - UNAM. " Conceptualización del Trabajo Social ". - Antología, Mexico. - 1989, p. 13

- 39 (3) Ibid.
- 39 (4) Op. Cit., ENTS -
UNAM, p. 212.
- 40 (5) Revista de Trabajo
Social. No. 37, Ene-
ro- Febrero- Marzo,
UNAM - ENTS, México
1989. p. 22.
- 41 (6) Ibid.
- 41 (7) Ibid.
- 42 (8) Op. Cit. p. 23.
- 45 (**) Autoestión: Es una
forma de organiza-
ción y dirección de
la sociedad en lo
económico, social,
cultural y político
en la cual los trabg
jadores - en cuanto

productores directos
y en cuanto a ciuda-
danos - controla los
resortes del poder y
los centros de deci-
sión mediante la de-
mocracia directa,
que permite una am-
plia y efectiva par-
ticipación de bienes
y beneficios de la
sociedad.

CAPITULO III

ASPECTOS GENEFALES DEL SIDA

III. ASPECTOS GENERALES DEL SIDA

3.1. QUE ES EL V.I.H.

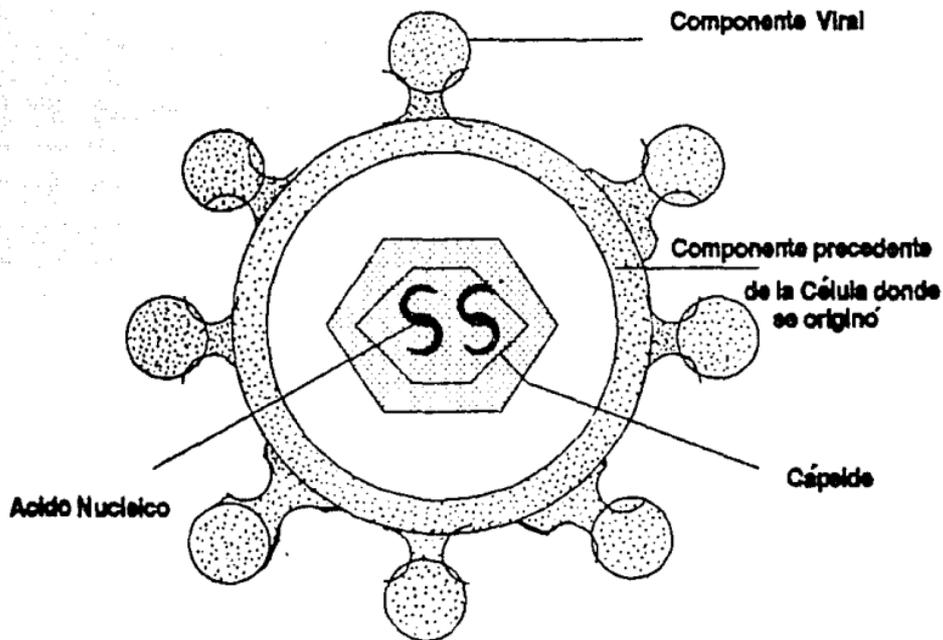
El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es producido por la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) , como tal es necesario desglosar la significación del agente causal para su mejor asimilación, partiendo de lo más general definiendo al virus, hasta llegar a lo más específico, es decir el V.I.H.

Su conceptualización lo engloba como un " agente infeccioso más pequeño que las bacterias, del tamaño entre 0.2 y 0.01 micras. Se reproducen a partir de un solo tipo de ácido nucleico contenido en su partícula, sea ácido ribonucleico (ARN) o desoxirribonucleico (ADN); poseen una estructura bien definida (ver figura 1), con o sin membrana, su simetría es cúbica o helicoidal. En el hombre son productores de diversas enfermedades como: gripe, poliomielitis, etc. " (1)

Los virus presentan tres estados o condiciones de vida:

1) Virus inertes o quietos. Son virus en estado libre extracelular, completamente inertes e inactivos en relación

FIGURA 1.
ESTRUCTURA GENERAL DEL VIRUS



con el organismo humano (o animal en general) en que viven y no causan ningún perjuicio.

2) Provirus. Son por lo menos hasta hoy entidades hipotéticas para indicar las formas que adquieren los virus que se encuentran en el interior de las células sin alterar aparentemente su morfología y sus actividades vitales.

3) Virus activos o vegetativos. Son aquellos que introducidos en las células huéspedes desde el exterior, entran en fase de actividad y reproducción con formación de nuevos virus que son expulsados de las células mediante un proceso de rápida lisis (disolución) celular o mediante un proceso de liberación lenta: tanto en un caso como en otro la célula queda destruida y por lo tanto el organismo animal infectado se resiste más o menos gravemente y enfermo. (Diccionario Médico)

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) pertenece a la subfamilia lentivirus de los retrovirus, los cuales constituyen una subclase de ARN - VIRUS, cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como la transcripción reversa de donde viene el nombre de retrovirus. debido a todo lo anterior y al estado en que se encuentra el V.I.H. se considera un provirus. El ARN de estos virus

posee toda la información hereditaria necesaria para fabricar los diversos componentes virales; sin embargo, para lograrlo debe primero transcribir dicha información a ácido desoxirribonucleico, a fin de integrarla al núcleo de la célula parasitada, desde donde dirigirá la formación de nuevos virus (viriones) utilizando para ello los recursos existentes en la célula. Durante su paso por las células, los retrovirus pueden " robar " proto oncógenes, transportarlos y cederlos a otras células, provocando así la formación de cáncer. Los retrovirus poseen una gran capacidad para cambiar su estructura hereditaria, en éstos resulta ser un millón de veces más rápidas que cualquier otro organismo conocido. Lo anterior explica en parte, las dificultades que tiene el sistema inmunológico para detectar y rechazar a los retrovirus, así como los problemas que enfrentan los científicos para desarrollar vacunas contra dichos microorganismos, como es el caso del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

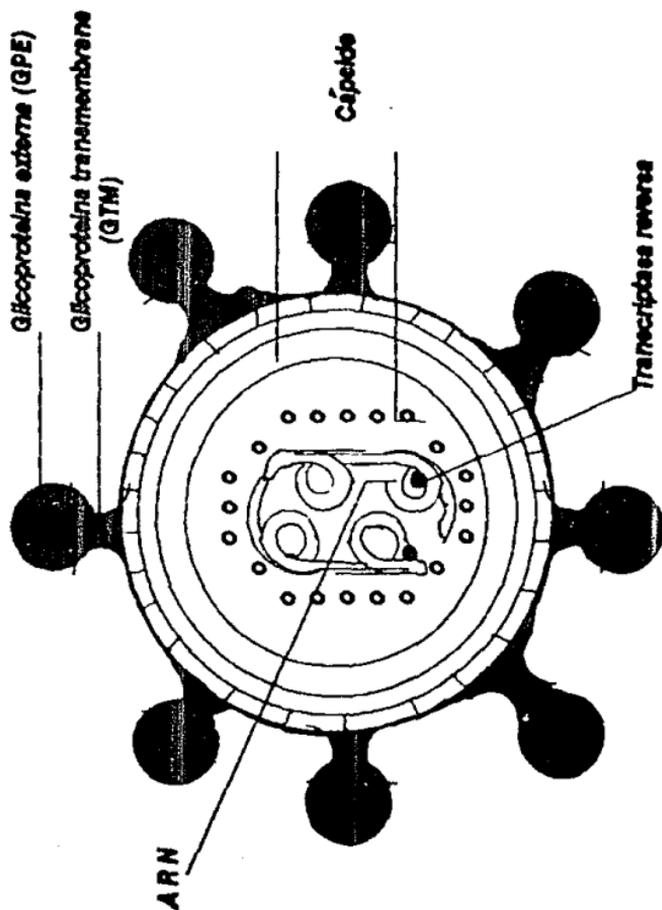
Ahora bien, a través de la historia en la aparición de los virus, encontramos que el primer indicio de la existencia de los virus surgió en 1892 cuando el bacteriólogo ruso D. Ivanovski, al estudiar la enfermedad del mosaico del tabaco, encontró que podía infectar a las plantas sanas utilizando extractos obtenidos de hojas enfermas, años más tarde el holandés M. W. Beijerinck sentó las bases científicas y filosó-

ficas de la existencia de " agentes filtrables " capaces de producir infección; en 1902 con F. A. Löffler y P. Frosch se descubrió que dichos agentes podían infectar tanto a plantas como animales, para 1930 ya se había identificado a varios agentes filtrables y se reconoció su importancia como causantes de distintas enfermedades comenzando a utilizarse el término del virus que significa en latín: veneno, años más tarde W. J. Elford demostró que los virus contaban con una estructura sólida y así con E. W. Goodpasture se tuvo un adelanto notable, ya que, encontró que era posible cultivar virus en embriones y cuando J. F. Enders y colaboradores en 1949 cultivaron el virus de la poliomielitis se logró abrir el camino para identificar diversos virus en la creación de las vacunas.

El retrovirus que causa el SIDA está compuesto con una envoltura protéica en cuyo interior aparece una formación densa, parecido a un núcleo y que contiene el material genético constituido por ARN. El genoma (*) proviral del VIH es más complejo que cualquier otro virus; en cada extremo del provirus se encuentra secuencias del ADN llamados redundancias terminales largas (rtl), que contienen segmentos reguladores de la replicación del virus. Entre ambas rtl, se encuentran nueve genes diferentes, tres de ellos codifican para componentes estructurales del VIH. (ver figura 2):

FIGURA 2

ESTRUCTURA GENERAL DEL V.I.H



a) gag (gen del antígeno). Posee la formación bajo la cual se fabrican las tres diferentes proteínas del nucleóide.

b) pol (polimerasa). Encargado de que se produzca la transcriptasa reversa.

c) env (envoltura). Produce las dos glicoproteínas de la envoltura viral, una es gp externa cuya función es reconocer y atacar la superficie de células a parasitar, y gp transmembrana: participación en la destrucción celular.

Los otros seis genes tienen funciones reguladoras. El dato central en la inmunodeficiencia del SIDA es el déficit del grupo de linfocitos T con función de ayuda, que tienen en su membrana celular la molécula CD4 (células T4), y que lleva a una inmunosupresión importante; del gran número de alteraciones inmunológicas descritas en el SIDA, la mayoría se explica por el defecto selectivo de las células CD4 causa de un daño inmune extenso.

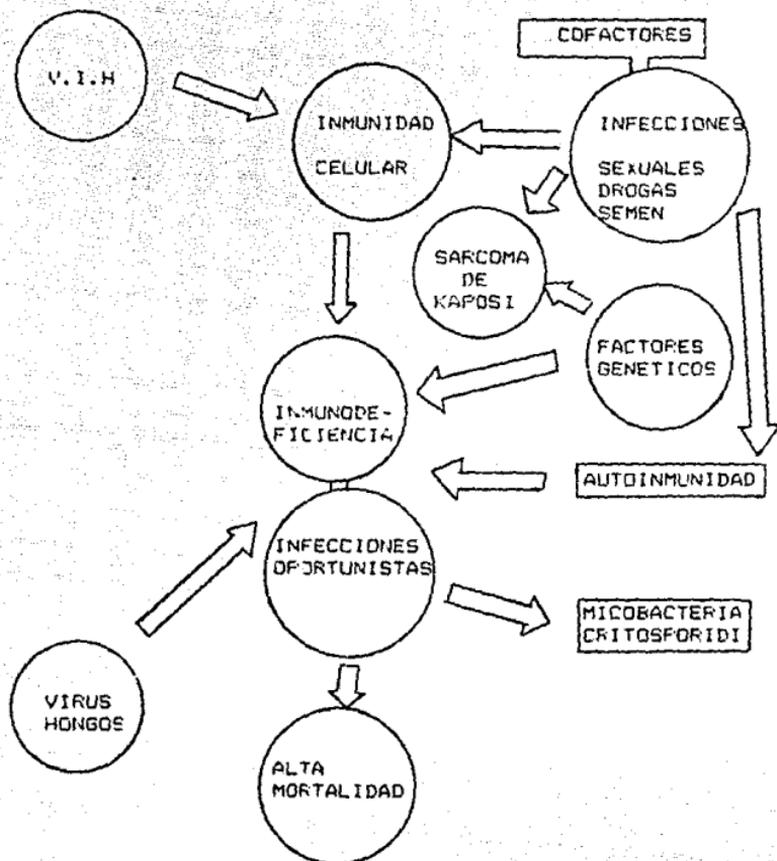
Diferentes grupos de investigadores han demostrado que la molécula CD4 del linfocito es el receptor de alta afinidad para el VIH. Esto se debe a que existe una gran semejanza entre una proteína de la cubierta del virus (gp. 120) (***) y la

molécula CD4 del linfocito, una vez que el virus se une a esta molécula logra adentrarse a la célula. La patología del VIH esta claramente relacionada con la molécula y la infección del macrófago; una vez en su interior el ARN del virus se transcribe a ADN mediante la retrotranscriptasa, así el ADN proviral se integra al ADN cromosomal del huésped, la infección puede entrar a una fase latente en el que el ciclo se detiene hasta que la célula infectada se activa; una vez activada se continúa la transcripción del ARN genómico viral, síntesis protéica y ensamblado del virus, con salida de numerosos viriones del interior celular. Este proceso de replicación generalmente trae consigo la muerte celular, cuya explicación parece ser la acumulación del ADN viral, el aceleramiento del proceso de diferenciación de la célula infectada y la formación de células gigantes multinucleadas, sin embargo no se conoce con exactitud cuál es el mecanismo de muerte celular. una de las proteínas de la envoltura viral (gp. 120), sola o en interacción con la molécula CD4 del linfocito, parece ser la responsable.

El SIDA es un estado de inmunosupresión causado por el retrovirus V.I.H. Este virus infecta un subgrupo de linfocitos de sangre periférica las células T colaboradores, que tiene a su cargo muchas de las funciones del sistema inmunológico celular. Las células infectada pierden su capacidad

funcional y muere prematuramente, este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas, con frecuencia de naturaleza viral protozoaria o micótica. El defecto inmunológico celular, también origina el desarrollo de grupos particulares de tumores, en especial Sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin. Estas infecciones y tumores oportunistas son similares a las que se ven en otros pacientes con defectos congénitos o adquiridos de la inmunidad celular: cada día se reconoce más que los pacientes infectados por V.I.H. pueden desarrollar un amplio espectro de otras enfermedades no causadas por infecciones oportunistas y que al parecer son secuencia directa o indirecta de la infección viral, esquemáticamente esto se puede representar de la siguiente manera (ver figura 3).

FIGURA 3



Fuente: Sesalveda. Amor Jaime. SIDA Ciencia y Sociedad. Edit. FCE. México 1989. p. 71.

3.2. ANTECEDENTES DEL V.I.H. EN MEXICO (GRUPOS CON PRACTICAS DE ALTO RIESGO)

Hablando específicamente del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de su origen, de acuerdo con estudios realizados, el primer caso apareció aproximadamente en el año de 1959 en Zaire, donde se encontró un suero positivo en la prueba de anticuerpos contra el V.I.H., con confirmación de la misma que se mantenía congelada desde los años cincuenta; en 1969 un adolescente de quince años murió en San Louis Missouri con Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas. Para 1976 se registro la muerte de una familia noruega, una niña y sus padres. el padre presentó desde 1967 infecciones recurrentes y a partir de 1973 el cuadro empeoró con un diagnóstico de leucemia y un cuadro neurológico progresivo, la niña presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares, provocando la muerte de la menor. Un año más tarde en un informe médico belga, se hace referencia a una secretaria originaria de Zaire de 34 años de edad que viajó a Bélgica en 1977 para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes, la cual muere un año después con cuadro compatible de SIDA.

Actualmente se conoce que desde 1978 se tuvo noticias de

casos que aparecieron en Estados Unidos de América en hombres homosexuales jóvenes con Sarcoma de Kaposi, por lo que al inicio de la epidemia se sospechó que la causa estaba asociada a algún factor inherente a las relaciones homosexuales; conduciendo esto a un retraso en la definición de las poblaciones en riesgo, ya que no se formularon recomendaciones para evitar contagios en la población en general; fue hasta junio de 1981 que se publicaron los primeros cinco casos de una enfermedad infecciosa poco común, en hombres homosexuales previamente sanos; todos ellos habían iniciado su padecimiento desde 1980 y a principios de 1982 se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, por lo cual se sugirió que ambos grupos padecían la misma enfermedad pues el común denominador era que tenían afectada de forma importante el sistema inmunológico; para 1982 y 1983 aparecieron otros grupos afectados: hombres bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, parejas de pacientes y algunos de sus hijos, por lo que se hacía evidente que existían otros mecanismos de transmisión. Finalmente en junio de 1982 se acuñó el término de SIDA; Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, para denominar a la enfermedad.

América Latina al igual que el resto del mundo, es víctima de la mortal enfermedad del SIDA y es en el primer semestre de 1981 cuando se reportó el primer caso en México,

aumentando cada año de la siguiente forma:

AÑO	No. DE CASOS POR FECHA DE INICIO	
1982	11	"
1983	36	"
1984	72	"
1985	220	"
1986	452	"
1987	997	"
1988	1192	"
1989	530	"
1990	756 (&)	"

FUENTE: Instituciones del Sector Salud y (&) Boletín mensual de CONASIDA, Mayo 1990, No.5, p. 869.

En relación al cuadro anterior se ha calculado que el tiempo de duplicación del padecimiento es de siete a tres meses, al inicio de la epidemia, los casos de SIDA se presentaban en hombres homosexuales residentes en las grandes urbes, de estrato socioeconómico alto, sin embargo, posteriormente se notificaron casos en hombres bisexuales, heterosexuales, casos a nivel pediátrico, en receptores de transfusiones, hemofílicos y drogadictos intravenosos, así pues la enfermedad

aún se ve en ciertos grupos de la población que por prácticas o situaciones particulares, son los más expuestos a ella y los cuales son denominados grupos con prácticas de alto riesgo para la adquisición del SIDA, y a continuación se presentan:

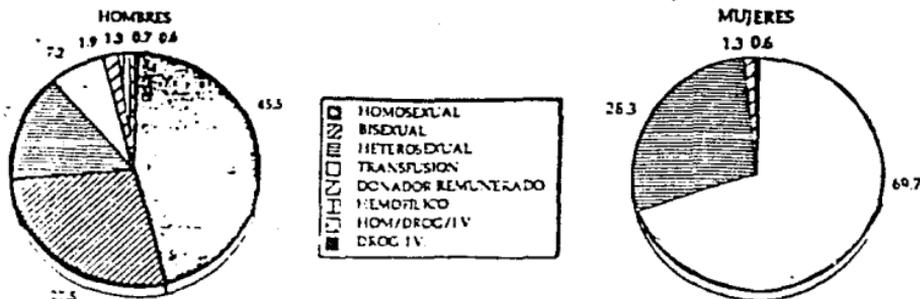
GRUPO	ACTIVIDAD DE RIESGO
Varones homosexuales	Múltiples compañeros sexuales Relaciones sexuales anales (activas o pasivas).
Compañeras sexuales	Relaciones sexuales vaginales con un compañero infectado.
Transmisión placentaria	Niños de madres infectadas.
Toxicomanías de drogas	Compartir agujas / equipo.
Hemofílicos	Productos hematológicos de fondos comunes.
Receptores de transfusiones sanguíneas	Sangre de donador infectada, por lo general múltiples transfusiones.

Para concluir es pertinente hacer mención, que el SIDA

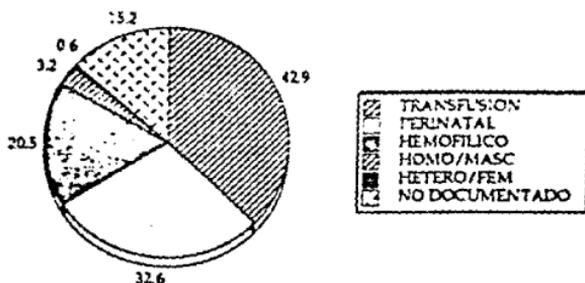
ha provocado fuertes estragos a la población mexicana, no respetando razas, clases sociales, edad, sexo, ni religión; pues es un mal incurable, ya que no existe en la actualidad vacuna o medicamento adecuado para evitarlo, por lo cual es necesario conocer los mecanismos de transmisión para prevenirlo.

Antes de pasar al siguiente inciso revisaremos la situación de los grupos de alto riesgo en cuanto a la información estadística se refiere hasta el año de 1990 donde se indica el mayor porcentaje de transmisión en adultos tanto en hombres como en mujeres, se encuentra en homosexuales, posteriormente los bisexuales y por último heterosexuales; en los casos pediátricos el mayor porcentaje está representado por transfusión sanguínea y vía perinatal. Gráficamente se presenta a continuación.

TRANSMISION EN ADULTOS



TRANSMISION EN CASOS PEDIATRICOS



FUENTE: Boletín mensual. CONASIDA. Mayo de 1990. Vol.4.
 Num. 5.

3.3. VIAS DE TRANSMISION

En Mexico el SIDA se ha expandido rápidamente en la población, es por ello la preocupación del campo de la medicina para encontrar alguna vacuna o fármaco capaz de combatir la infección del V.I.H., pero hasta ahora los esfuerzos han sido inútiles, pues cabe recordar que desde el inicio de las investigaciones acerca de la enfermedad se han logrado ciertos avances, como el determinar las vías por las que un individuo puede llegar a adquirir el virus; constituyendo esto la base fundamental que da la pauta al desarrollo de la medida adecuada para contrarrestarlo: LA PREVENCIÓN.

De ahí la importancia de conocer el proceso de transmisión en forma general; para que cualquier virus se transmita, es necesaria la intervención de tres factores: el agente causal, medio ambiente y el huésped.

a) El agente causal: Es el organismo capaz de producir la enfermedad. (patogenicidad), la cual comprende dos características: la agresividad o el poder de multiplicarse en el organismo y la virulencia, que se refiere al daño que ocasiona el germen de su metabolismo. Este además de su poder patógeno requiere que llegue en cantidad suficiente y por la vía de entrada que le es favorable para penetrar y multiplicarse, así cuando la patogenicidad del germen supera la resistencia del organismo se establece la enfermedad.

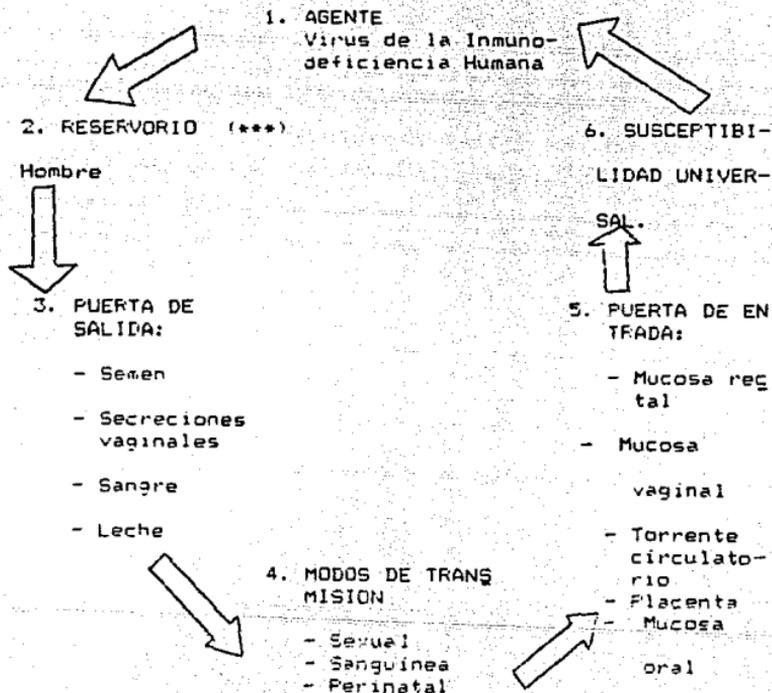
b) Medio ambiente: Es el entorno biopsicosocial en el que se desenvuelve el hombre, en el caso de la relación salud-enfermedad se determinan dos tipos de ambientes: el favorable, que permite el equilibrio de los individuos para preservar la salud y el agresivo es aquél que da pauta a la aparición de la enfermedad.

c) Huésped: organismo que aloja en su interior a un microorganismo y la infección de éste depende de las condicio-

nes y características de cada persona.



En el caso del V.I.H., el esquema de transmisión es el siguiente:



Una vez conocidos los aspectos biológicos y estructurales del V.I.H. en el primer inciso de este capítulo, ahora nos abocaremos al estudio de las características de transmisión de este virus, las cuales nos indican que son organismos intracelulares capaces de vivir y reproducirse, en el caso particular del V.I.H. se considera un virus lábil, es decir, muy frágil, vulnerable o susceptible a las condiciones del medio ambiente. Los cambios de temperatura, humedad, Potencial de hidrógeno (P.H), o la presencia de desinfectantes comunes como el cloro o el alcohol, son capaces de inactivarlo, esto determina que su contagio sea más deficiente si ocurre cuando la célula que la contiene pasa de un individuo a otro para lo que se requiere contacto directo, como es la transmisión sexual, sanguínea o perinatal, así mismo se explica que los fluidos corporales con mayor contenido de células (sangre y semen) sean los más eficientes para la infección del virus.

Al penetrar el virus en una célula puede: 1) incorporar su material genético al material genético de la célula huésped y permanecer latente durante largos periodos (lo cual explica en parte el largo periodo de incubación, es decir, el tiempo que transcurre entre el momento de la infección y el desarrollo de la enfermedad). 2) multiplicarse dentro de la célula y destruirla, atacando el funcionamiento del sistema

inmunológico.

Al parecer el único reservorio de la enfermedad es el hombre, ahora bien, de las características mencionadas se desprende que los modos de transmisión del V.I.H. puede ser de persona a persona:

a) Porque al ponerse en contacto con el medio ambiente se inactiva.

b) Porque siempre se encuentra dentro de las células a las que infecta y estas a su vez se encuentran en los fluidos corporales que se intercambian durante el contacto sexual o al pasar de un individuo a otro, sin ponerse en contacto con el medio ambiente (vía sanguínea y perinatal).

Se considera que para contraer la infección hay que estar expuesto al riesgo y solo quienes se expongan a los mecanismos de transmisión correran el riesgo de infectarse. evidencia de ello, es que se desconoce el número de contactos que se deben tener para contraer el virus. Actualmente las vías de transmisión se estima que son:

Transmisión Sexual.

Durante el contacto sexual, habitualmente ocurre trans-

ferencia de fluidos corporales e intercambio de microorganismos; dependiendo del tipo de contacto de que se trate, los fluidos pueden ser vaginales, semen, saliva, orina, moco rectal o heces fecales. De manera contundente el V.I.H. se encuentra en sangre, semen y secreción vaginal; se ha podido constatar que existen prácticas sexuales que van de mayor a menor riesgo:

- Coito rectal.
- Coito vaginal.
- Sexo oral.

Es conveniente mencionar que la transmisión del virus esta relacionada con diversos factores, uno de estos es el número de parejas sexuales y el número de contactos que se tengan, ya que es difícil definir el número de parejas sexuales a partir del cual se puede considerar a un individuo promiscuo; la definición no se puede elaborar en base a connotaciones morales, sino estrictamente en aquellos relacionados con el riesgo de transmisión, puesto que el problema no estriba en la promiscuidad misma sino en el riesgo que conlleva. Un individuo que mantenga relaciones con varias parejas no infectadas, no corre ningún riesgo de infectarse, pero a mayor número de parejas mayor riesgo de que alguna tenga infección.

Transmisión Sanguínea.

La aparición de casos de SIDA en receptores de productos sanguíneos y la incidencia de infección en los donadores de dichos productos, fue uno de los primeros indicadores de naturaleza infecciosa de la enfermedad y de esta vía de transmisión. Los casos asociados a transfusiones han proporcionado importantes conocimientos sobre la transmisión de esta enfermedad porque tiene la ventaja de conocerse el momento preciso en que la transmisión ocurrió.

Esto permite saber en cuanto tiempo la enfermedad empieza a manifestarse, la transmisión del presente tipo, ocurre en las siguientes situaciones:

1. Recepción de sangre y sus productos.
2. Utilización de agujas y jeringas inadecuadamente esterilizadas (drogadicción intravenosa, automedicación).
3. Función ocupacional: los componentes sanguíneos implicados en este tipo de transmisión son: la sangre total, paquetes celulares (eritrocitos, plaquetas y

leucocitos) el plasma y los factores de coagulación (VIII y IX).

La vía de transmisión sanguínea ha permitido documentar el tiempo transcurrido desde la exposición hasta el desarrollo de la enfermedad. En los primeros estudios, la duración de estos periodos se calculó en 2.3 años, posteriormente se han hecho cálculos que es de 4.5 años.

Transmisión Perinatal.

Desde que se empezaron a reportar los primeros casos en lactantes, hijos de madres seropositivas, se despertó un gran interés por definir este tipo de transmisión y sus factores asociados. Se acepta que la transmisión del V.I.H. de una madre a su hijo puede ocurrir por tres mecanismos y en tres momentos distintos:

1. Se sospechó de la vía de transmisión placentaria desde que empezaron a aparecer los primeros casos en lactantes, debido al periodo relativamente corto en que algunos de ellos desarrollaban SIDA, y el reporte de casos de niños infectados que presentaban una apariencia dismórfica característica, esto hizo sospechar la transmisión temprana in útero. Se ha podido demostrar infección por V.I.H. en los tejidos de un feto de quince semanas de gestación, el virus ha sido aislado de la placenta y el líquido amniótico.

2. Durante el parto, al existir contacto de la sangre materna con la del niño; además el virus ha sido aislado de las secreciones cervicales y vaginales, por lo que se plantea la posibilidad de que la transmisión ocurra durante el parto.

3. Por lo que se refiere a la transmisión post parto, el primer informe en que se formuló la hipótesis de transmisión por leche materna fue publicado en 1985. Desde entonces han seguido apareciendo informes que documentan esta vía de transmisión. El virus se ha aislado de la fracción celular de leche en portadoras sanas. Sin embargo, actualmente se le considera de alto riesgo.

Se han reportado casos de madres infectadas que dan a luz niños sanos, así como de madres positivas en pruebas de detección de anticuerpos, pero negativas al cultivo, que dan a luz niños infectados que desarrollan la enfermedad. Entre otros factores, esto depende de la evolución de la infección de la madre, y del estado de maduración del sistema inmunológico del niño en el momento que ocurre la transmisión.

3.4. FASES DE LA ENFERMEDAD

La infección del V.I.H. produce una amplia variedad de situaciones clínicas que van desde una seroconversión asintomática hasta un cuadro clínico florido de SIDA. Por lo tanto, la infección puede ser sintomática (enfermo) o asintomática (portador), y permite con el desarrollo actual de exámenes de laboratorio (Elisa, Western Blot, e Inmunofluorescencia) que detectan la presencia de anticuerpos contra el V.I.H., clasificar a los pacientes con Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida en algunos de estos cuatro grupos:

I. Infección aguda.

II. Infección asintomática.

III. Linfadenopatía generalizada.

IV. Otras enfermedades relacionadas con el V.I.H.

Grupo I. Infección Aguda.

La infección por V.I.H. en esta fase aguda se presenta fundamentalmente en individuos con prácticas de alto riesgo, y debe sospecharse después de una minuciosa historia clínica. Los anticuerpos pueden ser detectados tempranamente a los dos

semanas, o tardíamente a los tres meses después de la enfermedad, los síntomas que la caracterizan son: crecimiento de los ganglios (adenomegalia) en diversas partes del cuerpo (principalmente el cuello, axilas y la región inguinal), malestar general (dolores musculares y articulares, falta de apetito, apatía), fiebre y dolor de cabeza: en algunas ocasiones pueden desarrollarse artritis (inflamación de articulaciones) y e antema (una reacción de la piel con formación de manchas semejantes a la urticaria). Este cuadro puede verse acompañado en ocasiones con manifestaciones a nivel del sistema nervioso: pérdida del estado de alerta, desorientación, incapacidad para concentrarse y desarrollar normalmente tareas intelectuales, habitualmente, la sintomatología cede espontáneamente de dos a cuatro semanas después de haber iniciado, sin dejar secuelas salvo en algunos casos el crecimiento ganglionar.

Grupo II. Infección Asintomática.

Se caracteriza por la ausencia de manifestaciones y síntomas, y corresponde al periodo que se extiende entre la infección y la aparición de manifestaciones clínicas. Por lo tanto, el diagnóstico solo se realiza si se comprueba la presencia de anticuerpos para el V.I.H., es decir, el virus penetra al organismo y se lleva a cabo el proceso de reproduc-

ción de virus en las células.

Grupo III. Linfadenopatía Generalizada Persistente.

El término linfadenopatía se refiere a enfermedad en los ganglios linfáticos, estos ganglios son parte importante del sistema inmunológico y se ven afectados por un número considerable de enfermedades, tanto de carácter autoinmune como infeccioso o tumorales.

Se caracteriza por el crecimiento ganglionar en dos o más regiones del cuerpo distintas de la ingle, durante tres o más meses sin que padezca ninguna enfermedad o causa aparente para presentar dicha anomalía. Los pacientes con el síndrome de linfadenopatía desarrollan fiebre de origen no determinado y, muestran síntomas y signos generales.

Grupo IV. Otras Enfermedades Relacionadas con el V.I.H.

Se incluye a aquellos pacientes que tienen evidencia de inmunodeficiencia grave y persistente, es probable que los pacientes infectados por V.I.H. desarrollen SIDA como parte final del proceso evolutivo que ésta infección implica. Después de un periodo previo asintomático el equilibrio entre subpoblaciones de linfocitos se pierde y, el sistema immuno-

lógico no puede contener la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas y/o el desarrollo de tumores malignos; al mismo tiempo aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, extensa e irreversible, producido por el V.I.H. en algunos tejidos, particularmente el sistema nervioso central.

A continuación se describen los rasgos principales de cada uno de los subgrupos que lo constituyen:

A) Enfermedad Constitucional o Síndrome de Desgaste. Se basa en la presencia de ataques importantes al estado general, pérdida de peso particularmente grave (mayor del 10%), fiebre, sudoración nocturna, palidez y diarrea.

B) Síndrome Febril. El origen de la fiebre en pacientes a menudo resulta difícil, ya que muestra elevaciones térmicas que pueden estar asociadas a infecciones o medicamentos.

C) Síndrome Tumoral. Los enfermos con SIDA presentan un riesgo elevado para desarrollar algunas variedades de tumores malignos. Los más frecuentes son el Sarcoma de Kaposi y los linfomas en alto grado de malignidad.

D) Síndrome Dermatológico. Durante la infección por V.I.H., pueden aparecer diferentes problemas dermatológicos

tales como: dermatitis seborréica, candidiasis genital, perianal, oral; tiña; versicolor; impétigo; sífilis; linfogranuloma; condiloma; herpes simple, oral, perianal; herpes zóster; virus papiloma humano; molusco contagioso y manifestaciones dermatológicas del Sarcoma de Kaposi.

E) Síndrome Respiratorio. El aparato respiratorio es comúnmente afectado en el SIDA constituyendo esta localización es aproximadamente el 50% de las representaciones iniciales de la enfermedad. Las manifestaciones pulmonares son ocasionadas por microorganismos oportunistas y no oportunistas, así como por causas no infecciosas y su aparición puede ser aguda, subaguda y crónica. Estas causas son en orden de frecuencia:

- Pneumocystis Carinii
- Citomegalovirus
- Cryptococcus neoformans
- Sarcoma de Kaposi
- Micobacterias
- Bacterias
- Hongos
- Neumonía intersticial linfoide

F) Síndrome del Tracto Gastrointestinal. El paciente

puede desarrollar complicaciones infecciosas, neoplásicas o funcionales en el tubo digestivo, pueden clasificarse en varios síndromes:

- Esofagitis. Inflamación del esófago.
- Enteritis. Inflamación del intestino delgado.
- Proctitis. Inflamación del colon y recto.
- Enfermedad perianal. Localizada a la piel del área perianal.

3.5. MECANISMOS DE PREVENCIÓN

La acción básica para la prevención en la transmisión del virus es la educación, la cual consigue aumentar el nivel de conocimientos y conciencia en la población, por tanto, es posible obtener resultados efectivos con campañas educativas bien orientadas, prueba de ello son las actividades realizadas por CONASIDA a través de los medios masivos de comunicación en donde se presentan las formas de contagio y su prevención.

La educación sobre la transmisión sexual de la infección busca informar al individuo sobre el riesgo que existe en las diferentes prácticas sexuales, y cuales son las opciones pre-

ventivas, esto se facilita en la medida en que el sujeto está en la posibilidad de seleccionar dichas prácticas. Las tres medidas que se recomiendan para evitar o disminuir el riesgo de exposición al V.I.H. son las siguientes:

1. Abstinencia sexual.
2. Relación mutuamente monógama con parejas sanas.
3. Utilización de preservativo o condón.

Cuando no se llevan a cabo estas medidas, deberán realizarse aquellas que se conocen como sexo seguro; éste término se refiere a las prácticas sexuales que disminuyen la posibilidad de intercambio de secreciones (sangre, semen y fluidos vaginales) entre la pareja. Las prácticas sexuales se han considerado sin riesgo cuando el intercambio de secreciones es nulo (besos secos, abrazos, masturbación mutua); de poco riesgo, si tal intercambio es escaso (besos húmedos, coito con uso de condón); con riesgo (coito sin uso de condón); cabe mencionar que la medida más eficaz dentro de las prácticas de poco riesgo se refiere a la utilización de preservativo. Su uso no garantiza totalmente la no transmisión del virus. Sin embargo usarlo en forma adecuada es el método más eficaz con que se cuenta para prevenir la transmisión del V.I.H. por vía sexual.

Las medidas preventivas con respecto a la transición del V.I.H. por vía sanguínea y específicamente a la recepción de transfusiones en nuestro país compete al Estado, pues fue quien en 1986 modificó la Ley General de Salud, con el propósito de garantizar el suministro sanguíneo debido a esto se crea una red nacional de laboratorios con capacidad de proveer pruebas de detección para toda la sangre que se transfunde, sin embargo, existió un gran número de donadores remunerados con los cuales se agrandaba el riesgo de infección en sangre y ante esto en 1987 se realizaron nuevas modificaciones a la Ley General de Salud, donde se estipula la prohibición de la comercialización de la sangre. Por otro lado, con el propósito de utilizar optimamente este producto se ha educado al personal médico sobre la indicación de transfusiones cuando sea estrictamente necesario y se ha promovido la sustitución de transfusiones de sangre completa por la de sus componentes.

Otra forma de transmisión sanguínea es la que puede ocurrir durante la aplicación de medicamentos por vía intramuscular o intravenosa con agujas y jeringas no esterilizadas adecuadamente; también existe riesgo de transmisión en el caso de acupunturistas, pedicuristas, tatuajistas y similares, si emplean instrumentos punco cortantes esterilizados indebidamente.

Con el fin de prevenir este tipo de transmisión se recomienda utilizar jeringas y agujas desechables que se usen en una sola ocasión. En el caso de la drogadicción intravenosa es difícil, puesto que son grupos que se encuentran fuera del alcance de los mensajes educativos habituales, pero la recomendación que se hace es la esterilización del material utilizado y el uso de agujas y jeringas esterilizadas y desechables.

En la transmisión de tipo perinatal dada la efectividad que tiene para transmitir la infección del V.I.H. de la mujer embarazada infectada, a su hijo, es importante aunque compleja su prevención, por tanto la prueba de detección como medida para prevenir la transmisión perinatal es procedente únicamente en aquellas mujeres con prácticas de riesgo es óptimo el desarrollo de un programa en éste sentido, el cual tendría que incluir información sobre sexo seguro y utilización del condón; significado de la prueba de detección, así como lo que se refiere a la posibilidad del desarrollo de la enfermedad en el caso de embarazo, como el riesgo de transmisión del V.I.H. al producto; aunado a ello, deberán recibir orientación psicológica.

Los grupos de mujeres embarazadas que deben practicarse

exámenes para la detección del virus son:

1) Aquellas que presentan alguna evidencia de estar infectadas.

2) Las que sean parejas sexuales de bisexuales, hemofílicos, politransfundidos y hombres con evidencia clínica o de laboratorio de infección por V.I.H.

3) Prostitutas.

Otra medida preventiva es la información a mujeres infectadas para que no amamenten al niño y evitar así la transmisión post parto; los niños hijos de mujeres infectadas o con prácticas de riesgo deben recibir una evaluación clínica y practicárseles las pruebas de laboratorio apropiadas para llegar a un diagnóstico temprano en caso de encontrarse infectados.

Para concluir es necesario mencionar que la prevención de la transmisión perinatal de la infección por V.I.H. se fundamenta principalmente en la difusión de medidas educativas que promuevan evitar el embarazo en personas infectadas o en posibilidades de estarlo.

A continuación se presentan algunas de las informaciones a la población elaboradas por CONASEIDA para tratar de preve-

dir la transmisión del virus mediante la educación y la concientización de la población en general. Esta propaganda se realiza en lugares como: transportes colectivos (metro, rutas de autobuses), medios masivos de comunicación (televisión) y mediante folletos o carteles.

El SIDA, incansable y mortífero viajero

Aunque no se sabe con certeza de dónde proviene el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), este se extendió rápidamente a casi todos los países del mundo.

Suele acontecer que el hecho de estar lejos de nuestro ambiente nos predisponga a adoptar costumbres ajenas. Ya lo dice el dicho: "A la tierra que fueres, haz lo que vieres". Aunque, desde luego, no se pretende generalizar, no es raro que estando distantes de casa, a algunos les resulte más fácil caer en prácticas que quizá jamás se atreverían a llevar a cabo en otras circunstancias.

Entre tales costumbres está el llamado "turismo sexual" que constituye una de las formas más eficaces y rápidas de propagar el SIDA y usted debe cuidarse de no contraerlo así en el transcurso de su viaje. ◆



Qué es el SIDA y cómo se transmite

Como ya se ha dicho, el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida) es una enfermedad mortal, hasta la fecha incurable, causada por un virus.

El virus del SIDA (VIH) destruye totalmente el sistema de defensa del organismo y lo deja a merced de prácticamente cualquier enfermedad infecciosa.

Aunque en un principio el SIDA se presentaba en algunos grupos de población como los homosexuales y las prostitutas, ahora se ha comprobado que esta enfermedad puede atacar a cualquier persona (hombres, mujeres, adolescentes y niños). Aun cuando todos estamos teóricamente en riesgo, hay quienes están más expuestos que otros debido primordialmente a su tipo de prácticas sexuales.

El virus del SIDA se transmite de **hombre a mujer**, de **mujer a hombre** y de **hombre a hombre** de las siguientes formas: **Vía sexual:** Cuando existe intercambio —entre una persona infectada y otra sana— de líquidos corporales, esencialmente, semen, secreciones vaginales y sangre. Desde luego, las posibilidades de contagio aumentan cuantas más parejas se tengan.

Transfusión sanguínea: Cuando la sangre, o derivados de ésta, provienen de un donador infectado por el virus.

Utilización de jeringas y agujas no esterilizadas que estén contaminadas con el virus: Esta es una forma común de transmisión entre los adictos a las drogas inyectables.

Vía perinatal: De una madre infectada a su hijo, bien sea durante el embarazo, en el momento de nacer o en el período de lactancia.

El virus del SIDA, fuera del organismo, es sumamente frágil y no logra sobrevivir a las condiciones ambientales. Por esta razón resulta prácticamente imposible contraerlo de otra manera aparte de las mencionadas.

Usted puede estar plenamente seguro de que el SIDA **no se transmite** por saludar de mano y abrazar o besar en la mejilla. No se transmite por compartir sanitarios, lavabos, tinas o albercas. No se contagia por la ropa, las sábanas o las toallas. No se transmite por el estornudo o la tos, ni por las lágrimas o el sudor. No se contagia por compartir platos, vasos o utensilios de cocina ni por compartir el teléfono o la máquina de escribir, ni por ninguna de las actividades normales del trabajo o la escuela. Tampoco se transmite por picaduras de insecto. ◆



Cómo protegerse de SIDA

La mejor forma de protegerse contra el SIDA es abstención de las relaciones sexuales con personas promiscuas.

Por supuesto, para quienes tienen una pareja estable, la monogamia es la más conveniente de las soluciones. En última instancia, uso riguroso del condón con parejas desconocidas o con personas que ejerzan la prostitución protege del SIDA.

Con la práctica del **sexo seguro**. Por este término se entiende que hay que abstenerse de cualquier práctica sexual en la que se intercambien fluidos corporales (saliva, orina, semen y secreciones vaginales).

Con evitar al máximo caer en estado de ebriedad, por que así resulta más fácil involucrarse en relaciones sexuales peligrosas. Para muchas personas tantas limitaciones en el ejercicio de la sexualidad pueden sonar decepcionantes. Pero, de otra manera, arriesga lo más preciado: la vida. Tener una relación sexual desprotegida equivale a jugar a la ruleta rusa (un solo contacto puede bastar para quedar infectado). Visto así, usted estará de acuerdo en que toda medida de protección debe ser más que bienvenida.

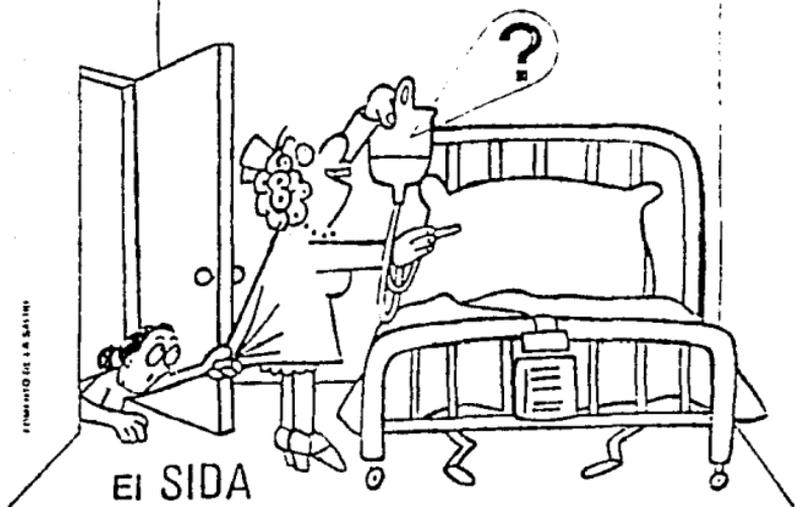
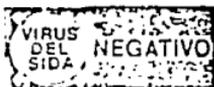
Reflexione durante su viaje: tener relaciones sexuales sin protección puede ser mortal. ¿Qué puede haber más valioso que su vida? No se arriesgue, recuerde que: "caras vemos, pero SIDA no sabemos".

¡FELIZ VIAJE Y SANO RETORNO!

Sin SIDAmente,
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SI LE VAN A APLICAR SANGRE EXIJA

LA ETIQUETA DE GARANTIA



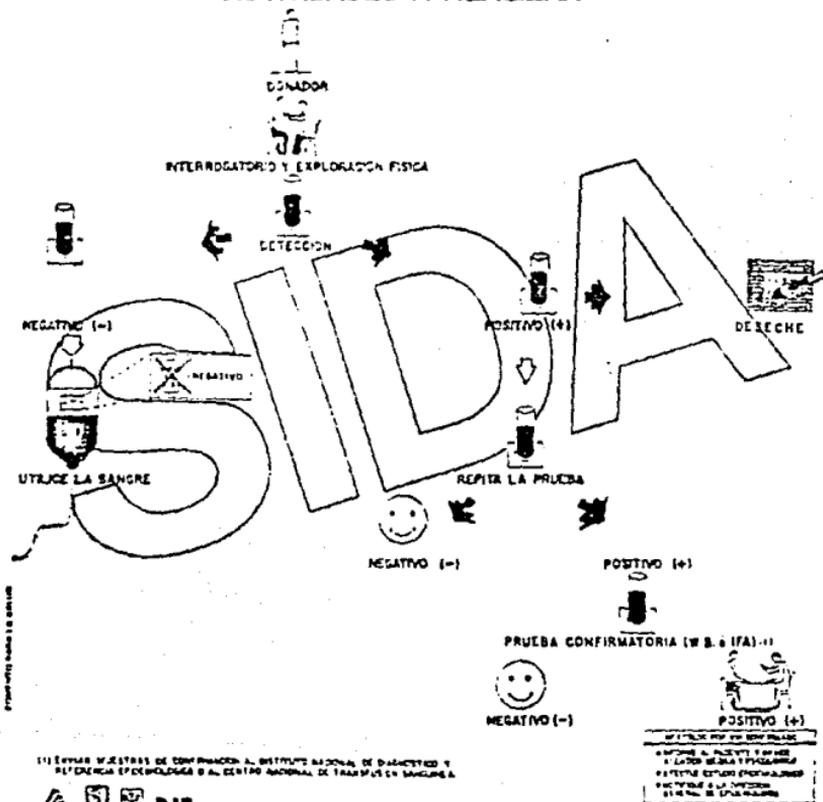
EL SIDA

También se transmite por sangre



VIH EN DONADORES DE SANGRE

ACTIVIDADES A REALIZAR



UNA FOTONOVELA COMPLETA

HABLANDO
CON SUS HIJOS
SOBRE EL SIDA
(O AIDS)

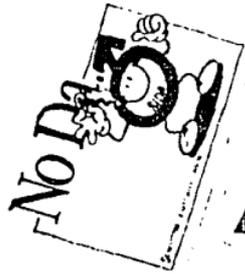
EL EMBA
EL S

SANGRE
DIREITO
A VIDA

internat
fo

Inv
CONSEJO
NACIONAL
DE SIDA

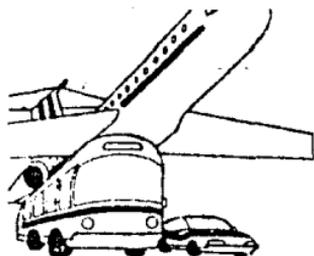
¿QUE
ES EL
SIDA?



STOP
AIDS



información sobre SIDA:



INFORMACION
SOBRE SIDA
PARA VIAJEROS
ADULTOS



Las pruebas de
detección del S.I.D.A.
y su significado



REFERENCIAS Y ACLARACIONES

CAPITULO III

Página	Referencia
59	(1) Manual de Medicina y Salud (Diccionario).- Edit. Vox monográficos. Barcelona 1979.- p. 262.
63	(*) Genoma: Conjunto de factores hereditarios contenidos en la serie de cromosomas haploides de una célula germinal.
65	(**) gp: glicoproteínas (proteínas ricas en azúcares).
76	(+++) Reservorio: Organismo (animal o humano)

que aloja en su interior a un microorganismo manteniendo la infección en su naturaleza, en el caso del V.I.H el reservorio es el portador.

CAPITULO IV

HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

IV. HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

4.1. ANTECEDENTES

México a través de su historia ha enfrentado obstáculos de carácter económico, político y social los cuales han diezmado a la población, entre los más destacados se encuentran las enfermedades que eran causa fundamental de muerte entre los ciudadanos, con el avance científico en los albores de la medicina se logro prevenir y erradicar enfermedades, estos hechos influyeron profundamente sobre los conceptos hospitalarios y su función social, así el conocimiento de las enfermedades infecciosas fueron enriqueciéndose. Cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social comenzó a impartir servicios médicos en enero de 1944, alguno de los padecimientos en México eran todavía endémicos y con frecuencia había brotes epidémicos importantes. por ejemplo: tifo, meningoencefalitis, tosferina, difteria, sarampión, viruela y poliomielitis; considerando que en esa época aún no se disponían de suficientes recursos para prevenir o curar muchas de esas enfermedades tampoco se contaba con hospitales adecuados para internar a los enfermos que necesitaban ser aislados y recibir atención médica. difícil de proporcionarles en otra parte.

En el Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia existía el pabellón 28 para enfermedades infecciosas diversas, así el maestro Samuel Morones implantó métodos y procedimientos nuevos y enseñó a utilizar los adelantos terapéuticos de la época, gracias a él se combatió el concepto arcaico que se tenía de los procedimientos infecciosos en nuestro país.

Poco tiempo después por cuestiones del maestro Morones la S.S.A. aceptó que se construyera un hospital para enfermos con padecimientos transmisibles; fue transformado en Hospital de Traumatología y Ortopedia del Centro Médico Nacional.

Sin embargo la frecuencia de padecimientos infectocontagiosos, dió origen a la necesidad imperiosa de que en el I.M.S.S. existiera un lugar adecuado para atender con los mejores recursos posibles, a este tipo de enfermos, motivando así la creación del primer sanatorio, cuando inició el funcionamiento de éste sanatorio algunos enfermos eran atendidos en su propio domicilio y la mayoría en el sector de distinción del pabellón 28 del Hospital General en donde las cuotas diarias por enfermo eran de \$ 5.00 m.n. pero debido a la demanda existente, este servicio fue insuficiente.

Lo anterior y otras consideraciones de orden médico institucional obligaron al I.M.S.S. a incluir en su proyecto de hospital un servicio acorde para aislar y atender enfermos contagiosos, sin embargo era necesario contar con un espacio que protegiera de forma íntegra al derecho-habiente y fue en base a esta necesidad que surgió el Hospital de Infectología en febrero de 1954 dando respuesta así a la problemática de salud en relación a enfermedades contagiosas.

Así pues para el funcionamiento de éste nosocomio se necesitó de un equipo multidisciplinario donde se hizo patente la participación de Trabajo Social, realizando hasta nuestros días una serie de actividades contempladas en un programa.

4.2. OBJETIVOS Y NORMAS INSTITUCIONALES

Toda institución de salud, consta para su buen funcionamiento de un programa donde se contemplen objetivos y normas a seguir para proporcionar servicios de buena calidad a los derechohabientes. De ahí la importancia de conocer los propósitos y lineamientos que rigen la vida institucional de este nosocomio.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

1. Incrementar la calidad de la atención.
2. Proporcionar una atención médica oportuna.
3. Proporcionar entre el personal de la unidad el humanismo en la atención médica oportuna.
4. Mejorar la eficiencia en la atención médica.
5. Unificar la docencia impartida en la unidad.
6. Implementar una capacitación continua para el personal médico y paramédico del Hospital de Infectología.
7. Fomentar la investigación para la resolución de problemas con alto sentido ético.
8. Proyectar a través de la capacitación y asesoría a la unidad fuera de su ámbito interno de acción.
9. Asegurar la optimización de recursos.
10. Garantizar entre el personal de la unidad, seguridad e higiene en el desarrollo de sus actividades.

NORMAS INSTITUCIONALES

- El equipo de Trabajo Social que labora en el Hospital de Infectología debe vestir con uniforme azul marino y blanco.

- El personal médico debe usar bata blanca .

- Para el acceso a cubículos de enfermos todo el personal de salud y familiares deberán usar batas esterilizadas y cubrir boca.

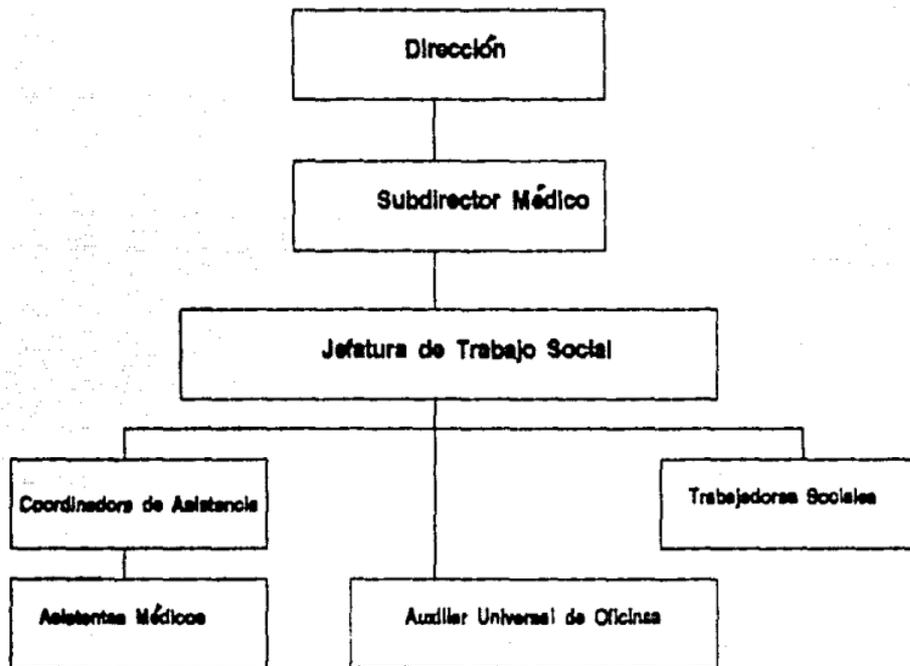
- El personal de limpieza y enfermería utilizará guantes, batas esterilizadas y cubrir boca.

- Los instrumentos y utensilios para uso del paciente deben ser esterilizados adecuadamente.

- La visita a pacientes es de 12:00 hrs. a 1:00 hrs. p.m.

- El acceso de familiares a cubículos de enfermos será en los horarios de visita o en horas de alimentos, si el paciente lo requiere.

ORGANIGRAMA DE TRABAJO SOCIAL MEDICO HOSPITAL DE INFECTOLOGIA



Fuente: Documentos elaborados por el personal de Trabajo Social del Hospital de Infectología del C.M.R.

- El acceso a enfermos por horario especial es autorizado por el médico tratante.

4.3. OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL MEDICO

El Trabajo Social Médico es el encargado de atender la problemática social que presenta el paciente infectado al llegar a la unidad, debido a esto se estipulan propósitos propios del hospital.

OBJETIVO GENERAL Otorgar la atención integral al paciente infectado tratado, con calidad y con alto sentido humano.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Recibir y ubicar al paciente en el lugar donde va a recibir la atención.

- Elaborar la documentación necesaria para su identificación y registro.

- Captar y atender la problemática psicosocial que presenta el paciente infectado y su grupo familiar, para orientarlo de acuerdo a su problema.

- Atender al derechohabiente al nivel de Trabajo Social Médico, procurando que la unidad que lo acercó al servicio lo satisfaga.

- Llevar a cabo los programas oficiales de la planeación familiar y donación de sangre.

Aunado a los objetivos mencionados anteriormente el Trabajo Social también desarrolla las siguientes funciones:

DOCENCIA

- Propiciar la capacitación y desarrollo de proceso personal de Trabajo Social Médico.

- Otorgar información y orientación " a nivel de Trabajo Social " sobre padecimientos infecto-contagiosos a pacientes y familiares.

INVESTIGACION

- Realizar trabajos de investigación sobre los problemas médico-sociales de mayor importancia en la unidad.

ADMINISTRATIVOS

- Desarrollar las actividades del servicio de acuerdo al proceso administrativo.

- Elaboración de programas que atiendan problemas prioritarios de la unidad.

4.4. ACTIVIDADES QUE DESARROLLA EL TRABAJO SOCIAL

En el Hospital de Infectología del Centro Médico la Raza, las funciones y actividades desempeñadas por el personal médico y trabajadores sociales están sujetas a las normas establecidas por la institución, así como también los programas llevados a cabo.

Las Trabajadoras Sociales realizan tres programas: Donación de Sangre, Planificación Familiar y Atención a Pacien-

tes con SIDA; por tanto las actividades desempeñadas se plasmarán en las siguientes páginas del presente capítulo correspondientes a cada uno de los programas mencionados.

ACTIVIDADES:

- Acercamiento del Trabajador Social a pacientes y familiares.

- La Trabajadora Social entablará comunicación con el paciente y familiares durante su estancia en el hospital.

- Realizará entrevistas específicas, lo resume por escrito y lo adjunta al expediente clínico.

- La Trabajadora Social prestará atención a cualquier tipo de requerimiento del doctor que acuda al servicio

- Cada una de las Trabajadoras Sociales dedicarán un 10% de su jornada a la promoción de planificación familiar (turno matutino 48 minutos, turno vespertino 39 minutos), informando al derechohabiente de este programa.

- Las Trabajadoras Sociales de ésta unidad informarán al derechohabiente el beneficio como resultado de la implementa-

ción del programa.

- Las Trabajadoras Sociales de la unidad desarrollarán aptitudes para sensibilizar al derechohabiente.

- Las Trabajadoras Sociales de la unidad harán una breve investigación de la situación familiar de cada derechohabiente (motivo de atención por la unidad) para introducir la orientación específica del concepto.

- Las Trabajadoras Sociales de la unidad harán conjuntamente con el derechohabiente un análisis de beneficios posibles por planificar la familia.

- Las Trabajadoras Sociales rendirán un informe a la jefatura del número global de derechohabientes a los que se les difundió la promoción.

- Las Trabajadoras Sociales establecerán coordinación estrecha con Trabajadoras Sociales de medicina familiar y gineco-obstetricia.

- Solicitar donación a través de entrevistas con los familiares.

- La Trabajadora Social realiza grupos con pacientes portadores de V.I.H. y familiares de pacientes.

- Desarrolla sesiones el jueves de cada semana abordando temas como son: entendiendo el SIDA, aspectos médicos del SIDA, enseñanza autocontrol (enfermería , manejo dietético para pacientes con V.I.H.), apoyo espiritual, aspectos psicológicos en pacientes con V.I.H., información sobre incapacidades y pensiones, aspectos legales del SIDA.

- La Trabajadora Social realiza estadísticas en relación al número de casos de SIDA presentados en el hospital.

- La Trabajadora Social realiza localización telefónica de posibles portadores de V.I.H. tratando de que asistan al hospital para estar bajo control médico.

Por otra parte, en relación a las actividades desempeñadas por el equipo de Trabajo Social en el hospital, cabe señalar que son meramente de tipo administrativo; esto es como consecuencia del exceso de trabajo cotidiano que se debe cumplir diariamente y estas actividades son: revisión de expedientes, elaboración de notas iniciales de Trabajo Social, seguimiento de caso, verificación y trámite de incapacidades, vigencia, traslados intrahospitalarios, avisos al ministerio

público. en el caso de ser necesarios, trámite de defunciones y trámite de viáticos en el caso de pacientes foráneos.

Nota: Los datos mencionados en el capítulo fueron retomados de forma textual de los documentos oficiales del Departamento de Trabajo Social del Hospital de Infectología del Centro Médico la Raza.

CAPITULO V

VINCULACION TEORICO - PRACTICO

V. VINCULACION TEORICA - PRACTICA

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital de Infectología cada vez se presentan con mayor frecuencia casos de personas infectadas con V.I.H., percibiendo en términos generales que en la población adulta que acudió a consulta externa en el hospital en los meses de enero a abril de 1990, se han detectado 927 casos seropositivos y 27 más como portadores; en lo que respecta a aquellos que acuden a control médico regularmente, en tanto, en los que acuden a la atención médica por vez primera se han detectado en el mismo intervalo de tiempo 86 casos.

Por otra parte, en la población infantil atendida se registraron en citas subsecuentes 19 casos y en consulta inicial solo dos casos. Por ende, podemos decir que este síndrome está causando fuertes estragos a la población en general no respetando edad, sexo, ni condición socioeconómica; considerando que este tipo de padecimiento afecta no solo al enfermo sino también a su entorno social, alterando así sus relaciones y generando conflictos de tipo emocional, laboral, escolar, familiar y en cuanto al acceso de servicios médicos

se refiere.

En el aspecto emocional, los seropositivos son rechazados creando una fuerte depresión en ellos, esto ocasiona la aceleración del proceso de la enfermedad llevando al individuo a la fase terminal. Ahora bien, por lo que respecta al ámbito laboral y debido a la ignorancia existente en relación a la enfermedad, los portadores y enfermos de SIDA son víctimas de la terminación de las relaciones laborales por parte de sus patrones y en otras ocasiones ellos mismos llevan a cabo su renuncia para evitar el hostigamiento y el mal trato por parte de sus jefes y compañeros.

Otro factor que daña al paciente seropositivo de V.I.H., además de la ignorancia de jefes, compañeros de trabajo y su núcleo familiar es la del personal médico que no cuenta con los conocimientos necesarios sobre la enfermedad, ya que en repetidas ocasiones se niegan a dar atención médica cuando saben de su padecimiento, esto provoca un fuerte choque emocional en el individuo e incluso llegan a sentirse relegados.

En lo concerniente a la familia el problema es mucho más grave, pues existen enfermos que se niegan a manifestar su diagnóstico a sus familiares por temor a ser rechazados: quienes los dan a conocer en ocasiones son marginados por su

propio núcleo familiar. Situaciones que lo dañan psicológica y físicamente; de ahí la importancia del conocimiento de la enfermedad en todos sus aspectos por parte de la familia para que el paciente encuentre la armonía entre sus seres queridos.

Por lo cual es importante que el profesional de Trabajo Social se cuestione: ¿Qué repercusiones psicológicas, económicas, familiares, laborales y acceso de servicios médicos presenta el paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que ingresa al Hospital de Infectología; para dar alternativas de solución ?.

5.2. ELABORACION DE OBJETIVO E HIPOTESIS

OBJETIVO

Analizar la problemática del paciente con SIDA en el Hospital de Infectología para proporcionar alternativas de acción, mediante la intervención del Licenciado en Trabajo Social ante esta situación.

HIPOTESIS

La adecuada intervención del Licenciado en Trabajo Social en el Hospital de Infectología depende del conocimiento del perfil que presentan los pacientes con SIDA.

Hipótesis Negada.

La adecuada intervención del Licenciado en Trabajo Social en el Hospital de Infectología no depende del conocimiento del perfil que presentan los pacientes con SIDA.

VARIABLES

Variable Independiente

Intervención del Licenciado en Trabajo Social

Variable Dependiente

Perfil de los pacientes de SIDA

INDICADORES

Antecedentes

Personales

INDICES

Datos Generales.

Datos médicos o clínicos.

Historia

Edad de Inicio.

Sexual

Condiciones de Inicio.

Conducta Sexual

Homosexual

actual

Bisexual

Heterosexual

Promiscuo

Actual Actividad Sexual.

Actitud ante

Reacciones Psicológicas

el Dx.

ante el Dx.

Reacciones ante su -

Tratamiento Médico.

Aspecto

Grupo al que está integra-

Familiar

do el paciente.

Tipo de Grupo al que per-
tenece.

Composición Familiar.

Aspecto

Actividad Laboral actual

Laboral

Relaciones Interpersonales

con el personal que labo-
ra.

Repercusiones de la enfer

medad en la jornada de trabajo.

Prestaciones de la Empresa

Condiciones de
Vivienda

Tipo de Vivienda
Tenencia de la Vivienda
Servicios Urbanos con los
que cuenta la vivienda.

Condiciones Económicas

Sostenimiento Económico.

5.3. ELABORACION Y APLICACION DE TECNICAS E INSTRUMENTOS

De acuerdo a las hipótesis planteadas con anterioridad y para su contrastación a través de la investigación realizada en el hospital de infectología; a fin de conocer el perfil del paciente seropositivo comprendiendo los aspectos biológicos, económicos y sociales que lo rodean e influyen, siendo esto, una información fundamental para determinar la intervención del profesional en Trabajo Social.

Para llevar a cabo dicha investigación fue necesaria la

aplicación de técnicas e instrumentos: las técnicas empleadas fueron: la observación y la entrevista. Mediante la primera se concretó en la incidencia de la problemática así como el estudio de los casos reportados en la consulta externa del hospital de infectología; la segunda se llevó a efecto a través de la aplicación del formato, el cual está compuesto por preguntas abiertas y preguntas cerradas así también apartados de diagnóstico, plan y tratamiento. (Ver encuesta en párrafos subsecuentes).

Para su aplicación se tomó una muestra al azar de 60 individuos del total de la población seropositiva que acude a consulta externa y a servicios de hospitalización.

La organización del trabajo de las pasantes, quienes realizaron las entrevistas de manera individual en un cubículo específico para ello, fue apoyado por el servicio de Trabajo Social Médico y del personal de consulta externa; sin embargo, se suscitaron una serie de obstáculos con los entrevistados, ya que algunos de ellos no estaban dispuestos a colaborar, consideramos que esto se debe principalmente a dos factores: uno de ellos por el malestar físico o biológico propio de la enfermedad y el otro por el temor a la divulgación de la información a sus familiares o fuentes de trabajo, o bien, si accedían a responder la entrevista se negaban a contestar

las preguntas que se referían a su vida privada debido a los temas que se abordaron; esto motivó el desarrollo de habilidades para la conducción de la entrevista, para así obtener datos los más verídicamente posible.

A continuación se presenta el formato utilizado en las entrevistas:

HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Cuestionario del perfil de pacientes
con Dx. de V. I. H.

AFILIACION:

Asegurado..... Beneficiario..... Otros.....

ANTECEDENTES PERSONALES:

Edad..... Sexo..... Edo. Civil.....

Escolaridad..... Ocupación.....

Alcoholismo..... Drogadicción.....

Con padecimiento hematológico..... Dx.....

Transfusiones sanguíneas.....

HISTORIA SEXUAL:

A qué edad inicia vida sexual..... Con quién.....

Inducido..... Voluntario..... Conciente.....

Bajo los efectos de estimulantes.....

CONDUCTA SEXUAL ACTUAL:

Homosexual..... Pasivo..... Activo.....

Bisexual..... No. de parejas..... Nacionalidad.....

..... No. de hijos.....

Promiscuo..... Con pareja estable.....

En actividad sexual actual: Si..... No.....

Ultima relación sexual..... Uso de profiláctico.....

Contacto (s) detectado (s): Si..... No.....

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

ACTITUD ANTE EL DX:

Depresión..... Angustia..... Abandono..... Resigna-
ción..... Rebeldía..... Agresión social.....

Manipulaciones..... Ideas suicidas.....

No. de internamientos.....

Altas voluntarias..... Control consulta externa.....

Regular..... Deserción.....

Con manejo por Higiene Mental.....

ASPECTO FAMILIAR:

Viviendo con pareja..... Grupo familiar.....

Grupo homogéneo..... Heterogéneo.....

Causas de separación del grupo familiar.....

.....

COMPOSICION FAMILIAR AL QUE ESTA INTEGRADO EL PACIENTE:

Parentesco Edad Escolaridad Ocupación Edo. Civil Actitud

ante el

Dx.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Observaciones:.....
.....
.....

ASPECTO LABORAL:

Activo..... Antigüedad..... Sueldo mensual.....
Conocen su conducta sexual..... Su Dx.....
Fuente de información.....

Actitud ante el problema: Aceptación..... Rechazo.....

Hostilidad..... Relaciones interpersonales con:
Compañeros..... Jefes.....

Con obstáculos condicionados para el desarrollo de su trabajo
..... De qué tipo.....
Incapacitado..... Tiempo de incapacidad.....
Continua..... Interrumpida.....

PRESTACIONES DE LA EMPRESA:

Seguro de vida..... De que tipo..... Subsidio.....

En qué consiste..... Liquidación.....

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

Casa..... Departamento..... Vecindad.....

Pensión..... Sin dato.....

Con todos los servicios.....

No cuenta con todos los servicios..... Sin dato.....

CONDICIONES ECONOMICAS:

El sostén economico está basado en: paciente.....

Familiares..... Padres.....

Paciente y familiares..... Pareja.....

Paciente y pareja..... Sin dato.....

Con percepciones adicionales diferentes al sueldo:

Si..... No..... Sin dato.....

DIAGNOSTICO SOCIAL:

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

PLAN:

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

TRATAMIENTO:

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

5.4. CODIFICACION DE LA INFORMACION OBTENIDA

Para el vaciado y ordenamiento de los datos, se empleo el siguiente procedimiento:

En base a los indicadores contemplados en el formato y de acuerdo a la composición de los mismos, se hizo esencial abrir intervalos para el encuadre de frecuencias.

Posteriormente se realizó la cuantificación para obtener la frecuencia en cada uno de los intervalos y así medir el porcentaje de los mismos, con la consecuente realización de las gráficas de barras correspondientes.

5.5. INTERPRETACION Y ANALISIS

Interpretación.

De acuerdo con la investigación realizada en el Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza, cuyo objetivo es el conocimiento del perfil económico - social del paciente con V. I. H., tomándose como muestra a 60 individuos de la

población que asisten a éste nosocomio; así la pesquisa efectuada arrojó los datos siguientes: en relación al tipo de afiliación, el 84% de los entrevistados son asegurados, el 10% son beneficiarios y un 3% son pensionados. En lo que respecta a la edad de individuos con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el 8.30% son de 20 - 24 años, el 35% se encuentra entre 25 - 29 años, el 28.30% entre 30 - 34 años, un 10% entre 35 - 39 años, el 8.30% entre 40 - 44 años, un 5% de 45 - 49 años, el 3.30% de 50 - 54 años y el 1.70% de 55 años o más.

En lo concerniente al sexo, el 91.70% es masculino y el 8.30% es de sexo femenino; así mismo, referente al estado civil de éstos pacientes el 61.60% es soltero, el 15% casado, el 1.70% en unión libre y el 1.70% es viudo. Además en lo que atañe a la escolaridad el 10% posee primaria completa, el 8.30% secundaria incompleta, el 21.70% secundaria completa, el 18.30% preparatoria incompleta, el 8.30% tiene carrera técnica, el 6.70% preparatoria completa, un 15% profesional incompleta y el 11.70% profesional completa.

En la ocupación, el 41.70% son empleados, el 5% son obreros, el 10% comerciantes, un 10% practica algún oficio, el 6.70% se dedica al hogar, el 20% son profesionistas, el 3.30% son estudiantes, y el 3.30% son pensionados.

Referente a vicios, el 1.70% son farmacodependientes y el 98.30% afirman no serlo. Abocándose a padecimientos hematológicos, el 6.60% tiene algún padecimiento de éste tipo y el 93.40% no lo tiene. Además el 16.70% tuvo transfusiones sanguíneas y el 83.30% no ha recibido ninguna transfusión.

Por lo que respecta a la historia sexual de los pacientes y a la edad en que inician su vida sexual se indica que el 1.70% no ha iniciado vida sexual, el 6.60% la inició siendo menor de 10 años, el 16.70% lo hizo entre los 10 - 14 años, el 61.60% en el rango de 15 - 19 años, el 10% entre 20 - 24 años, el 1.70% de 25 - 29 años y el 1.70% no aportó dato; ahora bien, referente a con quién iniciaron su vida sexual, se obtuvo que el 72.90% fue con varón, el 22% con mujeres, el 1.70% con ambos y el 3.40% restante sin dato; relaciones que en el 83% fueron voluntarias y concientes, el 15.30% fue inducido y el 1.70% sin dato.

La conducta sexual actual de cada entrevistado, el 70% refiere ser homosexual, el 8.30% bisexual, un 20% heterosexual y el 1.70% sin dato; el rol que juega el paciente homosexual es en un 25% pasivo, un 28% activo y el 45% ambos, el 2% no aportó dato.

En lo que se refiere al número de parejas que tiene el paciente se encontró que el 1.70% no ha tenido ninguna pareja estable, el 70% ha tenido de 1 - 49 parejas, el 16.70% de 50 - 99 parejas, el 6.60% de 100 - 149 parejas, el 3.30% ha tenido 500 o más parejas y el 1.70% sin dato.

En relación al número de hijos el 13.30% refirió tener de 1 - 3 hijos, el 5% de 4 - 6 hijos y el 81.70% no tiene hijos. Además respecto a la nacionalidad de las parejas con quien han vivido se tiene que el 56.70% son mexicanos (as) y el 3.30% extranjeros (as), el 35% tanto mexicanos como extranjeros y solo el 5% sin dato. Captandose así que el 78.30% es promiscuo, el 18.30% no lo es y el 3.30% sin dato; se encontró también que el 45% tiene pareja estable, el 51.70% no tiene y el 3.30% sin dato.

En el aspecto sexual de acuerdo a los resultados obtenidos nos percatamos que la mayoría de los pacientes en un 61.70% no tiene actividad sexual pero el 35% sí tiene relaciones y un 58.30% de éstos utilizan el preservativo como forma de protección. Ahora bien, a causa de su diagnóstico las relaciones sexuales disminuyen en forma considerable siendo estas en frecuencias menores, pues el porcentaje más alto en un 28.40% tuvo relaciones en un tiempo menor de 1 mes, el 20% de 1 - 5 meses, el 15% de 11 - 15 meses. Es im-

portante conocer si las personas al momento de tener relaciones supieron si su pareja estaba o no infectada, constatamos que la mayoría no conocía el diagnóstico de su pareja lo que se representa con el 61.70% y el 31.70% sí lo conocía; es decir solo se detectaron en los 60 casos el 31.70% de los contactos. Así mismo, ante estos contactos y ante el conocimiento del V. I. H., se tomaron las reacciones o actitudes del paciente, cabe mencionar que la mayoría no tiene solo una reacción, sino varias, por tanto podemos denotar en lo más representativo que el 29.20% en depresión, el 23.80% en resignación y el 22.30% angustia, rebeldía y agresión social, solo en un mínimo de personas, las que asocia a ideas suicidas.

Con lo que respecta a su asistencia a consultas médicas y a las veces de sus internamientos, un número considerable de entrevistados (40%) ya habían tenido internamientos, debido a que por el tipo de padecimiento esto es necesario y el 51.70% no lo han tenido; de ellos el 98.30% no ha registrado altas voluntarias. Al egresar del hospital éstos pacientes prosiguen bajo tratamiento de consulta externa, representado con el 98.30%, de los cuales el 96.70% asiste regularmente sin detectar deserción a su consulta.

La ayuda psicológica a los pacientes es muy importante, sobre todo en los momentos iniciales en que se les notifica

su diagnóstico, mediante los datos arrojados por la investigación el 81.70% de las personas no han recibido atención de este tipo y el 18.30% sí.

La composición familiar del paciente es muy importante dentro del tratamiento a pacientes con V.I.H.; por ello, se especifican éstos datos como a continuación se presenta: de las personas encuestadas el 58.30% vive con sus padres, el 21.70% vive con pareja, el 11.70% solos y el 8.30% con otros familiares. De ellos los que están integrados a un grupo familiar en un alto porcentaje se tiene que es el 66.70% de tipo heterogéneo y el 21.70% homogéneo, por ser lo más significativo, y el 11.60% a ninguno.

Los que conviven con sus padres es el 58.30% del total de la muestra que fue de 60 casos, las edades de éstos fluctúan de 45 a más de 74 años, teniendo su mayor porcentaje entre 55 - 59 y 60 - 64 años con un 21.80% respectivamente; en cuanto a su escolaridad un gran número cursó la primaria completa en un 45.50% e incompleta con el 27.30%, el 14.60% son analfabetas, carrera técnica el 5.40% y secundaria completa también el 5.40% y profesional solo el 1.80%. En la ocupación de ellos, se encuentra que el 54.50% se dedica al hogar, el 16.40% a oficios varios, un 10.90% son comerciantes, el 3.70% pensionados, el 1.80% obreros y el 12.70% son jubilados:

siendo en su mayoría, el 72.70% siendo casados y viudos en un 20%, el 5.50% separados y el 1.80% solteros. La actitud de ellos con respecto al problema en un 76.40% es de aceptación, el 18.20% de desconocimiento y el 1.80% rechazo e indiferencia respectivamente.

Con respecto a los que viven con hermanos y otros familiares, en lo que de acuerdo a los porcentajes más representativos, se tiene que en su mayoría son adultos, el 30.80% su edad es de 30 - 34 años, el 15.40% es de 40 - 49 años y adolescentes cuyas edades son de 10 - 14 años en un 23%. En lo que se refiere a su escolaridad el 23.10% cursó primaria completa e incompleta respectivamente, preparatoria completa e incompleta con el 15.40% cada uno, así como secundaria completa un 15.40%. Cabe mencionar que solo el 7.60% tiene profesional completa; debido a ello, la ocupación de un número considerable es en un 30.70% de estudiantes, el 23.10% dedicado al hogar, el 15.40% son profesionistas y el 7.70% obreros. Ahora bien, el 53.80% son solteros, el 30.80% casados, el 15.40% viudos en lo que concierne a su estado civil.

La actitud de ellos ante su diagnóstico es de aceptación en el 53.80%, el 15.40% desconoce el padecimiento, el 7.70% es de rechazo y el 23.10% no aportó dato.

En relación a las personas que viven con parejas se puede apreciar que el mayor porcentaje en un 76.90% está representado por las parejas heterosexuales, de las cuales todos los pacientes de éstas juegan el rol de padres o madres de familia y con un bajo porcentaje se encuentran las parejas homosexuales con el 23.10%. Con respecto a la edad de lo heterosexuales el 40% se encuentra entre 40 - 44 años, el 30% entre 45 - 49 años, siendo su escolaridad en un 40% primaria completa, el 20% primaria incompleta; un indicador importante es que el 20% ha terminado una carrera profesional, de acuerdo a ello, la ocupación del 50% es el hogar, el 20% es empleado y profesionista respectivamente; el 90% casado y el 10% vive en unión libre; en comparación con las anteriores, las parejas homosexuales son más jóvenes pues sus edades fluctúan en un 66.70% entre 25 - 29 años, y el 33.10% de 30-34 años; así también su escolaridad es más elevada, pues éstos, tienen estudios de preparatoria completa, carrera técnica y profesional cada una con el 33.30% y la última con el 33.30%. Por tanto, su ocupación va a estar basado en su nivel educativo, pues el 100% es empleado o realiza algún oficio; en su estado civil todos (100%) manifestaron ser solteros. Cabe mencionar que el 100% de ambas parejas conocen su padecimiento, lo aceptan y brindan su apoyo.

Retomando el caso de las parejas heterosexuales, el

90% tienen hijos, quienes en su mayoría poseen más de 16 años representado con el 46.40% el 17.90% de 10 - 12 años; de los cuales el 28.50% cuenta con estudios de primaria completa y el 25% con carrera técnica. Por consiguiente el 67.80% se dedica a estudiar, el 25% es empleado y los demás se dedican al hogar y profesionistas con un 3.60% cada uno.

Al igual que en los casos anteriores el 89.30% de los hijos conocen el diagnóstico y lo aceptan, pero el 10.70% desconoce el padecimiento. Ahora bien, pasemos a otro aspecto de igual importancia que el familiar, el laboral.

De acuerdo a los datos obtenidos en lo más representativo tenemos que el 66.70% de las personas se encuentran activos; es decir, laboran actualmente teniendo ya una antigüedad en sus empleos de más de 5 años, representado con el 23.30% seguidos de aquellos que tienen de menos de un mes hasta seis meses con el 13.30%. Por otra parte, en relación al sueldo mensual que perciben en promedio los entrevistados es con un 20% aquellos que ganan menos del salario mínimo, el 18.40% más de 3 salarios mínimos y un 15% el salario mínimo. Considerando que el salario mínimo se cotiza de mayo - agosto de 1990 en \$ 324,000 m.n. mensuales.

Por la naturaleza del padecimiento que los afecta, el

50% afirma que en su centro de trabajo desconocen su conducta sexual y el 28.33% si la conocen; relacionando esta situación a que si se tiene conocimiento de su diagnóstico el 75% indicaron que no están enterados en su trabajo y en el 13.30% si lo conocen cuyas fuentes de información en un 15% ha sido comunicado por amigos o compañeros y el 11.70% de los pacientes han sido ellos mismos. así ante el conocimiento del padecimiento en su centro laboral, los pacientes afirman en un 26.70% que son aceptados, el 3.30% perciben rechazo en su trabajo y el 58.30% no lo ha dado a conocer. De igual forma las relaciones interpersonales tanto con compañeros como con jefes de trabajo inciden en un 46.70% y 50% respectivamente, que son buenas; las relaciones de trabajo con compañeros y jefes que son regulares, se tiene que son en los primeros el 13.30% y en segundos en un 6.70% y malas relaciones con compañeros en un 3.30% y con jefes en un 6.70%, lo que conlleva a que del total de los entrevistados, el 66.70% no tienen obstáculo alguno en el desarrollo de su trabajo.

Abocándonos por otra parte a aquellos que gozan de incapacidad médica debido a su situación se tiene un porcentaje del 43.30%, variando el tiempo de incapacidad, observándose que el 15% de los pacientes la tienen por menos de un mes, un 20% de 1 - 6 meses y el 6.70% de 7 - 12 meses; denotando así que el 65.40% continúa con su incapacidad y el 34.60% no.

siendo pensionados el 6.70%.

En lo que atañe a las prestaciones de la empresa otorgadas a los entrevistados, los datos captados fueron que el 76.70% no tienen seguro de vida, mientras que el 16.70% si lo tienen; siendo en la mayoría de tipo monetario, aportando un 10% el subsidio a dicho seguro. De las personas que gozan del seguro de vida como prestación se les ha liquidado a un mínimo porcentaje de los mismos en 1.70%.

Por otra parte, en lo que respecta a las condiciones de la vivienda de los entrevistados, se tiene que 68.30% habita en casa, el 26.60% en departamento, el 1.70% en vecindad y el 1.70 en pensión y no aporó dato el 1.70%; cuyas viviendas en un 60% son propiedad privada, un 38.30% son arrendadas. En términos generales el 85% de las viviendas cuentan con todos los servicios, en tanto, que el 13.30% no cuentan con todos ellos y el 1.70% no manifestó dato alguno.

Un aspecto importante más es el de las condiciones económicas de los entrevistados, ya que nos permite asociar el aspecto socioeconómico de los mismos y los datos encontrados en este indicador son: el 46.70% afirma que se sostienen económicamente por sí mismos, el 25% percibe ayuda de familiares, el 10% tanto de familiares como de sí mismos, el 8.30%

tanto de la pareja como del paciente mismo, el 6.70% solamente de la pareja y el 1.70% de sus padres; así también, los pacientes que gozan de alguna percepción monetaria adicional a su sueldo la tienen un 15% de ellos.

Análisis.

En el país es muy común hablar del mal del siglo, nombre que recibe el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. sin embargo, éstos comentarios son demasiado superficiales, pues en verdad ignoran el sentir y el pensar de las personas enfermas o afectadas y solo mediante estudios profundos se puede detectar realmente el perfil de este tipo de paciente de V.I.H., por tal motivo se realizó la investigación en el Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza, por ser uno de los sitios del Sector Salud donde se presenta con más frecuencia este padecimiento.

Cabe mencionar que la población mayormente afectada es homosexual y promiscua, llevando relaciones con parejas de nacionalidad mexicana como extranjera, desconociendo si estaba o no infectada con V.I.H., además sin protección (uso de preservativo) alguna, previa a la relación sexual.

Se denota también que la vida sexual activa de los pa-

cientes se ha iniciado a una edad temprana y de manera voluntaria, siendo la falta de conciencia un factor problemático a pesar de la sensibilización a través de los medios masivos de comunicación.

La transmisión del V.I.H., se lleva a cabo por vía sexual entre otras, en la cual hay que tomar en cuenta varios factores que intervienen en ella, así mismo al establecer estas relaciones si alguno de los que conforman la pareja está infectado no lo comunica a los demás, propagándose cada vez más dicho virus. Por otra parte, no se observaron casos de transmisión por punción y mínimamente por transfusión sanguínea detectado en algunos pacientes hemofílicos.

Las parejas que ocupan la segunda posición (en nuestra investigación) son las heterosexuales, de las cuales en su mayoría tienen de 1 - 3 hijos. El conocimiento de su diagnóstico provoca en el paciente reacciones tanto biológicas como psicológicas, en relación a estas últimas, las que se presentan con mayor frecuencia son: la depresión, la resignación y la angustia; esto repercute en la vida sexual del individuo, ya que opta por no tener relaciones sexuales con su pareja. De acuerdo a las condiciones de cada paciente el tiempo en aceptar su padecimiento varía, pues algunos pasan por diversas etapas como son: la negación, en la que el individuo in-

fectado no acepta su diagnóstico y enfermedad; la ira enmarca la reacción de resentimiento y de culpa; las que pueden motivar rupturas agresivas con la gente que lo rodea (fundamentalmente su familia). La fase depresiva se considera llena de tristeza e incluso llega a desear la muerte separándose de su entorno familiar; durante la negociación, que es la siguiente etapa se establece una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas con el fin de posibilitar la esperanza y la última fase es la aceptación, en donde el paciente aprende a vivir y combatir la enfermedad. Por tanto es indispensable la ayuda psicológica en este periodo, pues es notorio que la mayoría de los infectados recibe apoyo de este tipo, ya que se logró comprobar durante la entrevista que con el tiempo el seropositivo acepta su padecimiento y aprende a vivir con el mismo.

En el aspecto biológico existen alteraciones provocadas por etapas constantes de depresión o angustia, lo que conlleva a continuos internamientos de los pacientes. Sin embargo un porcentaje elevado asiste regularmente a control médico en consulta externa.

Es importante que la intervención del Licenciado en Trabajo Social se enfoque al aspecto social, en lo referente a los ámbitos: familiar, laboral y médico.

A) En lo familiar se encontró que la mayoría de las personas infectadas viven con sus padres, los cuales conocen y aceptan el padecimiento del paciente y en algunos casos es lo contrario; así mismo, en relación a hermanos y otros familiares muestran aceptación al mismo, siendo mínimo el porcentaje que los rechaza o lo desconocen; en lo que atañe a aquellos que viven con pareja en su totalidad los aceptan y los apoyan; en cuanto a las personas heterosexuales que tienen hijos, éstos conocen y aceptan el diagnóstico; y una pequeña proporción por diversas causas han optado por vivir solos.

Un factor que se denota en la vida social y familiar de los seropositivos es el temor de manifestar el diagnóstico a la familia y amigos por la índole del mismo y a la reacción de éstos ante su problemática, ya que en la mayor parte de ellos no existe un conocimiento amplio, así como el trato adecuado que se le proporciona respecto a la enfermedad.

B) En el aspecto laboral se encontró que la mayoría permanece activo, trabajando en orden de importancia como: empleados, hogar y obreros; cuya percepción, varía de menos de un salario hasta tres salarios mínimos; se hizo manifiesto que la mayor proporción de la muestra estudiada se sostiene por sí mismo, pero no se debe descartar la posibilidad de

aquellos que reciben ayuda de padres, parejas, amigos, familiares y una mínima parte de éstos cuenta con un ingreso adicional de dinero independiente de su sueldo; esto determina la distribución del gasto familiar; en lo que respecta a las condiciones de su habitat en mayor proporción es casa propia y departamento, algunos viven en vecindad o pensión, de las cuales más de las tres cuartas partes cuentan con todos los servicios, no así en el resto.

En lo referente al estado de salud del paciente y sus relaciones laborales, se puede decir que debido a los prejuicios sociales e ignorancia que existe en la población prefieren ocultar su preferencia sexual y de igual forma su diagnóstico; ya que generalmente se relaciona a éste con conductas homosexuales y cuando la empresa por distintas fuentes se entera del diagnóstico dan término a las relaciones laborales o en ocasiones ellos mismos renuncian. Sin embargo en los casos donde los pacientes informan de su diagnóstico en su mayoría son aceptados; por tanto, se puede entrever que las relaciones interpersonales con jefes y compañeros de trabajo son buenas.

Un hecho que afecta al rendimiento laboral del paciente son las incapacidades médicas debido a la continuidad de éstas. Es necesario mencionar que un gran número de éstos indi-

viduos no poseen seguro de vida, lo que origina que a la muerte del mismo la familia quede desprotegida.

Las causas de renuncia y despido de personas seropositivas es la falta de información por parte de los patrones y empleados en relación a la capacidad productiva que puede tener el paciente dentro de la empresa en un área distinta a la que desempeña.

C) El ámbito médico se refiere al rechazo que viven los pacientes de V.I.H., para la atención médica, ya sea de primer a tercer nivel de la misma, pues el personal no está debidamente capacitado en esta materia para brindar los cuidados y atención pertinentes que requieren, lo que causa renuencia de los pacientes hacia la asistencia médica originándole afecciones psicosociales.

En los aspectos antes mencionados: la falta de educación, sensibilización y concientización con respecto al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y a su agente causal (V.I.H.), se hace evidente y necesaria una intervención profesional mediante una planeación que englobe dichos ámbitos y la cual vaya dirigida a éste tipo de población.

5.6. PRESENTACION DE LA INFORMACION

A continuacion se dan a conocer los datos más relevantes mostrando tanto las tablas de frecuencias como las gráficas de barras respectivas a algunos de los indicadores incluidos en el formato empleado, con la finalidad de conocer el perfil de los pacientes con V.I.H.. que asisten al Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza.

Lo que permite ilustrar los resultados de la investigación realizada.

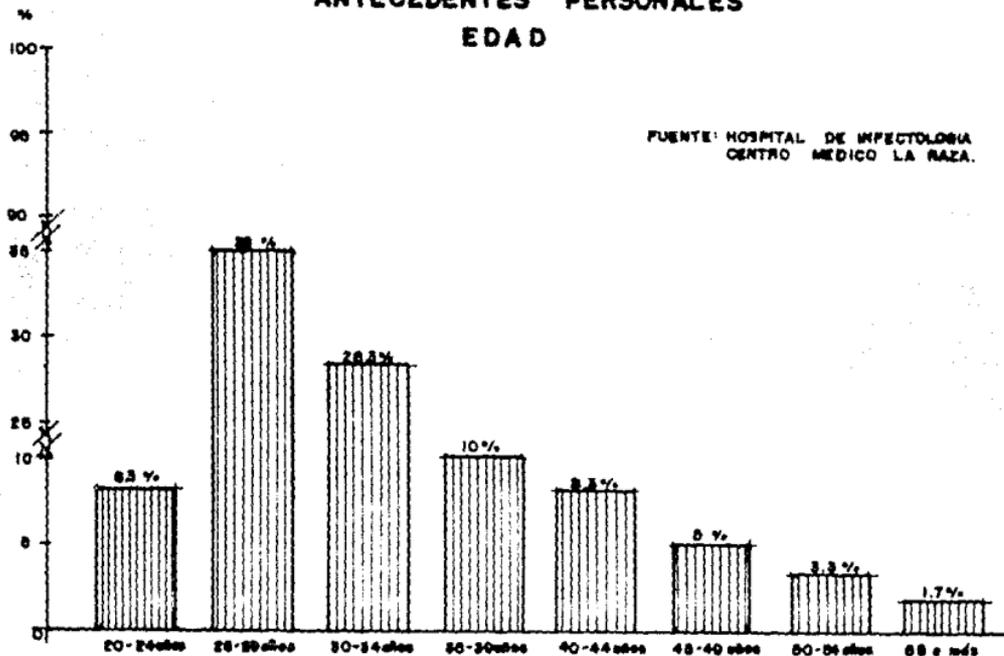
" PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA "

EDAD

	F	%
20 - 24	5	8.30
25 - 29	21	35.00
30 - 34	17	28.30
35 - 39	6	10.00
40 - 44	5	8.30
45 - 49	3	5.00
50 - 54	2	3.30
55 o más	1	1.70
	60	99.90

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
 MAYO - AGOSTO 1990
 ANTECEDENTES PERSONALES
 EDAD



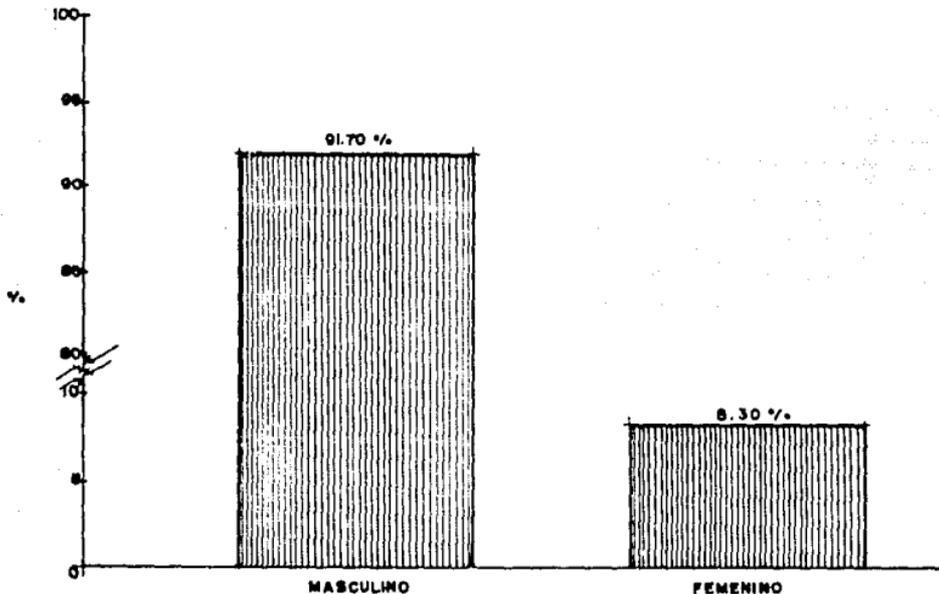
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

SEXO

	F	%
Masculino	55	91.70
Femenino	5	8.30
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
SEXO



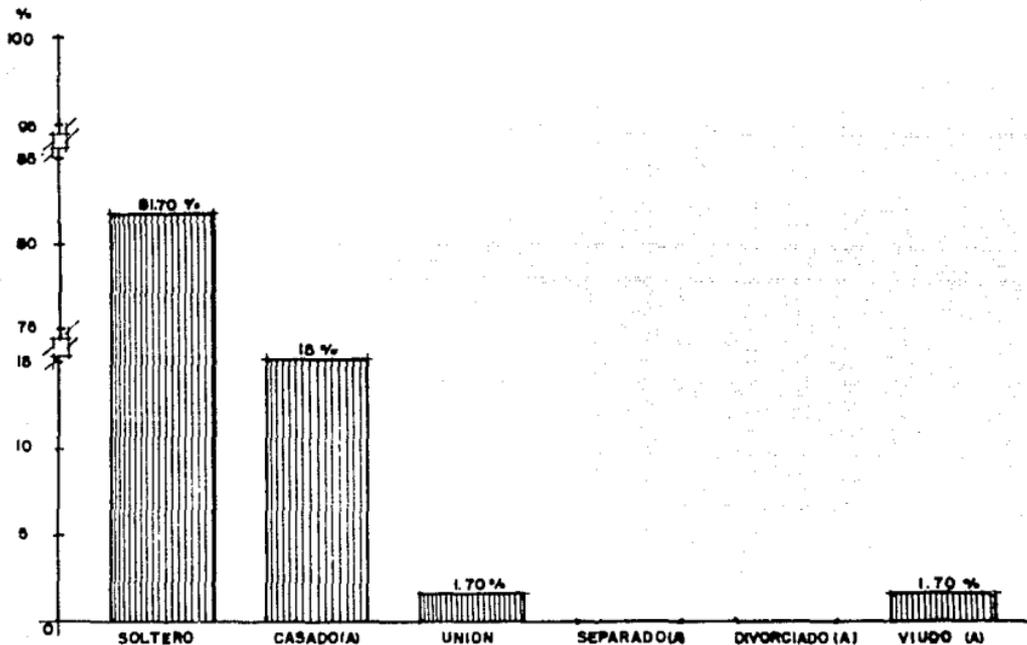
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

ESTADO CIVIL

	F	%
Soltero (a)	49	81.60
Casado (a)	9	15.00
Unión Libre	1	1.70
Separado (a)	0	0.00
Divorciado(a)	0	0.00
Viudo (a)	1	1.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
ESTADO-CIVIL



° PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECOLOGIA °

ESCOLARIDAD

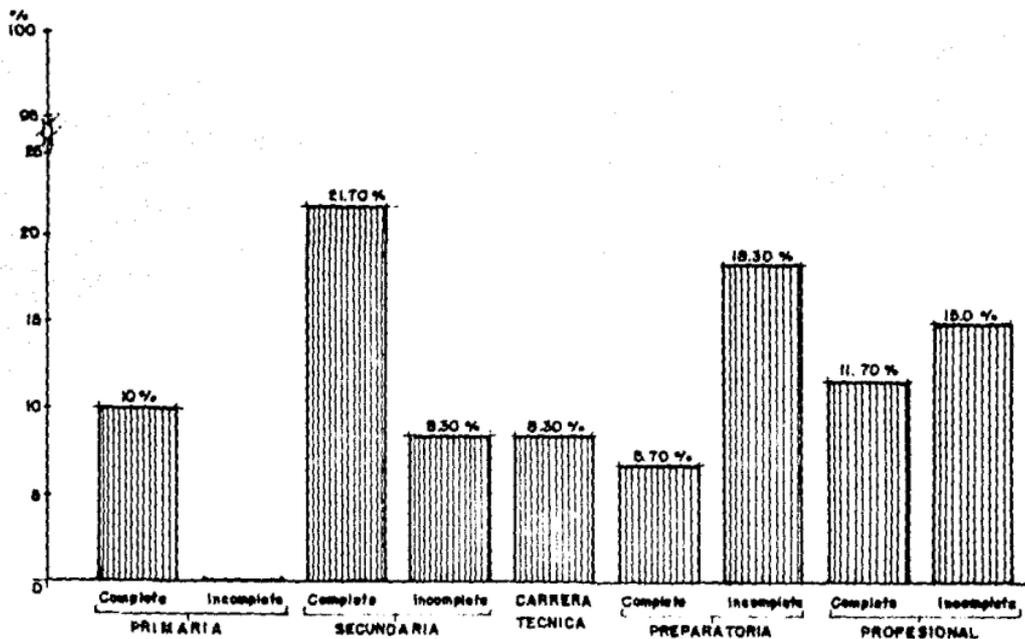
	F	%
Primaria	completa	6 10.00
	Incompleta	0 0.00
Secundaria	completa	13 21.70
	Incompleta	5 8.30
Carrera Técnica	5 8.30	
Preparatoria	completa	4 6.70
	Incompleta	11 18.30
Profesional	completa	7 11.70
	Incompleta	9 15.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

60

100.00

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
ESCOLARIDAD



° PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA °

OCUPACION

	F	%
Empleado	25	41.70
obrero	3	5.00
comerciante	6	10.00
oficio	6	10.000
hogar	4	6.70
Profesionista	12	20.00
desempleado	0	0.00
estudiante	2	3.30
pensionado	2	3.30

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

60

100.00

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
OCUPACION



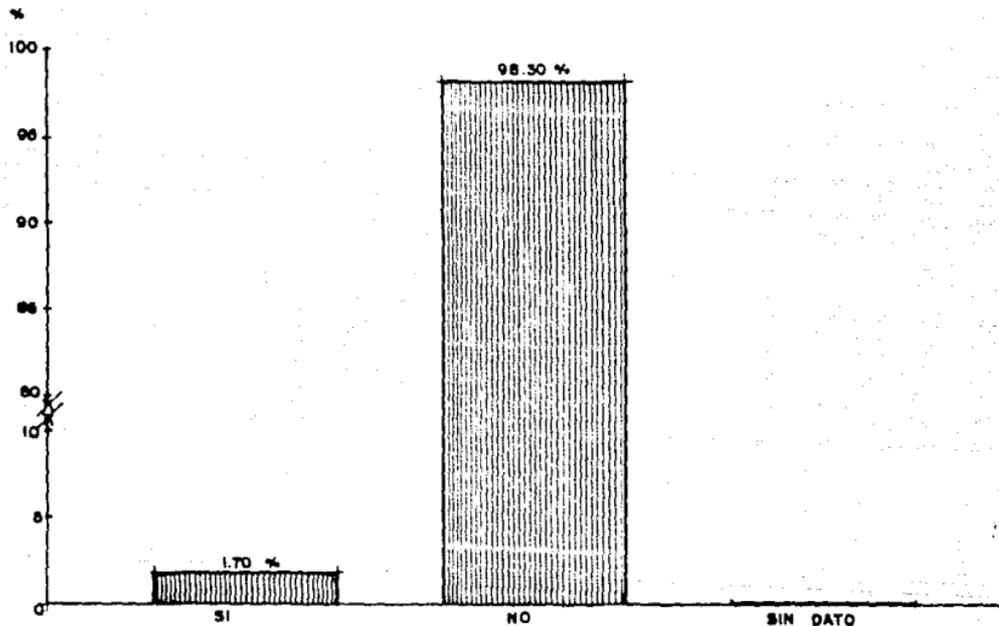
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

DROGADICCION

	F	%
SI	1	1.70
No	59	98.30
S / D	0	0.00
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
DROGADICCION



• PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA •

PADECIMIENTO HEMATOLOGICO

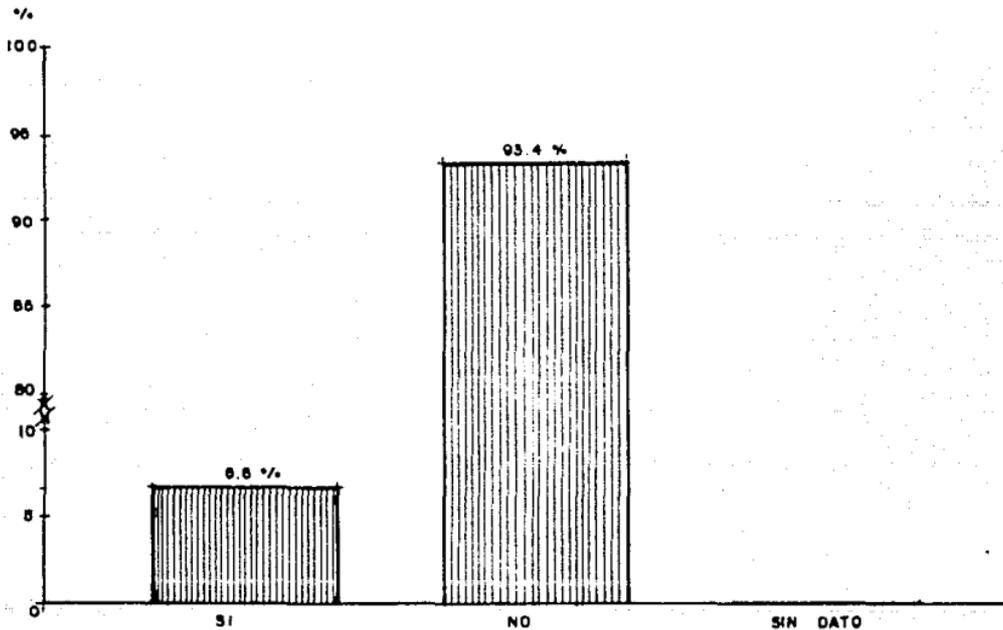
	F	%
SI *	4	6.60
No	56	93.40
S/D	0	0.00
	60	100.00

* Uno es hemofílico

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
PADECIMIENTO HEMATOLOGICO

154



*** PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ***

TRANSFUSIONES SANGUINEAS

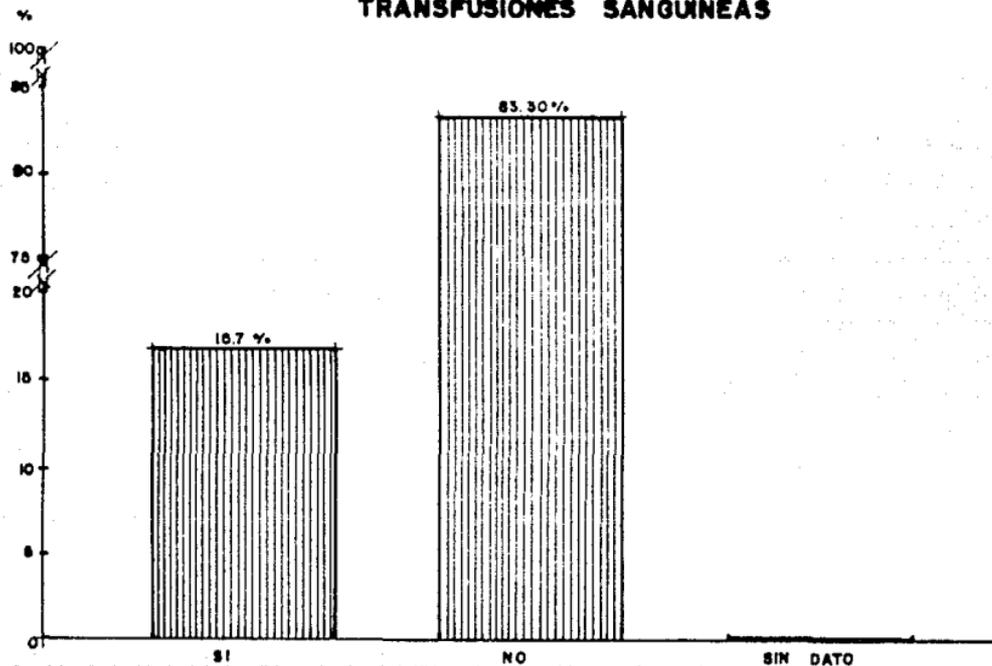
	F	%
Si	10	16.70
No	50	83.30
S/D	0	0.00

60

100.00

Fuente: Hospital de infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
TRANSFUSIONES SANGUINEAS



" PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA "

A QUE EDAD INICIA SU VIDA SEXUAL

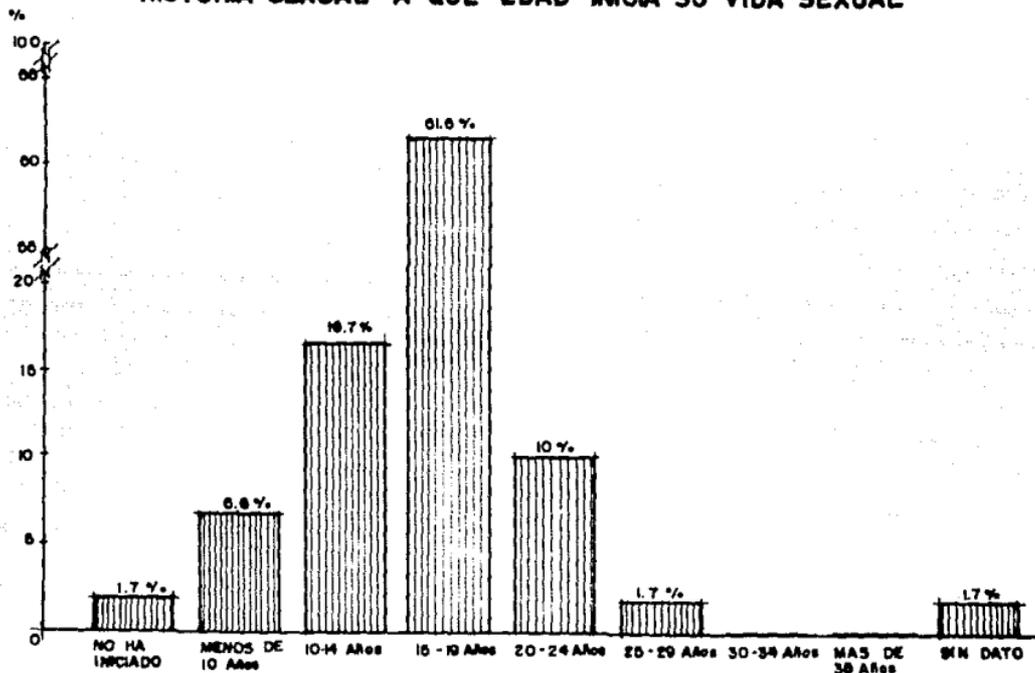
	F	%
No he iniciado	1	1.70
Menos de 10 años	4	6.60
10 - 14 años	10	16.70
15 - 19 años	37	61.60
20 - 24 años	6	10.00
25 - 29 años	1	1.70
30 - 34 años	0	0.00
Más de 35 años	0	0.00
S / D	1	1.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

MAYO - AGOSTO 1990

HISTORIA SEXUAL: A QUE EDAD INICIA SU VIDA SEXUAL



PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

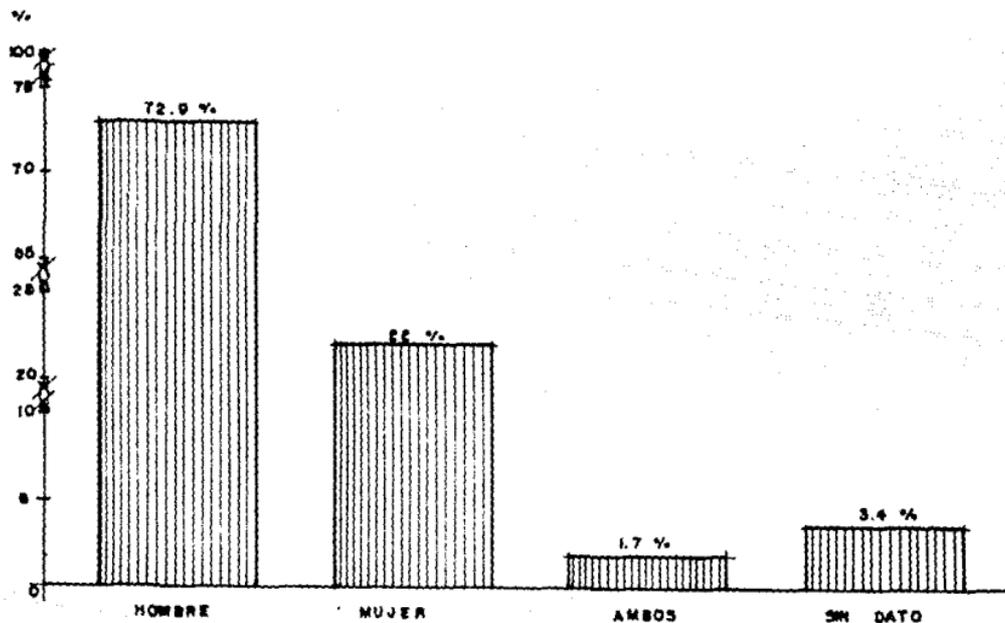
CON QUIEN INICIA SU VIDA SEXUAL

	F	%
Hombre	43	72.60
Mujer	13	22.00
Ambos	1	1.70
S / D	2	3.40
	59	100.00

Nota: Se refieren 59 casos, pues 1 no ha iniciado vida sexual

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
CON QUIEN INICIA SU VIDA SEXUAL



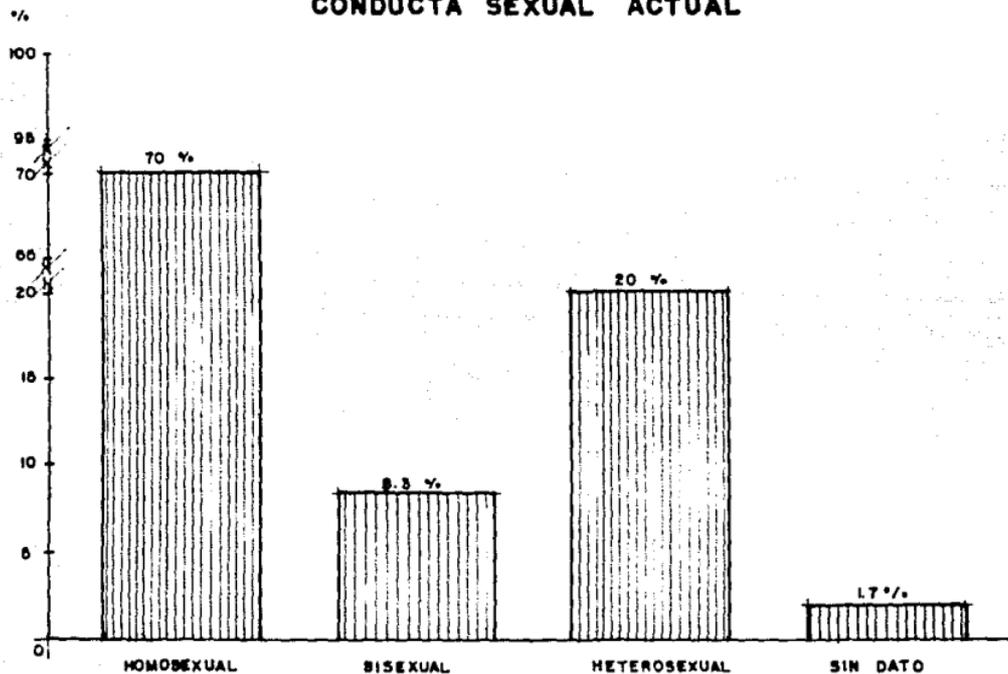
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

CONDUCTA SEXUAL ACTUAL

	F	%
Homocosexual	42	70.00
Bisexual	5	8.30
Heterocosexual	12	20.00
S/D	1	1.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
CONDUCTA SEXUAL ACTUAL



PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

NUMERO DE PAREJAS

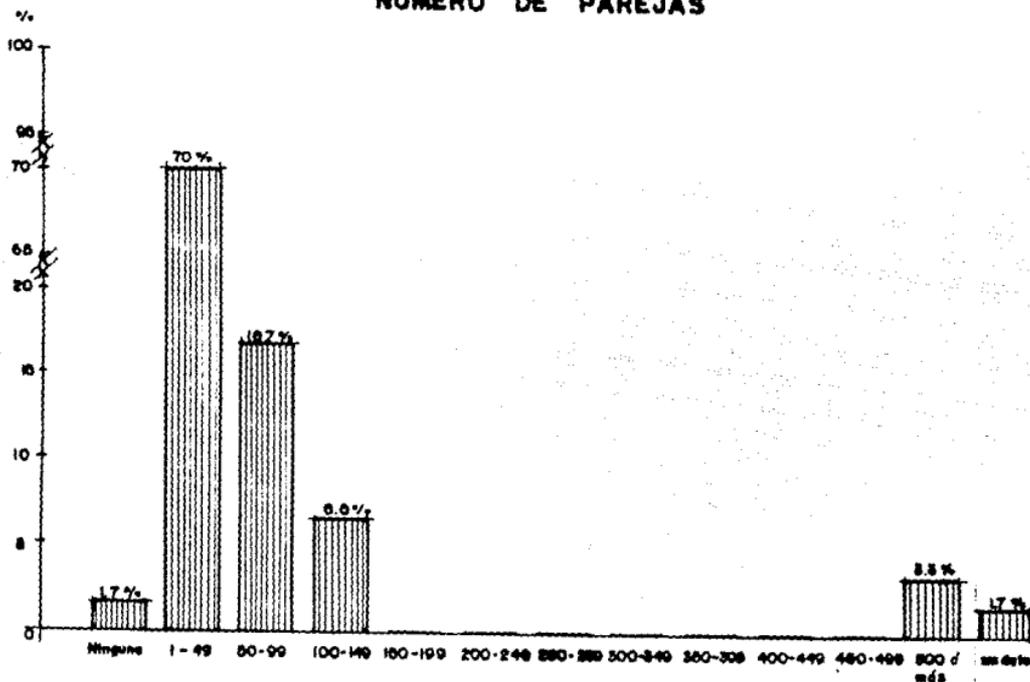
	F	%
Ninguna	1	1.70
1 - 49	42	70.00
50 - 99	10	16.70
100 - 149	4	6.80
150 - 199	0	0.00
200 - 249	0	0.00
250 - 299	0	0.00
300 - 349	0	0.00
350 - 399	0	0.00
400 - 449	0	0.00
450 - 499	0	0.00
500 o más	2	3.30
s/d	1	1.70

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

60

100.00

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO-AGOSTO 1990
NUMERO DE PAREJAS



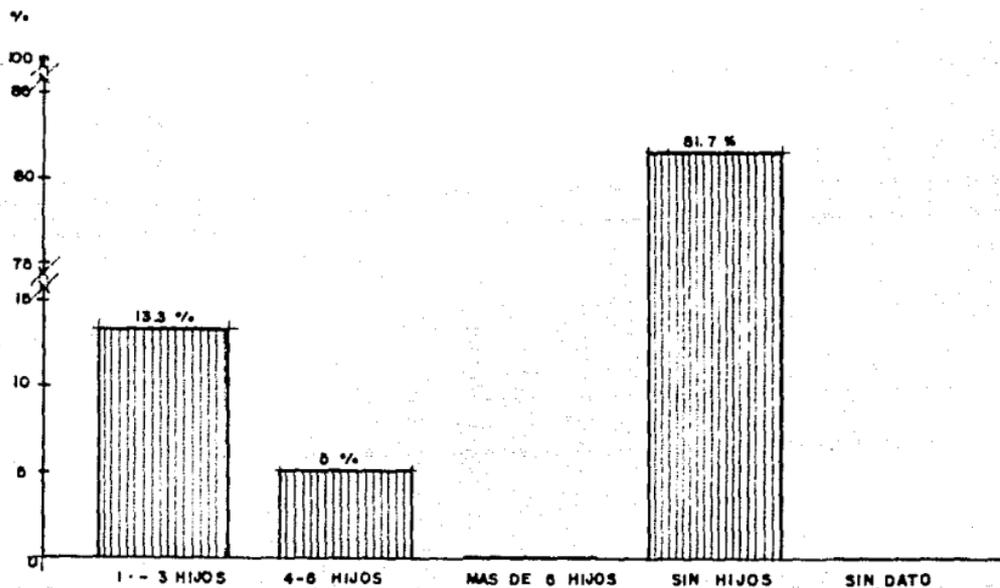
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

NUMERO DE HIJOS

	F	%
1 - 3	8	13.30
4 - 6	3	5.00
Más de 6	0	0.00
Sin hijos	49	81.70
S / D	0	0.00
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
NUMERO DE HIJOS



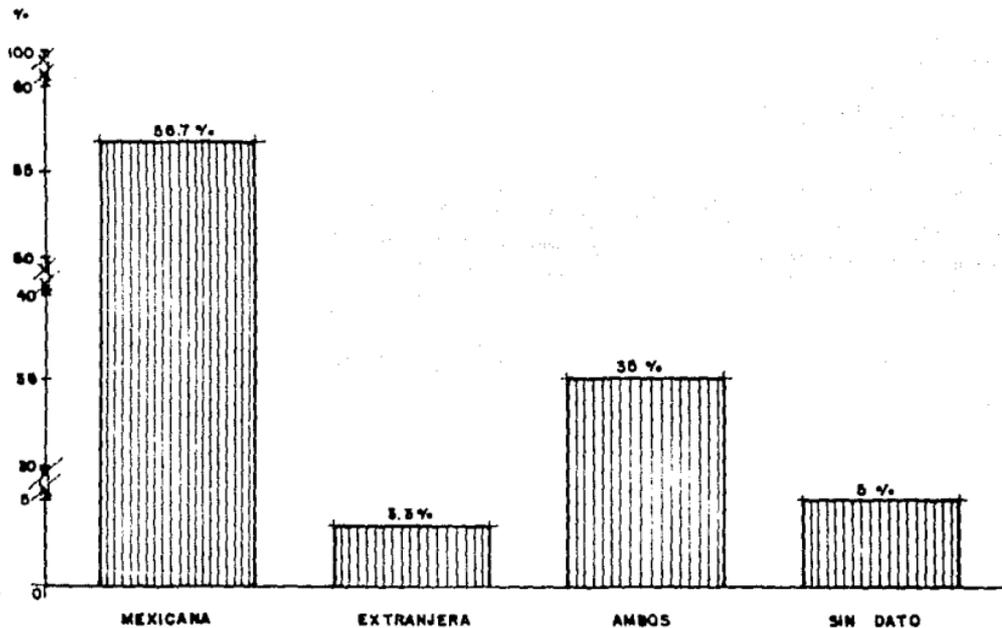
• PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA •

NACIONALIDAD

	F	%
Mexicana	34	56.70
Extranjera	2	3.30
Ambos	21	35.00
S/D	3	5.00
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
NACIONALIDAD



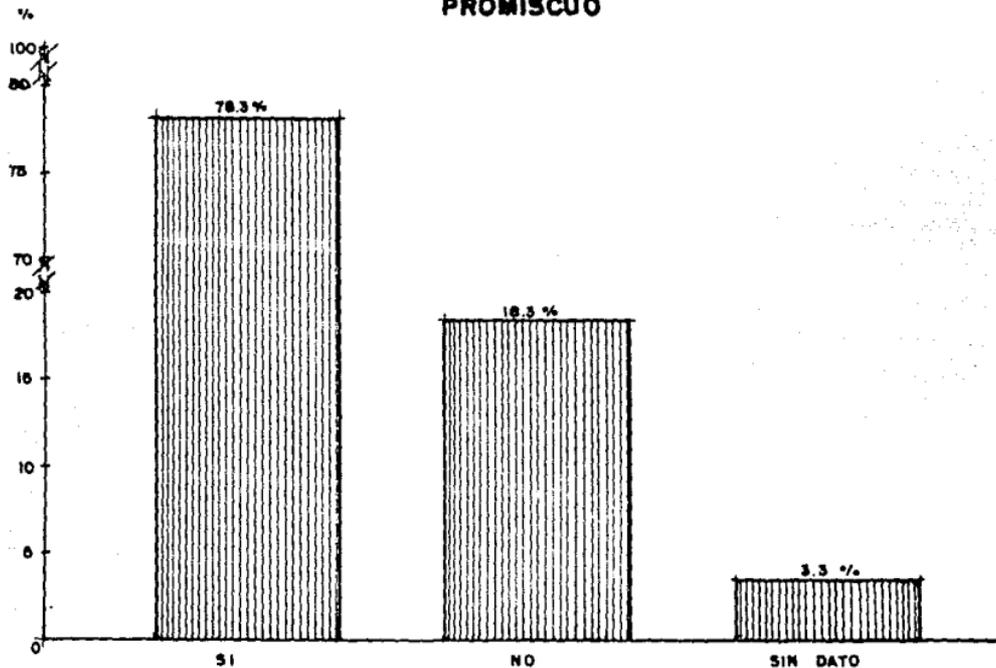
*** PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ***

PROMISCUO

	F	%
SI	47	78.30
No	11	18.30
S/D	2	3.30
	60	99.90

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
PROMISCO



° PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA °

CON PAREJA ESTABLE

	F	%
SI	27	45.00
No	31	51.70
S / D	2	3.30
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
CON PAREJA ESTABLE



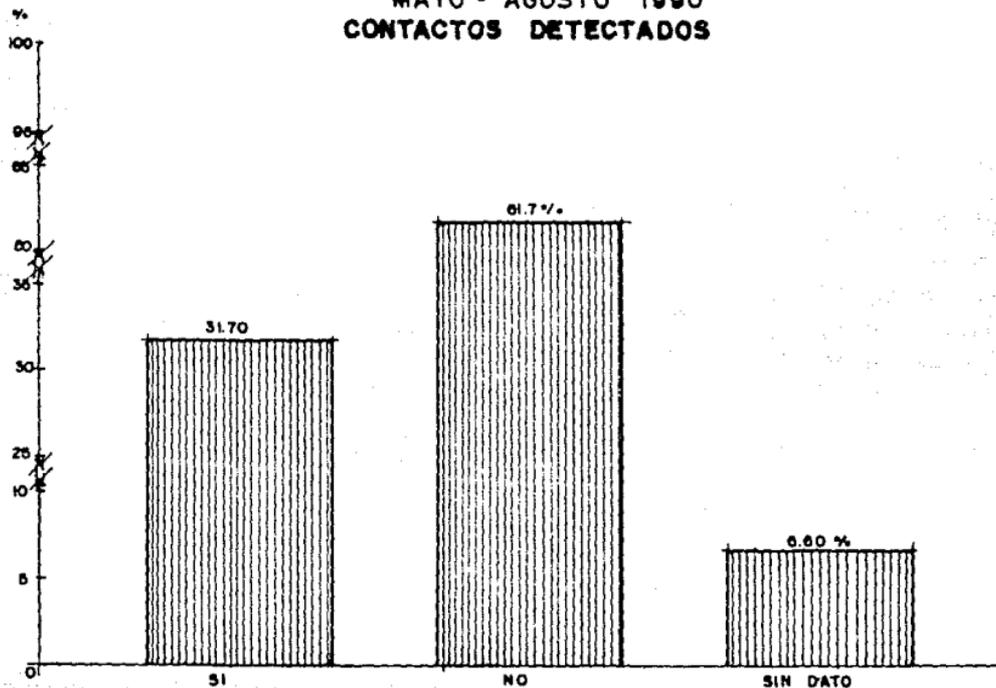
▪ PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ▪

CONTACTOS DETECTADOS

	F	%
SI	19	31.70
No	37	61.70
S/D	4	6.60
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
CONTACTOS DETECTADOS



**• PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA •
ACTITUD ANTE EL DX**

	F	%
Depresión	38	29.20
Angustia	26	22.90
Abandono	3	2.30
Resignación	31	23.90
Rebeldeía	9	6.90
Agresión Social	8	6.20
Manipulaciones	0	0.00
Ideas Suicidas	11	8.50
Todas las anteriores	0	0.00
e / d	1	0.80

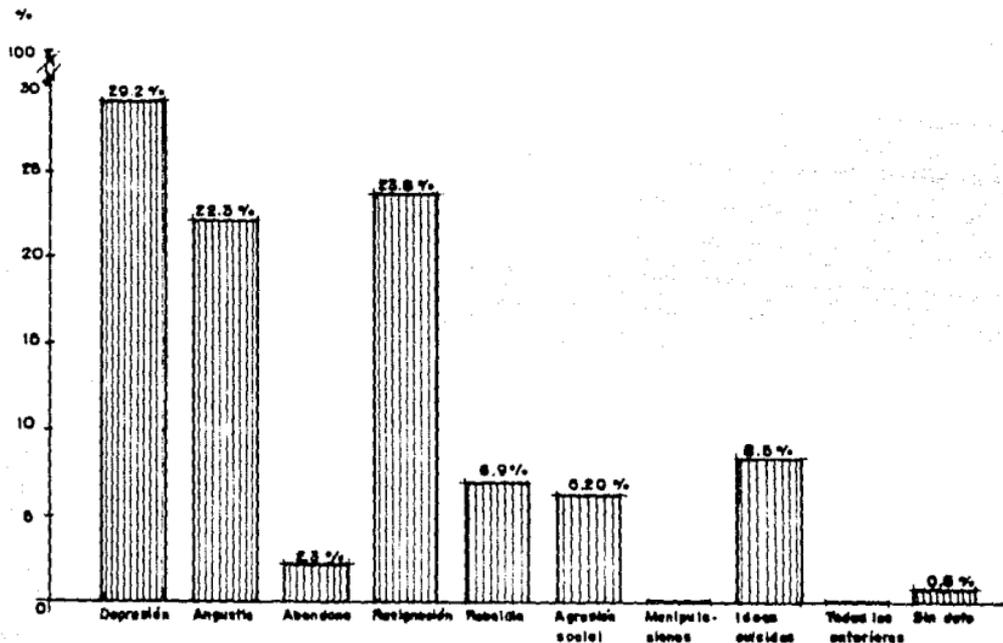
Nota: Los entrevistados dieron más de una respuesta

130

100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
 MAYO - AGOSTO 1990
 ACTITUD DEL PACIENTE ANTE EL Dx



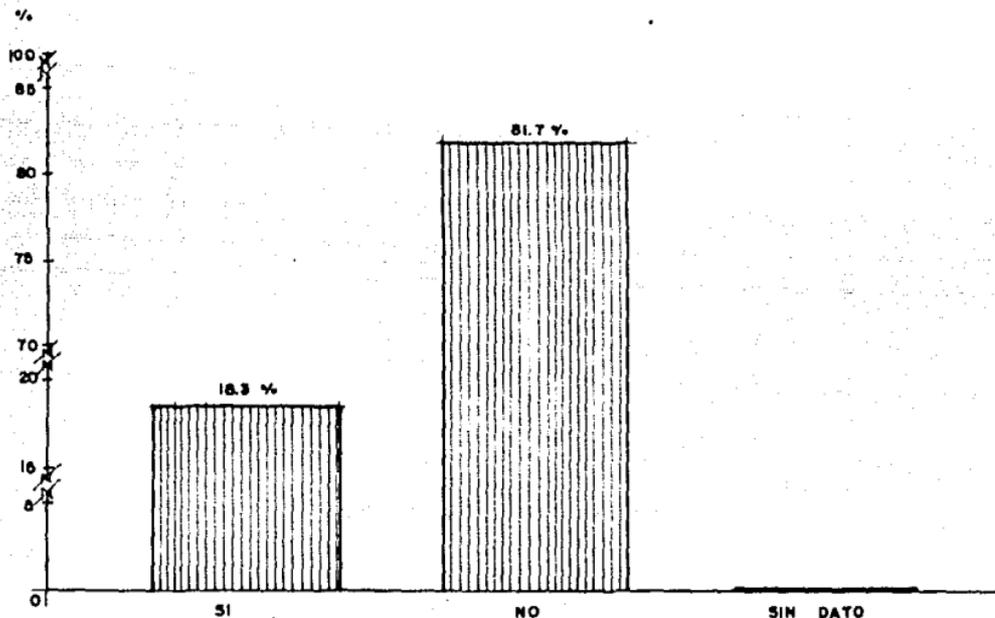
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

MANEJO POR HIGIENE MENTAL

	F	%
SI	11	18.30
No	49	81.70
S/D	0	0.00
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
MANEJO POR HIGIENE MENTAL



PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

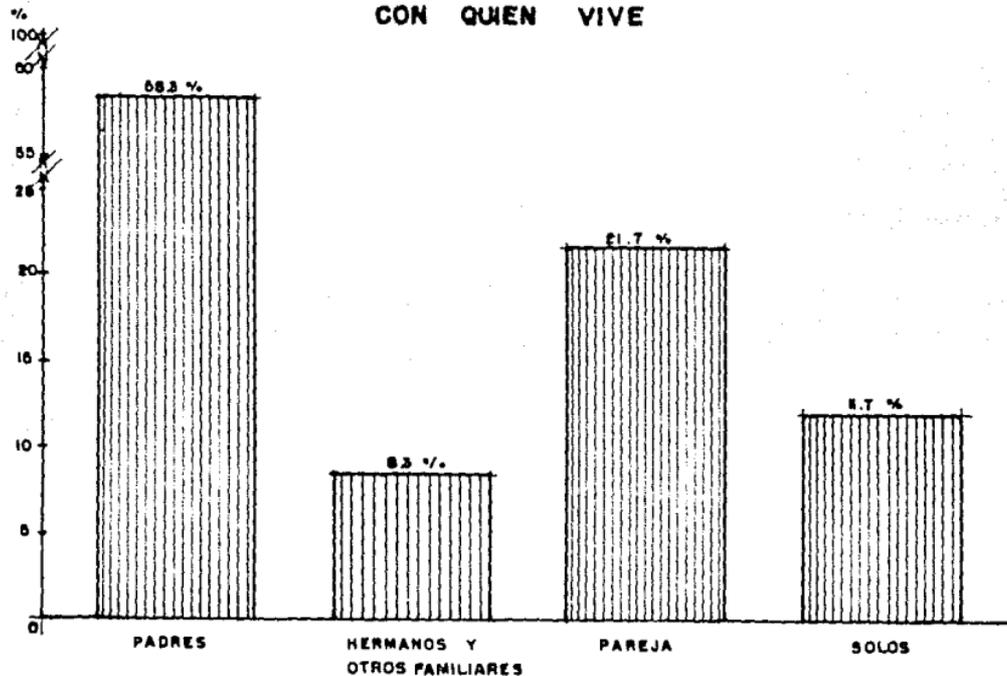
CON QUIEN VIVE

	F	%
Padres	35	58.30
Hermanos y familiares	5	8.30
Pareja	13	21.70
Solos	7	11.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

MAYO - AGOSTO 1990
ASPECTO FAMILIAR
CON QUIEN VIVE



081

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

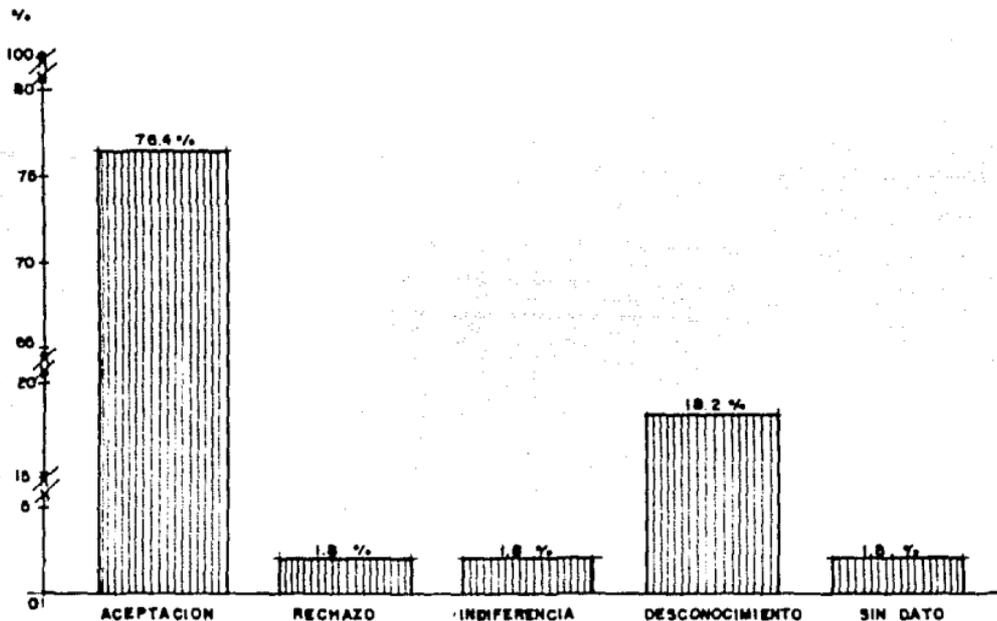
ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL DX

	F	%
Aceptación	42	75.40
Rechazo	1	1.80
Indiferencia	1	1.80
Desconocimiento	10	18.20
S/D	1	1.80
	55	100.00

Nota: datos de las 25 personas que viven con uno o ambos padres

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
ACTITUD DE LOS PADRES ANTE EL Dx



PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

ACTITUD DE HERMANOS Y FAMILIARES ANTE EL DX

	F	%
Aceptación	7	53.80
Rechazo	1	7.70
Indiferencia	0	0.00
Desconocimiento	2	15.40
S/D	3	23.10
	13	100.00

Nota: datos de las cinco personas que viven con uno o más familiares

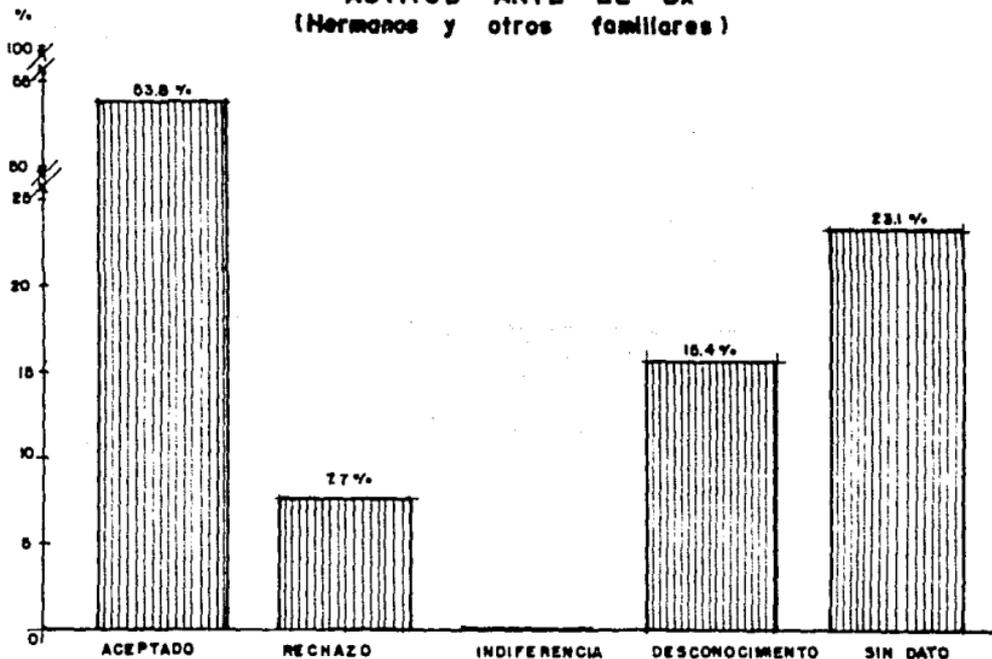
Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

MAYO - AGOSTO 1990

ACTITUD ANTE EL Dx

(Hermanos y otros familiares)



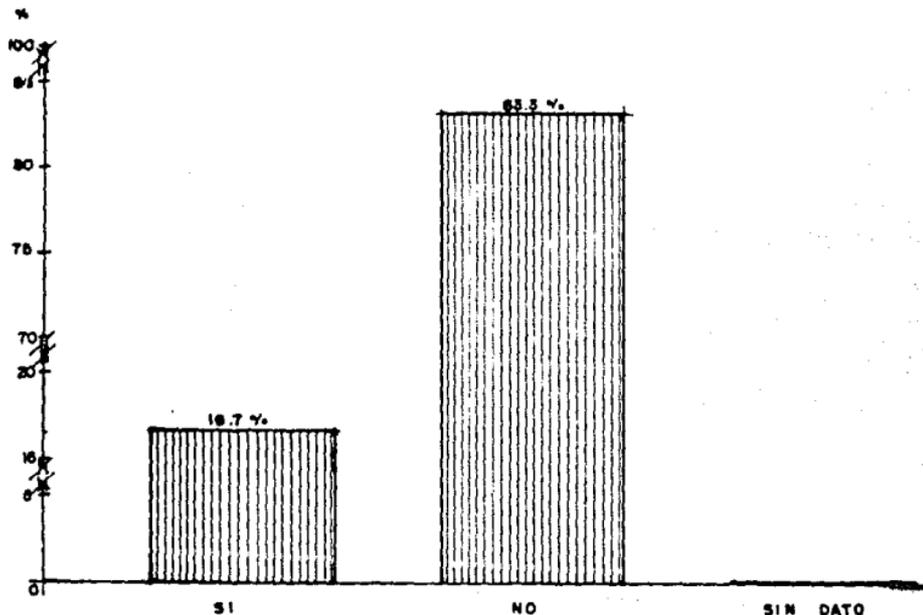
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

INTEGRADO A UN GRUPO DONDE JUEGA EL ROL DE PADRE O MADRE

	F	%
SI	10	16.70
No	50	83.30
S / D	0	0.00
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
INTEGRADO A UN GRUPO DONDE
OCUPA EL ROL DE PADRE O MADRE



*** PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ***

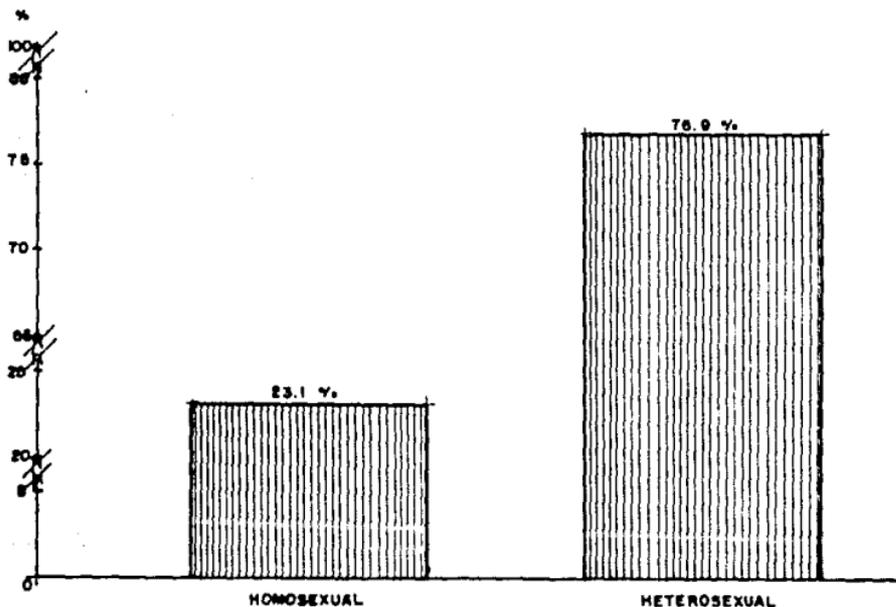
TIPO DE PAREJA

	F	%
Homosexual	3	23.10
Heterosexual	10	76.90
	13	100.00

Nota: datos de las personas que viven con pareja

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
TIPO DE PAREJA



PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

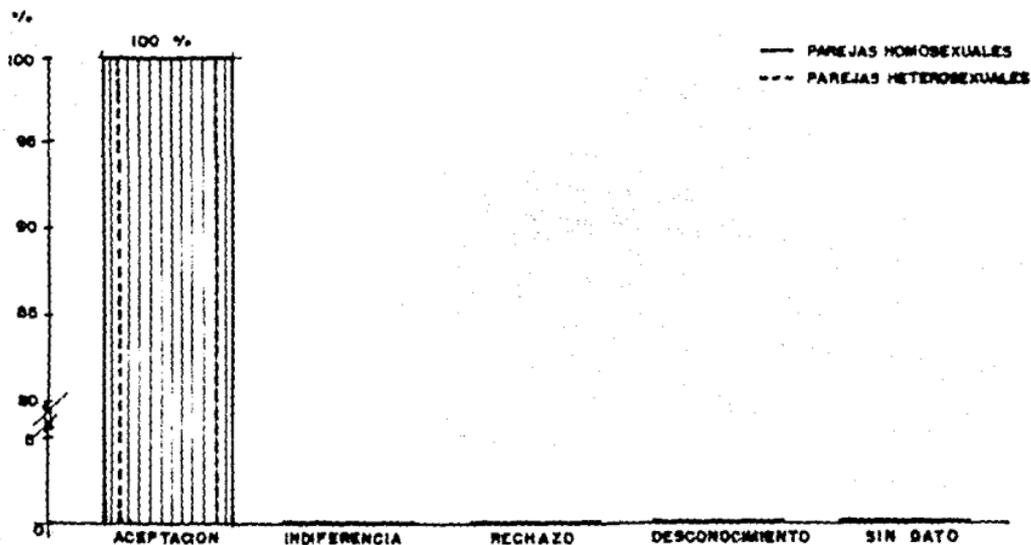
ACTITUD ANTE EL DX (PAREJAS)

	Homosexuales		Heterosexuales	
	F	%	F	%
Aceptación	3	100	10	100
Rechazo	0	0.00	0	0.00
Indiferencia	0	0.00	0	0.00
Desconocimiento	0	0.00	0	0.00
S / D	0	0.00	0	0.00
	3	100.00	10	100.00

Nota: el total es 13, pues son datos de personas con pareja

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
ACTITUD ANTE EL Dx
(Parejas)



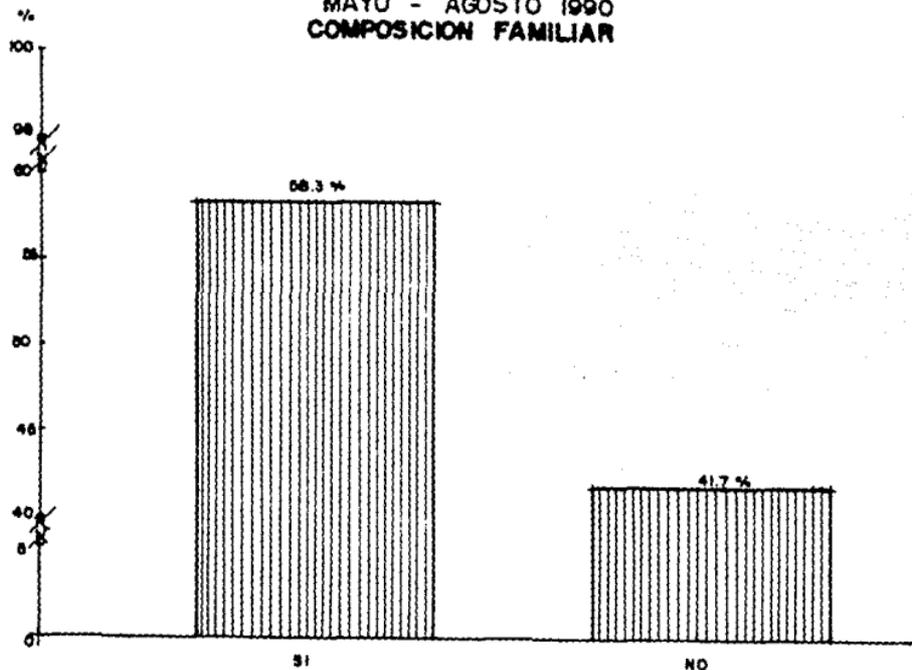
▪ PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ▪

COMPOSICION FAMILIAR

	F	%
SI	35	58.30
No	25	41.70
	60	1000

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
COMPOSICION FAMILIAR



▪ PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ▪

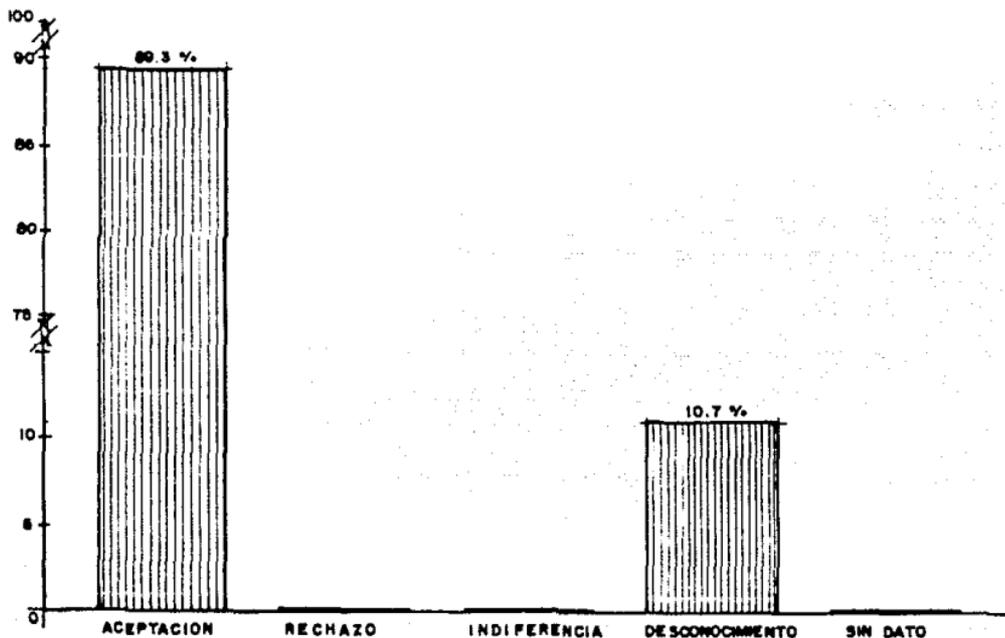
ACTITUD DE LOS HIJOS ANTE EL DX

	F	%
Aceptación	25	89.30
Rechazo	0	0.00
Indiferencia	0	0.00
Desconocimiento	3	10.70
S / D	0	0.00
	28	100.00

Nota: el total es 28, pues son datos de parejas con hijos y dieron más de una respuesta

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
ACTITUD DE LOS HIJOS ANTE EL Dx

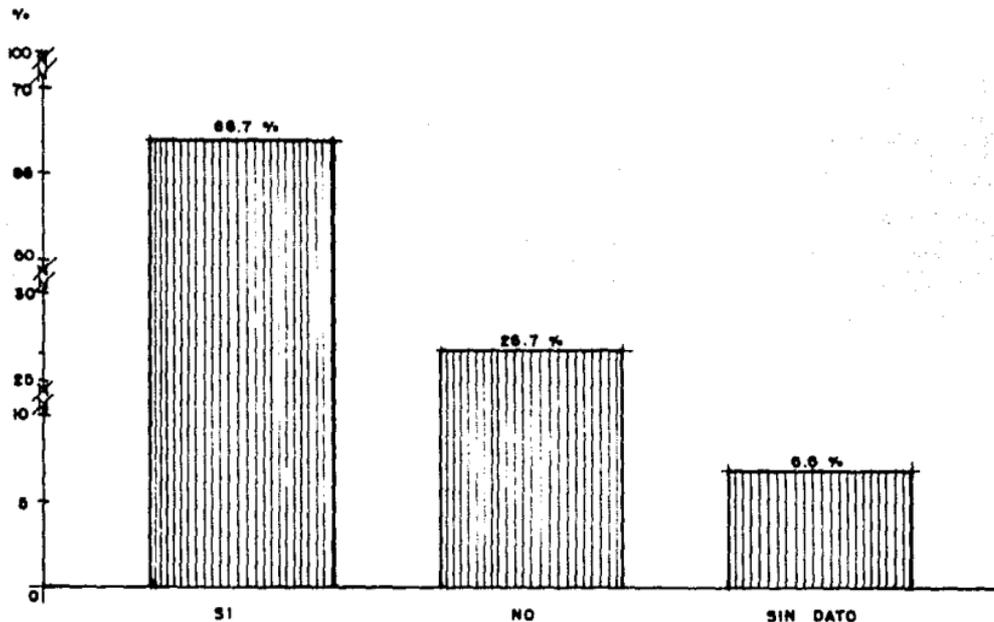


PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ***ASPECTO LABORAL****ACTIVO**

	F	%
Si	40	66.70
No	16	26.60
S / D	4	6.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
ASPECTO LABORAL
ACTIVO ACTUALMENTE



PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

SUELDO MENSUAL

	F	%
Menos de 324000	12	20.00
324000 - 423000	9	15.00
424000 - 523000	2	3.30
524000 - 623000	4	6.70
624000 - 723000	2	3.30
724000 - 823000	5	8.30
824000 - 923000	0	0.00
924000 - más	11	18.40
S / D	15	25.00

60

100.00

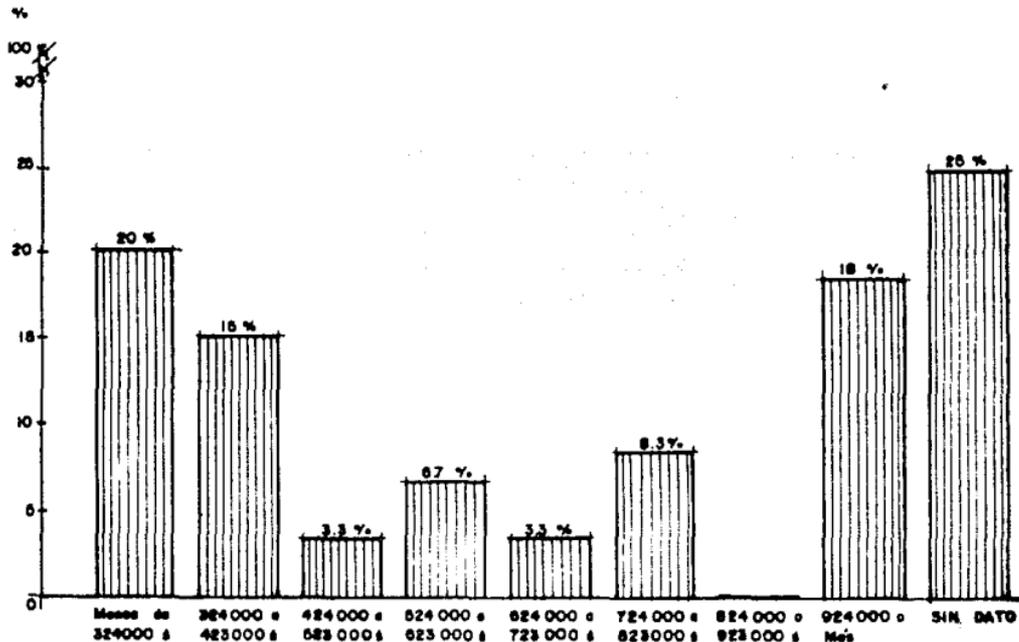
Nota: salario mínimo \$10000 / día

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

MAYO - AGOSTO 1990

SUELDO MENSUAL



PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

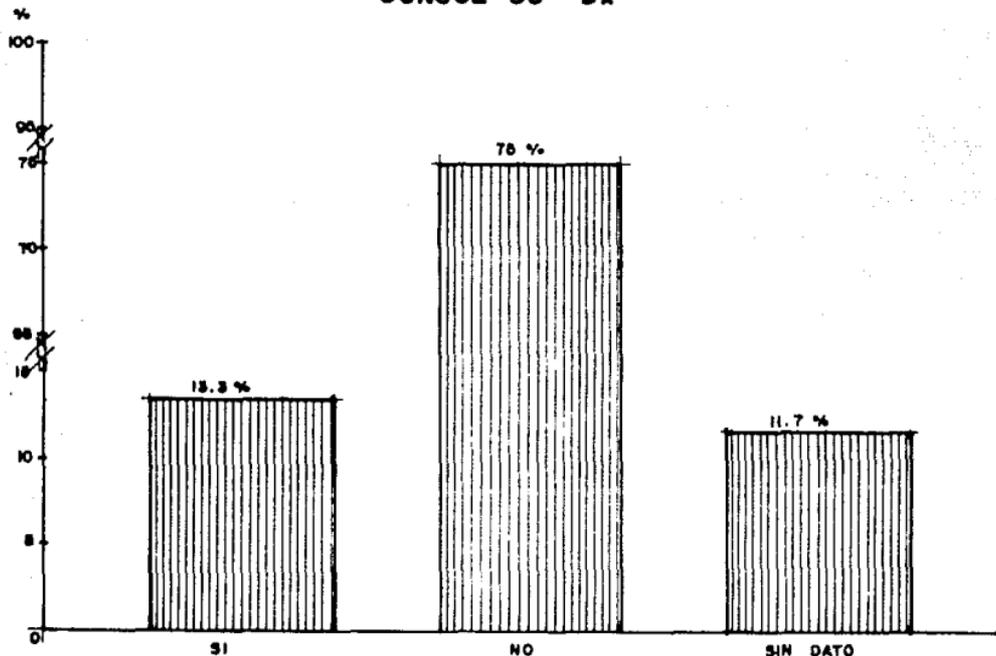
CONOCE SU DX

	F	%
SI	8	13.30
No	45	75.00
S/D	7	11.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
CONOCE SU Dx

200



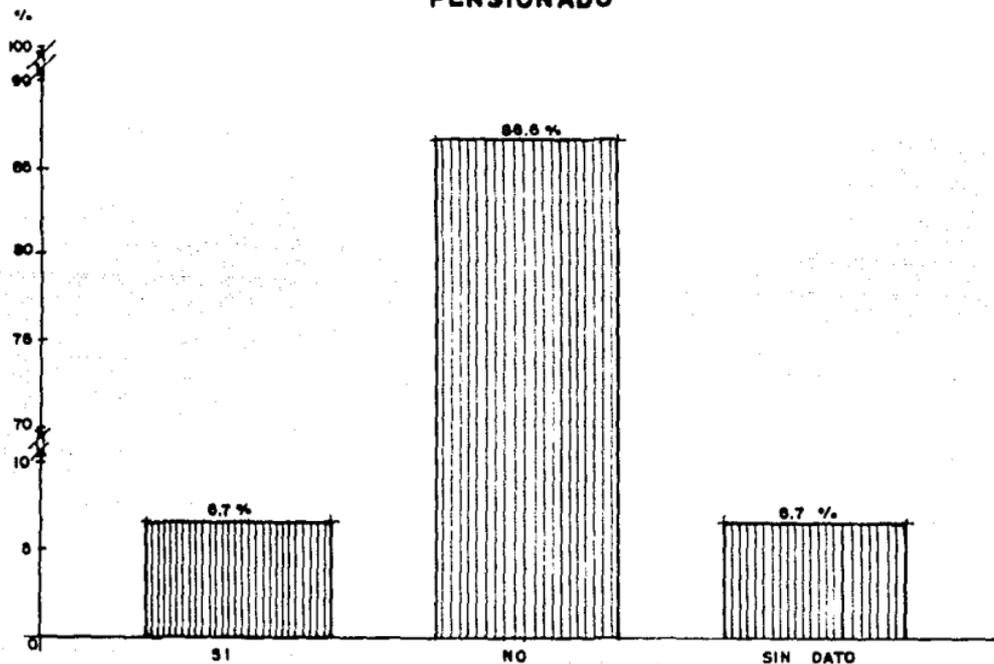
*** PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ***

PENSIONADO

	F	%
SI	4	6.70
No	52	88.80
S/D	4	6.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
PENSIONADO



▪ PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA ▪

TIPO DE VIVIENDA

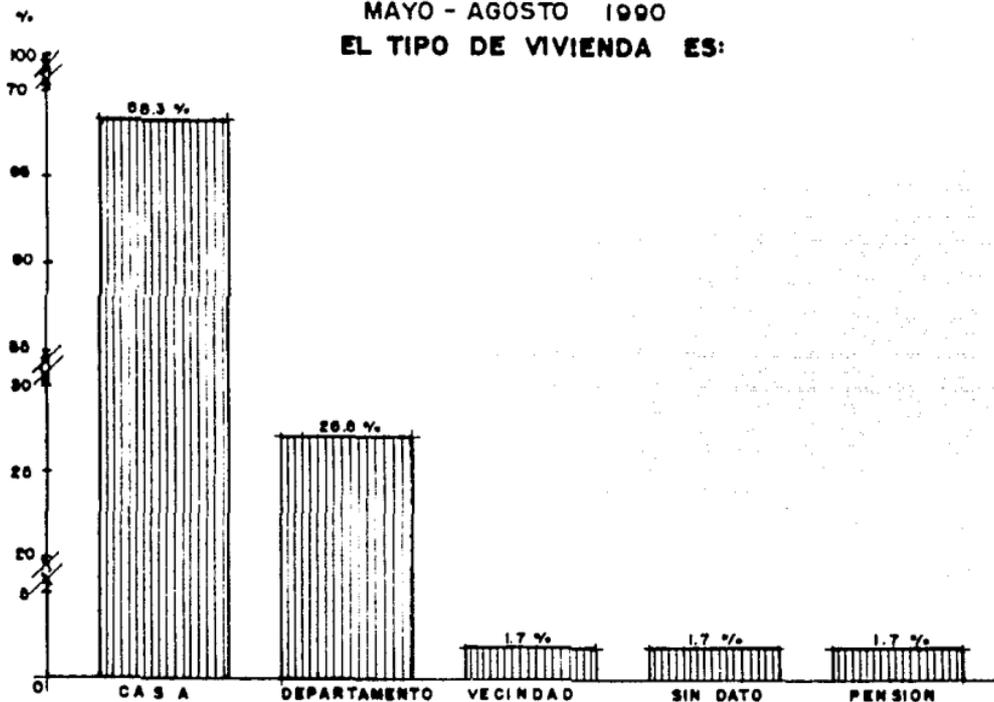
	F	%
Casa	41	68.33
Departamento	16	26.66
Vecindad	1	1.70
S / D	1	1.70
Pensión	1	1.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

MAYO - AGOSTO 1990

EL TIPO DE VIVIENDA ES:



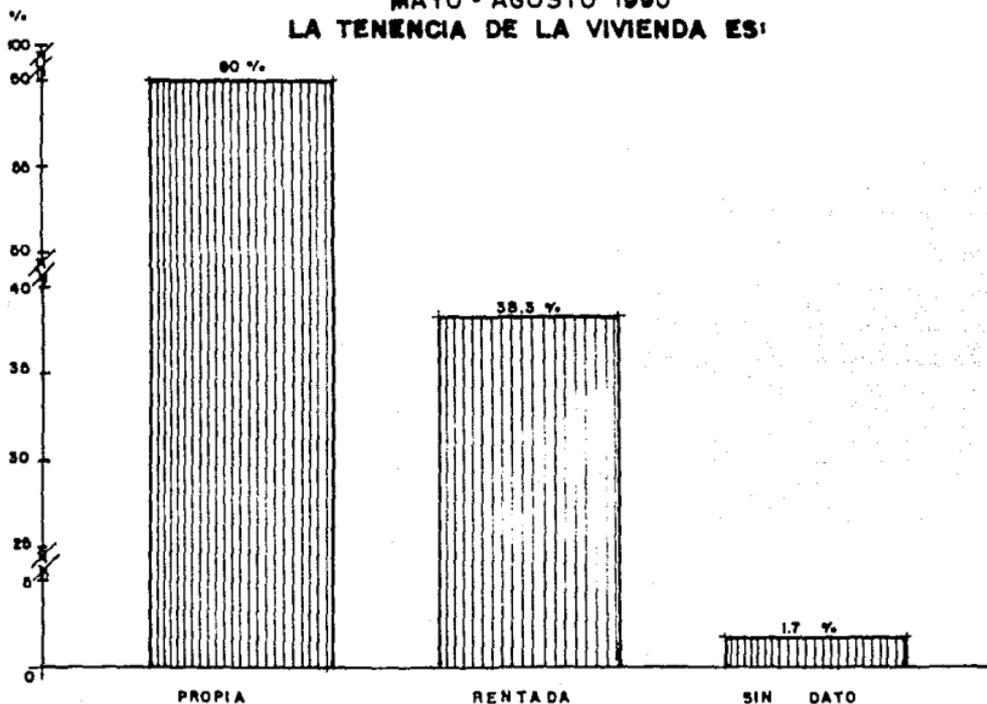
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

TENENCIA DE LA VIVIENDA

	F	%
Propia	36	60.00
Rentada	23	38.30
S/D	1	1.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
LA TENENCIA DE LA VIVIENDA ES:



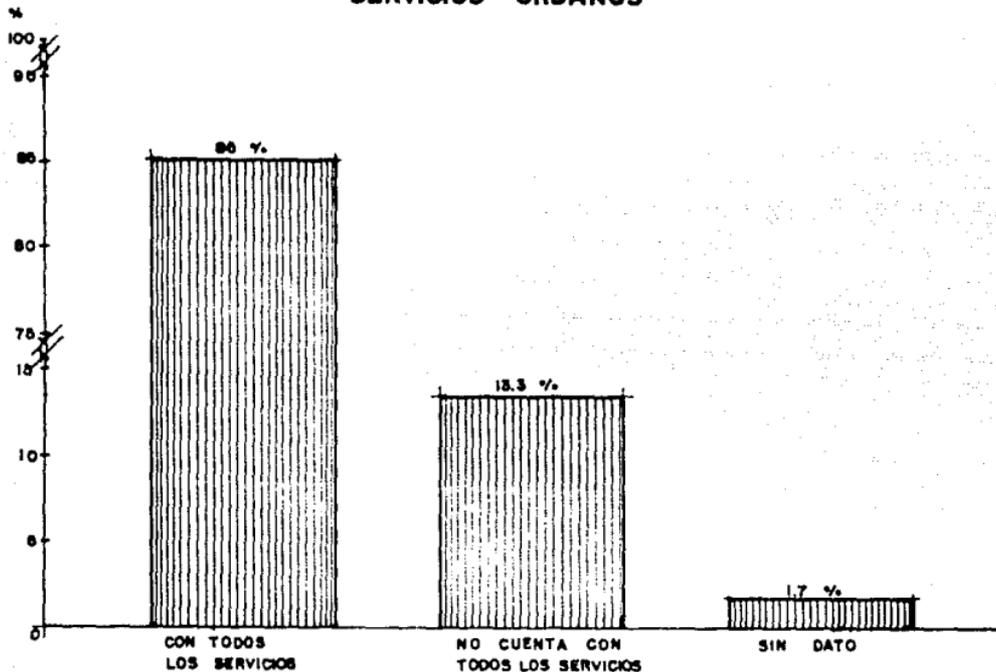
PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA *

SERVICIOS URBANOS

	F	%
Con todos los servicios	51	85.00
No cuenta con todos los servicios	8	13.30
S / D	1	1.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA
MAYO - AGOSTO 1990
SERVICIOS URBANOS



° PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA °

SOSTEN ECONOMICO

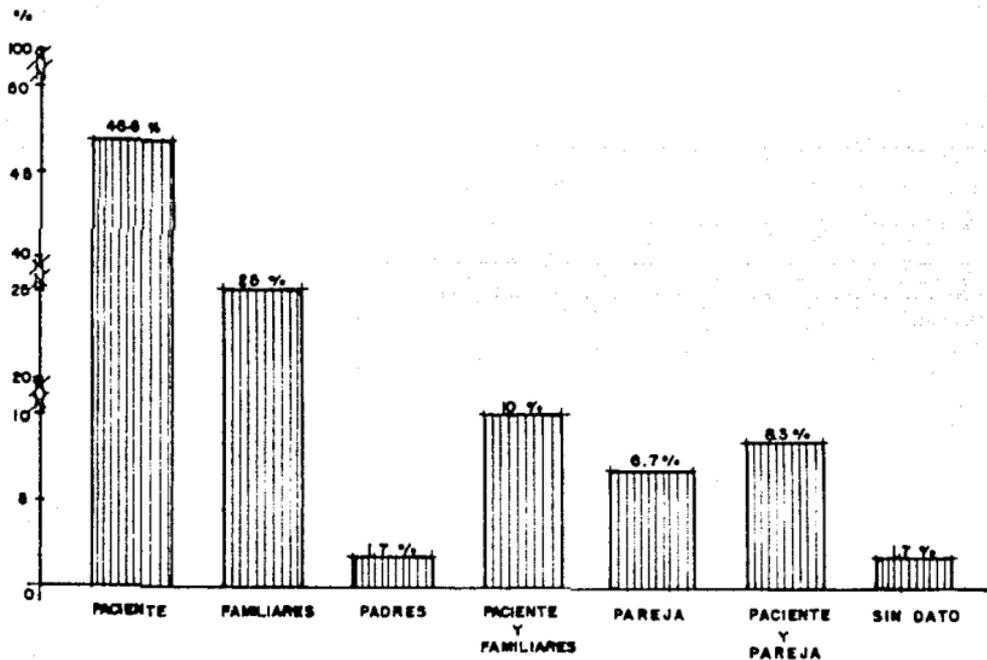
	F	%
Paciente	28	46.60
Familiares	15	25.00
Padres	1	1.70
Paciente y familiares	6	10.00
Pareja	4	6.70
Paciente y pareja	5	8.30
S / D	1	1.70
	60	100.00

Fuente: Hospital de Infectología del C.M.R.

PERFIL DE PACIENTES DE VIH HOSPITAL DE INFECTOLOGIA

MAYO - AGOSTO 1990

EL SOSTENIMIENTO ESTA BASADO EN:



CAPITULO VI

ALTERNATIVAS DE ACCION

VI ALTERNATIVAS DE ACCION

6.1. PLAN GENERAL Y PROGRAMAS

La planeación es un proceso de preparar decisiones para el futuro, sobre la base de análisis e implica elaborar y ejecutar planes. Su objetivo consiste en llegar a un conjunto de decisiones tan bueno, como puedan formularlo según sea la complejidad del problema, ya que en ella se parte de la práctica para realizar análisis y teorizar para retornar a la práctica, es decir partir de lo concreto a lo abstracto para llegar a lo concreto pensado.

Los elementos que debe contener la planeación son los siguientes:

- 1) Precisar objetivos coherentes.
- 2) Determinación de los medios apropiados para alcanzar los objetivos.
- 3) Realizar la ejecución tomando en cuenta los medios y los objetivos a alcanzar.

Parte fundamental en el desempeño del Licenciado en Trabajo Social es la planeación, la cual parte de lo general a lo particular, puesto que el hombre está inmerso en una realidad social que contempla aspectos económicos, políticos, psicológicos y sociales conformando, un todo para llegar a una situación más concreta, por tal motivo es prioritario determinar los niveles de planeación:

- Plan: Conjunto coherente y organizado de fines, metas, objetivos, instrumentos, medios y recursos para lograr objetivos generales que le sean comunes, está integrado por una serie de programas.
- Programa: Determinación detallada de un conjunto de propósitos a alcanzar, un programa a su vez está constituido por una serie de proyectos estructurados en forma congruente para contribuir a lograr los objetivos del programa.
- Proyecto: Es la unidad de trabajo e inversión que se considera en la programación, por lo general constituye un esquema coherente que desde el punto de vista técnico puede llevarse a cabo con independencia de otros proyectos, es la parte más concreta en los niveles de planeación.

Los planes, programas y proyectos tiene como finalidad lograr la máxima eficiencia y eficacia de los recursos para la solución de los problemas.

PLAN GENERAL

" EDUCACION SOBRE EL SIDA "

JUSTIFICACION

Hoy en día la población ha sido víctima de la enfermedad denominada del siglo: el SIDA, pues causa graves daños y alteraciones en los habitantes de nuestro país, los cuales al momento de los primeros casos detectados de este padecimiento se encontraban sin protección ni armas necesarias para poder luchar contra esta feroz enfermedad, motivo por el cual el Sistema Nacional de Salud se ha dado a la tarea de realizar en distintos ámbitos investigaciones que conlleven a establecer alternativas de acción ya que el número de casos que se registra es alarmante, así mismo enfocándonos al Hospital de Infectología del IMSS la casuística que se tiene sobre V.I.H. crece en forma acelerada teniendo así que en los meses de enero - abril de 1990 se atendieron 927 casos de V.I.H. en la población adulta, de los cuales 27 son portadores del virus.

y en niños se registraron 19 casos y 13 casos son portadores, esto permite observar la necesidad de la participación del Licenciado en Trabajo Social como miembro activo de un equipo multidisciplinario, considerando que debido a la magnitud del problema la única alternativa para modificar la conducta entre la población es la educación, lo cual no es una tarea fácil pues frente a esta enfermedad fatal de veloz propagación se requiere la rápida movilización de recursos y una minuciosa planeación, ya que en este momento es la única forma de establecer programas de educación sobre el SIDA que cuente con la aprobación general para facilitar información a toda la población; a través de ello se permite que el profesional de Trabajo Social aborde distintos ámbitos como es el familiar, laboral y el aspecto médico - social para planear a profundidad y a conciencia una educación que coadyuve al fomento de la salud, mediante la elaboración de un plan, así como programas y proyectos acordes a dicho fin.

Este plan está compuesto por tres etapas de trabajo, la primera de ellas comprende la elaboración por parte de las sustentantes, de los programas, proyectos y actividades, en base a los datos arrojados de la investigación realizada con antelación respondiendo con ello a las necesidades detectadas.

La segunda etapa comprende la ejecución de los planes, programas y proyectos así como la contrastación de lo planeado y lo realizado para retroalimentar el trabajo y todo ello con la finalidad de la detección de nuevas necesidades para contemplarlas en un nuevo plan de trabajo.

Durante la tercera y última de las mismas se organizarán grupos de base (*), en cada uno de los centros en donde se efectuará el desarrollo de los proyectos, lo que se buscará difundir a la mayor población posible.

OBJETIVO GENERAL

Educar al personal médico y paramédico adscritos, así como a familias y trabajadores afiliados al IMSS sobre V.I.H. y SIDA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar el uso adecuado de preservativos en la vida sexual de los individuos; como medida de prevención al V.I.H..
- Modificar la forma de pensar a mitos y realidades en base a conocimientos científicos sobre V.I.H.

- Influir en el personal médico y paramédico, para evitar en la atención, el rechazo a los pacientes con V.I.H.
- Influir en los empresarios para que los individuos seropositivos no sean destituidos de su fuente de trabajo.
- Integración de grupos de base para la difusión y continuación del proceso de educación.

METAS

- Implementar en un 70% el uso adecuado de preservativos en la vida sexual de los individuos como medida de prevención al V.I.H..
- Modificar en un 50% la forma de pensar respecto a mitos y realidades en relación al SIDA en base al conocimiento científico.
- Influir en un 50% en el personal médico y paramédico para evitar en la atención, el rechazo a pacientes con V.I.H.

- Influir en un 30% de los empresarios para que los individuos seropositivos no sean destituidos de su fuente de trabajo.
- Integración de grupos de base en un 50% para la difusión y continuación en el proceso de educación.

FOLITICAS

- El desarrollo de los programas y proyectos deberá ser de acuerdo al temario.
- La realización de programas se llevará a cabo de forma subsecuente.
- La asistencia deberá ser continua, de lo contrario se suspenderá la entrada a la misma.
- Los exponentes y organizadores deberán portar uniforme.
- Existirá respeto a las diversas formas de pensar y preferencias de cada individuo.

- El lenguaje empleado será acorde al tipo de población al que va dirigido.

LIMITES (ESPACIO, UNIVERSO)

Universo

El plan estará dirigido a pacientes de V.I.H, como a sus familiares.

Espacio

Las sesiones se realizaran en un aula designada por el Hospital de Infectología expreso para ello; en los centros de trabajo mediante previo convenio se designará un espacio adecuado para ello; en lo que se refiere a clínicas familiares se proporcionará un local acorde para la capacitación y orientación del personal médico y paramédico.

TIEMPO

La aplicación y ejecución de los programas y proyectos se efectuará en un periodo de cuatro meses.

RECURSOS

A) Recursos Humanos

Se contará con la colaboración de tres Licenciadas en Trabajo Social para el desarrollo de actividades contempladas en el plan.

B) Recursos Institucionales y Materiales

El trabajo se llevará a cabo en coordinación con el Hospital de Infectología, Clínicas Familiares, Empresas o Centros de Trabajo.

Se hará uso de material como:

- Proyector de diapositivas
- Diapositivas
- Filminas
- Carteles
- Rotafolios
- Videocassettes
- Videograbadora
- Grabadora
- Cassettes

- Pantalla

C) Recursos Financieros

Para la realización del Plan, no se considera pertinente por parte de la institución aportar recursos financieros para tal fin.

ORGANIZACION

El plan constará de tres etapas:

1a. Etapa: Elaboración de la planeación en base a la investigación de campo desarrollada en el Hospital de Infectología.

2a. Etapa: Se desarrollarán los proyectos previamente elaborados en el Hospital de Infectología, en fuentes de trabajo y UMF (Unidades de Medicina familiar) del IMSS

3a. Etapa: De acuerdo a la realización de los proyectos se organizarán grupos de base.

EVALUACION

La evaluación del Plan se realizará en forma sumativa,

en cada proyecto se efectuará un informe y análisis al término de los mismos, ello nos permitirá valorar el alcance de los objetivos planteados, sirviendo como base para llegar a una retroalimentación en una nueva planeación.

PROGRAMA

" PREVENCIÓN DEL SIDA "

JUSTIFICACION

México en la última década ha padecido una enfermedad infecciosa nueva y que ocasiona bajas considerables a las poblaciones: infantil, adolescente, adulta y tercera edad; ante esta situación originada por el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en nuestro país existe participación de la población con respecto al conocimiento de este síndrome, aunque en ocasiones, las fuentes de información no son adecuadas para la divulgación de los conocimientos básicos de ella; ya que enmarca al problema con un enfoque amarillista, no obstante diversas instituciones y asociaciones se han preocupado por la difusión masiva de aspectos preventivos con respecto al SIDA a través de los medios de comunicación; sin embargo, las personas diagnosticadas seropositivas sufren el rechazo e indiferencia del medio que los rodea, tanto familiar, laboral

e incluso del personal médico, cuando recurren a este servicio, siendo la causa fundamental de ello la ignorancia y falta de comprensión de los individuos que conforman su entorno, ante tal problemática: por lo que se considera que el único recurso disponible para combatir es la educación, la cual se debe basar en el conocimiento de aspectos generales del V.I.H., desde un punto de vista científico, así como sus mecanismos de transmisión y medidas de prevención por lo cual es evidente la necesidad de desarrollar actividades tendientes a la familia, fuentes de trabajo y unidades de medicina familiar del IMSS, para orientar, sensibilizar y educar a las personas que rodean al paciente en el ámbito donde se desenvuelve cotidianamente.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la situación de personas con V.I.H., así como las medidas de prevención en su ambiente familiar, centros de trabajo y unidades de medicina familiar, adscritos y afiliados al IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la importancia de la participación de la familia en el cuidado del paciente.

- Emplear al individuo seropositivo en puestos acordes a su capacidad y estado de salud.
- Capacitar en el aspecto social al personal médico y paramédico de clínicas del IMSS en relación al V.I.H..

METAS

- Establecer la importancia de la participación de la familia en el cuidado del paciente seropositivo en un 40%.
- Emplear en un 50% al individuo seropositivo en puestos acordes a su capacidad y estado de salud.
- Capacitar en un 50% al personal médico y paramédico de unidades de medicina familiar del IMSS en el aspecto social con relación al V.I.H..

ORGANIZACION

Este programa estará a cargo de tres pasantes de Trabajo Social en coordinación con empresas y clínicas donde se desa-

rollen los proyectos, así como con expertos en las áreas que competen a dicho programa.

Así mismo el programa constará de tres proyectos, los cuales son:

- 1) " Orientación a familiares para el cuidado y convivencia de pacientes con V.I.H. "
- 2) " Educación para trabajadores acerca del V.I.H. / SIDA "
- 3) " Capacitación y adiestramiento al personal médico y paramédico de las U.M.F. del IMSS para el trato adecuado de individuos seropositivos. "

Se realizarán los programas y proyectos mediante la -
coordinación de las instituciones: IMSS - Empresas.

ACTIVIDADES

- Realización de sesiones una vez por semana.
- Realización de convivencias al finalizar cada proyecto.

- Programar las sesiones dirigidas a pacientes y familiares sobre los aspectos de SIDA y V.I.H.
- Realizar y distribuir escritos dirigidos a fuentes de trabajo para dialogar sobre la importancia de la permanencia en forma activa en la producción del seropositivo, así también difundir los mecanismos de transmisión y medidas de prevención.
- Elaborar carteles alusivos a la propaganda referente a la aceptación y comprensión de las personas con V.I.H. en sus fuentes de trabajo.
- Determinar los elementos y temas relacionados a la capacitación del personal médico y paramédico en las unidades de medicina familiar (UMF).

UNIVERSO

Población infectada por el V.I.H. así como sus familiares, jefes y compañeros de trabajo y personal médico y paramédico.

RECURSOS

Para llevar a cabo el programa establecido, se recurrirá a los siguientes recursos:

A) Recursos Humanos

- Pasantes de la Lic. en Trabajo Social.
- Personal capacitado en el trato y cuidado de pacientes seropositivos

B) Recursos Materiales

- Carteles, cromos alusivos al tema.
- Masking tape.
- Marcadores.
- Material Audiovisual y didáctico.
- Grabadora
- Pantalla
- Papelería

C) Recursos Financieros

Para la ejecución del programa no se destinará presupuesto alguno por parte de la institución.

CRONOGRAMA

El programa se llevará a cabo del 19 de noviembre de 1990 al 9 de marzo de 1991.

EVALUACION

Se realizará de forma sumatoria al final de cada proyecto y será también de tipo formativo ya que retroalimentará la planeación.

6.2. PROYECTO:

" EDUCACION PARA TRABAJADORES ACERCA DEL V.I.H. / SIDA "

JUSTIFICACION

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye un problema mundial urgente de vastas dimensiones y consecuencias sociales, culturales, económicas, políticas, éticas y legales. Las medidas de transmisión y lucha contra el SIDA adoptadas en los planos nacional e internacional han requerido la intervención de toda clase de servicios sanitarios y sociales, además si consideramos que actualmente hay 2300 millones de personas económicamente activas en el mundo. El lugar de trabajo desempeña un papel central en la vida de los habitantes en todo el mundo por lo cual el análisis de las relaciones entre el V.I.H. / SIDA y el lugar de trabajo reforzará la capacidad para abordar eficazmente el problema del V.I.H. / SIDA.

Por otra parte, la inquietud suscitada por la propagación del V.I.H. / SIDA ofrece una oportunidad para reexaminar

el ambiente de trabajo y ofrecer a trabajadores y empleadores, así como a sus organizaciones, y en su caso, a los organismos gubernamentales y otras instituciones, la posibilidad de crear una atmósfera favorable a la asistencia sanitaria y protección de salud a todos los trabajadores. Esto puede entrañar aspectos muy diversos y no afecta solo al comportamiento individual, sino que aborda cuestiones de responsabilidad colectiva, que fomente la dignidad y los derechos humanos, para que anule toda amenaza de discriminación y estigmatización, y mejore las prácticas y sistemas de trabajo; considerando que la mayoría de las personas con el V.I.H. / SIDA desean seguir trabajando, lo cual mejora su bienestar físico y mental, y deben tener derecho a hacerlo. Hay que dejarles que aporten su capacidad de creación y su productividad en un ambiente de trabajo que les sea propicio.

Motivo por el cual se considera necesario un proyecto que de a conocer qué es y cómo es ésta enfermedad y de qué manera pueden seguir laborando los individuos seropositivos en puestos adecuados a su estado de salud, en su centro de trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Analizar los aspectos del V.I.H., así como su mecanismo

de transmisión con la finalidad de comprender la capacidad laboral del trabajador infectado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Exponer a trabajadores y patrones los mecanismos de transmisión de V.I.H. / SIDA así como las medidas de prevención para evitar actitudes alarmistas.
- Proporcionar al trabajador infectado por V.I.H. protección a su dignidad y derechos humanos, el trato igual al de cualquier otro trabajador.
- Discutir conjuntamente con empresarios la forma de modificar el desempeño laboral de los seropositivos de acuerdo a su capacidad productiva en un ambiente de trabajo propicio.

METAS

- Exponer a trabajadores y patrones, los mecanismos de transmisión de V.I.H. / SIDA, así como las medidas de prevención en un 70% para evitar actitudes alarmistas.
- Proporcionar al trabajador infectado por V.I.H., en un

90% protección a su dignidad y derechos humanos, el trato igual al de cualquier otro trabajador.

- Discutir conjuntamente con empresarios en un 50% la forma de modificar el desempeño laboral de los sero-positivos de acuerdo a su capacidad productiva, en un ambiente de trabajo propicio.

TIEMPO Y ESPACIO

Este proyecto se llevará a cabo en un espacio facilitado por una empresa en un lapso de dos horas.

UNIVERSO

Jefes y empleados de la empresa

ACTIVIDADES

Se desarrollará cada uno de los siguientes temas en una sesión por semana:

- Que es el V.I.H.
- Conociendo al SIDA.
- Puestos que pueden desempeñar los enfermos de V.I.H.

- Impacto social de infectados con V.I.H.
- Aspectos legales del V.I.H.
- Mecanismos de transmisión.

ORGANIZACION

El presente proyecto se realizará en coordinación con las autoridades empresariales correspondientes determinando la fecha, lugar y hora donde se llevará a cabo tal evento. Siendo las responsables tres pasantes de Trabajo Social, un médico y un psicólogo.

RECURSOS

A) Recursos Humanos

- Responsables del proyecto.

B) Recursos Materiales

- Rotafolios.
- Proyector.
- Filminas.

CRONOGRAMA

El proyecto iniciará el 2 de enero de 1991 y dará térmi-

no el 2 de febrero de 1991 en un promedio de 6 sesiones, una por semana y una convivencia al finalizar este.

EVALUACION

Al término del proyecto se hará un análisis en base a los objetivos propuestos para determinar si se alcanzaron o no.

6.3. PROYECTO:

" ORIENTACION A FAMILIARES PARA EL CUIDADO DE PACIENTES CON V.I.H "

JUSTIFICACION

El contagio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana ha ocasionado fuertes daños en la población del país, sin importar edad, sexo, escolaridad, status o estado civil. Y es debido a que no se tiene un conocimiento claro acerca de este padecimiento que en ocasiones, los propios pacientes tienden a aislarse y es en estos momentos tan difíciles para las personas infectadas cuando necesitan el apoyo de sus familiares, pues por ser la familia el núcleo de la sociedad donde el hombre se desenvuelve a lo largo de su vida, y en ella establece relaciones interpersonales cara a cara con los miembros que la componen, así como desempeña un rol determinado, y si se conjuga todo ello se propicia una integración familiar; no obstante al romperse este equilibrio por distintas causas el individuo se siente relegado de este ámbito, conducta que se observa en los seropositivos en el momento que llegan a referir a su familia el diagnóstico de V.I.H., la respuesta ante ellos es de rechazo e indiferencia; por tanto un número considerable de individuos seropositivos se niegan a informar a

la familia su diagnóstico, por esto es necesario que en el seno familiar se proporcione afecto, comprensión y apoyo, elementos esenciales en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Por todo ello, es importante el conocimiento en forma concreta del cuidado y la atención adecuada que debe proporcionar la familia al individuo infectado, (sobre todo cuando éste sale del hospital y se incorpora a su vida familiar); por tal motivo se desarrollará el presente proyecto en donde se hará énfasis en el conocimiento de aquellos aspectos claves y necesarios en relación al padecimiento, así como al cuidado y atención a los enfermos, pretendiendo crear una idea clara y precisa de la misma.

OBJETIVO GENERAL

El paciente y la familia analizarán la enfermedad del SIDA, así como el trato y cuidado del paciente seropositivo en la misma.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Informar al núcleo familiar los aspectos del SIDA para así dar el trato y cuidado adecuado al paciente de

V.I.H. en su familia.

- Motivar a la familia para que proporcione apoyo afectivo a su paciente y pueda aceptar y vivir con su padecimiento.

METAS

- Informar en un 80% al núcleo familiar los aspectos del SIDA, para así dar el trato y cuidados adecuados al paciente de V.I.H. en su familia.
- Motivar a la familia en un 80% para que proporcione apoyo afectivo a su paciente y pueda aceptar y vivir con su padecimiento.

TIEMPO Y ESPACIO

El proyecto se llevará a cabo en el aula No. 2 del Hospital de Infectología en un lapso de 5 sesiones de dos horas cada una.

UNIVERSO

Población infectada de V.I.H. y familiares de pacientes

infectados.

ACTIVIDADES

Se programará semanalmente las sesiones de acuerdo a los siguientes temas :

- Qué es el SIDA.
- Aspectos médicos del SIDA.
- Autocontrol de pacientes de V.I.H.
- Apoyo espiritual.
- Incapacidades y pensiones.

ORGANIZACION

Para el desarrollo del proyecto se contará con la coordinación de Trabajo Social Médico del Hospital de Infectología, así como personal capacitado para la exposición de cada tema y la participación de tres pasantes de la Lic. en Trabajo Social.

RECURSOS

A) Recursos Humanos

- 3 pasantes de la Lic. en Trabajo Social.

- Médico.
- Psicólogo.

B) Recursos Materiales

- Aula No. 2.
- Proyector.
- Diapositivas.
- Grabadora.
- Cassettes.
- Pantalla.
- Gis.
- Borrador.
- Fizarón.
- Papelería.

CRONOGRAMA

Este proyecto se iniciará del 17 de noviembre de 1990 al 17 de diciembre de 1990, dándose una sesión por cada semana.

EVALUACION

Al finalizar el proyecto se realizará un informe donde se analice el cumplimiento de los objetivos propuestos. Así

mismo será de tipo sumatoria y valorativa tal evaluación.

6.4. PROYECTO:

" CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO AL PERSONAL
MEDICO Y PARAMEDICO DE LAS U.M.F. DEL IMSS,
PARA EL TRATO ADECUADO DE INDIVIDUOS DE
SIDA "

JUSTIFICACION

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida penetró en territorio mexicano cuando nadie lo esperaba, debido a esto, con la aparición de los primeros casos no se sabía qué hacer, ni se determinaba aún los lineamientos de acción a seguir para atacar la enfermedad; a medida que transcurre el tiempo, las autoridades sanitarias se percatan de que no existe cura específica para este mal y que sólo a través de la educación se puede prevenir y evitar el contagio, sin embargo, en lo que a atención médica a pacientes de V.I.H. se refiere, se tiene conocimiento del rechazo que sufren estas personas para ser valoradas médicamente, ya que en algunas situaciones, es el personal médico quien se niega a tratarlos al conocer su

padecimiento, quizá resulte paradójico el encontrar que la sociedad médica actúe en ese sentido. No obstante, es por demás mencionar que la transmisión por V.I.H. es prevenida por un comportamiento bien informado y responsable; de ahí que se pretenda realizar una capacitación e intercambio de experiencias en relación al trato de pacientes con V.I.H., desarrollando medidas sanitarias para ello.

De esta forma se pretende con éste proyecto sensibilizar y concientizar a aquellos profesionales que por tatúes o facias se niegan a dar atención a estos pacientes, haciéndose evidente que requieren atención y trato como cualquier otro paciente que sufre una enfermedad determinada.

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar al paciente de V.I.H. atención médica con alta calidad humana por parte del personal médico y paramédico de las U.M.F. del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Exponer la importancia que tiene el trato adecuado al paciente de V.I.H., para no marginarlo.

- Apoyar al individuo seropositivo para que éste conozca y aprenda a vivir con el V.I.H..

METAS

- Exponer la importancia que tiene el trato adecuado al paciente de V.I.H., para no marginarlo en un 50%.
- Apoyar en un 50% al individuo seropositivo para que éste conozca y aprenda a vivir con el V.I.H..

TIEMPO Y ESPACIO

Este proyecto se llevará a cabo en las Unidades de Medicina familiar (U.M.F.) del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un lugar estratégico en un lapso de dos horas por sesión.

UNIVERSO

Personal médico y paramédico que labora en la institución.

ACTIVIDADES

En cada una de las sesiones se desarrollarán respectiva

mente los siguientes temas:

- Qué es el V.I.H.
- Conociendo al SIDA
- Aspectos médicos del V.I.H.
- Mecanismos de transmisión
- Aspectos psicológicos del paciente de V.I.H.
- Mecanismos de prevención
- Atención adecuada y oportuna en clínicas y hospitales a pacientes de V.I.H.

ORGANIZACION

Para la realización de éste proyecto se establecerá coordinación con las Unidades de Medicina Familiar del IMSS y se contará con la participación de un equipo multidisciplinario integrado por un médico y un psicólogo.

RECURSOS

A) Recursos Humanos

- Tres pasantes de la Lic. en Trabajo Social
- Un médico
- Un psicólogo

B) Recursos Materiales

- Espacio adecuado para el desarrollo de las sesiones.
- Material didáctico.
- Material audiovisual.
- Grabadora.
- Pantalla.
- Papelería.

CRONOGRAMA

El proyecto se llevará a cabo del 8 de febrero al 8 de marzo de 1991, teniendo una sesión por cada semana. Con una convivencia al final del evento.

EVALUACION

Será de tipo sumatoria y valorativa, realizándose al final un informe del proyecto, en donde se analice el alcance de los objetivos programados.

REFERENCIAS Y ACLARACIONES

CAPITULO VI

Página	Referencia
215	(*) Grupos de Base: Es - un tipo o forma de organización social.- que se enfrenta a con- tingencias que condi- cionan su desarrollo, su vitalidad, sus ac- tividades, su cohe- sión interna, su pro- yección y aún su dis- olución, la finalidad de este grupo es la - identificación de sus problemas, su análi- sis y el planteamien- to de alternativas de acción y solución de

los mismos, permiten
do la autogestión.

CONCLUSIONES

Para la realización de la investigación, se hizo necesaria la cobertura de ciertos requisitos, uno de ellos fue de tipo administrativo para establecer una coordinación entre las sustentantes y el Hospital de Infectología para dar a conocer el objetivo de dicho estudio y así incorporarse al equipo multidisciplinario, obteniendo la información deseada mediante el trabajo con los pacientes. De acuerdo con la experiencia adquirida durante la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

En cuanto al papel del Trabajador Social integrado al equipo multidisciplinario en el tratamiento a pacientes seropositivos, éste debe tener una capacitación y conocimiento actualizado sobre el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida para comprender la problemática que presentan estos pacientes, proporcionando alternativas específicas a su campo de acción, siendo indispensable la conjugación de elementos teóricos - prácticos, pues en el caso específico del área de salud en ocasiones existe un abismo entre la teoría y la práctica.

En relación a las funciones que desempeña el Trabajo Social en los hospitales de tercer nivel se considera como una

de las más importantes a la investigación para realizar una adecuada planeación acorde a las necesidades de la población referida, y así mismo es el Trabajador Social quien realiza educación y promoción para sensibilizar a la población con prácticas de alto riesgo, sobre la prevención y protección del V.I.H.

La metodología empleada por el Trabajo Social Médico del hospital, es el seguimiento de casos y el trabajo con grupos los cuales conciernen al paciente y su familia respectivamente, siendo el profesional el enlace inicial institución paciente, ya que este último necesita de la comunicación e integración familiar.

El respeto a la dignidad humana es un valor fundamental en la ética del profesional de Trabajo Social, proporcionando confianza y confidencialidad a la problemática del paciente de V.I.H. y a su familia.

El trabajo realizado durante los meses mayo - agosto en el Hospital de Infectología ha sido una experiencia muy enriquecedora para el equipo, ya que permitió la participación en el desempeño de las funciones de Trabajo Social, así como en las limitaciones en el desarrollo profesional. Además existió una relación teórico - práctico y adquisición de habilidades propias de la profesión para proporcionar alternativas de acción con la finalidad de integrar al paciente a la sociedad

donde se encuentra marginado.

SUGERENCIAS

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, se considera una epidemia de dimensiones insospechadas en la población en general; a lo largo de la década de los 80's se han iniciado campañas y programas de educación para la población de alto riesgo dada su conducta sexual, para orientar y difundir mediante diversos medios los mecanismos de prevención y protección para la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.). No obstante, el riesgo continúa y se hace más notorio el rezago que hoy en día se percibe entre las personas infectadas de V.I.H., desde el ámbito mismo de la familia hasta su ambiente laboral lo que repercute en su situación socioeconómica, aunado a que en ocasiones sufre la discriminación por parte del personal médico para el paciente de V.I.H. así mismo se engloba la intervención del Trabajador Social ante esta situación; por lo que en base a la investigación efectuada se proporcionan las siguientes sugerencias ante esta problemática:

- Se propone que se lleven a cabo las alternativas propuestas en este trabajo, ya que surgieron como respuesta a una necesidad estudiada a través de una minuciosa investigación.

- Se proporcione al Trabajador Social la capacitación y conocimiento adecuado sobre el V.I.H.
- Dar mayor énfasis dentro del desempeño profesional del Trabajador Social con pacientes de V.I.H., a la educación social y con ello a la sensibilización y promoción con respecto a los mecanismos de prevención y protección, dirigido a la población de alto riesgo.
- El Trabajo Social debe insertarse adecuadamente en el ámbito familiar y laboral del paciente para lograr su óptima recuperación.
- Dentro de las funciones del Trabajo Social desempeñadas en hospitales se debe incursionar y dar más apoyo a la investigación para llevar a cabo una planeación satisfactoria, para así proporcionar alternativas de acción acordes sobre la problemática, basándose en los conocimientos teórico-metodológicos que poseen.
- Protección en los centros de trabajo a las personas infectadas por V.I.H. / SIDA o sospechosos de estarlo evitando la estigmatización por parte de compañeros y patrones.
- La infección por V.I.H. no es motivo de cese en el em-

pleo, lo accesible es cambiar de puesto a la persona infectada para que se desarrolle laboralmente en forma adecuada en relación a su estado de salud, debido a que en ocasiones por el tipo de padecimiento, el infectado de V.I.H. siente malestar físico y cansancio; sin embargo ello no le impide la reubicación en algún otro puesto.

- Organización y promoción para la capacitación y adiestramiento del personal médico y paramédico en Unidades de Medicina Familiar en relación al trato adecuado de pacientes con V.I.H.
- Diversificar las funciones del Trabajo Social, así como tomar en cuenta la supervisión y asesoría para no caer en un trabajo meramente administrativo y lograr así la superación del Trabajador Social dentro de las Instituciones de Salud.

GLOSARIO

Adenomegalia. Crecimiento de ganglios .

Bacterias. Genero de esquizomicetas, familia bacteriáceas que comprende especies en forma de bastoncito, la mayoría de las cuales se incluyen en otro genero.

Cándida. Género de hongos semejantes a levaduras.

Candidiasis genital, perianal y oral. Tipo de infección causada por un hongo llamado *cándida albicans*, que afecta a las membranas mucosas y a la piel. La infección causada por la *cándida* en la boca es conocida como *algodoncillo* y se caracteriza por la presencia de placas blancas e inflamación de las encías, las mucosas de la boca y el esófago, que llega a ser dolorosa. También puede aparecer en el lecho de las uñas, ombligo, alrededor del ano, en la vagina o en la garganta. Puede provocar infecciones sistémicas.

Citomegalovirus. (CMV). Es un virus emparentado con la familia de los herpes virus. Las infecciones por CMV pueden ocurrir sin sintomatología, o con síntomas inespecíficos como escalofríos, fiebre, irritación de garganta, debilidad y creci-

- miento ganglionar. Las infecciones más severas pueden producir hepatitis, mononucleosis o neumonía. Generalmente es autolimitada. El virus se elimina a través de la orina, semen, saliva, heces y sudor. En casos con inmunodeficiencia, como el SIDA, puede haber además, alteraciones de la visión que llegan a la ceguera.
- Condiloma.** Excrecencia semejante a una verruga cerca del ano o de la vulva, prepucio etc; especialmente las pápulas planas húmedas de la sífilis secundaria.
- Dermatitis.** Inflamación de la piel.
- Dermatitis Seborréica.** Forma común de seborrea caracterizada por la formación de escamas o costras.
- Endemia.** Se dice de una enfermedad que se encuentra presente en forma habitual en una región o comunidad específica.
- Enfermedad de Hodgkin.** Una forma de cáncer que afecta al tejido linfático, fundamentalmente ganglios y bazo.
- Epidemia.** Se dice de una enfermedad que afecta a un número de individuos mayor al habitual, para una comunidad o región específica.
- Granuloma.** Tumor.
- Herces.** Afección inflamatoria de la piel, caracterizada

por la aparición de pequeñas vesículas transparentes reunidas en grupos rodeados de una aureola roja.

Herpes Genital. Variedad de herpes que se desarrollan en los órganos genitales externos masculinos y femeninos.

Herpes Zoster. Afección inflamatoria aguda de la piel, caracterizada por la erupción de vesículas de aspecto aperlado y reunidas en grupos en el trayecto de un nervio cutáneo generalmente asociada, por lo común con dolor intenso de carácter neurálgico.

Hongos. Miembros de una clase de plantas criptógamas que comprende gran número de familias, géneros y especies; muchos de ellos patógenos.

Impétigo. Dermatitis infecciosa, hetero y autoinoculable, caracterizada por la aparición de vesicopústulas aisladas o aglomeradas, de distinto tamaño, que al desecarse forman costras amarillentas que caen sin dejar cicatriz.

Linfoma. Cáncer de los ganglios linfáticos.

Linfogranuloma. Término específico para referirse a diferentes enfermedades cuyas alteraciones anatómicas - patológicas, consisten en granulomas o lesiones de tipo granulomatoso en diferentes

- ganglios.
- Micobacterias. Género de bacterias actinomicetales; bacilos delgados grampositivos, acidorresistentes, que a veces ofrecen una ramificación dicotómica característica.
- Neoplásico. Tejido nuevo o nuevo crecimiento. Tumor que puede ser benigno o maligno.
- Pandemia. (Reunión de todo el pueblo), epidemia extendida a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de un país.
- Papiloma. Hipertrofia de las papilas de origen inflamatorio, con neoformación de tejido conjuntivo.
- P.H. (Abrev. de Potencial de Hidrógeno). Coeficiente que caracteriza el grado de acidez de un medio.
- Sarcoma de Kaposi. Nódulos múltiples azulados en la piel, semejantes a granulomas infecciosos con hemorragias y caracteres neoplásicos.
- Seborrea. Estado del tegumento con producción exagerada de sebo cutáneo y alteraciones cualitativas de su composición.
- Sífilis. Enfermedad infecciosa endémica, crónica, específica causada por el treponema palidum, adquirida por contagio y transmitida por herencia.
- Tiña. Enfermedad micofítica de la piel, del cuero

cabelludo especialmente.

BIBLIOGRAFIA

ANTOLOGIA

Conceptualización del Trabajo Social, ENTS - UNAM, México D.F., 1989. p.p. 333.

BOLETIN

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 67 No.5 y 6 Vol. 105, Noviembre - Diciembre 1986. p.p. 808.

BOLETIN

Population Reports, U.S.A. Vol. XVII No. 3, Serie L. No. 8 Septiembre de 1989.

CONASIDA

Boletín Mensual SIDA, Año 2 No. 1 y 2, Enero - Febrero 1988. p.p. 219 - 251.

Boletín Mensual SIDA, Año 2 No. 3. Marzo 1988. p.p. 252 277.

Boletín Mensual SIDA, Año 2 No. 4, Abril 1988. p.p. 278

300.

Boletín Mensual SIDA, Año 2

No. 5, Mayo 1988, p.p. 301

320.

Boletín Mensual SIDA, Año 2

No. 6, Junio 1988, p.p. 321

355.

Boletín Mensual SIDA, Año 2

No. 7, Julio 1988, p.p. 356

386.

Boletín Mensual SIDA, Año 2

No. 8, Agosto 1988, p.p. 387

420.

Boletín Mensual SIDA, Año 2

No. 9, Septiembre 1988, p.p.

421 - 452.

Boletín Mensual SIDA, Año 2

No. 10, Octubre 1988, p.p. 453

- 495.

Boletín Mensual SIDA. Año 2

No. 11 - 12, Noviembre - Diciembre 1988. p.p. 496 - 534.

Boletín Mensual SIDA. Año 3

No. 1, Enero 1989. p.p. 535 - 565.

Boletín Mensual SIDA. Año 3

No. 2, Febrero 1989. p.p. 566 - 593.

Boletín Mensual SIDA. Año 3

No. 3, Marzo 1989. p.p. 594 - 636.

Boletín Mensual SIDA. Año 3

No. 4, Abril 1989. p.p. 637 - 656.

Boletín Mensual SIDA. Año 3

No. 5, Mayo 1989. p.p. 657 - 674.

Boletín Mensual SIDA, Año 3
No. 6, Junio 1989, p.p. 675-
698.

Boletín Mensual SIDA, Año 3
No. 7, Julio 1989, p.p. 699 -
718.

Boletín Mensual SIDA, Año 3
No. 8, Agosto 1989, p.p. 719
- 741.

Boletín Mensual SIDA, Año 3
No. 9, Septiembre 1989, p.p.
742 - 761.

Boletín Mensual SIDA, Año 3
No. 10, Octubre 1989, p.p. 762
- 776.

Gaceta, Año 2 No. 1, Mayo
Junio 1989, p.p. 19

El Síndrome de Inmunodeficien-

cia Adquirida. Medidas preven-
tivas. México 1981. p.p. 71.

CHAVEZ CARAPIA JULIA

Una Experiencia con Grupos de
Base. cuadernos de trabajo so-
cial. Editorial ENTS - UNAM
México 1983. Primera edición
p.p 21. ENTS - UNAM

DICCIONARIOS

Diccionario Enciclopédico de
Medicina Editorial JIMS, 4a
Edición. España 1980. p.p.1165

Diccionario Manual de Medicina
y Salud, Editorial Vo: Mono-
gráficos. Barcelona 1979 p.p.
282.

Diccionario Terminológico de
Ciencias Médicas. Editorial
Salvat, 11a. Edición. México
1983, P.P. 1073

ENTS - UNAM

Aportaciones Teóricas al Traba-
jo Social, Año 1. Primera Epo-

ca. septiembre 1983, p.p. 63.

HAMILTON, GORDON

Trabajo Social de Casos. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México 1984. p.p. 218.

KADUSHIM, ALFRED

Entrevista en Trabajo Social. Editorial. Extemporaneos, México 1984. p.p. 319.

LOPEZ ACUÑA, DANIEL

Salud Desigual en México. Editorial Siglo XXI 4a. Edición, México 1982. p.p. 242.

MILLER DAVID, ET. AL

Atención de Pacientes de SIDA. Editorial. El Manual Moderno, México 1989. p.p. 300.

Viviendo con SIDA y V.I.H.. Editorial. El Manual Moderno, México 1989. p.p. 142.

NURSING 90

Revista. Edición española. Enero 1990. Vol 8 No. 1, p.p. 53.

ORTIZ QUEZADA, FEDERICO

Vida y Muerte del Mexicano I.
Edición Colección el Hombre y
su Salud. Folios Ediciones,
México 1982, p.p. 217.

Vida y Muerte del Mexicano II.
Edición Colección el Hombre y
su salud. Folios Ediciones,
México 1982, p.p. 332.

ROJAS SORIAND, RAUL

El Proceso de la Investigación
Científica. Editorial Trillas.
México 1986, p.p. 130.

Guía para Realizar Investiga-
ciones Sociales. Editorial
UNAM. México 1982, p.p. 274.

SALINAS DE GORTARI,
CARLOS

Plan Nacional de Desarrollo
1989-1994, Editorial Presiden-
cia de la República, p.137.

SALUD PUBLICA DE MEXICO

Revista. Vol. 31 No. 3, Mayo
- Junio 1989,

SEFULVEDA AMOR JAIME. ET AL

SIDA Ciencia y Sociedad en México. Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1989 , p.p. 500.

SOBERÓN ACEVEDO,

Hacia un Sistema Nacional de - Salud 1933 - 1983. UNAM, México 1983, p.p. 444.

GUILLERMO

SOLIS SAN VICENTE,

La Política Social en México y los servicios sociales. UNAM, México 1987. p.p. 18.

SILVIA

S.S.A

Programa Nacional de Salud 1984 - 1988. Cuadernos Técnicos de planeación No. 6 Vol.1, México 1984, p.p. 216.

TERAN TRILLO, MARGARITA

Revista de Trabajo Social. No. 37. ENTS - UNAM. México 1989, p.p. 84.

WEISMANN KAARE, ET AL

Signos Cutáneos del SIDA, Editorial Goyman. Barcelona España 1989, p.p. 150.