

13
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA INTERVENCION DEL LICENCIADO EN TRABAJO
SOCIAL CON LA FAMILIA DE PACIENTES CON
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

TESIS CON
FALSA FE CROMA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A :
COVARRUBIAS ALVAREZ CARLOS GABRIEL



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
C A P I T U L O I	
EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA	6
1.1. LA FORMACION DE LA PAREJA	6
1.1.2. EL MATRIMONIO	11
1.2. EL NACIMIENTO, CRIANZA Y FORMACION DE LOS HIJOS	13
1.3. LOS HIJOS ADOLESCENTES	20
1.4. EL RE-ENCUENTRO	28
C A P I T U L O II	
PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD	35
2.1. DIAGNOSTICO	35
2.1.1. FACTORES DEMOGRAFICOS	35
2.1.2. FACTORES ECONOMICOS	37
2.1.3. FACTORES SOCIALES	38
2.1.4. MORTALIDAD	39
2.2. NIVELES DE ATENCION	41
2.3. TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD	46
2.4. PROMOCION	51
2.5. PREVENCIÓN	52
2.6. RECUPERACION	55
2.7. FUNCIONES QUE REALIZA EL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD	56
C A P I T U L O III	
PROBLEMAS A LOS QUE SE ENFRENTA EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL DESARROLLO PROFESIONAL	60
3.1. CONOCIMIENTO DE SI MISMO	60
3.2. REALIDAD SOCIAL	67
3.3. INTERACCION SOCIAL	68
3.4. LA NATURALEZA DE SU CRISIS	71
C A P I T U L O IV	
QUE ES EL SINDORME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	74
4.1. CONCEPTO Y ANTECEDENTES DEL SIDA	74
4.1.1. CARACTERISITICAS DEL VIRUS DEL SIDA	75
4.1.2. ORIGEN DEL SIDA	79
4.2. DIMENSIONES SOCIALES DEL SIDA	85
4.2.1. SALUD	87
4.2.2. TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	90
4.2.3. GARANTIAS INDIVIDUALES	92

4.3.	CARACTERISTICAS Y MECANISMOS DE TRANSMISION	94
4.3.1.	TRANSMISION SEXUAL	98
4.3.2.	TRANSMISION POR TRANSFUSION DE SANGRE O HEMODERIVADOS	99
4.3.3.	TRANSMISION POR AGUJAS O MATERIAL QUIRURGICO CONTAMINADO	99
4.3.4.	TRANSMISION PERINATAL	100

C A P I T U L O V

INVESTIGACION	103
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	103
METODOLOGIA	105
OBJETIVO	108
HIPOTESIS	108
ANALISIS DE DATOS DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS	109
INTERPRETACION	129
CONCLUSIONES GENERALES	132
PROPUESTAS	136
ANEXOS	139
BIBLIOGRAFIA	204

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La familia está continuamente sometida a las demandas de cambio de dentro y fuera; de hecho la respuesta a las demandas de cambio es un buen parámetro que revela notablemente la flexibilidad. Contemplar a una familia en un lapso de tiempo prolongado es considerarla como un organismo en constante transformación y evolución en el tiempo.

Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución como una complejidad creciente.

Aunque la familia presenta una fluctuación constante, la cual se da dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo sin embargo, su continuidad.

En un sistema vivo las fluctuaciones, sean de origen interno o externo, guían el sistema hasta una nueva estructura; "Una estructura nueva es siempre el resultado de una inestabilidad". Las fluctuaciones suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia. Pero si la fluctuación se hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones.

La concepción de la familia como sistema vivo parece indicar que el estudio de una familia comprobará que los periodos de homeóstasis, mantiene la fluctuación dentro de una amplitud manejable.

Por lo tanto, podemos afirmar que el desarrollo de la familia, transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente. Hay periodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Y hay también periodos de desequilibrio, originados en el individuo o en el contexto. La consecuencia de éstos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes también nuevas.

Al desarrollo de la familia, que transcurre en el tiempo, como un proceso propio de un organismo vivo que nace, crece, se reproduce y muere, se le ha llamado ciclo vital.

Enfocar el estudio del sistema familiar, atravesando por diferentes etapas nos permite hacer algunas consideraciones, especialmente en lo que se refiere a las características por el logro de tareas de cada etapa y los ajustes y reajustes que éstos implican.

Se han propuesto esquemas de ciclo vital que pueden diferir en algunos aspectos, posiblemente en la división de las etapas, pero todos parecen coincidir en los conceptos más esenciales.

Por considerar las dificultades especiales que encierran determinados momentos de la vida familiar se pueden delimitar como etapas: la formación de la pareja; el nacimiento, crianza y formación de los hijos; los hijos adolescentes y el re-encuentro.

La práctica del trabajador social con relación a los problemas a que se enfrenta en el desarrollo profesional, surgen varios problemas que deben ser resueltos: en primer lugar se ha dado mucha importancia al papel de los trabajadores sociales dentro de este contexto. Se señala que ellos están dispuestos a contribuir en esta área de trabajo, debido a sus conocimientos relativos al desarrollo y funcionamiento de la personalidad y sus métodos para ayudar a las personas que enfrentan dificultades que pueden incapacitarlos real o potencialmente. Algunos profesionistas han sostenido que los trabajadores sociales, por sus conocimientos adecuados y sus habilidades para la práctica, tienen la obligación profesional de servir y orientar a los pacientes y a los familiares afectados por el SIDA, además de que pueden aportar algo importante y útil, puesto que están atendiendo una serie de intereses individuales; de

grupo; organizacionales e institucionales; requieren de razones claras para emplear sus recursos relativamente escasos, de tiempo y energía emocional. Muchos trabajadores sociales, especialmente los que laboran en hospitales, tienen contacto con pacientes en etapa terminal y con sus amigos y familiares, como grupo profesional pueden hacer una aportación importante en este campo y deben estar concientes de su responsabilidad, los trabajadores sociales necesitan conocimientos especializados acerca del problema y técnicas apropiadas para poder tratar a este tipo de pacientes.

La misma flexibilidad de la profesión, en sus intentos por reconocer y abordar diversas áreas, quizá se base en la creencia de que los trabajadores sociales pueden "adaptarse a todas las situaciones de todas las personas". Además de estas dificultades, cada día se complica más la conceptualización del trabajo social al tratar de desarrollar un modelo que incorpore la "esencia común de conceptos, habilidades, tareas y actividades", capaz de mantener actualizado el enfoque del trabajador social, frente a los diversos problemas encontrados entre los pacientes, familia y grupos en distintos niveles de intervención.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad nueva que ha tenido grandes repercusiones en todo el mundo. Las reacciones sociales han sido múltiples,

diversas y dependen en parte de la actitud de cada sociedad ante la sexualidad y los problemas sociales previamente existentes.

El efecto que tiene en un individuo, saber que es portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), independientemente del mecanismo por el cual contrajo el virus, depende de su estructura de carácter, personalidad y del contexto social en el cual vive y se desarrolla, pero es inevitable que pase por todo un proceso psicológico de aceptación en este importante cambio en su vida.

Así, personas que están en la plenitud de su vida, de pronto se enfrentan a una nueva situación que no saben cómo manejar; sus perspectivas cambian, no saben qué hacer ni qué esperar.

El proceso no es fácil, una persona con el VIH pasa por diversas fases en las cuales hay sentimiento de culpa, negación, sentimiento de pérdida de la autoestima, pérdida del bienestar y de la privacidad, angustia, ira, miedo al abandono, incertidumbre y desesperanza; todos estos sentimientos se entremezclan y es muy importante contar siempre con alguien cercano dispuesto a brindar su apoyo en el momento en que se necesite.

CAPITULO I

CAPITULO I

EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

1.1 LA FORMACION DE LA PAREJA.

El estudio sistemático de la familia humana es bastante reciente, y ha coincidido con el de los sistemas sociales de otros animales. A partir de la década de 1950, seres humanos, animales terrestres y criaturas aéreas, han sido observados en sus ambientes naturales. Lo que va haciendo evidente tanto similitudes, como diferencias cruciales entre el hombre y los animales, y ello nos facilita aclarar la naturaleza de los dilemas humanos.

La familia puede ser definida como "una reunión de individuos: unidos por los vínculos de la sangre; que viven bajo el mismo techo o en un mismo conjunto de habitaciones; con una comunidad de servicios"(1)

Los seres humanos compartimos con otras criaturas, los procesos evolutivos del galanteo, el apasionamiento, la construcción del nido, la crianza de los hijos y la independencia de los hijos para iniciar una vida propia; pero debido a que nosotros tenemos una organización social más compleja, los problemas que surgen durante el ciclo vital familiar son únicos de la especie.

(1) CASTELLAN, Yvonne La Familia. Ed. Fondo de cultura económica. México 1985.

Todo animal que aprende pasa por los rituales del galanteo a la edad adecuada, y hay un amplio margen para las variables. En las especies que viven en rebaños anónimos, cuando llega la estación adecuada cada individuo se aparea con quien quiera que pase por allí en ese momento, preferiblemente un miembro del sexo opuesto. En otras especies el apasionamiento es menos anónimo: cada año, durante la época de celo, el animal encuentra a su pareja, pero fuera de esa época la asociación no subsiste.

También hay muchas parejas que perduran de por vida y producen descendencia regularmente a lo largo de los años. El ganso salvaje, por ejemplo, se aparea de por vida, y si uno de los dos muere, el sobreviviente lo llora y quizá no vuelva a aparearse.

La especie humana, compleja en sus posibilidades, puede seguir cualquiera de los hábitos de apareamiento de los demás animales. Algunos hombres pueden copular con cualquier mujer que se les presente, cuando más anónima, mejor. También se dan relaciones clandestinas en donde sólo se encuentra la pareja para relacionarse sexualmente.

Lo más habitual es que se elija a una pareja para toda la vida; al menos este es el mito de la monogamia en la sociedad occidental.

Una diferencia crucial entre el hombre y todos los demás animales, es que el primero, es el único con parientes políticos. En la vida familiar humana casi siempre está involucrada la familia extensa, mientras que en las otras especies hay discontinuidad entre las generaciones, ya que los hijos una vez criados por sus padres se alejan y eligen compañero sin asistencia de la familia.

Por lo tanto, el matrimonio no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas.

Muchos dilemas fundamentales de la vida humana aparecen durante el periodo en que una persona joven pasa de ser un muchacho a ser un miembro de la comunidad adulta. Se ha considerado que es una de las épocas de la vida en que más se requiere ayuda profesional, psicosexual y las consecuencias de esta intervención tal vez sean más duraderas que en cualquier otro momento.

Durante la adolescencia los seres humanos aprenden a galantear y a participar en esta actividad y aquellos chicos que demoran dicho proceso es probable que se puedan sentir periféricos del resto de su grupo de pares.

El adolescente enfrenta un problema particular: su involucración simultánea con su familia y con sus pares. Se trata, esencialmente de un problema de destete, y este último no es complejo hasta que el chico abandona el hogar y establece vínculos íntimos fuera de la familia. El prolongado periodo de crianza que requiere el desarrollo humano quizás induzca al joven a no abandonar el hogar, en lugar de prepararlo para una vida más autónoma.

Los padres pueden soltar a sus hijos, pero también enredarlos a perpetuidad en la organización familiar.

Aquellos que se convierten en gente periférica, son personas que despegaron de sus familias de origen, lo necesario como para poder atravesar las etapas de seleccionar una pareja y construir su propia vida.

Tan pronto como un joven se aventura fuera de la familia y se asocia con un compañero, dos parejas de padres se convierten en partes del proceso de decisión. Algunos autores consideran que esta etapa es básicamente de "Desprendimiento" o de "Despeque", señalando el término precisamente al proceso de la separación e independencia del joven, el cual puede resultar muy doloroso, tanto para él, como para los padres.

Existen una serie de motivaciones que llevan a los jóvenes a formar una pareja, entre ellas, podemos mencionar:

- a) La búsqueda de cercanía y compañía.
- b) La búsqueda de fusión.

Al hablar de fusión, en este caso, se hace referencia a un estado de inmadurez en donde no se logra adquirir una individualidad.

Pueden ser parejas que fallaron en resolver su relación con los padres, los cuales debieran de haber cumplido con su cometido de prepararlos para formar una nueva relación, basada en la libertad de llegar a ser un individuo en sí mismo con la capacidad de apreciar al otro en todo lo que es.

Respecto a las motivaciones del matrimonio, el proceso es demasiado complejo, diciéndose en muchos casos no ser racional, se puede lanzar prematuramente al matrimonio en un intento de liberarse de una red familiar desdichada, por rescatarse mutuamente de sus problemas, como puede ser la "soledad" por sentirse enamorados; por desear tener hijos, por mejorar su status social dadas las presiones que se ejercen en jóvenes adultos, etcétera.

La importancia de una ceremonia matrimonial, no solo para la pareja sino para toda la familia, comienza a hacerse más evidente ahora que muchos jóvenes renuncian a ella. Los rituales que quizá parezcan más superfluos a los jóvenes pueden constituir factores importantes entre etapas, que ayudan a todos los involucrados a modificar las formas de relación mutua. En la mayoría de las culturas las ceremonias que rodean al nacimiento, la pubertad, el matrimonio y la muerte, son protegidas como algo crucial para la estabilidad de la vida.

Para muchas parejas el periodo de la luna de miel y el tiempo que transcurre antes de que tengan hijos es un periodo delicioso. Para otros no lo es, puede producirse una fuerte tensión capaz de romper el vínculo marital o de generar síntomas negativos en los individuos antes de que el matrimonio se haya puesto realmente en marcha.

Algunos matrimonios enfrentan dificultades desde el inicio por la razón que los unió. Por ejemplo, es posible que los jóvenes que se casan principalmente para escapar de sus familias descubren, una vez casados, que ha desaparecido la razón del matrimonio. Han escapado, pero están en un

Las ilusiones de lo que puede lograrse con el matrimonio tiene un significado diferente para cada uno, es ante todo un acuerdo de que la joven pareja se comprende mutuamente de por vida. A veces se pueden sentir atrapados y comienzan a rebelarse, discutiendo por cuestiones de autoridad; o se sienten libres para ser ellos mismos y se comportan en forma que al otro cónyuge le parece inesperada. La intimidad (incluyendo la sexualidad) suele también provocar temores o desilusiones por todas las expectativas previas.

Cuando la pareja empieza a convivir, debe elaborar una cantidad de acuerdos, de diversas situaciones, como la relación con las familias de origen, los amigos, los aspectos prácticos, etcétera.

El Psicólogo Sager en sus estudios realizados "considera que el análisis de esta etapa crucial, llamada también de "encuentro", en la cual se lleva a cabo el contrato marital que va a regir la vida psíquica emocional e instrumental de la pareja nos permitiría comprender y aclarar lo que de otra manera parecería una serie de comportamientos inexplicables e irracionales"(2).

(2) SAGER, Clifford. El contrato matrimonial. Vol. 10 No. 3. Septiembre de 1971. (Proceso Familiar) Nueva York 1971.

1.2 EL NACIMIENTO, CRIANZA Y FORMACION DE LOS HIJOS.

Parte de la aventura del matrimonio consiste en que, justamente, cuando empiezan a resolverse los problemas de una etapa, la siguiente ha comenzado a preveer nuevas oportunidades. Una pareja que durante el primer periodo matrimonial ha elaborado una relación satisfactoria y se enfrenta al nacimiento de un hijo, especialmente si es el primogénito, se plantea otras cuestiones y reajustes, desestabilizando en alguna medida las que se habían llevado hasta el momento.

Muchas personas se cuestionan si el tener un hijo va a influir o no en la cadena secuencial que un individuo lleva en su ciclo vital, tanto familiar como personal. Hay quienes sostienen el punto de vista de que no es necesaria la descendencia para completarse biológicamente.

Es decir, tener o no hijos es un asunto complejo y delicado; vemos como un elevado porcentaje de parejas no se da siquiera la oportunidad de decidirlo, encontrándose una gran variedad de razones, entre estas, la falta de información, motivaciones inconscientes que provocan la falta de atención y responsabilidad de la actividad sexual, presiones sociales, etcétera.

Para muchas parejas el periodo del embarazo puede ser de singular alegría y de expectativas mutuas, con una actitud de bienvenida pero para otras, es un lapso penoso que adopta diferentes formas. Ella puede alterarse en extremo durante el embarazo, padecer algunos problemas físicos o comenzar a comportarse de manera perturbada inmediatamente después del parto. Probablemente con el evento del nacimiento del hijo, el marido o algún otro miembro de la familia desarrolla algún síntoma, como forma de expresar la angustia que ésto le provoca.

Cuando surge un problema durante este periodo no es fácil determinar la "causa", porque en el sistema familiar son muchos y diversos los ordenamientos establecidos que se revisan como resultado de la llegada de un hijo.

Parejas jóvenes que consideran su unión como un ensayo, se encuentran con que la separación es menos posible. Otras parejas que se creían mutuamente comprometidas, se disuelven sintiéndose atrapadas con la llegada de un niño.

El tipo de juego elaborado por una pareja antes del primer hijo, es un juego íntimo de dos. Han aprendido a tratarse y han encontrado los modos de resolver muchas cuestiones. Con el nacimiento de un niño, están automáticamente en un triángulo; siendo posible que se

desarrolle un nuevo tipo de celos cuando un miembro de la pareja siente que el otro está más apegado al niño que a él o a ella.

Muchas situaciones que enfrenta la pareja empiezan a ser tratadas a través del hijo, en la medida en que éste se convierte en emisario y en excusa para los nuevos problemas y para los viejos, aún no resueltos.

Ciertas parejas al borde de la separación tal vez acuerden que seguirán juntos en aras del hijo, siendo que de cualquier manera no se hubieran separado. Esposas insatisfechas pueden decidir que es a causa del niño, en lugar de enfrentar problemas más antiguos que tienen con sus maridos.

Si un bebé se convierte en parte de un triángulo, de esta manera, cuando es suficientemente grande para salir del hogar se suscita una crisis, porque la pareja queda frente a frente sin el recurso del niño interpuesto entre ellos, se reactivan cuestiones irresueltas desde hace muchos años aún anates del nacimiento del hijo.

En muchos casos, el casamiento se precipita debido a un embarazo y la joven pareja nunca tiene la experiencia de vivir juntos en una sociedad de dos. El matrimonio comienza con triángulo y sigue así hasta que los hijos dejan el

hogar. En algunos casos, el hijo puede ser acusado de todas las dificultades matrimoniales, así como los de la familia extensa. El inminente nacimiento de un niño representa la convergencia de dos familias y crea abuelos y tíos de ambos lados.

Las dos familias quizá discuten por asuntos tales como cuál será el nombre del chico, la forma en que se le criará y educará, qué familia influirá en su desarrollo, etcétera.

Cuando el pequeño nace con alguna deformación o anomalía, pueden suscitarse dudas y discusiones respecto a la familia que puede estar heredando esa patología.

Con el nacimiento del hijo, la joven pareja queda más distanciada de sus familias y a la vez más enredadas en el sistema familiar; pero el niño los introduce más en la red familiar de cada uno, modificándose la índole de los vínculos.

Cuando surgen afiliaciones durante este periodo, suelen adoptar la forma de síntomas o perturbaciones de cada uno de los cónyuges. Sin embargo, la persona aquejada no es necesariamente el foco adecuado para el tratamiento. Una esposa perturbada quizás esté respondiendo a un marido que

ahora se siente atrapado porque un hijo se encuentra en camino, o esté respondiendo a una crisis en la familia extensa.

Si la pareja sobrevive al nacimiento de los hijos, se pronosticará un período más o menos largo de ocupación en el cuidado de los pequeños.

Como ya se mencionó, el nacimiento del primer hijo provoca más reajustes en el sistema familiar, sin embargo, con el advenimiento de cada hijo, se van modificando algunas pautas de interacción, los placeres de la crianza de los hijos suelen estar contrabalanceados por la tensión que supone el hallarse continuamente enfrascados en complejas situaciones que los padres deben aprender a encarar por sus propios medios, ya que en esta época de cambio no están dispuestos a emplear los métodos de crianza de sus propios padres.

En la etapa del cuidado de los hijos pequeños, se plantea un problema especial a las mujeres. El ser madre, es algo que ellas anticipan como una forma de autorealización. Pero el cuidado de los niños puede ser una fuente de frustración personal, especialmente de aquellas mujeres que cursan alguna profesión y se prepararon para desarrollarse en un ámbito laboral, ya que se encontraron hasta cierto

punto aisladas en un mundo infantil, limitando su conversación con niños; también puede sentirse denigrada con el rótulo de ser solamente ama de casa y madre.

Esto puede presentarse en situación contraria al marido, sobre todo cuando es una pareja con roles tradicionales; el marido habitualmente puede participar con adultos en su mundo de trabajo y disfrutar de los niños como una dimensión adicional a su vida. Mientras ella puede sentirse envidiosa de las actividades de su marido. El matrimonio puede empezar a entorpecerse en la medida en que la esposa requiere más ayuda de su marido en la crianza de los niños, y más actividades adultas, mientras él se puede sentir agobiado por su mujer e hijos y estorbando en su trabajo.

Es posible que una madre al exagerar la importancia de la crianza, alimente a su hijo para que tenga un problema emocional y entonces le tendrá que dedicar toda su atención.

A pesar de las dificultades que se suscitan por los niños pequeños, el periodo más común de crisis es cuando los hijos empiezan su etapa escolar.

Hasta hace pocos años, cuando el hijo se resistía a ir a la escuela o se portaba mal, el procedimiento habitual era dejarlo en casa, con la esperanza de que en algún momento

decidiera ir a la escuela, mientras tanto se marginaba de sus padres. La orientación hacia la familia ha hecho más común el procedimiento de que el chico siga llendo a la escuela mientras se trata su situación, reconociéndose que el problema reside en el hogar.

Por otro lado, la escuela representa el primer anuncio que los hijos se formarán para salir del hogar y el que los padres se quedarán solos.

En esta etapa, el chico se empieza a involucrar cada vez más fuera de la familia. Los conflictos entre los padres acerca de la crianza de los niños se hace más manifiesto cuando el hijo sale de la esfera familiar.

El problema más habitual es que un progenitor, generalmente la madre, se alie sistemáticamente con un hijo en contra del padre, ella puede protestar porque él es demasiado duro con el chico, mientras él lo hará porque ella es demasiado blanda.

Frecuentemente la madre se muestra más servicial y permisible, a la vez que frustrada y desesperada por sus intentos, poco exitosos, del control con el hijo. El padre aparece como más periférico, y si interviene para ayudar a la madre, ella lo ataca y él se retira, reforzándose cada una de las posiciones, el sobreinvolucramiento y la

El problema más habitual es que un progenitor, generalmente la madre, se alie sistemáticamente con un hijo en contra del padre, ella puede protestar porque él es demasiado duro con el chico, mientras él lo hará porque ella es demasiado blanda.

Frecuentemente la madre se muestra más servicial y permisible, a la vez que frustrada y desesperada por sus intentos, poco exitosos, del control con el hijo. El padre aparece como más periférico, y si interviene para ayudar a la madre, ella lo ataca y él se retira, reforzándose cada una de las posiciones, el sobreinvolucramiento y la periferia del padre. Esta pauta al repetirse impide que el niño madure y que la madre se desenganche de la crianza en beneficio de una vida propia más productiva.

En tanto la pauta subsiste, el niño se convierte en el medio para que los padres se comuniquen acerca de los problemas que no pueden encarar directamente.

Aun cuando los padres se encuentren divorciados, no se modifica necesariamente este tipo de problema. En las familias con un solo progenitor, un problema estructural típico de esta etapa es el de la abuela, que sistemáticamente se alia con el chico en contra de la madre. Si la madre es joven, la abuela suele tratarlos a ella y a

- b) Los padres, aun cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez muy a su pesar, reviven de alguna manera su propia adolescencia.
- c) La etapa del ciclo vital de los padres como individuos es muy importante, por el choque generacional con el adolescente.
- d) La edad de los abuelos por lo general es crítica, de dependencia y muchas veces de soledad, agravándose por la inminente presencia de la muerte.

Todos estos factores se conjugan en un solo momento para poner a prueba el sistema familiar en varias formas. Una de ellas está en la tendencia de los padres a regresar a etapas anteriores del desarrollo, donde aún no se recibían los impactos de estos últimos problemas, ni se comprueba el sentido de responsabilidad de un adulto.

Mediante mecanismos de sobreprotección, por ejemplo, es posible mantener a un adolescente sin crecer indefinidamente, muchas veces en un afán inútil de los padres por no abandonar su propia adolescencia. Esto se puede deber a algún problema que le impide pasar a las etapas subsecuentes de madurez y adultez

En algunas familias se evidencia la rivalidad y competencia del padre con el muchacho o de la madre con la adolescente; por ejemplo, la rivalidad que un padre siente hacia su hijo varón cuando éste crece mucho más fuerte o más inteligente que él; o bien los sentimientos de inferioridad o minusvalía si el hijo no logra alcanzar las expectativas de los padres.

Es sin duda un momento crucial con innumerables facetas, como las exigencias del adolescente hacia sus padres, cuando los compara con maestros, amigos, líderes, ídolos, etcétera. La mayor parte de las veces, el padre se ve confrontado en sus propias áreas de identidad, por ejemplo, en su capacidad de trabajo, su fortaleza física y moral, su inteligencia, además de su status social que a veces no es tan satisfactorio como el de los padres de algunos amigos de sus hijos.

En otro nivel las madres en esta etapa encuentran de pronto que existían otras mujeres que tal vez ofrecen mayores atractivos y más estímulos para sus hijos que ellas mismas. Ya no la ven tan hermosa e inigualable, ni tan bella e inteligente; señales que anuncian una despedida, un paso más del crecimiento de la familia.

Los hijos se van y con ello la propia juventud. Primero se van desde el punto de vista emocional: se separan, cambian, y esto requiere que todo el sistema familiar inicie un drástico movimiento en la distribución de las corrientes emocionales que hasta ese entonces habían cumplido su misión satisfactoriamente.

Se vuelve necesario renovar el contrato matrimonial y se requiere de un fuerte apoyo mutuo en este momento en que se inicia el climaterio de los padres.

Es necesaria una gran capacidad para expresar los sentimientos de pérdida y de tristeza, además de la seguridad absoluta de poder seguir compartiendo un espectro amplio de intereses de la pareja, como compensación por la ausencia de niños que empiezan a transformarse en adultos.

También es importante, saber que existe atracción física y sexual hacia los hijos, lo cual tampoco se pierde. Puede ocultarse, dispersarse o mitigarse, pero no perderse. Es de tal manera, que gran parte del rechazo y la rebelión en los adolescentes se debe precisamente a esto: a la necesidad de negar y de cambiar el curso de estos impulsos con objeto de lanzarlos fuera de la familia, en busca de nuevos compañeros con quienes se pueden formar otros sistemas familiares que den lugar al ciclo vital del individuo.

Cuando a los padres les cuesta trabajo soltar a sus hijos adolescentes, en algunos casos se echan a andar mecanismos de seducción entre madre y adolescente varón que en mucho recuerda el romance de los amantes, e igual puede suceder entre hija y padre.

No es fácil separarse después de tantos años y experiencias compartidas, ni resulta sencillo ceder la propia creación que ahora se manifiesta en forma de un vital y atractivo joven, que buscará a una persona extraña. Sin embargo, la presencia de esta persona extraña, es la promesa de una nueva etapa que no detenga el ciclo vital.

El mecanismo indispensable y difícil de saber soltar a tiempo a los hijos, debe ser una función de la familia, no es posible que lo logre uno solo de los padres, es necesario contar con la ayuda y apoyo del compañero. Se debe, por lo tanto, reestablecer el anclaje emocional de la pareja, con objeto de tolerar las regresiones temporales del compañero, a etapas de comportamiento anterior.

Muchas veces, a estas alturas se han olvidado ya los roles de esposos, puesto que se han transferido exclusivamente al de ser padres. En ocasiones, son los mismos hijos los que no permiten que los padres asuman sus

funciones maritales, es tal la carga y la demanda que vierten sobre ellos, que les impide obtener nuevamente su libertad e independencia.

"Así como las familias pueden cambiar de forma y funciones con el tiempo, así los individuos que componen los grupos familiares siguen un curso vital o tienen una historia que los antropólogos denominan "ciclo de la vida" en este curso, sucesivamente desempeñan diferentes papeles sociales o hasta varios papeles simultáneamente. Los impedimentos de la conducta para el funcionamiento de la vida pueden encontrarse, desde luego en los individuos que forman las familias, pero existen más ampliamente, desde el punto de vista epidemiológico; en comunidades enteras, en las clases sociales, o en las naciones, en los grupos culturales, y en las subculturas étnicas. Desde luego, el principal descubrimiento hasta la fecha es que ni las formas ni las cantidades de psicopatología se encuentran distribuidas al azar en las poblaciones. Más bien, los tipos diferentes de psicopatología varían en cantidad según el grupo cultural. Pueden definirse de acuerdo con las características sociales y culturales de las poblaciones humanas, o más exactamente, de acuerdo con los sistemas de angustia cultural y social que produce la patología".(3)

(3) Marvin K. Opler. Terapia familiar y familias en conflicto. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1985. p.159.

Por otro lado en esta época, marido y mujer al estar alcanzando los años medios de su ciclo vital, pueden encontrarse también en uno de los mejores periodos de la vida. El probablemente esté disfrutando del éxito por el que ambos han estado trabajando. Al mismo tiempo, ella puede sentirse más libre porque los hijos le plantean nuevas exigencias, sobre todo esto le abre nuevamente la posibilidad de dedicarse con más tiempo y relajamiento a su propio talento o profesión, tal vez hasta de continuar sus estudios que en muchos de los casos fueron interrumpidos.

La difícil crianza ha quedado atrás y ha sido reemplazada por el placer compartido de presenciar como los hijos crecen y se desarrollan en modo sorprendente.

Los años medios quizá obliguen a una pareja a decidir si siguen juntos o tomarán caminos separados. En estos años pueden sobrevenir graves tensiones, algunas disparatadas por la manifiesta incapacidad de controlar la conducta de los hijos adolescentes, su falta de acuerdos y por lo tanto diferencia de normas y valores, etcétera, así como crisis maritales que pueden conducir al divorcio.

En la etapa media las pautas se hallan establecidas y son habituales. Frecuentemente la pareja ha probado diversos modos de reconciliar las diferencias y ha regresado a las viejas pautas a pesar del sufrimiento, sobre todo, como ya

se señaló, una pauta típica para "estabilizar" el matrimonio, es que la pareja se comunique a través de los hijos, por eso si éstos dejan el hogar y la pareja vuelve a quedar frente a frente, surge una crisis.

Cuando el hijo y los padres no toleran la separación, es posible abortar una amenaza en tal sentido si algo anda mal en el chico.

Al desarrollar un problema que lo incapacita socialmente, el hijo permanece dentro del sistema familiar. Entonces los padres siguen compartiendo al hijo como fuente de preocupación y desacuerdo, y consideran no sólo innecesario interactuar entre ellos sin el hijo, sino también amenazante.

En muchas culturas se tienen algunas ceremonias y rituales que van perfilando el crecimiento, madurez y autonomía del chico, logrando con ello que también los padres puedan asimilar el adiós que un día llegará.

Uno de los objetivos del trabajador social más importantes con las familias que cursan esta etapa es el de brindar información sobre la adolescencia como una de las etapas del ciclo vital individual, para que a partir de la educación sea posible hacer reconsideraciones con los miembros adolescentes del sistema familiar.

1.4 EL RE-ENCUENTRO.

En la mayoría de las especies animales la unidad familiar compuesta por padres e hijos es de breve duración. Lo típico es que los padres produzcan su descendencia y los jóvenes humanos deben seguir siendo responsables de sus hijos durante muchos años y continuar su vínculo con ellos mientras hacen la transición de tratarlos como niños a tratarlos más como padres.

Por último a medida que los padres envejecen, los hijos empiezan a cuidar de ellos. Este ordenamiento es único, y obliga a los miembros de la familia a adaptarse a extraordinarios cambios en su relación mutua a lo largo de los años. Al paso que cambian las relaciones dentro de la familia, el vínculo matrimonial está sometido a una revisión constante.

Hablar de un problema matrimonial es crear la identidad del "matrimonio", que pasa por alto todas las fuerzas exteriores que influyen en éste. El límite que trazamos en torno a una pareja casada, de una familia nuclear, o de una familia extensa es arbitrario y sólo sirve a los fines de la exposición.

"Es por ello que la partida de los hijos en muchas familias es un periodo prolongado y a este proceso se le ha llamado "El destete de los padres", lo cual trata de señalar

las dificultades de los padres para "soltar" a sus hijos".(4)

Frecuentemente, la pareja entra a un estado de turbulencia, que cede progresivamente a medida que los hijos se van y los padres elaboran una nueva relación. Algunos logran resolver sus conflictos y se las arreglan para permitir que los hijos tengan sus propias parejas, haciendo en un futuro no lejano la transición a la condición de abuelos.

En las familias en donde sólo hay un progenitor, la pérdida de un hijo puede sentirse como el comienzo de una vejez solitaria, siendo necesario encontrar nuevos intereses para sobrevivir a la pérdida.

A veces la crisis entre los padres sobreviene cuando el hijo mayor deja el hogar, mientras que en otras familias la perturbación parece empeorar progresivamente a medida que se van llenando los hijos y en otras cuando está por marcharse el menor.

En muchos casos los padres han visto, sin dificultad, cómo sus hijos dejaban el hogar uno por uno y súbitamente, cuando un hijo en particular está en vísperas de unirse a una pareja, surgen las dificultades.

(4) Haley, Jay. Terapia no convencional. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

En tales casos, el hijo en cuestión ha tenido, por lo general, una especial importancia en el matrimonio. Puede haber sido el hijo a través del cual los padres hicieron pasar la mayor parte de su comunicación, o por el cual se sintieron más abrumados o se unieron en un común cuidado y preocupación.

Aunque no se sabe mucho de cómo un hijo se desengancha de sus padres y deja el hogar, lo que sí es evidente, es cuando el hijo asume una posición extremista, de continuar con la familia de origen en un rol de hijo solamente, o de separarse totalmente, generalmente su vida funciona mal; la meta sería entonces que se puede involucrar con su propia familia separándose de la de origen, sin desligarse totalmente, este es uno de los objetivos de atención a la familia.

Cuando el joven deja el hogar y comienza a establecer una familia propia, sus padres deben transitar ese cambio fundamental de la vida y la mayoría "convertirse en abuelos". Deben aprender cómo llegar a ser buenos abuelos, elaborar reglas a fin de participar en la vida de sus hijos, y arreglárselas para funcionar solos en su propio hogar.

A menudo, en este periodo tienen que enfrentar la pérdida de sus propios padres y el dolor consiguiente.

Cuando la gente joven se aísla de sus padres, priva a sus hijos de sus abuelos y esto hace más difícil las etapas de su propio ciclo vital. Cada generación depende de la otra, por caminos complejos que estamos empezando a comprender a partir de la observación del quebrantamiento que padecen las familias en estas épocas de cambio.

A esta fase se le llama el síndrome del nido vacío, refiriéndose al aislamiento y la depresión de la pareja, puesto que a estas alturas sus actividades de crianza han terminado.

Esta fase coincide casi siempre con una etapa individual de suma importancia; el impacto de la biología que declina y los cambios sociales, además de los familiares.

El Dr. Estrada menciona los siguientes:

- a) La necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros (cónyuge de sus hijos).
- b) El nacimiento de los nietos.
- c) La muerte de la generación anterior.
- d) La jubilación.
- e) La declinación en la capacidad física, que va acompañada casi siempre de quejas en uno mismo, y en el compañero, así como de la aparición de enfermedades.
- f) El conflicto con las nuevas generaciones.

- g) El problema económico de los hijos que inician una nueva familia.
- h) La necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes.
- i) La necesidad de independizarse de los hijos y nietos para formar otra vez una pareja"(5).

Posiblemente la lista de situaciones importantes que confrontan al individuo en este pasaje de la edad madura a la vejez es más amplia, pero las mencionadas aparecen como prioritarias.

Por lo general en esta etapa aparece para los padres, la clara percepción del lugar que se ha ocupado en la vida y las limitaciones inherentes a uno mismo, que anteriormente había sido posible postergar o negar.

Otra vez aquí la naturaleza exige que se haya logrado una individualización definida o de otro modo se tendrá que pagar un precio, como es cerrar la posibilidad de continuar renovándose o de disminuir la posibilidad creativa de la propia vida, con las consecuencias de vacío y depresión que esto frecuentemente trae consigo.

Por otra parte, en esta fase del re-encuentro, cuando ya se han ido los hijos, ya sea porque se casan o porque se da el cambio emocional que produce su independencia, no

(5) Estrada Inda, Lauro. La Familia. Ed. Posada. México 1985. p. 107.

queda otra salida que enfrentarse nuevamente con uno mismo y con el compañero.

Se re-editan los viejos problemas y aparecen también las viejas artimañas para controlarlos. Para ese entonces el rol de esposo, si no ha desaparecido en su mayor parte, si ha pasado a un segundo término; por lo cual es necesario reaprender a ser esposo y compañero del otro, como es el principio, cuando se empieza a formar la familia.

Necesitamos recordar que la pareja es el corazón de la familia y como tal nunca pierde esa posición. Resulta más necesario el apoyo mutuo entre la pareja, para poder continuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas metas.

Se espera que cada uno haya desarrollado la capacidad de permitirle al compañero que exprese su ser tal como es, sin la exigencia limitante que, tal vez en un principio, se estableció en los primeros contratos matrimoniales.

Cada uno deberá poder ejercer su derecho de ser más libre en todas las áreas sin que ésto sea sentido por el compañero como un rechazo, por ejemplo: cada uno deberá irse preparando para ser fuerte en la etapa final y sacarla adelante.

Lo esperado es que en estos momentos logren transmitir seguridad, cariño, protección y cuidados del otro, a pesar de las diferencias individuales.

En el área de la sexualidad, se presentan las dificultades propias de la edad, reforzadas obviamente por los mitos de la cultura; frente a esto tendrán que ser más creativos para lograr sentir y compartir la satisfacción de haber producido y ayudado a salir adelante a otra generación.

CAPITULO II

CAPITULO II

PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

2.1 DIAGNOSTICO

2.1.1 FACTORES DEMOGRAFICOS

En las últimas décadas, el país experimentó uno de los crecimientos poblacionales más acelerados del mundo. "Se ha pasado de un ritmo de crecimiento anual de 1.4% en la década de los 20's a 3.5% en la década de los 60's. Esta tasa era muy superior al 2.9% de América Latina en la misma década". (6)

La población del país está constituida fundamentalmente por jóvenes. "Para 1980 el 71% de la población era menor de 30 años y el 43% era menor de 15 años. El porcentaje de la población mayor de 65 años se mantuvo alrededor de 3.5%". (7)

En consecuencia, el porcentaje de población económicamente dependiente (menores de 15 años y mayores de 65) en el país era de "48.9% que resulta superior al

(6) Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. México 1983. p. 86.

(7) Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Agenda Estadística 1986. México 1986 p 65.

porcentaje de 40.4% para el conjunto de las naciones de América". (8)

Por lo que se refiere a la distribución de la población en el territorio nacional esto sigue dos tendencias opuestas, por un lado se observa el fenómeno de extrema concentración demográfica ya que en solo tres ciudades del país reside el "26% de la población. Pero al mismo tiempo se da el fenómeno de extrema dispersión, ya que en México existen 193,169 localidades con menos de 2,500 habitantes en las cuales reside el 33.7% de la población". (9)

Todo lo anterior significa que la dinámica poblacional del país plantea desafíos particulares a la economía y a los servicios de salud. La falta de armonía entre el crecimiento poblacional y el económico, aunado a patrones culturales no sólo limita las posibilidades de elevar los niveles actuales de salud de los mexicanos sino aun de mantenerlos.

(8) Estrategias, Documento oficial No. 173 OPS/OMS. Salud para todos en el año 2000. Washington D. C. 1980 p 33.

(9) Dirección General de Estadística. Censo General de Población y Vivienda 1980. Secretaria de Programación y Presupuesto México p

2.1.2 FACTORES ECONOMICOS

La economía mexicana al igual que la de otros países occidentales, está sujeta a crisis que se repiten periódicamente; estas crisis tienen mayor impacto en los países dependientes, que constituye el eslabón más débil del sistema económico internacional. En las décadas anteriores, la economía del país presentó bases de crecimiento acelerado interrumpidas por breves períodos de lento crecimiento.

En la década de los 80's nuestra economía inició uno de los períodos de crisis más prolongados de su historia con virtual estancamiento y espiral inflacionaria. La capacidad de un país para amortiguar las crisis y mantener un desarrollo autosustentado depende de diversos factores, entre los cuales cabe mencionar el crecimiento armónico de los sectores: primario (agricultura, ganadería, pesca), secundario (industria) y terciario (comercio y servicios).

El análisis de la economía mexicana por sector nos revela que el desarrollo de la economía nacional se ha realizado a expensas del sector agropecuario. Los excedentes generados por la agricultura han sido utilizados para cubrir las necesidades de una industrialización acelerada, dando por resultado una descapitalización de la economía rural.

Debido a lo anterior, el sector primario ha tenido un lento crecimiento en los últimos 20 años, reduciendo su contribución al Producto Interno Bruto (PIB).

2.1.3 FACTORES SOCIALES

En materia educativa el país aún presenta sensibles rezagos ya que en 1980 el 15% de la población continúa siendo analfabeta. "En el ámbito escolar se observan elevados indicadores de deserción ya que sólo el 55% de los que ingresan actualmente a la educación primaria en el país la concluyen, en las zonas indígenas no es más del 20 %. Así tenemos que existen 6 millones de analfabetas y 12 millones de adultos que no han concluido la educación primaria". (10)

Por lo que toca a la educación para la salud dirigida a la población en general, ésta ha dependido básicamente de acciones educativas no formales, las cuales se han fortalecido con el uso intensivo de los medios de comunicación masiva. Solo recientemente se contempla la incorporación sistemática de la educación para la salud al sistema escolar. Este retraso educativo ha impedido que la población participe activamente en la elevación de sus niveles de vida, de bienestar, y de salud. Asimismo ha

(10) González Salazar, Gloria. Aspectos Recientes del Desarrollo Social de México. Universidad Nacional Autónoma de México. Segunda edición México 1983. p 370

impedido que la población evite riesgos de raíz sociocultural, tales como la drogadicción y el alcoholismo que derivan en accidentes y violencias.

El problema de la vivienda ha sido una de las consecuencias de los intensos movimientos migratorios internos y los frecuentes asentamientos humanos irregulares. Los avances en esta materia son insuficientes, ya que en "1980 de los 12 millones de casas habitación existentes, el 29% carecía de agua entubada, el 51% de drenaje y el 25% de energía eléctrica".(11)

En este campo también son patentes las diferencias regionales, ya que solamente en 10 entidades federativas "más del 50% de las viviendas cuentan con drenaje"(12)

2.1.4 MORTALIDAD

El perfil de mortalidad en nuestro país se caracteriza por:

- a) Tasa elevada de mortalidad general, con tendencia a la disminución en los últimos 50 años.

(11) Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud 1984-1988. México 1984 p 40.

(12) Ibidem p 55.

- b) Amplias variaciones de esta tasa entre las diferentes entidades federativas.
- c) Elevado porcentaje de defunciones en edades tempranas con tendencia declinante.
- d) Tasas elevadas de mortalidad por enfermedades transmisibles con inclinación descendente.
- e) Rápido incremento, en los últimos años, de la mortalidad por enfermedades no transmisibles. y
- f) Transición reciente en el perfil de mortalidad, consiste en un desplazamiento de las enfermedades transmisibles, por las no transmisibles, como principales causas de defunción.

Existen amplias variaciones en la mortalidad entre las entidades federativas del país, como reflejo de los diferentes grados de desarrollo socioeconómico alcanzado por éstas y de la calidad de los servicios de salud que ofrecen.

Una característica del perfil de mortalidad del país es el elevado porcentaje de defunciones que ocurren en edades tempranas. En los países con rezago sanitario, la probabilidad de morir joven es más elevada que la de morir en edades avanzadas

La declinación de la mortalidad por enfermedades transmisibles tiene una notable excepción en el caso del SIDA.

Este padecimiento infeccioso se ha convertido en un problema de salud pública, tanto por el crecimiento expotencial de su frecuencia, como por su elevada letalidad.

"En 1981 se detectaron los dos primeros casos en México y en 1986 ya se habían detectado 508. Las proyecciones realizadas indican que en solo 5 años la incidencia de SIDA en nuestro país será de 6 mil a 20 mil casos. Esta perspectiva, junto con la experiencia mostrada por otros países marca la necesidad inminente de dirigir esfuerzos intensivos y exhaustivos tendientes a disminuir su propagación".(13)

2.2. NIVELES DE ATENCION

Considerando que los niveles de atención médica son resultantes de un proceso de interacción de las necesidades y demandas de salud de la población y de la organización de los recursos técnicos, humanos y materiales para satisfacer dichas necesidades y demandas, puede definirse que "El nivel de atención médica es la forma de organizar los recursos en

(13) Boletín mensual. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Año 4 Número 6 Junio de 1990. México CONASIDA.

cantidad y en calidad, para producir un determinado volumen y estructura de servicios de salud, de diversos grados de complejidad, destinados a satisfacer un conjunto de necesidades y demandas".(22)

NIVEL DE ATENCION MEDICA PRIMARIA: Comprende las acciones continuas e integradas de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación que tienen lugar en las propias comunidades y de las que realizan dentro de las unidades de atención médica y que responden técnica y científicamente a la solución de los problemas y necesidades de salud más comunes, que en mayor medida influyen en las condiciones de vida y de salud de la población.

La atención primaria consiste en atención curativa básica, diagnóstico y tratamiento sencillo, referencia de casos complejos a un nivel secundario o terciario, medidas de atención preventiva y de promoción de la salud.

Unidades de primer nivel de atención: Constituyen la puerta de entrada a los servicios de salud. El primer nivel de atención tiene gran importancia porque en él se da la

(22) Hogarth, James. Glosario de Atención Médica. OMS Copenhage 1985.

vinculación continua y permanente de los servicios de salud con la población. Sus acciones se dirigen tanto al individuo como a la familia, la comunidad y el medio ambiente.

"Orienta su esfuerzo a preservar la salud a través de acciones de promoción, protección específica, vigilancia epidemiológica, consulta médica, saneamiento ambiental básico, planificación familiar, etcétera. También realiza funciones de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación de aquellos padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible, mediante la atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica".(14)

La realización de estas funciones está a cargo de personal profesional, de personal técnico y auxiliar, paramédico, así como de la propia comunidad y de promotores voluntarios que forman parte de ella.

La infraestructura, el tipo y el volumen de recursos con que cuentan las unidades de primer nivel, son variables de acuerdo a las características de la institución que se trate: demográficas, geográficas y socioeconómicas de las localidades.

(14) Programa de Descentralización de los Servicios de Salud. Documentos Operativos No. 1 Modelo de atención a la salud a población abierta. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Planeación México 1989 p. 35.

"Los diversos tipos de unidades de servicio abarcan: clínicas de medicina familiar, unidades móviles, centros de salud rural para la población dispersa, centros de salud urbanos. Como puede observarse dentro del primer nivel de atención también existe una diferenciación de los recursos. Con base en esta diferenciación se ha planteado su estratificación en subniveles, cuyo número oscila entre tres y cinco".(15)

Unidades de segundo nivel de atención: estas unidades no mantienen un contacto permanente con la población, su relación con ésta es eventual. Los pacientes tienen acceso a tales unidades casualmente, cuando presentan problemas que no pueden ser atendidos adecuadamente en los servicios de primer nivel. En ellas se otorgan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes referidos por el primer nivel de atención o a aquellas que se presentan espontáneamente con urgencias médico quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado.

La asistencia médica queda a cargo de las cuatro especialidades básicas y eventualmente, de otras especialidades en función de la demanda.

(15) Modelo de atención a la salud de la población abierta.
Estado de México 1986.

NIVEL DE ATENCION MEDICA SECUNDARIA: Comprende los cuidados impartidos a través de servicios especializados a los casos referidos por los servicios de atención primaria. Una característica de importancia diferencial entre el nivel primario y secundario, es la capacidad de hospitalización de este último.

Las unidades de segundo nivel están constituidas por hospitales generales, cuyo volumen de recursos depende del número y la dimensión de las unidades de primer nivel bajo su jurisdicción.

NIVEL DE ATENCION MEDICA TERCIARIA: Comprende la atención altamente especializada, la cual, generalmente, puede ser proporcionada sólo en centros especialmente diseñados para ese propósito y por personal entrenado en áreas específicas, para manejar, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento, padecimientos menos frecuentes.

Unidades de tercer nivel de atención: En ellas se desarrollan actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios, referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, la asistencia prestada involucra al personal médico de diversas especialidades. Las dimensiones de estos tipos de hospitales regionales de concentración dependen del

número y las dimensiones de las unidades de segundo nivel bajo su jurisdicción.

La regionalización consiste en definir espacios territoriales bien delimitados y asignar a un sistema de servicios la responsabilidad por la atención de los problemas de salud que afectan al universo poblacional que reside en la región. Con la regionalización se supera la vaguedad del concepto, "área de influencia" y se sustituye por el concepto "jurisdicción", el cual implica una responsabilidad y un control más preciso, ya que hace referencia a un "universo poblacional definido", el conjunto de unidades de servicio comprendidas dentro de cada región constituyen verdaderos sistemas.

Para que cada sistema de servicios pueda asumir la responsabilidad para la atención de los problemas de salud de su universo poblacional, debe poseer autosuficiencia técnica. Esto sólo puede ser garantizado si el sistema de servicio regionalizado cuenta en su red, con unidades de primero, segundo y tercer nivel de atención.

2.3. TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

El trabajador social forma parte del equipo multidisciplinario que participa en programas de salud, aportando los objetivos y los conocimientos de su profesión

como complemento de las acciones que efectúan los demás miembros del equipo.

Se acepta que no siempre ha tenido franco reconocimiento en cuanto a su participación, y se considera necesario determinar si esto se debe a que su preparación no ha respondido, durante varios años, o a que existe indefinición y falta de identidad profesional.

El trabajador social debe tomar en cuenta para desarrollar las acciones, los siguientes elementos básicos:

PRIMERO. "trabajo social en el área de la salud, es la acción basada en el método científico que lleva a la investigación de los factores sociales que influyen en la salud y a intervenir en la planeación y administración de programas de salud, con la participación consciente de la población"(16)

SEGUNDO. "Es una disciplina de las ciencias sociales que utilizan metodología científica por medio de la cual hace

(16) Subsecretaría de Planeación, Dirección de Evaluación Operacional. Rol del Trabajador Social en el Área de la Salud. Agosto, 1978.

concientización, organización y movilización de la población para contribuir a las transformaciones sociales necesarias para el desarrollo de la salud integral".(17)

TERCERO.- "Acción ejercida mediante metodología científica para el conocimiento de los factores sociales que influyen en la salud, para intervenir en la investigación, planeación 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".(18)

El estudio de los problemas que afectan a la salud debe realizarse en el contexto social del hombre, reconociendo la interdependencia de ambos y que el papel del trabajador social es importante para conocer y evaluar la problemática social y su influencia en el aspecto social.

El trabajador social en el área de la salud tiene como objetivo general el de "Contribuir al tratamiento integral del paciente, ayudándolo a resolver aquellos problemas sociales y emocionales que interfieren con el tratamiento médico, su adaptación a la institución, su rehabilitación y la conservación de su salud física, mental y social".(19)

(17) Ibidem.

(18) Ibidem.

(19) ORTEGA GARCIA, Laura. El Trabajador Social. Eje de múltiples relaciones en la Institución. Revista

Es por eso que el Trabajador Social se ve en la necesidad de enfocar su acción a diferentes aspectos, entre los que se encuentran la familia o el medio ambiente en que se desenvuelve, con la finalidad de detectar las cargas emocionales que sufre y su capacidad para superar los problemas o alteraciones que por este motivo enfrenta.

"El trabajo social procura crear una actitud crítica acerca de las causas-efecto de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles, con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada preventiva transformadora que los supere. Para ello, el trabajador social deberá:

- a) conocer científicamente esos problemas.
- b) determinar cómo el hombre los enfrenta y qué alternativas de solución arbitran.
- c) capacitarlos para que puedan asumir el papel de sujetos en la acción transformadora de los mismos". (20)

Mexicana de Trabajo Social. Volumen 1 No. 2 Junio, 1989. pág. 33.

(20) Kisnerman, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Ed. Humanitas. Argentina 1987. p. 121.

"El trabajo social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo que es la institución de salud, de la cual es un subsistema intermedio en su complejidad, sea esta ministerio o secretaria de salud, coordinación sanitaria regional u hospital.

Los objetivos del trabajador social, por lo tanto, se insertan en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos, deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos; que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir los generales de promover, preveer, recuperar y rehabilitar la salud.

Esos objetivos específicos son:

- a) Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómica y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales localizando, identificando, controlando o eliminando aquéllos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando e identificando los que favorecen su logro.

- b) Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.
- c) Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia".(21)

FUNCIONES QUE REALIZA EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

2.4. PROMOCION

Fortalecer la unidad familiar, ya que ésta es medio de integración o desintegración, de salud y de enfermedad.

Participar en la promoción de programas de salud.

Promover la formación de comités y grupos de la comunidad atendida, que participen en programas de mejoramiento, en los diversos aspectos de la salud.

(21) Ibidem. p. 122.

Mobilizar los recursos de la comunidad para lograr la transformación de las condiciones ambientales y la dotación de servicios generales necesarios para propiciar la salud.

Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud, tanto para los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud, como dirigidos a otras profesiones.

Suministrar información sobre derechos y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.

2.5. PREVENCIÓN

Conjunto de recursos para la salud organizados para satisfacer eficaz, eficiente y oportunamente las necesidades de salud más frecuentes y no complicadas de toda la población en una área determinada.

Atender a la población en forma continua en donde ésta lo requiera: hogar, escuela, trabajo, centro de reunión, vía pública o en consultorio médico.

Resolver las necesidades de salud más frecuentes y no complicadas.

Funciones técnico médicas:

Promoción de la salud, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación.

Académicas:

Docencia de pregrado y continua, adiestramiento y desarrollo del personal, investigación epidemiológica, clínica, administración socio-médica de la jurisdicción asignada.

Administrativo médicas:

Referencia de casos al segundo nivel, recepción de casos del segundo nivel, registro de datos e información periódica.

Administrativo sanitarias:

Participar en la programación de las actividades para la salud del área.

Organización:

Constituye la puerta de entrada al sistema de atención médica regional, de cuya estructura es la base, está conectado en un sentido directamente con la población, y en otro, con el segundo nivel. En lo interno está constituido

por equipos de salud acordes a las necesidades y a los recursos disponibles. Dispone de normas específicas de atención que definan tareas para cada puesto y las de coordinación interna y enlace externo.

Recursos humanos, materiales y físicos:

Constituidos de acuerdo a las necesidades, las técnicas seleccionadas, las tareas específicas y los instrumentos elegidos. Generalmente requiere de médicos generales, Enfermeras de campo, auxiliares de enfermería y técnicos auxiliares de diagnóstico. Consultorios fijos o móviles sin camas para hospitalización dotadas del equipo mínimo para diagnóstico, los medicamentos cuyo uso no requiere controles de laboratorio u hospitalización, material para terapéutica quirúrgica menor y material de curación mínimo.

Estudiar la incidencia de las variables socioeconómicas y culturales en la etiología, la distribución y el desarrollo de los problemas de salud. Estudiar las actividades y los valores que benefician y obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud. Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los

servicios de salud, sus programas y sus expectativas frente a ellos. participar en el estudio de la cantidad y calidad de los servicios y recursos de salud.

Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que pueden contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida. Orientar y fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros. Capacitar a voluntarios, auxiliares y alumnos de Trabajo Social para ejecutar acciones de salud.

2.6. RECUPERACION

Conjunto de recursos para la salud organizado para satisfacer eficaz, eficiente y oportunamente las necesidades de salud poco frecuentes o complicadas de toda la población en una área determinada. Atender a la población ocasional y esporádica en consultorios u hospitalización de las cuatro especialidades básicas: Medicina interna, Cirugía obstétrica, Pediatría y Urgencias. Resolver las necesidades de salud poco frecuentes o complicadas de la población que le sean referidas por el primer nivel.

Funciones técnico médicas:

Diagnóstico, tratamiento, hospitalización, rehabilitación, prevención de enfermedades limitadas y promoción de la salud, realizada esporádicamente.

Académicas:

Docencia de pre y posgrado y continua, adiestramiento y desarrollo del personal e investigación clínica.

Administrativo sanitarias:

Participar en la programación de las actividades para la salud del área.

Organización:

Conectado con el primer y tercer nivel, excepcionalmente recibe población espontánea y directamente, solo atiende casos referidos, constituido por equipo de salud íntegro.

2.7. FUNCIONES QUE REALIZA EL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

"INVESTIGACION: -Identificación de factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.

- Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.
- Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud.
- Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.
- Hacer estudios de prospectivas sociales para la educación para la salud en México.

EDUCACION:-Mantener a la población informada, sobre las causas de mortalidad y morbilidad.

- Impulsar la educación para la salud física y mentalmente.
- Promover la paternidad responsable.
- Incrementar la participación comunitaria en el mejoramiento del saneamiento ambiental.
- Movilizar a la comunidad para obtener recursos en pro de la salud
- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.
- Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etcétera.

- Integrar grupos para la prevención, control y rehabilitación de padecimientos tales como diabetes, alcoholismo, obesidad, neurosis, etcétera.
- Participar en campañas comunitarias de salud.
- Realizar estudios de comunidad para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.
- Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.

ADMINISTRACION:-Participar en planes, programas y proyectos acordes a las necesidades nacionales en el sector salud.

- Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.
- Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferente niveles.
- Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.
- Buscar la optimización de la eficiencia de recursos, intra institucionales.
- Controlar los procesos administrativos del servicio de trabajo social.

- Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad.
- Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.

SISTEMATIZACION: -En cuanto a los casos atendidos.

- En cuanto a los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.
- Referente al logro de acciones comunitarias.
- Tomando en cuenta al tipo de padecimientos de la población atendida.
- Considerando las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.
- En cuanto al tipo de acciones médicas y sociales en los que se desarrolla la enfermedad.
- En cuanto al tipo de acciones médicas y sociales desarrolladas en equipo.
- En relación a las formas de intervención específicas de trabajo social.(23)

(23) Escuela Nacional de Trabajo Social. Propuesta de Especialización de Trabajo Social en el Area de la Salud. ENTS UNAM. México 1987.

CAPITULO III

CAPITULO III

PROBLEMAS A LOS QUE SE ENFRENTA EL TRABAJADOR SOCIAL

EN EL DESARROLLO PROFESIONAL

3.1. CONOCIMIENTO DE SI MISMO

En tanto que las contribuciones del enfermo están determinadas por su enfermedad, su personalidad y su carácter, la eficacia de las contribuciones del trabajador social está determinada principalmente por dos factores: por una parte, sus conocimientos y su habilidad y, por otra, su capacidad para responder en forma constructiva a las revelaciones del paciente. Esto último dependerá de la personalidad del trabajador social. Entre más generoso, mejor integrado y más flexible sea, más fácilmente encontrará las respuestas constructivas adecuadas.

Encontramos que si se producen algunos sentimientos o emociones en el trabajador social durante la atención de un enfermo, éstos deben ser valorizados también como un síntoma importante de la enfermedad del paciente, pero de ninguna manera se debe actuar de acuerdo con ellas. Se quiere demostrar que la amabilidad y la simpatía solas, aun cuando conduzcan a una aceptación casi total de la opinión del paciente respecto al mundo externo como real, no son necesariamente útiles.

Si el trabajador social trabaja por sí solo sin ninguna oportunidad de discutir sus experiencias técnicas y sus problemas con un colega imparcial, con mucha frecuencia la influencia de sus emociones sobre sus tratamientos quedan sin ser descubiertas. Por regla general, ni siquiera se da cuenta del hecho de que sus emociones fueron suscitadas por los pacientes. Para este estudio, el paciente (el enfermo), que literalmente significa el que sufre, además, pasivo, pasión y paciencia se derivan de la misma raíz.

Si el trabajador social siente cuando trata a un enfermo, necesita detenerse y examinar sus sentimientos como un posible síntoma de la enfermedad del paciente, pero de ninguna manera actuar de acuerdo con ellos; es sencillo e inobjetable en teoría, pero es muy difícil seguirlo en toda su extensión en la práctica.

La función más importante de nuestra actividad profesional, es la de enseñar. Los trabajadores sociales en verdad enseñamos algo muy importante a los pacientes, mientras los atendemos. Durante el curso de la enseñanza algunos enfermos hasta pueden ser curados, desgraciadamente, esto no pasa en todos los casos.

No rara vez, el enfermo necesita aprender cómo vivir con su enfermedad, cómo adaptar su vida a ella y cómo tolerar todas las dificultades, el temor, la aprehensión, la

incomodidad, el dolor y aún la invalidez que pueden ser acompañantes o consecuencias en el resto de su vida.

En este momento sólo podemos mencionar un aspecto extremadamente importante de esta enseñanza o sea que el paciente necesita aprender la cuantía y la clase de ayuda que puede y debe esperar del trabajador social y, además, que dosis de angustia, de incomodidad y de sufrimiento tiene que soportar por sí mismo sin ninguna ayuda, y además, cuándo y en qué condiciones tiene derecho a pedir ayuda y apoyo.

Este aspecto profesional del trabajador social sólo rara vez se expresa explícitamente; sin embargo, siempre que un paciente ve a uno de nosotros, ya sea en el hospital o en su propia casa, invariablemente recibe una nueva lección, que es un aspecto importante.

En este sentido el trabajador social ha aprendido que las emociones pueden producir problemas; esto sucede especialmente con la ira, que debe desahogarse de ella, para brindar una atención más óptima a otro paciente.

Además, el trabajador social enseña dos métodos para enfrentarse a las emociones: uno es el control propio y el otro la sublimación en una forma aceptable socialmente, como

es la de dar patadas a una pelota o gritar en los partidos de futbol.

Hay dos tipos de comprensión: uno podría llamarse intelectual y el otro emocional.

Esta comprensión emocional como le podemos llamar, es en muchos sentidos más complicada que la comprensión intelectual.

Cualquier comprensión emocional presupone una apreciación bastante sutil de lo que las emociones que se observan significan para el trabajador social y para el paciente.

Contamos con medios precisos e inequívocos para la descripción de hechos objetivos y sucesos no emocionales, pero difícilmente se puede dar una descripción exacta de lo que siente una persona por lo que se observa y de lo que significan esos sentimientos para nosotros.

La atención se basa en la comprensión del ser humano en forma no sólo intelectual sino sobre todo emocional. Esto es cierto independientemente de que sea un médico, un trabajador social o un especialista. Todos ellos tienen la obligación de comprender a los pacientes en su condición profesional.

La contribución al estudio de la comprensión "profesional" se aplica a muchos campos de hecho a todos los que es deseable cierta comprensión de las relaciones humanas a fin de suavizar las relaciones entre dos o más personas.

El aspecto más importante de esta diferencia es la identificación que es la base de toda comprensión emocional. Aun cuando la identificación requiere un cierto grado de esfuerzo consciente por parte del trabajador social y depende más de la voluntad y sobre todo del deseo de comprender y de la capacidad de simpatizar con la persona que se atiende.

Para identificarse, el trabajador social debe ser lo suficientemente libre y seguro para desprenderse de la conciencia de sí mismo y de su papel, de sus afectos, de sus antipatías y su idiosincracia personal, de tal manera que, en el momento en que se identifica, puede sentir cómo es la otra persona.

Una vez que el trabajador social se identifica con alguien le parecerá difícil pensar de nuevo en forma objetiva respecto a aquella persona. Toda forma de atención requiere este esfuerzo bifásico. El trabajador social necesita identificarse, hacer a un lado la identificación y volverse un profesionalista objetivo.

Esto, sólo en las relaciones profesionales en donde este proceso bifásico resulta extremadamente importante. Podría decirse que la comprensión por un profesionista ocupa un lugar intermedio entre la comprensión intelectual y la emocional.

Esta tarea bifásica, identificación benévola seguida del cambio hacia la objetividad, es una de las características que distingue la relación personal con la profesional; o para interpretar esto en una forma, es lo que distingue las relaciones personales del trabajador social, de las que establece cuando trata a los pacientes en calidad de experto.

En las relaciones profesionales las cosas son más estrictas. Aquí las relaciones dependen de una conexión limitada entre el trabajador social y el paciente, y de un ambiente estable, en el que por regla general, sólo las dos personas interesadas están presentes y establecen esta relación profesional por periodos limitados e ininterrumpidos.

La forma de comunicación en una relación profesional, a diferencia de la personal, debe ser limitada. La comprensión se obtiene de preferencia por palabras, pocas veces por acciones. El trabajador social pocas veces estimula al paciente para tener contacto con él fuera del

ambiente limitado y trata de evitar el convertirse en una parte permanente de la vida del paciente. Esto significa que el paciente tiene que atenerse a sus relaciones personales para todas las gratificaciones instintivas diferentes de las que puede obtener por medio de las palabras en el ambiente profesional.

De este modo la relación profesional es en muchos aspectos básicamente frustrante y cualquier intento por evitar o mitigar éstos, tiende a deformarla y a transformarla en una relación personal con las consecuentes ventajas y desventajas, éxitos y riesgos, característicos de esta clase de relaciones.

Todos los que participan en una relación personal desarrollan entre sí ligas emocionales que son estables, y, como regla general, mutuas.

En una relación profesional la participación emocional del trabajador social debe ser menos intensa que la del paciente.

Toda la relación está centrada en forma parcial en el paciente y los intereses, emociones, ideas y problemas del trabajador social deberían ignorarse lo más posible.

Otra diferencia entre la comprensión profesional y la no profesional es que el trabajador social inicia la relación sin una participación emocional previa.

3.2. REALIDAD SOCIAL

El trabajador social quiere realizar una tarea limitada y en seguida desaparecer de la vida del paciente. Es cierto que se le paga por ello y le gustaría, además, obtener cierta gratitud y cierto aprecio, pero no tiene ninguna liga emocional permanente con el paciente. El hecho de que se le pague por su trabajo significa que obtiene una recompensa, por su relación, que de esta manera puede mantener más fácilmente de manera personal.

La primera tarea del trabajador social como profesionista, es por lo tanto, escuchar y observar lo que hay en el momento de la entrevista y comprenderlo.

El trabajador social al aplicar su conocimiento de la atención de otros pacientes y los conocimientos obtenidos de los libros, debe tener presente que el paciente es único, y que cada entrevista, cada angustia, cada queja son diferentes unas de otras.

El trabajador social al dar suficiente atención y al aplicar experiencias y conocimientos para explicar lo que

dice puede ayudar al paciente a ver nuevas cosas en relación con sí mismo y con el mundo en que vive.

El paciente puede entonces, sobre la base de comprensión de sí mismo, hacer un esfuerzo conciente para corregir algunas de sus formas automáticas de comportarse y de pensar.

Debe siempre saber que hay más cosas que comprender que lo que aparece a primera vista y su única perspectiva para comprender es esperar y escuchar. Si siente mucha prisa por comprender, su actitud puede ser omnipotente y presuntuosa, y ésto más que nada, puede evitar el desarrollo de una relación útil entre él y el profesionista.

Para el trabajador social su principal objetivo es ayudar al paciente a darse cuenta que sus conclusiones y recomendaciones son consecuencia lógica de lo que ha sucedido durante la entrevista y la realidad de lo que ha sucedido y está sucediendo en la vida del paciente.

3.3. INTERACCION SOCIAL

En una forma objetiva es posible registrar y definir una discusión sobre técnicas y habilidades del trabajador social para actuar en el área de la salud. Sin embargo, en medio de todo se encuentra aquel individuo que tiene una

identidad profesional y una manera también profesional de realizar un trabajo, al mismo tiempo que tiene una identidad y manera personal de responder al mundo. Naturalmente, no se definen tan bien ni se apartan con tanta facilidad los aspectos profesionales y personales de uno mismo.

Mi yo personal, probablemente tiene algo que ver con la elección de mi carrera de Trabajador Social, y mi yo profesional, quizá llegará a influir en lo que pienso sobre ciertos problemas y en lo que decido hacer al respecto.

Los pacientes, por su parte, no sólo responderán a la presentación profesional del yo, sino también a todos aquellos factores asociados con los antecedentes culturales, actitudes, cualidades como calidez, sensibilidad, etcétera. Es un error suponer que debido a que los trabajadores sociales están capacitados para satisfacer los requerimientos de ciertos papeles, o a que de hecho, lo hacen independientemente de estar o no capacitados, diferentes grupos de pacientes les percibirán de una misma manera.

Esta uniformidad de actitudes, tampoco depende de la capacidad del trabajador social para dar determinada atención.

La cuestión de igualar a los trabajadores sociales con sus pacientes, encierra muchas implicaciones profesionales y prácticas, el conocimiento del yo profesional de uno mismo, no significa solamente saber algo acerca de técnicas y habilidades.

La capacidad para hacer bien el trabajo también requiere estar alerta sobre cómo el paciente percibe al trabajador social, y a la evaluación de éste como una "ayuda aceptable".

La manera en que el paciente considere al trabajador social, dependerá de muchos factores: que el paciente sienta que se le está dando la ayuda que necesita; que tenga confianza en el trabajador social y en el comportamiento de él mismo.

No se sugiere que sea práctico, ni necesariamente deseable, que los trabajadores sociales y los pacientes estén acordes con una serie de características. No obstante, conviene que el trabajador social tome en cuenta la probabilidad de que el mismo paciente puede hacerle una evaluación, no sólo en cuanto al interés y disposición para ayudar del trabajador social, sino también en relación a si existe una base común para entenderse mutuamente, aun con sus diferencias y similitudes de su respectiva visión del mundo.

Si el trabajador social está atento a la evaluación del paciente y a los factores que lo determinan, se estará mejor preparado para comprender aquellos elementos de mutua definición y negación que influirán en la primera fase de toda interacción.

Si el paciente muestra indiferencia y oculta algo que podría ayudar al trabajador social a encontrar el sentido de su problema, que no puede profundizar o que desconozca un pensamiento o sentimiento particularmente negativo. Puede estar preguntándose cómo es posible que un trabajador social comprenda el significado, no sólo de sus palabras, sino de su mundo social y personal.

Puede haber necesidad de reconocer esta dificultad para evitar que el paciente se sienta frustrado, y para que el trabajador social no piense que ha fracasado, o que el paciente no está motivado lo necesario para buscar una solución.

3.4. LA NATURALEZA DE SU CRISIS

Otro aspecto importante es el que tiene que ver con la manera en que el yo profesional y personal responde. En general, los trabajadores sociales se cuestionan mucho su labor.

Con frecuencia sienten enojo por la injusticia social; por las dificultades que tiene una madre para cuidar a su bebé; por la escasez de viviendas; por los bajos ingresos de la gente y de sí mismo, por la falta de espacios de recreo; guarderías insuficientes, etcétera.

Existen varias formas de canalizar este enojo hacia la acción constructiva. El trabajador social puede defender a la madre y asegurarle que su caso será escuchado, o bien, pueden ayudar a quienes se encuentran en una situación similar, a organizarse en grupo para demandar la satisfacción de sus respectivas necesidades. Asimismo, un trabajador social está enfadado por la muerte de un paciente, o se deprime por una enfermedad incurable que incapacita al paciente.

Los trabajadores sociales tampoco pueden sentirse seguros por estar en una posición de relativo privilegio y habilidad para controlar su mundo social. Cuando se trata de la muerte, los trabajadores sociales son tan vulnerables como los pacientes.

Si un trabajador social ha tenido una pérdida sensible, es probable que los sentimientos y remordimientos de su experiencia afloren de nuevo al tratar de ayudar a quienes están confrontados con la muerte y la pérdida.

Por otro lado, los trabajadores sociales son capaces de concentrarse en lo que esta situación significa para los pacientes, y no solo en lo que representa, en función de las oportunidades y las relaciones perdidas.

CAPITULO IV

IV. QUE ES EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

4.1. CONCEPTO Y ANTECEDENTES DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad contagiosa que se adquiere por contacto con una persona infectada. Esta enfermedad es producida por el virus Virus de Inmunodeficiencia Humana, (VIH) que ataca e inhibe al sistema inmunológico del organismo, destruyendo las defensas que combaten las enfermedades.

SIDA: Es el nombre que se le da a la etapa final de una infección producida por un virus que destruye el sistema inmunológico natural del organismo y que puede afectar a cualquier individuo, sin respetar edad, sexo, preferencia sexual, raza, clase social y credo religioso.

SINDROME: Se le llama síndrome porque presenta una serie de síntomas y signos, es decir, un grupo de trastornos que identifican una enfermedad.

INMUNODEFICIENCIA: Se relaciona con las defensas que normalmente nuestro cuerpo desarrolla contra cualquier agente externo que se introduce en nuestro organismo. En el caso del SIDA, el VIH ataca una clase de glóbulos encargados

de la coordinación de las defensas del organismo y al no ser suficientes, el individuo queda expuesto a diversas enfermedades que se tornan mortales.

ADQUIRIDA: Se refiere a algo externo a nosotros que conseguimos u obtenemos en cualquier etapa de la vida.

Los principales factores que han contribuido a que la enfermedad se haya convertido en un problema de salud pública son los siguientes: se trata de una enfermedad con una letalidad elevada, es un padecimiento nuevo para el que no existe tratamiento ni vacuna específicos, el número de casos se ha incrementado en más de 139 países, en México se han reportado casos en las 32 entidades federativas y afecta principalmente a personas en edad productiva.

4.1.1. CARACTERISTICAS DEL VIRUS DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

El virus fue descrito por primera vez en 1981 y dos años más tarde el equipo de investigadores dirigidos por el profesor Montaigner del Instituto Pasteur de París, lo denominaron LAV (Virus Asociado con Linfadenopatía).

En 1984 el equipo de investigadores norteamericanos dirigido por el Dr. Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos describió ese virus con algunas diferencias y lo nombraron HTLV-III (Virus Linfotrópico tipo

III de las células T humanas). El nombre definitivo del virus fue establecido por el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus, adoptando el término que corresponde en español al Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que recomendó la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus y su identificación genética fue establecida dos años más tarde haciendo posible las pruebas de detección; ha sido detectado en semen, orina y líquido cefalorraquídeo. Se estima que el periodo de incubación de la enfermedad es en promedio de cinco años, por lo que los casos actuales reflejan la transmisión que ocurrió hace un lustro.

Aún se desconoce qué es lo que sucede cuando el virus entra en el organismo de un individuo y cuáles son las primeras células que se infectan ya que esto depende de la vía de entrada del virus (sangre o mucosa). Sin embargo se sabe que una clase de glóbulos, los linfocitos T_4 , que pertenecen al sistema inmunológico, son los primeros afectados; el virus se multiplica en el interior de éstos y los destruye al salir los nuevos virus, lo que implica que van disminuyendo, dejando al organismo sin defensas (ya que los linfocitos T_4 son los coordinadores de esta función) y expuestos a todos los microorganismos que hay en el medio ambiente. De modo que lo que en una persona con el sistema inmunológico normal sería una infección sin mayor

importancia, en los pacientes que desarrollan el SIDA que son individuos inmunodeprimidos o sin defensas, estas infecciones se tornan mortales.

También existe la posibilidad de que al transmitirse las células T₄ infectadas a otras personas, el virus permanezca latente y la infección subsista sin manifestar síntomas; a estas personas se les denomina portadores asintomáticos.

Esta posibilidad es la que hace que el período de incubación sea largo y que sólo un porcentaje de individuos infectados desarrollen la enfermedad del SIDA.

En 1986 varios grupos de investigadores lograron aislar en Africa Occidental el virus de inmunodeficiencia humana tipo 2 (VIH-2), cuya distribución geométrica continúa siendo limitada a este continente. Se sospechó la existencia de este virus pues se encontró que algunos pacientes con SIDA, resultaban negativos para las pruebas de detección ya conocidas para el VIH-1. La diferencia entre VIH-1 y VIH-2 estriba en el material genético y que no presenta reacciones cruzadas para las proteínas de la envoltura aunque muestran la misma forma, su misma atracción y los mismos efectos hacia los linfocitos T₄ así como los mismos mecanismos de transmisión.

El VIH al igual que muchos virus es termosensibles, se ha detectado que en suero se inactiva al exponerlo a 56 C. durante 32 minutos. Además, el virus se inactiva fácilmente en autoclave o con éter, acetona, etanol (en concentraciones superiores al 50 %), hipoclorito de sodio (0.1 a 0.2 %), agua oxigenada (0.3 %), isopropilalcohol (35 %) y paraformaldehído (0.5 %).

Al parecer la transmisión del VIH en grupos humanos se inició desde los años cincuenta en una pequeña región de Africa Central. Según el resultado del análisis retrospectivo de suero. Durante años la transmisión estuvo muy limitada y hasta principios de los setentas empezó a diseminarse la infección en esta región. Se supone que de Africa pasó a Haití, de allí a Estados Unidos, llegando a Europa a fines de los setentas.

Si bien todos los seres humanos somos susceptibles de adquirir el VIH, su transmisión se relaciona con mecanismos bien definidos y establecidos, es decir si un individuo se expone a mecanismos de transmisión, es casi seguro que resultará infectado por el VIH. Los mecanismos son: prácticas sexuales donde hay intercambio de líquidos corporales (semen-sangre), transmisión del virus de la madre al hijo, y Por trasplante o injerto de órganos infectados, sangre o hemoderivados de personas infectadas (por medio de agujas contaminadas).

En nuestro país los primeros casos de SIDA se detectaron en 1981 en población masculina homosexual; un año después empezaron a aparecer otros grupos infectados: hombres bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas, usuarios de drogas por vía intravenosa, hemofílicos, compañeros sexuales de personas con SIDA y algunos contaminaron a sus hijos por vía perinatal.

4.1.2 ORIGEN DEL SIDA.

Recientemente, en esta década, las enfermedades de transmisión sexual han cobrado especial interés, tanto por el aumento de casos, como por la repercusión que ha tenido en diversos aspectos la aparición del temible SIDA.

Las enfermedades de transmisión sexual tienen en común, precisamente, que se propagan casi siempre por contacto sexual aunque son muy variadas y responden a cerca de una veintena de agentes casuales, bacterias, virus, protozoarios, hongos e incluso antrópodos.

Las costumbres sexuales influyen en la epidemiología de estos padecimientos: la reciente liberación de las relaciones sexuales, la eficacia de los recursos anticonceptivos, la movilidad de la población, la mejoría

del nivel económico de la sociedad y el ingreso de la mujer a las fuentes de trabajo constituyen factores relacionados con la diseminación de las infecciones venéreas.

El SIDA, causado por el VIH, ha sido objeto de gran interés, porque su letalidad es prácticamente de 100 %, la tasa de morbilidad es la misma que la tasa de mortalidad, mientras no se disponga de un tratamiento eficaz no se podrán reducir dichas tasas. La única estrategia para el control de la enfermedad es reducir la tasa de infección y por tanto la tasa de morbilidad. Conviene tener presente que la reducción de la tasa de infección sólo tendrá efecto en la tasa de morbilidad unos cinco años después.

Aunque en México únicamente 5% de los casos de SIDA se han asociado a la transfusión sanguínea o al uso de hemoderivados, la alta frecuencia de seropositividad en donadores remunerados y el elevado riesgo de contraer la infección por este mecanismo, dio origen a las modificaciones de la Ley General de Salud, a fin de prohibir la comercialización de la sangre, así como establecer las normas para analizar y detectar pruebas serológicas a los donadores de sangre y plasma.

Para controlar esta enfermedad se requiere la modificación de actitudes y prácticas, que sólo puede efectuarse mediante un programa educativo en relación con el llamado "sexo seguro" y la utilización de preservativos.

El SIDA es un problema de trascendencia social y económica en vista de las defunciones que causa en la población económicamente activa y la necesidad de recursos extraordinarios para el tratamiento sintomático de los pacientes.

En México hasta noviembre de 1990 se habían notificado 5,679 casos, número que al ritmo actual se duplicaría cada siete meses.

Se han registrado casos de SIDA en todas las entidades federativas, aunque dominan los notificados en las grandes concentraciones urbanas. En un principio los casos tenían antecedentes de viajes al exterior o contactos con extranjeros pero en la actualidad, la mayoría de ellos se han originado en México.

El grupo de edad más afectado es el de 25 a 44 años, con 66.2% de los casos; la relación hombre-mujer es de 7 a 1. Los homosexuales y bisexuales comprenden 61.3% de los casos de transmisión sexual; de los imputables a la

transfusión sanguínea 15.4%; y los debidos a las prácticas ligadas a la drogadicción 0.7%; los contactos heterosexuales de individuos en riesgo arrojan 18.0% de los casos.

A través de la vigilancia epidemiológica se recoge y analiza la información que permite tomar las medidas preventivas y de control necesarias. La notificación de casos es muy importante, pero en vista del largo tiempo de incubación del SIDA, este indicador sería poco sensible; por lo tanto, es preferible basar la vigilancia en los datos seroepidemiológicos relacionados con las practicas de alto, mediano y bajo riesgo, es decir, homosexuales y bisexuales, prostitutas y donadores.

- 1) Vigilancia de seropositivos. Los individuos seropositivos deben recibir información sobre el significado de la prueba, las posibilidades de desarrollo de la enfermedad y la conveniencia de evitar la exposición a estímulos múltiples, disminuyendo el número de contactos sexuales y el abuso de drogas, según sea el caso. Es importante informarles sobre el riesgo de transmitir la infección a través de las vías habituales: semen, secreciones corporales, sangre, etcétera.
- 2) Seguimiento de los casos. Este rubro debe estar a cargo de las instituciones que proporcionan atención a los pacientes. Además, deben tomar en cuenta las diversas

características clínicas manifestadas por esta enfermedad en nuestro medio.

- 3) Búsqueda de contactos. A través de la persuasión es posible que las personas infectadas ayuden a la búsqueda de sus contactos para definir la cadena de transmisión y de esta manera investigar la seropositividad de los mismos, tomando con ello las medidas correspondientes a fin de tratar de interrumpir la transmisión.
- 4) Sistema de información y vigilancia. A este respecto el Comité Nacional de Prevención del SIDA ha iniciado la publicación del boletín mensual del SIDA para proporcionar información oportuna y periódica sobre la enfermedad.
- 5) Notificación epidemiológica de casos de SIDA. En México se ha adoptado, por ser más conveniente en vista de los recursos disponibles la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Se consideran casos de SIDA los pacientes con alguna infección oportunista o neoplasia sugesiva de inmunodeficiencia celular en quienes se haya descartado alguna otra enfermedad subyacente, como desnutrición grave, tuberculosis o cáncer. También se debe contemplar la posibilidad del SIDA en un adulto si el paciente tiene dos signos clínicos mayores (pérdida de peso, diarrea crónica,

fiebre crónica) o un signo menor (tos, dermatitis pruriginosa, herpes zóster recidivante, candidiasis orofaríngea, entre otras). En ausencia de una causa conocida de inmunodeficiencia y siempre que sea seropositivo al VIH.

En distintos laboratorios y hospitales del mundo, se realizan numerosos esfuerzos de investigación para encontrar esquemas útiles para la prevención o la supervisión del SIDA por medio de medicamentos y diversos tipos de vacunas.

Es posible que estos esfuerzos en el campo de investigación biomédica sean, a la larga, los más fructíferos, pero no deben olvidarse las enormes posibilidades de las investigaciones sociales alrededor del problema. En vista de la aparición reciente de la enfermedad, no se ha avanzado mayormente en lo que se refiere a sus componentes sociales y culturales, responsables directos de muchos aspectos de su diseminación; entre los componentes que ameritan estudios específicos, se pueden reconocer los siguientes:

- "a) Caracterización demográfica de las poblaciones homosexuales, heterosexuales, bisexuales y de los usuarios de drogas intravenosas.

- b) Identificación de los medios de comunicación más efectivos con los distintos grupos.
- c) Definición de las prácticas discriminatorias contra estos grupos para poder eliminarlas.
- d) Establecimiento de los sistemas evaluativos sobre la eficacia para disminuir las tasas de infección debido a la aplicación de los programas epidemiológicos y de educación para la salud.
- e) Apreciación del conocimiento y las actitudes de los individuos en cuanto a las diversas características del SIDA, así como sus actitudes y prácticas referentes a las medidas preventivas de la enfermedad". (24)

4.2. DIMENSIONES SOCIALES DEL SIDA

En la Secretaría de Salud se han hecho estimaciones que indican que para 1991 el número de casos del SIDA en nuestro país puede llegar a los 22 mil enfermos. Por tal motivo, es imposible calcular cuáles pueden ser las consecuencias jurídicas que puede acarrear el SIDA en México.

(24) Soberón, Guillermo. La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo II volumen 4. Ed. Coedición de la Secretaría de Salud y el Fondo de Cultura Económica. México 1988.

Debemos tomar en cuenta el daño que la enfermedad ocasiona en la sociedad mexicana y las repercusiones de todo tipo que esa circunstancia encierra, el problema es complejo. A continuación sólo se presentan algunas posibles reacciones del medio legal, sin que esto signifique que sean las más importantes consecuencias jurídicas.

La población que se ha manifestado al respecto señala que es necesario tomar previsiones legales y administrativas, en las que se ha puesto énfasis es en las cuestiones migratoria y sanitaria. En esta última, la Ley General de Salud ya ha sido, incluso, reformada en dos ocasiones.

Los escasos estudios del Derecho, que han tratado sobre la epidemia, coinciden con el enfoque de buscar el castigo de los enfermos de SIDA.

Es importante referirse al impacto que puede tener en otras ramas, relacionadas con la salud, la seguridad social o las garantías individuales; que el que puede tener en el derecho penal, esto no implica que debemos restarle importancia, sino simplemente que hay otros que merecen mayor atención, pues de lo que se trata, es de prevenir la enfermedad.

Para hacer el análisis, conviene hacerlo apegándonos a las diferentes áreas que nuestras leyes prevén: la legislativa, la ejecutiva o administrativa y la judicial.

4.2.1. SALUD

En materia de salud la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consagra en el artículo 4, Capítulo I De las garantías individuales "... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud". (25)

Una de las repercusiones legales del SIDA tiene que ver con el nivel legislativo de nuestro sistema constitucional, y se relaciona con la concepción del Síndrome como un padecimiento al que han dado el rango de problema de salud pública, por la naturaleza y gravedad del padecimiento, el mal se considera dentro del campo de "la Salubridad General de la República", y tiene que ser atendido, en consecuencia, por autoridades administrativas del más alto rango.

En el caso concreto, por el Consejo de Salubridad General y por la Secretaría de Salud, es decir, por autoridades federales. Esto es así porque se presupone éstas tienen mayores recursos técnicos, financieros y humanos que

(25) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título primero, Capítulo I. De las Garantías Individuales, Art. 4, pag. 4.

las autoridades de jurisdicción estatal o local para enfrentar epidemias o padecimientos endémicos de suma gravedad.

En el mes de abril de 1987, la Ley General de Salud fue modificada en tres aspectos de esencial importancia:

- El que se refiere a la regulación de los bancos de sangre.
- El que se refiere a la vigilancia epidemiológica.
- El que tiene que ver con los trasplantes de órganos y tejidos de seres humanos.

Lamentablemente uno de los medios de transmisión de la enfermedad es, precisamente, la sangre y los productos derivados de ésta y son las transfusiones de sangre contaminada uno de los mecanismos de mayor riesgo en la propagación del padecimiento.

La segunda de las reformas que nos interesan, fue la de incluir al SIDA en el cuadro de enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica.

Los efectos de dicha modificación obligan a las autoridades a tomar las medidas necesarias para "realizar

actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control".(26)

En ese contexto, se les faculta, entre otras cosas, para promover un sistema de "fomento sanitario" y se les concede atribución legal para buscar que se modifiquen "los patrones culturales que determinan hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud".(27)

Se impone a los particulares, la obligación de contribuir con las autoridades, notificándoles los casos "en que se detecte la presencia del VIH o de anticuerpos de dicho virus", (28) proporcionando toda la información de que dispongan, para mantenerlos bajo supervisión médica y vigilancia administrativa.

Por lo que se refiere a la inclusión del SIDA dentro de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, es necesario hacer un comentario, como ya se había mencionado anteriormente, la intervención de las autoridades federales, esto es: la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General.

(26) Diario Oficial de la federación, Organo de Gobierno, Art. 134, p. 8.

(27) Idem, Art. 6o. p. 7

(28) Idem, Art. 136 p. 8

4.2.2. TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Una de las ramas, donde casi no se ha hecho una relación con el SIDA, es la que tiene que ver con la relación laboral que el individuo mantiene.

En materia laboral la Ley Federal del Trabajo, en el Artículo 42, establece que son causas de suspensión temporal de las relaciones de trabajo, sin las obligaciones de prestar el servicio y pagar el salario, sin responsabilidad para el patrón o el trabajador, las de:

I. La enfermedad contagiosa del trabajador.

II. La incapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de trabajo. (29)

El propio ordenamiento establece que la suspensión surtirá efectos: "desde la fecha en que el patrón tenga conocimiento de la enfermedad contagiosa" o desde aquella en que "se produzca la incapacidad para el trabajo, hasta que termine el periodo fijado por el IMSS o antes si desaparece la incapacidad para el trabajo". (30)

(29) Ley Federal del Trabajo, Relaciones Individuales de Trabajo. Capítulo III, Suspensión de los efectos de las relaciones de trabajo, Art. 42 p. 26.

(30) Idem. Art. 43. p. 26.

La suspensión, sin embargo, no podrá exceder del término fijado por la Ley del Seguro Social para el tratamiento de las enfermedades que no sean consecuencia de un riesgo de trabajo. Es decir, que conforme al Artículo 99 de la Legislación de Seguridad Social aplicable, se otorgará al trabajador asegurado "... la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento".(31)

El Artículo 53 de la Ley Federal de Trabajo menciona como causa de terminación "la incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador, que se haga imposible la prestación del trabajo".(32)

Respecto a los derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se señala en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Capítulo II, Seguro de Enfermedades y Maternidad Art. 23, fracción 11. Cuando la enfermedad incapacite al trabajador para el trabajo, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo o con medio sueldo, conforme al artículo 111 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Si al vencer la licencia con medio sueldo continúa la incapacidad, se

(31) Nueva Ley del Seguro Social. Art. 99 p. 85.

(32) Ley Federal del Trabajo. Art. 53 p. 31.

concederá al trabajador licencia sin goce de sueldo mientras dure la incapacidad, hasta por 52 semanas contadas desde que se inició ésta. (32a) y en la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional. Capitulo V, Artículo 45...Son causas de suspensión temporal: I Que el trabajador contraiga alguna enfermedad que implique un peligro para las personas que trabajan con él. (32b)

- Clínicamente un síndrome es, un conjunto de signos y síntomas, así visto el SIDA es un solo padecimiento. Pero si hay interrupciones de la enfermedad, durante las cuales el asegurado vuelve a su trabajo, la misma enfermedad se considerará como nueva. Si al concluir el periodo de 52 semanas previsto, el asegurado continúa enfermo, el IMSS prorrogará su tratamiento hasta por 52 semanas más, previo dictamen médico.

4.2.3. GARANTIAS INDIVIDUALES

Las garantías individuales son universalmente conocidas como derechos humanos. Estas garantías están consagradas y protegidas constitucionalmente. El derecho a la vida y a la

(32a) Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Subdirección General Jurídica. Coordinación Social del Instituto.

(32b) Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B), del Artículo 123 Constitucional, Cap. V Artículo 45.

salud, el derecho a la información, la libertad de tránsito, la de expresión, la de asociación y la de manifestación.

Una de las repercusiones del SIDA, casi inmediata, ha sido el de poner en riesgo el respeto, por parte del poder público, a la esfera de protección jurídica más íntima de la que puede gozar el individuo. Se ha dicho y hecho la persecución de quienes forman parte de los así llamados de "alto riesgo" de transmisión sexual, sin querer comprender que esa concepción ha evolucionado y que ahora dichos grupos lo forman los hombres y mujeres, cualquiera que sea su preferencia sexual.

Se sabe que en varias delegaciones políticas del Distrito Federal y en algunas ciudades y poblaciones de la República se hizo ya costumbre el ordenar "razzias" indiscriminadas en contra de la población. Antes la justificación era que, quienes sufrían ese tipo de acciones habían cometido faltas administrativas como "vagancia o prostitución", aunque se tratara de inocentes. Ahora la justificación es la de prevenir y combatir el SIDA.

El artículo 11 de la Constitución General de la República consagra la libertad de tránsito y faculta a todos los individuos mexicanos para "entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar la

residencia"(33), sin que para ello requiera de seguridad, salvoconducto, pasaporte o cualquier otro requisito semejante.

4.3. CARACTERISTICAS Y MECANISMOS DE TRANSMISION

Se afirma que aun cuando el hombre no ha inventado ni el tifus, ni la peste, ni el cólera, sí ha tratado de controlar lo que es una enfermedad o flagelo, ya que sólo una acción colectiva la puede combatir. La población solicita al poder público para que intervenga, organice y conduzca la susodicha acción colectiva, lo cual ha sido variado en su forma y contenido, según el momento histórico en que se viva.

La peste, no como enfermedad, sino por su impacto y repercusiones sociales, inauguró históricamente en Occidente el establecimiento de salud. En esta línea, la respuesta al SIDA será función de nuestro propio tiempo, de nuestra cultura y de nuestra propia ciencia.

Aunque la aparición y expansión del SIDA muestran la persistencia y recurrencia de la "respuesta social" estereotipada, que se caracteriza por un profundo temor acompañado de su bagaje de comportamientos irracionales y

(33) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Primero, Capítulo I de las Garantías Individuales, Art. 11, p. 8.

contradictorios: pánico al contagio, preocupación por la transmisión casual, denuncia moral, profecías apocalípticas, la estigmatización de las víctimas, búsqueda de "chivos expiatorios", conflictos entre la salud pública y las libertades individuales.

El SIDA, es una enfermedad reciente, que una vez iniciada, evoluciona progresivamente hasta llegar a la muerte, sin que por el momento existan posibilidades de curación.

Es causada por un virus de la familia de los retrovirus (un virus similar al que produce la hepatitis o la gripe) que inicialmente fue llamado HTLV III en unos sitios y LAV en otros (virus T linfotrópico humano y virus asociado a leucemia, respectivamente). Con la finalidad de evitar las confusiones, desde hace aproximadamente tres años, se llama en todo el mundo Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y actualmente se conocen dos tipos que se denominan: VIH 1 y VIH 2.

Como todos los demás miembros de su familia, el VIH se caracteriza por su particular estructura: un núcleo central en el que se encuentra toda la información genética y que a diferencia de casi todas las células, está constituido por

ácido ribonucleico (ARN) en lugar de ácido desoxirribonucleico (ADN). Este material está rodeado por una envoltura glucoproteica.

Por lo anterior, su proceso de reproducción se realiza en forma invertida a las demás células, es decir, mediante la "copia" del material genético en "moldes" de ADN. Para lo que necesita de una enzima llamada "transcriptasa reversa" (es decir, que se transcribe la información genética en forma inversa: del ARN al ADN).

En ello radica el mayor peligro de infección por VIH, así como la dificultad para combatirlo, pues una vez que el virus infecta a una célula, cuyo núcleo contiene normalmente ADN, todo el material genético del virus se incorpora al material genético de la célula infectada, haciéndola desde ese momento una potencial fábrica de nuevos virus.

Para que el virus penetre e infecte a una célula, se requiere que en la superficie de ésta, estén presentes unos receptores específicos que permitan la entrada de receptores CD-4 y afortunadamente unas cuantas células humanas los contienen, ellos son las siguientes:

- a) Linfocitos. T4. Son una variedad de glóbulos blancos o leucocitos cuya función primordial es la de estimular nuestros mecanismos de defensa ante los agentes extraños como bacterias, hongos, virus, etcétera.
- b) Macrófagos. Son otra variedad de leucocitos que en nuestros tejidos se dedican a ingerir toda clase de partículas extrañas, incluyendo a bacterias, hongos, etcétera.
- c) Algunas células de nuestro sistema nervioso. Es importante mencionar que el virus no puede vivir fuera de las células y que además es muy lábil; no resiste la humedad ni la temperatura mayor de 60 grados centígrados. Esto limita mucho su capacidad de infección pues de acuerdo con lo anterior, para que la enfermedad pueda pasar de una persona a otra, se requiere en forma indispensable que estén en contacto un fluido que contenga células infectadas con el VIH (linfocitos T4 en especial) con la sangre o un tejido de otra persona.

Entre los fluidos orgánicos que pueden contener células infectadas y en un momento dado estar en contacto con sangre o un tejido de otro individuo, se encuentran, el semen, la sangre, que normalmente tiene cantidades importantes de

linfocitos y que por lo tanto, si la persona se encuentra infectada, en estos fluidos habrá grandes cantidades de virus.

Aunque existen otros fluidos como la saliva, lágrimas, orina, expectoración, líquido cefaloraquídeo, etc. que pueden contener células infectadas, el número de ellas presentes en ese fluido, así como la posibilidad de que se ponga en contacto este fluido con la sangre u otro tejido de otros individuos, hace muy difícil y prácticamente imposible la transmisión.

Por lo anterior, actualmente se aceptan como mecanismos de transmisión los siguientes:

- 1.- Sexual.
- 2.- Transfusión de sangre o hemoderivados.
- 3.- Jeringas o material quirúrgico contaminado.
- 4.- Perinatal.

4.3.1 TRANSMISION SEXUAL

Es el principal mecanismo de transmisión de SIDA, ya que aproximadamente entre el 80 y 90 % de los pacientes se han infectado de esta manera. Esto se debe a que en las relaciones sexuales puede existir intercambio de líquidos

corporales (sangre, semen), sobre todo en aquellas que ocasionen lesiones o ulceraciones, como sucede casi siempre en las relaciones homosexuales masculinas.

En las heterosexuales, normalmente no existen estas lesiones que permitan el intercambio mencionado, sin embargo, si existiera alguna infección o ulceración, la contaminación sería posible. Por ello es posible la transmisión de hombres a mujeres y mujeres a hombres.

4.3.2 TRANSMISION POR TRANSFUSION DE SANGRE O HEMODERIVADOS

Debido a que en la sangre se encuentran los globulos blancos, si se encuentran infectados por el virus, la posibilidad de transmisión resulta obvia. En el país, a partir de agosto de 1985 por decreto plasmado en la Ley Federal de Salud y su reglamento, toda la sangre y sus derivados que se transfundan deben ser examinados para garantizar que no tengan el VIH.

4.3.3. TRANSMISION POR AGUJAS O MATERIAL QUIRURGICO CONTAMINADO

Cuando se usan agujas y material quirúrgico en una persona infectada por el VIH, éste puede permanecer en ellas y en caso de ser usados en otra persona, permiten el paso del virus a sus tejidos o sangre.

Este mecanismo de transmisión ha sido importante sobre todo en personas adictas a drogas inyectables, que por lo regular comparten la misma jeringa para varias personas.

Para evitar esto, se recomienda que se utilicen siempre jeringas y agujas desechables, y en realidad sean desechadas.

En cuanto al material quirúrgico, es suficiente esterilizarlo con calor ya que el virus no es resistente a él.

4.3.4 TRANSMISION PERINATAL

Una madre infectada puede transmitir el VIH a su producto a través de la placenta durante el embarazo o el parto.

Adicionalmente, podríamos mencionar como posible mecanismo de transmisión el de transplante de tejidos y órganos infectados, por esto se recomienda que a los donadores de órganos se les investigue la presencia de VIH antes de donar.

Sin embargo, existen procedimientos cotidianos y poco ortodoxos que escapan a todo control sanitario y que son un verdadero riesgo; entre éstos podemos mencionar a la

acupuntura, los tatuajes, el manicure, el pedicure y visitas al dentista.

De acuerdo con lo mencionado, el virus no se puede transmitir tan fácilmente, por lo que se ha descartado la posibilidad de que la enfermedad se transmita por contacto casual o cotidiano con una persona infectada, tampoco por nadar en albercas públicas, usar los mismos utensilios, saludar de mano, compartir el mismo sitio de trabajo, hogar o transporte, estornudos, tos, expectoración, ni es posible por picaduras de insectos.

DIAGNOSTICO DEL PADECIMIENTO

Aproximadamente ocho semanas después del contacto con el virus, una persona infectada produce anticuerpos, que a partir de ese momento se pueden investigar en su sangre.

Habitualmente esta investigación se realiza con un procedimiento de laboratorio llamado ELISA (siglas en inglés de análisis inmunoabsorbente ligado a enzima), el cual también es usado para investigar otras enfermedades, como toxiplasma, rubéola, hepatitis, etcétera.

Este procedimiento se utiliza para buscar portadores del virus, ya sean asintomáticos o sintomáticos, pero que ambos pueden ser capaces de transmitirlo, y es capaz de detectar al 99.9 % de los casos verdaderamente positivos;

sin embargo, por razones técnicas inherentes al proceso, aproximadamente el 40 % de los casos informados como positivos por el método de ELISA no son verdaderamente positivos. Esto obliga, a que en estos casos, se realicen otras pruebas de laboratorio conocidas como "confirmatorias", que si son positivas, podremos ratificar que se trata de un portador del virus.

CAPITULO V

I N V E S T I G A C I O N

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que se identifica la enfermedad de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, como tal en 1981 su distribución y crecimiento a través del mundo ha sido sumamente acelerado, si bien no se ha podido definir con exactitud su magnitud potencial, no cabe la menor duda que constituye un serio problema de salud pública que debe ser atendido con prioridad.

A la fecha, se han registrado a través de la Organización Mundial de la Salud más de ciento cincuenta mil casos, reportados por ciento cuarenta y cinco países, en base a los resultados de un gran número de estudios epidemiológicos se estima que en todo el mundo existen entre cinco y diez millones de individuos infectados por el virus y que son fuentes de infección.

Con respecto a la categoría de transmisión, se pueden distinguir tres: sexual, que contempla a homosexuales, bisexuales y heterosexuales; sanguínea, hemofílicos, transfundidos y drogadictos intravenosos; y la perinatal, mujeres infectadas que transmiten la enfermedad al producto durante el embarazo o en el parto.

El análisis de los distintos patrones indica que la transmisión afecta primero a homosexuales con múltiples compañeros sexuales, y conforme avanza, se extiende a los grupos heterosexuales con un número de compañeros sexuales más reducido.

En México la epidemia ha tenido un crecimiento "geométrico" es decir: en 1981 se presentaron dos casos; en 1982 trece; en 1983, 49, en 1984, 121; en 1985, 341 casos; en 1986, 793; en 1987, 1,846; en 1988, 3374; en 1989, 4,929; en 1990 hasta noviembre, 5,679 casos.

En los grupos interdisciplinarios se ha dado mucha importancia al papel del trabajador social en este contexto, especialmente los que prestan servicio a pacientes con SIDA y que tienen contacto con ellos y con sus amigos y familiares.

Los trabajadores sociales como grupo profesional, puede hacer aportaciones importantes en este aspecto y están concientes de su responsabilidad, implicando que necesitan conocimientos especializados acerca del problema y técnicas apropiadas para poder atender a este tipo de pacientes.

METODOLOGIA

La presente investigación se planteó a fin de alcanzar el objetivo orientado a conocer la atención que proporciona el trabajador social a pacientes y sus familiares afectados por el SIDA; si es profesional, humanitaria, eficaz y generosa, que laboran en el área de la salud.

Se optó por llevar a cabo un estudio de campo descriptivo que nos permitiera conocer las características más importantes en cuanto a la atención que proporcionan los trabajadores sociales que laboran en el área de la salud.

Este tipo de estudio tiene la ventaja de ser representativo y poder conducir a generalizaciones con base en la muestra del mismo; y dar a la vez pauta para realizar estudios posteriores más estructurados, por lo que se enmarca en el método inductivo.

Conforme al planteamiento del problema y las hipótesis de la investigación se elaboró un marco de referencia referente al ciclo vital de la familia; participación del trabajador social en el área de la salud; problemas a los que se enfrenta el trabajador social en el desarrollo profesional y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Posteriormente se discriminó el universo de estudio, optándose por investigar a trabajadores sociales que hubiesen atendido a pacientes y a su familia con SIDA y concretamente en el Hospital Regional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; otro elemento que influyó en la determinación del universo fue el referente al recurso humano y contactos que se tuvieron por trabajar en el propio instituto, siendo los trabajadores sociales que participarían en la investigación, conocidos dispuestos a colaborar de manera desinteresada en la misma.

Para elegir la muestra de estudio, fue difícil localizar y lograr la participación de pacientes con SIDA, ya que la estigmatización que la sociedad ha dada a éstos, obliga institucionalmente a manejar los datos y expedientes con cierta confidencialidad, además de el anonimato con el que solicitan los propios pacientes que se maneje su caso.

El instrumento seleccionado para la investigación fue el cuestionario dado que éste se consideró como un forma para obtener información clara, precisa y que fuera contestado directamente por diez trabajadores sociales; diez pacientes con SIDA; y diez personas que fueran familiar del paciente encuestado.

El tipo de preguntas fueron cerradas a fin de tener facilidad en su aplicación, en el momento de contestarlo y para codificarlo, ya que se realizaría en forma manual.

Algunas preguntas fueron abiertas para permitir la plena libertad en la respuesta y considerar algunos aspectos personales que era fácil encasillar a través de preguntas cerradas y que se referían a aspectos de opinión.

El instrumento se aplicó originalmente a un pequeño número de trabajadores sociales; a pacientes con SIDA y a sus familiares a fin de validar su utilidad, posteriormente se elaboró en forma definitiva para su aplicación.

La muestra quedó constituida por 30 personas distribuidas en:

10 Trabajadores Sociales

10 Pacientes con SIDA

10 Familiares de cada uno de los pacientes con SIDA.

Una vez aplicado el instrumento se procedió a la codificación y tabulación en cuadros, considerando las categorías de cada variable.

Posteriormente se elaboraron cuadros de concentración con variable, frecuencia y porcentaje.

El análisis se hizo en dos vertientes: la cuantitativa de tipo estadístico y la cualitativa mediante la relación de una o más variables, lo que permitió llegar a conclusiones.

El objetivo de la investigación fue:

Conocer si la atención que proporciona el trabajador social a pacientes y sus familiares afectados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida es profesional, humanitaria, eficaz y generosa.

HIPOTESIS

Si el trabajador social tiene conocimientos sobre el desarrollo de la familia, conoce los niveles de participación en el área de la salud y ubica la importancia, que en torno al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida existe, podrá proporcionar una atención profesional, humanitaria, eficaz y generosa a los pacientes con SIDA y a sus familiares.

Se plantean las siguientes variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Los conocimientos sobre desarrollo de la familia, niveles de participación del trabajador social en el área de la salud e importancia en torno al SIDA.

VARIABLE DEPENDIENTE: Proporcionar atención profesional, humanitaria, eficaz y generosa a los pacientes con SIDA y a sus familiares.

**ANÁLISIS DE DATOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A LOS PACIENTES
CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

EDAD

De la edad de pacientes con SIDA se obtuvieron los siguientes datos: 40% en edad de 26 a 30 años; 20% en edad de 31 a 35 años; y 40% en edad de 36 a 40 años. La mayor frecuencia respecto a edad se encuentra en el rango de 26 a 30 años y de 36 a 40 años con 40%, respectivamente. En términos de tasas, el rango con mayor riesgo es el de 25-44 años con 2.1 casos por 1'000,000 habitantes, representando un riesgo 2.8 mayor que el de la población total. Se nota claramente que el SIDA afecta a personas en edad productiva.

(Cuadro 1)

SEXO

En relación al sexo de pacientes con SIDA encontramos en esta investigación, que el 100% de los entrevistados son del sexo masculino. Se aclara que no es el sexo predominante, sino que, se tuvo mayor colaboración, disponibilidad y podría hablarse de una mayor concientización en relación al problema del SIDA. Han sido notificados 798 casos en mujeres que representan el 20.5% del total. La relación hombre-mujer es ahora de 6:1. (Cuadro 2)

ESTADO CIVIL

En cuanto al estado civil de pacientes con SIDA el resultado es el siguiente: 30% solteros; 60% casados; y 10% divorciados. Se concentra el mayor porcentaje en casados y solteros con 90%. Por tanto el 70% representa a jefes de familia con responsabilidades y obligaciones hacia la familia. (Cuadro 3)

OCUPACION

Respecto a la ocupación encontramos: 20% personal manual; 20% personal administrativo; 20% técnico; y 40% profesional. El grupo ocupacional que presenta mayor porcentaje es el profesional con 40% de los encuestados. (Cuadro 4)

ESCOLARIDAD

La escolaridad de pacientes con SIDA encuestados, fue la siguiente: secundaria 20%; bachillerato 40%; licenciatura 30%; y posgrado 10%. La mayor frecuencia se puede observar en pacientes con un nivel medio superior y superior de escolaridad. (Cuadro 5)

LUGAR DE ORIGEN

En cuanto a este punto se obtuvo: el 60% son originarios del Distrito Federal; el 10% del Estado de Veracruz; el 10% del Estado de Jalisco; y 20% del Estado de Puebla. Las entidades que acumulan el mayor número de casos de SIDA son aquellas que concentran las áreas urbanas del país, como el D.F., Jalisco, Estado de México, Puebla, Nuevo León y Coahuila. (Cuadro 6)

LUGAR DE RESIDENCIA

El dato que se obtuvo al aplicar esta pregunta corresponde: el 100% de los encuestados respondió como lugar de residencia el Distrito Federal. Si lo relacionamos con la pregunta anterior podemos observar el desplazamiento de la gente de provincia al Distrito Federal ya que siendo originarios de tres estados actualmente viven en el D.F. (Cuadro 7)

FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO Y FECHA EN QUE SE DIO A CONOCER EL DIAGNOSTICO AL PACIENTE

Los resultados obtenidos de este punto son los siguientes: 10% inicia el padecimiento en 1987 y se le diagnostica en 1989; el 10% inicia en 1988 y se le diagnostica en ese mismo año; el 10% inicia en 1988 y se le da a conocer el diagnóstico en 1989; 20% inicia el padecimiento y se le diagnostica en 1989; 20% inicia el padecimiento en 1989 y se le diagnostica un año después, en 1990; y por último 30% de los encuestados informaron que inició y se le diagnosticó el padecimiento en 1990. Al respecto se observa que a cuatro pacientes se les dio a conocer el diagnóstico un año después de haber iniciado el padecimiento. (Cuadros 8 , 9)

FORMA DE CONTAGIO

El 50% informó como forma de contagio la sexual; el 20% transfusión o hemoderivados; y el 30% como fuente de contagio el compartir jeringas contaminadas. A pesar de que en 1986 y 1987 fue modificada la Ley General de Salud, el 20% de los encuestados tuvo como fuente de contagio transfusión de hemoderivados. (Cuadro 10)

GRUPO AL QUE PERTENECE

Respecto al grupo al que pertenecen los pacientes encuestados con SIDA, se obtuvo que: 30% pertenecen al grupo de homosexuales; 40% al grupo de bisexuales; 30% al grupo de heterosexuales; y por último 40% a usuarios de drogas por vía intravenosa. Cabe señalar que un mismo paciente pertenece a más de un grupo. (Cuadro 11)

CONTACTO DE INFECCION

En cuanto a los contactos de infección se obtuvo: 50% contestó haber tenido como forma de contagio contacto con personas seropositivas o con SIDA, 20% informó haber tenido transfusión en los últimos años; y 30% no contestaron. Haciendo un cruce con las dos preguntas anteriores, tenemos que los dos pacientes que señalaron como fuente de contagio haber recibido transfusión, pertenecen al grupo heterosexual y los contactos de infección señalan que han sido transfundidos en los últimos cinco años. De los cinco pacientes que informaron como fuente de contagio la sexual, tres pertenecen al grupo de bisexuales y dos al de homosexuales, además uno de éstos, es usuario de drogas por vía intravenosa y los cinco informaron que los contactos de infección fue sexual, con personas seropositivas o con SIDA; y los tres pacientes que su forma de contagio fue por compartir jeringas contaminadas, pertenecen a grupos diferentes: bisexual, heterosexual y homosexual indicando

además que son usuarios de drogas por vía intravenosa, pero al preguntar cuál fue el contacto de infección, no reconocen su categoría de drogadictos y deciden no contestar la pregunta. (Cuadro 12)

RECIBIO ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

El 100% de los pacientes entrevistados respondieron afirmativamente haber recibido atención por parte del profesional de trabajo social. Este pudo haber sido al momento de pasar visita con el equipo multidisciplinario, al ingresar el paciente al hospital o al aplicar el estudio social al paciente. (Cuadro 13)

ORIENTACION DEL TRABAJADOR SOCIAL SOBRE EL PADECIMIENTO AL PACIENTE

De esta pregunta aplicada a los pacientes con SIDA el 70% respondió afirmativamente que el trabajador social le proporcionó orientación; el 30% restante informó no haber recibido orientación alguna por parte del trabajador social. Relacionándola con la pregunta anterior, el trabajador social da una atención, pero en un 30% no orienta sobre el padecimiento. (Cuadro 14)

EL PACIENTE COMO CONSIDERA LA ATENCION PROPORCIONADA POR EL TRABAJADOR SOCIAL

Respecto a cómo considera el paciente la atención proporcionada por el trabajador social, se obtuvo: 20% la considera como una atención eficaz; 30% como profesional; 40% como generosa; y un 10% no contestó. De los pacientes encuestados ninguno contestó como humanitaria la atención proporcionada por el profesional de trabajo social. (Cuadro 15)

EN QUE FAVORECE LA ATENCION DE LA FAMILIA AL PACIENTE

Al responder esta pregunta los pacientes informaron en un 100%, que favorece para disminuir su angustia; el 80% contestó que favorece para no estar pensando en la enfermedad; el 50% informó que es un apoyo afectivo; 20% para compartir su dolor; 40% para formar perspectivas de vida. Cabe aclarar que los pacientes en ocasiones contestaron dos o más respuestas. (Cuadro 16)

ANALISIS DE DATOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A TRABAJADORES SOCIALES QUE HAN ATENDIDO A PACIENTES CON SIDA

INSTITUCION EN LA QUE LABORA EL TRABAJADOR SOCIAL

El 100% de los trabajadores sociales entrevistados laboran en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Hospital Regional "20 de Noviembre". (Cuadro TS 1)

GRADO DE ESCOLARIDAD

Del grado de escolaridad, el 50% corresponde a trabajadores sociales a nivel técnico; y el 50% a trabajadores sociales con grado de licenciatura. Cabe aclarar que este dato rompe con la idea que se tiene, que son más los trabajadores sociales a nivel técnico que los licenciados, ya que en esta investigación fue 50% cada uno. (Cuadro TS 2)

ANTIGUEDAD EN EL PUESTO

En relación a la antigüedad en el puesto, 20% contestó tener de cero a cuatro años; 40% de cinco a nueve años; 20% de diez a catorce años; 10% de quince a diecinueve años; y 10% de veinticinco a más años de antigüedad en el puesto. Se observa que el 60% de los trabajadores sociales tienen menos de 10 años de antigüedad en el puesto. (Cuadro TS 3)

PACIENTES DE SIDA ATENDIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

Con respecto al número de pacientes atendidos se obtuvo: el 30% de los trabajadores sociales ha atendido de uno a cuatro pacientes; 10% de cinco a nueve pacientes; 10% de diez a catorce pacientes; 30% de quince a diecinueve pacientes; 10% de veinte a veinticuatro pacientes; y 10% de veinticinco a veintinueve pacientes con SIDA. Este dato toma

significativa importancia si lo relacionamos con el total de casos notificados por institución ya que de los 5,676 casos, el ISSSTE ha notificado 590 casos. (Cuadro TS 4)

ANTIGUEDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA Y SU FAMILIA

Las respuestas son: 20% tienen menos de un año en la atención; 20% tiene un año; 10% dos años; 30% tres años; 10% cuatro años; y por último 10% cinco años en la atención de pacientes con SIDA. Si subdividimos el rango, se observa que el 50% de los trabajadores sociales tienen de menos uno a dos años de antigüedad en la atención a pacientes con SIDA y el otro 50% de tres a cuatro años. (Cuadro TS 5)

CURSOS DE CAPACITACION SOBRE SIDA RECIBIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

Al respecto: 60% contestó no haber tomado cursos; 30% un sólo curso; y 10% haber tomado dos cursos. Es conveniente hacer notar que los trabajadores sociales que tomaron algún curso sobre SIDA fue por interés personal. (Cuadro TS 6)

NIVEL DE CAPACITACION SOBRE SIDA CONSIDERADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL

El 60% contestó como insuficiente su nivel de capacitación sobre el tema; y 40% como regular la capacitación que tienen sobre SIDA. Lo significativo es que si no se han tomado cursos de capacitación sobre SIDA, es

honesto calificar como insuficiente su nivel de capacitación, es importante considerar la actualización profesional en cualquier ámbito que se labore. (Cuadro TS 7)

LIBERTAD DE ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION DE CASOS DE SIDA.

El 80% de los trabajadores sociales informó tener libertad de acción en la atención de estos casos, mencionando que aplican los conocimientos y experiencias de otros pacientes para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los casos de SIDA; y el 20% restante contestó no tener libertad de acción, argumentando que su intervención sólo se limita al estudio social que se aplica a los pacientes que ingresan al servicio en que se encuentran, debido a las cargas de trabajo y como un servicio transitorio a su ingreso al hospital. (Cuadro TS 8)

EL TRABAJADOR SOCIAL CONOCE Y TOMA EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DEL CASO

Al respecto: el 70% contestó afirmativamente, argumentando que como norma y debido a la delicadeza del caso es necesario conocer los antecedentes de cada uno de los pacientes con el diagnóstico de SIDA; el 30% restante informó no tomar en cuenta los antecedentes; argumentando la forma transitoria de estos pacientes por el servicio en que se encuentran. (Cuadro TS 9)

EL TRABAJADOR SOCIAL REALIZA SEGUIMIENTO DE CASO A PACIENTES CON SIDA

El 50% de los trabajadores sociales informó que si realizan seguimiento de caso, ya sea intrainstitucional o en el domicilio del paciente; y el 50% restante indicó no realizar ningún tipo de seguimiento. Sin embargo 80% señaló tener libertad de acción para dar seguimiento a la atención al paciente independientemente a las cargas de trabajo institucional que el profesionista tiene. (Cuadro TS 9 A)

QUE TIPO DE APOYO HA SOLICITADO LA FAMILIA AL TRABAJADOR SOCIAL

Las respuestas dadas en esta pregunta varían con un porcentaje del 10% cada una de ellas y son las siguientes: trámites de alta del paciente, trámites administrativos, orientación sobre enfermedades transmisibles, orientación sobre alimentación y medidas higiénicas, terapia de apoyo, orientación laboral; y un 40% de los trabajadores sociales indicó que la familia no solicitó ningún tipo de apoyo concretamente. Es clara la preocupación que los familiares tienen por la situación laboral del paciente, ya que en algunos casos es el sostén económico. (Cuadro TS 10)

CONOCIMIENTOS SOBRE FAMILIA, NIVELES DE PARTICIPACION EN EL AREA DE LA SALUD Y SIDA

En cuanto a los conocimientos sobre familia, niveles de participación en el área de la salud y síndrome de

inmunodeficiencia adquirida, los trabajadores sociales consideran: sobre familia 70% como bueno; 30% regular. Niveles de participación en el área de la salud, 20% bueno; 30% regular; y 50% nulo. Sobre SIDA 40% regular y 60% nulo. (Cuadro TS 11)

COMO PONE EN PRACTICA EL TRABAJADOR SOCIAL LOS CONOCIMIENTOS DE FAMILIA

En relación a cómo pone en práctica el trabajador social los conocimientos de familia, niveles de participación y SIDA contestaron: 100% al realizar el estudio social; 50% al realizar seguimiento de caso; 40% en visitas domiciliarias; 20% en visitas multidisciplinarias y 30% en reuniones grupales. (Cuadro TS 12)

QUE ENTIENDE POR ATENCION PROFESIONAL EL TRABAJADOR SOCIAL

Al aplicar la pregunta qué entiende por atención profesional el trabajador social, las respuestas fueron: 60% contestó como atención profesional el hacer conscientemente las cosas; 20% poner empeño y dedicación; 10% tener objetividad; 10% ser realista; 20% tener eficiencia y eficacia; 20% tener habilidad y destreza. Cabe mencionar que un mismo trabajador social pudo haber contestado dos de las respuestas. (Cuadro TS 13)

QUE ENTIENDE POR ATENCION HUMANITARIA EL TRABAJADOR SOCIAL

Los trabajadores sociales informaron en un 40% entender por atención humanitaria el ser filantrópico; 30% cómo entender los sentimientos del paciente; 50% llorar con el paciente; y por último 40% atender a las necesidades del paciente. Cabe señalar que los trabajadores sociales contestaron más de una variable. (Cuadro TS 14)

QUE CARACTERISTICAS TIENE UNA ATENCION EFICAZ PARA EL TRABAJADOR SOCIAL

Los trabajadores sociales contestaron como características de la atención eficaz: 20% lograr el objetivo propuesto; 40% hacer las cosas oportunamente; 20% no cometer errores; 80% tener aptitudes para el desempeño de las actividades; y 40% terminar a tiempo las cosas. Los trabajadores sociales contestaron más de dos respuestas. (Cuadro TS 15)

QUE ENTIENDE POR ATENCION GENEROSA EL TRABAJADOR SOCIAL

Al respecto el 100% de los trabajadores sociales encuestados contestó sentir compasión por el paciente; 20% ser filantrópico; 20% hacer las cosas desinteresadamente; y 40% ser espléndido. (Cuadro TS 16)

EN LA ATENCION A PACIENTES Y A SU FAMILIA EL TRABAJADOR SOCIAL TIENE PRESENTE LO PROFESIONAL, HUMANITARIO, EFICAZ Y GENEROSO

Al respecto 80% de los trabajadores sociales contestó afirmativamente tener en cuenta lo profesional, humanitario, eficaz y generoso en la atención a pacientes; 20% contestó no tenerlo presente; y en cuanto a la atención a la familia 70% contestó afirmativamente y 30% no haciéndolo así. (Cuadro TS 17)

NIVEL DE ATENCION MEDICA EN QUE UBICA LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL TRABAJADOR SOCIAL

El 100% de los trabajadores sociales encuestados contestó ubicar las actividades que realiza en el tercer nivel de atención médica. Esto se debe a que se eligió como universo de trabajo el Hospital Regional 20 de Noviembre que está considerado en el tercer nivel de atención médica. (Cuadro TS 18)

TRABAJADORES SOCIALES QUE LES AGRADA EL TRABAJO CON PACIENTES DE SIDA

Al respecto 80% contestó que sí le agrada; y 20% informó que no le agrada el trabajo con pacientes de SIDA. Relacionándolo con la pregunta 17 se observa una similitud en el resultado, ya que el 80% tiene presente lo profesional, humanitario, eficaz y generoso y el 20% restante no lo tiene por lo tanto, es claro que no les agrada el trabajo. (Cuadro TS 19)

TRABAJADORES SOCIALES QUE SE SIENTEN SATISFECHOS POR SU INTERVENCION CON PACIENTES CON SIDA

Los trabajadores sociales que se sienten satisfechos por su intervención están reflejados en un 50%; y los que no se sienten satisfechos, en el 50% restante. Esto no corresponde a la pregunta anterior, puesto que hay una diferencia del 20%. (Cuadro TS 20)

INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PACIENTES CON SIDA

Al respecto de esta pregunta el 100% indicó que su intervención con estos pacientes es en la propia unidad en que laboran; 50% además de su intervención en la unidad, es fuera de ella; y un 30% informó que además de su intervención en la unidad y fuera de ella la realizan en otra. (Cuadro TS 21)

ANALISIS DE DATOS OBTENIDOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON SIDA

PARENTESCO CON EL PACIENTE

Al entrevistar al familiar de pacientes con SIDA el parentesco fue: 40% madre del paciente; 20% hermana; 20% esposa; y 10% la tía y cuñada, respectivamente. Claramente se observa la ausencia de la figura paterna, esto nos hace suponer que el símbolo de autoridad posiblemente no exista en el paciente. (Cuadro F 1)

LA FAMILIA HA RECIBIDO ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

El 80% de los familiares informaron haber recibido atención por parte del profesional, y el 20% indicó que la familia no recibió atención del profesional. Haciendo una relación con la pregunta aplicada al trabajador social del tipo de apoyo que la familia le ha solicitado son: trámite de alta del paciente, trámites administrativos, orientación sobre enfermedades transmisibles, alimentación, medidas higiénicas, terapia de apoyo y orientación laboral. (Cuadro F 2)

CONOCE LA CAUSA DE CONTAGIO DEL PACIENTE

Al aplicar esta pregunta, se observa que el 90% de los familiares conoce la causa de contagio del paciente: 40% informó como sexual la causa; 50% como sanguínea; y un 10% no informó la causa. (Cuadro F 3)

LA FAMILIA HA BRINDADO ALGUN TIPO DE APOYO AL PACIENTE

Los tipos de apoyo que ha brindado la familia al paciente está representado: 30% apoyo moral; 50% económico; 80% compañía; 70% afectivo; y 20% indicó no brindar apoyo alguno al paciente. Hay que señalar que la familia pudo haber brindado más de dos apoyos de los que indicaron al paciente. (Cuadro F 4)

CUANDO SE ENTERO DEL DIAGNOSTICO DE SIDA DEL PACIENTE

Respecto al año en que se enteró el familiar del diagnóstico de SIDA del paciente se obtuvo: 10% informó que se enteró en 1987 y 1988 respectivamente; 40% en 1989; y 40% en 1990. (Cuadro F 5)

QUIEN INFORMO A LA FAMILIA EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE

El 80% de los familiares indicó que el personal que informó el diagnóstico del paciente fue el médico; 10% el propio paciente; y por último 10% de los familiares indicó que otro fue quien informó el diagnóstico del paciente. (Cuadro F 6)

COMO ES LA RELACION DE LA FAMILIA CON EL TRABAJADOR SOCIAL

El 100% de los familiares encuestados respondió que la relación con el trabajador social es directa. (Cuadro F 7)

EL TRABAJADOR SOCIAL HA ORIENTADO SOBRE EL DESARROLLO Y PERSONALIDAD DE LA FAMILIA

Al respecto 30% de los familiares señalaron que el trabajador social si orientó sobre el desarrollo y personalidad de la familia; y el 70% restante señaló que el trabajador social no orientó sobre este aspecto a la familia. (Cuadro F 8)

COMO CONSIDERA LA FAMILIA LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

El 20% de los familiares entrevistados respondieron como profesional la atención; y el 80% respondió que no lo es (Cuadro F 9); 10% informó que la atención es humanitaria; y el 90% negó que la atención que proporciona el trabajador social sea humanitaria (Cuadro F 10); 10% considera eficaz la atención del trabajador social; y el 90% no lo considera así (Cuadro F 11); 40% de los familiares informaron que la atención del trabajador social es generosa y el 60% negó que la atención sea así. Al respecto sería conveniente reconocer que el trabajador social realiza funciones y actividades diarias con los pacientes y sus familiares, pero lo importante estriba en la forma en que lo hace y cómo lo perciben. (Cuadro F 12)

EL TRABAJADOR SOCIAL DEDICA MAS TIEMPO A OTROS PACIENTES CON EL MISMO DIAGNOSTICO QUE AL SUYO

Los familiares indicaron: 70% que el trabajador social no dedica más tiempo a otros pacientes que al suyo; y 30% no contestó a la pregunta, por lo cual se consideró la variable sin dato. (Cuadro F 13)

LUGAR DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LA FAMILIA

Al aplicar esta pregunta las respuestas fueron: en la unidad 100%; fuera de la unidad 40%; lo cual corresponde que un 40% tuvo su intervención en ambas, y a pesar de tener

libertad de acción no hacen seguimiento de caso. (Cuadro F 14)

COMO REPERCUTIO EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EN LA RELACION FAMILIAR

Las respuestas fueron: 30% que se presentó un desequilibrio familiar; 20% se brindó un apoyo incondicional al paciente; 20% se motivó un acercamiento con el paciente; y por último en el 10% se presentó una desintegración. Podemos observar la diversidad de repercusiones que se presentan en el seno familiar con el conocimiento de el diagnóstico de SIDA, que son manifestados a partir de la educación, la cultura y el medio en que se desenvuelve el paciente y su familia. (Cuadro F 15)

ACTITUDES MANIFESTADAS POR LOS FAMILIARES, AL CONOCER EL DIAGNOSTICO

Los familiares manifestaron haber presentado actitudes diversas al conocer el diagnóstico del paciente: 80% manifestaron asombro; 60% negación; 40% desconcierto; 30% frustración; y 20% ruptura de la comunicación. Son claros los mecanismos de defensa que la familia emplea, a pesar de que contribuyan al deterioro del estado de salud del paciente. (Cuadro F 16)

INDICACIONES SOBRESALIENTES QUE LA FAMILIA CONSIDERA MAS IMPORTANTES HACIA EL PACIENTE.

Las indicaciones más sobresalientes que consideraron los familiares son: alimentación y medicamentos en un 100%; higiene 70%; y compañía 20%, los familiares pudieron haber considerado mas de dos indicaciones sobresalientes. Es claro que no son las mismas que considera el propio paciente.

(Cuadro F 17)

INTERPRETACION

INTERPRETACION

La investigación reafirma que el SIDA ataca principalmente a individuos en edad productiva, lo que conlleva el tener dependientes económicos, ya que coincide con una mayor actividad sexual, no es exclusiva de personas ignorantes (observando la escolaridad de los pacientes).

Se reafirma la tendencia de aumentar su incidencia en grupos bisexuales.

En este campo de intervención del trabajador social no existe una práctica dominante de los técnicos en trabajo social como en otras, en virtud de que el 50% son técnicos en trabajo social y el 50% licenciados en trabajo social.

Se detecta incumplimiento del Instituto a la Ley Federal del Trabajo y a las Condiciones Generales de Trabajo, en lo relativo a la capacitación de los empleados, ya que el 60% de los encuestados no han sido capacitados en relación al síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Se reafirma que la familia, como célula de la sociedad es quien brinda apoyo a los pacientes, concretamente las consanguíneas madre, hermana. Detectándose ausencia de la figura masculina.

El trabajador social consideró sus conocimientos sobre familia como buenos (70%) y regulares (30%); sobre niveles de participación nulos (50%); regulares (30%); y buenos (20%); sobre SIDA (40%) regular, (60%) nulo, aplicándolos en el estudio social (100%); seguimiento de caso (50%); visitas domiciliarias (40%); visitas multidisciplinarias (20%); y reuniones grupales (30%).

El paciente con SIDA recibió atención por parte del trabajador social (100%); orientación sobre el padecimiento (30%). Consideraron la atención: generosa (40%); profesional (30%); y eficaz (20%). Reviste importancia el hecho de que ningún paciente manifestara como humanitaria la atención recibida.

Los familiares informaron haber tenido una relación directa con los trabajadores sociales (100%); haber sido atendidos (80%); considerándola como profesional (20%); humanitaria (10%); eficaz (10%); y generosa (40%). La orientación brindada sobre el desarrollo y personalidad de la familia se proporcionó al (30%), desconociendo esta acción el (70%).

Por lo tanto se concluye que la hipótesis del trabajo se cumple, ya que el trabajador social no tiene conocimientos sobre desarrollo de la familia, niveles de participación del trabajador social en el área de la salud y

SIDA, por lo tanto, el paciente y la familia consideran en promedio que la atención recibida es limitada en cuanto a lo profesional, humanitario, eficaz y generoso. Siendo elementos que influyen en el aspecto social importantes para el desarrollo del trabajador social.

CONCLUSIONES GENERALES

CONCLUSIONES GENERALES

El ciclo vital de la familia desde un punto de vista sistémico es por el que el individuo pasa y son: la formación de la pareja, el matrimonio, el nacimiento, crianza y formación de los hijos; los hijos adolescentes y el reencuentro con elementos que le refuerzan como un ente biopsicosocial.

Es conveniente para los trabajadores sociales que laboran en el área de la salud, conocer los niveles de atención para realizar adecuadamente las funciones de promoción, prevención y recuperación.

Son considerados de importancia como problemas a los que se enfrenta el trabajador social en el desarrollo profesional el conocimiento de sí mismo, la realidad e interacción social y la naturaleza de su crisis.

Sería suficiente conocer y manejar el concepto, antecedentes, características y origen del SIDA, para abordar el tema y dar una atención y orientación profesional.

La familia suele ser muchas veces el único apoyo afectivo con el cual se cuenta. La vida cotidiana en familia sirve como distracción para no estar pensando y hablando constantemente sobre el padecimiento.

Las personas infectadas tienen miedo frecuentemente a la reacción que tendrá la familia al enterarse de la situación, pero en la mayoría de los casos, se ha podido observar un reestablecimiento de la comunicación y que hay comprensión y apoyo por parte de los familiares.

También la familia y las personas cercanas pasan por un proceso similar al del paciente infectado, tiene miedo, angustia, dolor, incertidumbre y es importante entenderlos y hacerles saber que a ellos también se les puede ofrecer orientación y apoyo.

La sexualidad es una necesidad de todo ser humano; ya establecido el patrón de comportamiento sexual en la edad adulta, es difícil cambiar las prácticas sexuales.

Cada individuo decidirá cómo ejercer su sexualidad de acuerdo con sus características personales, cultura, valores, miedo, pero es importante tener una actitud responsable ante sí mismo.

Es importante continuar con una actividad laboral que mantenga al individuo en actividad física e intelectual y que le proporcione un apoyo económico para su sostén. No hay ninguna posibilidad de contagiar a los compañeros por la convivencia diaria en el trabajo, ya que no se transmite por compartir las mismas instalaciones, por saludar de mano, por estornudos, etcétera. Se necesita un contacto íntimo con intercambio de secreciones sexuales o sangre para que se pueda dar el contagio.

Cada individuo tiene un estilo de vida que es difícil cambiar de un día para otro, por ello debe evitar el aislamiento y mantener relaciones interpersonales con la pareja, familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

El efecto que causa a un individuo saber que tiene SIDA, independientemente del mecanismo por el cual contrajo el virus, depende de su estructura de carácter, personalidad y del contexto social en el cual vive y se desarrolla, pero es inevitable que pase por todo un proceso psicológico de aceptación de este importante cambio en su vida.

Los pacientes con SIDA que están en la plenitud de su vida, de pronto se enfrentan a una nueva situación que no saben cómo manejar; sus perspectivas cambian, no saben qué hacer, ni que esperar.

Una persona con SIDA pasa por diversas fases en las cuales hay sentimientos de culpa, negación, sentimiento de pérdida, pérdida de la autoestima, pérdida del bienestar y de la privacidad, angustia, ira, miedo a lo desconocido, miedo al rechazo, miedo al abandono, incertidumbre y desesperanza.

PROPUESTAS

PROPUESTAS

Que se refuerce académicamente la formación profesional de los trabajadores sociales en lo referente a: familia, niveles de participación y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, este último por ser un padecimiento que día a día tiene incremento significativo en la población en general.

Colaborar con el equipo de salud de las unidades médicas, en la elaboración y aplicación de programas de prevención del SIDA a través de información y orientación a la población, conciente, informada, responsable y comprometidamente.

Elaborar material educativo para distribuir a pacientes, y a la población en general, sobre aspectos de SIDA adecuados al nivel cultural de la población atendida.

Participar con grupos de prácticas de alto riesgo con un manejo educativo, como es formación de grupos de patología en común o grupos de autoayuda.

Gestionar ante las autoridades competentes el suministro de recursos presupuestarios para combatir el padecimiento, tanto para el tratamiento como para la investigación, ya que es un padecimiento a nivel mundial y al cual se le asigna presupuesto específico.

Realizar seguimiento de caso, en coordinación con otros servicios intra y extrainstitucionales.

Orientar a los familiares de pacientes con SIDA, en el manejo y medidas higiénicas del paciente.

Coordinar campañas efectivas de promoción, prevención e información a la población en general, con instituciones oficiales y grupos no gubernamentales.

Que en las unidades médicas se instrumenten programas efectivos de adiestramiento y capacitación sobre SIDA para los trabajadores del área de la salud.

Que se implanten métodos que garanticen el abasto suficiente de atención médica y social a pacientes y a sus familiares.

Promover ante las cámaras, sindicatos y diferentes grupos sociales las reformas a la Ley Federal del Trabajo que permita proteger al paciente y a sus familiares, sobre todo en aquellos casos en que se demuestre que el contagio se sufrió en las propias instituciones de seguridad social.

Que se instituyan centros de información en todas las unidades de salud, por personal capacitado, para brindar apoyo y orientación a pacientes y sus familiares.

Favorecer las actividades recreativas: cine, teatro, visitas culturales, círculos de lectura, etcétera., mientras que las condiciones físicas del paciente lo permitan.

Fomentar en el paciente de SIDA medidas higiénicas para evitar infecciones, el abuso y adicción a todo tipo de sustancias ya que favorecen: daño orgánico, desnutrición y falta de control de impulsos; puede generar angustia, estrés, falta de motivación, negación de la realidad, lo cual implica problemas económicos, legales y médicos.

Sugerir al paciente que continúe con una actividad laboral que mantenga al individuo en actividad física e intelectual y que le proporcione apoyo económico.

Implementar programas de actividades recreativas en las unidades médicas para evitar la búsqueda constante de síntomas físicos de deterioro en los pacientes con SIDA.

Que las instituciones den cumplimiento a la Ley Federal del Trabajo y Condiciones Generales de Trabajo en relación a la capacitación y actualización de los trabajadores sociales para que adquieran intercambio de experiencias nacional e internacionalmente.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

FECHA _____

CUESTIONARIO NO. _____

OBJETIVO: Conocer la participación, atención y conocimientos de los trabajadores sociales que laboran en el área de la salud, para prestar sus servicios a pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y a su familia.

- 1.- Institución en la que labora _____
- 2.- Grado máximo de escolaridad _____
- 3.- Antigüedad en el puesto _____
- 4.- Número de pacientes con SIDA atendidos _____
- 5.- Antigüedad en la atención a pacientes con SIDA y su familia _____
- 6.- Ha recibido cursos de capacitación sobre SIDA. Si _____
No _____ Cuántos _____
- 7.- Considera que su nivel de capacitación sobre el tema es:
a) Suficiente _____ b) Regular _____ c) Insuficiente _____
- 8.- Tiene libertad de acción en su trabajo (en la atención de casos de enfermos de SIDA). Si _____ No _____
Por qué _____

- 9.- Al atender a pacientes de SIDA, conoce y toma en cuenta los antecedentes del caso. Si _____ No _____. Hace seguimiento de caso Si _____ No _____.
10. La familia del paciente le ha solicitado algún tipo de apoyo. Si _____ No _____.Cuál _____

11. Indique cómo considera sus conocimientos sobre:

a) Familia. Bueno ()
Regular ()
Nulo ()

b) Niveles de participación del trabajador social en el área de la salud.

Bueno ()
Regular ()
Nulo ()

c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Bueno ()
Regular ()
Nulo ()

12. Estos conocimientos los pone en práctica. Si _____ No _____
Cómo _____

13. Qué entiende por atención PROFESIONAL _____

14. Qué es para usted una atención HUMANITARIA _____

15. Qué características tiene una atención EFICAZ _____

16. Qué entiende usted por atención GENEROSA _____

17. Lo anterior lo tiene presente al atender al paciente con SIDA _____, a la familia _____.

18. En qué nivel de atención médica ubica las actividades que realiza con pacientes con sida. Primario ()
Secundario () Terciario ()

19. Le agrada el trabajo con pacientes con SIDA _____

20. Se siente satisfecho por su intervención _____

21. Dónde es su intervención: En la unidad _____ Fuera de la unidad _____ Ambas _____ Ninguna _____ Otra _____ (especifique) _____

22. Considera que el diagnóstico del paciente influyó en la relación familiar. Si _____ No _____

23. Observó alguna actitud de los familiares al conocer el diagnóstico del paciente. _____Cuál _____

24. Cómo es la comunicación entre los familiares y el paciente. _____

25. Considera alguna alternativa para mejorar la atención a pacientes de SIDA y su familia. Explique _____

OBSERVACIONES: _____

- 6.- Qué parentesco tiene con el paciente. _____
- 7.- Ha recibido atención del trabajador social, la Familia _____ el Paciente _____ Dónde _____
- 8.- Conoce la causa de contagio del paciente. Si _____
No _____Cuál _____
- 9.- Ha brindado algún tipo de apoyo al paciente. Moral _____
Económico _____ Otro _____ Ninguno _____
- 10.- Desde cuándo se enteró que su paciente tiene SIDA.

- 11.- Quién le informó del diagnóstico: Médico _____
Enfermera _____ Trabajador Social _____ Laboratorio _____
Paciente _____ Otro _____
- 12.- Cómo es la relación con el trabajador social.
Directa _____ Superficial _____ Nula _____
- 13.- El trabajador social le ha orientado sobre el desarrollo y personalidad de la familia. Si _____
No _____ Qué _____

- 14.- El trabajador social ha dado atención profesional a familia _____, al paciente _____ Cómo _____

- 15.- Considera humanitaria la atención otorgada por el trabajador social a la familia _____ al paciente _____ por qué _____

- 16.- Es eficaz la atención del trabajador social con la familia _____ con el paciente _____ por qué _____

- 17.- La intervención del trabajador social es generosa con la familia _____ con el paciente _____ explique _____

- 18.- El trabajador social dedica más tiempo a otros pacientes con el mismo diagnóstico que al suyo _____
- 19.- La intervención del trabajador social es: en la Unidad _____ fuera de la Unidad _____ Ambas _____
Ninguna _____

- 20.- Cómo repercutió el diagnóstico del paciente en la relación familiar _____
- 21.- Qué actitudes manifestaron los familiares al conocer el diagnóstico del paciente _____
- 22.- En relación a su paciente, qué indicaciones sobresalientes considera más importantes:
Alimentación _____ Medicamentos _____
Higiene _____ Compañía _____ Otra _____
- 23.- De qué manera favorece la atención del personal al mejoramiento del paciente _____

OBSERVACIONES: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

FECHA: _____ CUESTIONARIO NO. _____

Con el objeto de conocer la atención proporcionada por el profesional en trabajo social conteste las siguientes preguntas.

DATOS GENERALES.

- 1.- Edad _____ 2.- Sexo _____ 3.- Estado Civil _____
4.- Ocupación _____
5.- Grado de escolaridad _____
6.- Lugar de origen _____
7.- Lugar de residencia _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS.

- 8.- Fecha de inicio del padecimiento: _____
9.- Fecha en que se le dio a conocer el diagnóstico al paciente _____
10.- Forma de contagio; Sexual _____ Transfusión o hemoderivados _____ Compartir jeringas _____ Perinatal _____
11.- A qué grupo pertenece el paciente:
Homosexual _____ Bisexual _____ Heterosexual _____
Hemofilico _____ Es usuario de drogas intravenosas _____
Ha tenido contacto sexual con personas seropositivas o con SIDA _____ Ha sido transfundido en los últimos años _____
12.- Ha recibido atención del trabajador social Si _____ No _____
13.- El trabajador social le ha orientado sobre su padecimiento Si _____ No _____ Explique _____

14.- Considera humanitaria, eficaz, profesional y/o generosa la atención brindada por el trabajador social

15.- La atención de la familia, en qué favorece al paciente

OBSERVACIONES

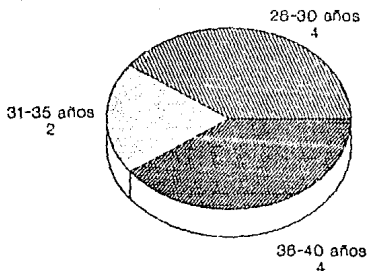
(CUADRO 1)

EDAD DE PACIENTES CON SIDA

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	%
-	-	-
DE 21 A 25 AÑOS	-	-
DE 26 A 30 AÑOS	4	40
DE 31 A 35 AÑOS	2	20
DE 36 A 40 AÑOS	4	40
DE 41 A 45 AÑOS	-	-
DE 46 A 50 AÑOS	-	-
51 O MAS AÑOS	-	-
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

EDAD DE PACIENTES CON SIDA



(CUADRO 2)

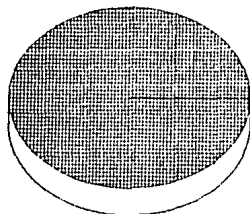
SEXO DE PACIENTES CON SIDA

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	10	100
FEMENINO	-	-
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

SEXO DE PACIENTES CON SIDA

MASCULINO
10



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

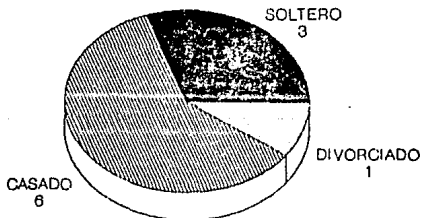
(CUADRO 3)

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON SIDA

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERO	3	30
CASADO	6	60
DIVORCIADO	1	10
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON SIDA



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

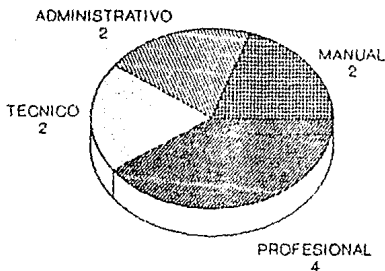
(CUADRO 4)

OCUPACION DE PACIENTES CON SIDA

OCUPACION	FRECUENCIA	%
MANUAL	2	28
ADMINISTRATIVO	2	28
TECNICO	2	28
PROFESIONAL	4	48
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE".
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991

OCUPACION DE PACIENTES CON SIDA



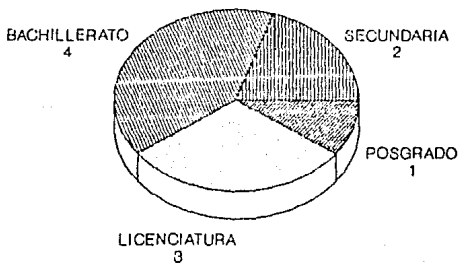
(CUADRO 5)

ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON SIDA

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
SECUNDARIA	2	20
BACHILLERATO	4	40
LICENCIATURA	3	30
POSGRADO	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON SIDA



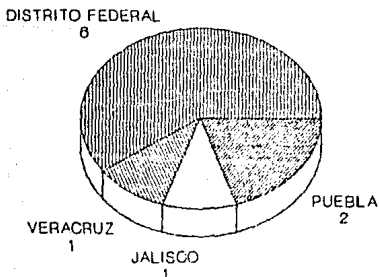
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

LUGAR DE ORIGEN DE PACIENTES CON SIDA

LUGAR DE ORIGEN	FRECUENCIA	%
DISTRITO FEDERAL	6	60
VERACRUZ	1	10
JALISCO	1	10
PUEBLA	2	20
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LUGAR DE ORIGEN DE PACIENTES CON SIDA



(CUADRO 7)

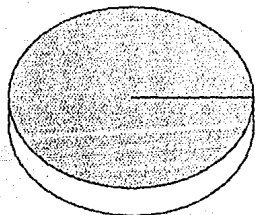
LUGAR DE RESIDENCIA DE PACIENTES CON SIDA

LUGAR DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	%
DISTRITO FEDERAL	10	100
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LUGAR DE RESIDENCIA PACIENTES CON SIDA

DISTRITO FEDERAL
10



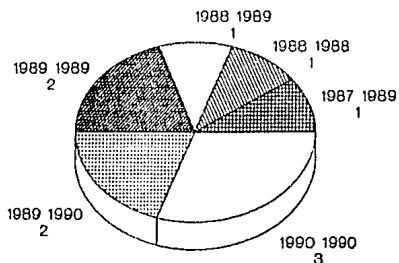
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO Y QUE SE DIO A CONOCER EL DIAGNOSTICO AL PACIENTE

FECHA DE INICIO	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1987	1989	1	18
1988	1988	1	18
1988	1989	1	18
1989	1989	2	28
1989	1990	2	28
1990	1990	3	36
T O T A L		18	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO Y QUE SE DIO A CONOCER EL DIAGNOSTICO AL PAC.



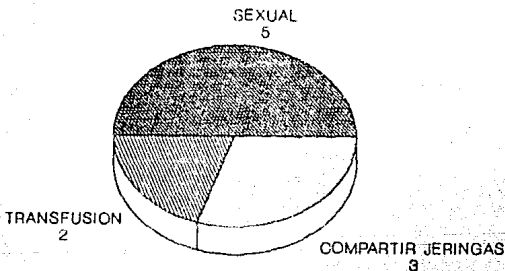
(CUADRO 10)

FORMA DE CONTAGIO

FUENTE DE CONTAGIO	FRECUENCIA	%
SEXUAL	5	50
TRANSFUSION O HEMODERIVADOS	2	20
COMPARTIR JERINGAS CONTAMINADAS	3	30
PERINATAL		
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

FORMA DE CONTAGIO



INV. HOSP. "20 NOV." DIC 90 ENE 91

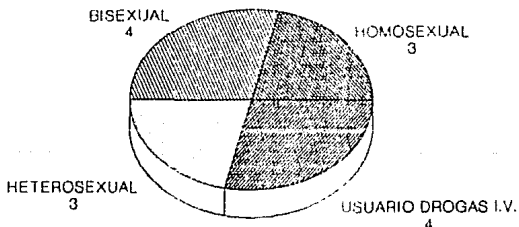
(CUADRO 11)

GRUPO AL QUE PERTENECE EL PACIENTE

GRUPO	FRECUENCIA	%
HOMOSEXUAL	3	30
BISEXUAL	4	40
HETEROSEXUAL	3	30
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1970 - ENERO 1991.

GRUPO AL QUE PERTENECE EL PACIENTE



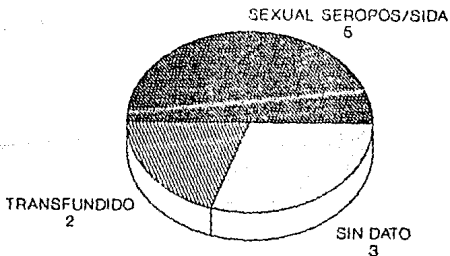
INV. HOSP. "20 NOV." DIC 90 ENE 91

CONTACTOS DE INFECCION

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SEXUAL, CON PERSONAS SEROPOSITIVAS O CON SIDA	5	50
TRANSFUNDIDO EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS	2	20
SIN DATO	3	30
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

CONTACTOS DE INFECCION



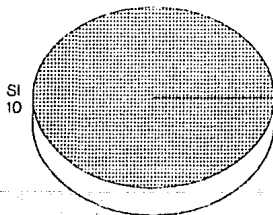
(CUADRO 13)

RECIBIO ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	10	100
NO	0	0
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

RECIBIO ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

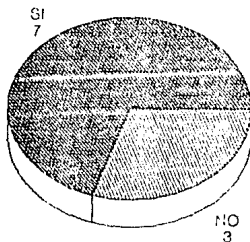
(CUADRO 14)

ORIENTACION DEL TRABAJADOR SOCIAL SOBRE EL PADECIMIENTO AL PACIENTE

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	7	78
NO	3	38
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ORIENTACION DEL TRABAJADOR SOCIAL SOBRE EL PADECIMIENTO AL PACIENTE

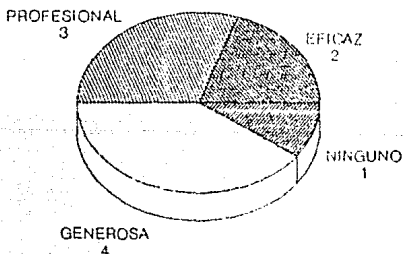


EL PACIENTE COMO CONSIDERA LA ATENCION PROPORCIONADA POR EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
EFICAZ	2	20
PROFESIONAL	3	30
GENEROSA	4	40
HUMANITARIA	8	-
NINGUNO	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1970 - ENERO 1981.

EL PACIENTE COMO CONSIDERA LA ATENCION PROPORCIONADA POR EL TRABAJADOR SOCIAL



(CUADRO 16)

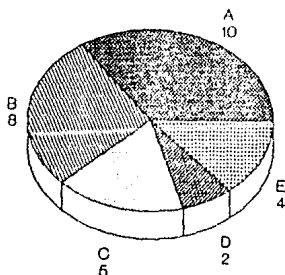
EN QUE FAVORECE LA ATENCION DE LA FAMILIA AL PACIENTE*

VARIABLE	FRECUENCIA	%
A) DISMINUIR ANGSTIA AL PACIENTE	10	100
B) QUE NO ESTE PENSANDO EN LA ENFERMEDAD EL PACIENTE	8	80
C) APOYO AFECTIVO	5	50
D) COMPARTIR DOLOR	2	20
E) FORMAR PERSPECTIVAS DE VIDA	4	40
T O T A L	10	100

* EL PACIENTE CONTESTO DOS O MAS VARIABLES

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

EN QUE FAVORECE LA ATENCION DE LA FAMILIA AL PACIENTE



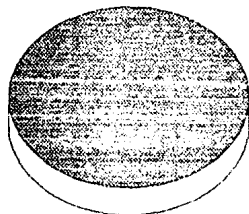
INSTITUCION EN LA QUE LABORA EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	10	100
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL "HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

INSTITUCION EN LA QUE LABORA EL TRABAJADOR SOCIAL

ISSSTE
10



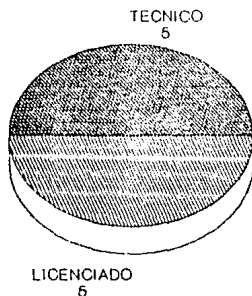
(CUADRO 15 2)

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
TECNICO	5	50
LICENCIADO	5	50
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.
(CUADRO 15 3)

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL



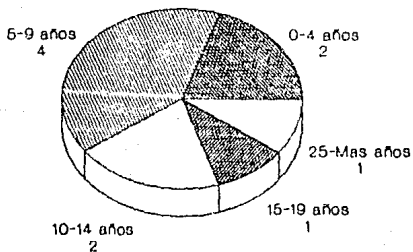
(CUADRO 15 3)

ANTIGUEDAD EN EL PUESTO

RANGO	FRECUENCIA	%
DE 0 A 4 AÑOS	2	20
DE 5 A 9 AÑOS	4	40
DE 10 A 14 AÑOS	2	20
DE 15 A 19 AÑOS	1	10
DE 20 A 24 AÑOS	0	-
DE 25 A MAS AÑOS	1	10
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ANTIGUEDAD EN EL PUESTO



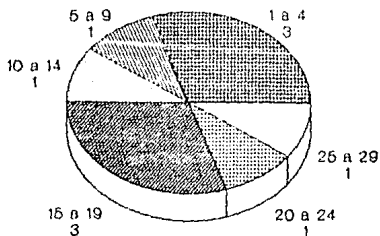
(CUADRO TS 4)

PACIENTES DE SIDA ATENDIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

RANGO	FRECUENCIA	%
DE 1 A 4 PACIENTES	3	38
DE 5 A 9 PACIENTES	1	18
DE 10 A 14 PACIENTES	1	18
DE 15 A 19 PACIENTES	3	38
DE 20 A 24 PACIENTES	1	18
DE 25 A 29 PACIENTES	1	18
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

PACIENTES DE SIDA ATENDIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

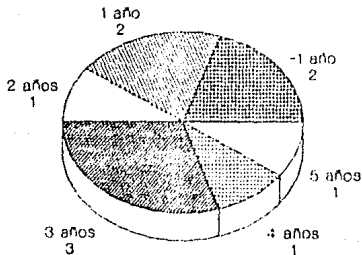


ANTIGUEDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA Y SU FAMILIA

RANGO	FRECUENCIA	%
MENOS DE 1 AÑO	2	20
1 AÑO	2	20
2 AÑOS	1	10
3 AÑOS	3	30
4 AÑOS	1	10
5 AÑOS	1	10
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ANTIGUEDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA Y SU FAM.



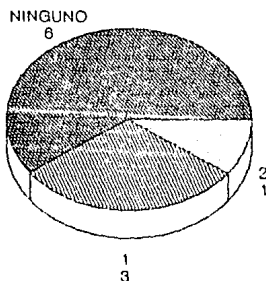
(CUADRO TS 6)

CURSOS DE CAPACITACION SOBRE SIDA RECIBIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
NINGUNO	6	60
1	3	30
2	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

CURSOS DE CAPACITACION SOBRE SIDA RECIBIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL



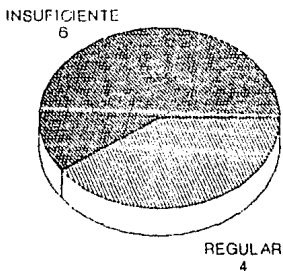
(CUADRO 15 7)

NIVEL DE CAPACITACION SOBRE SIDA CONSIDERADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
INSUFICIENTE	6	68
REGULAR	4	48
SUFICIENTE	0	-
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

NIVEL DE CAPACITACION SOBRE SIDA CONSIDERADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL



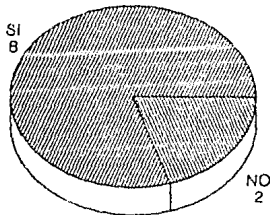
(CUADRO 15 B)

LIBERTAD DE ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION DE CASOS DE SIDA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	8	88
NO	2	28
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE".
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LIBERTAD DE ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION DE CASOS DE SIDA



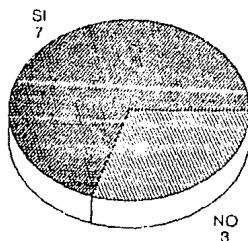
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

EL TRABAJADOR SOCIAL CONOCE Y TOMA EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DEL CASO

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	7	70
NO	3	30
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

EL TRABAJADOR SOCIAL CONOCE Y TOMA EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DEL CASO



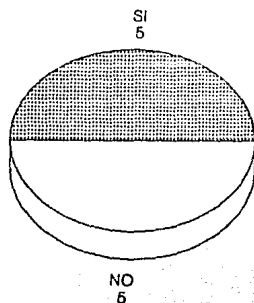
(CUADRO 15 9A)

SE HACE SEGUIMIENTO DEL CASO

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	5	50
NO	5	50
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

SE HACE SEGUIMIENTO DEL CASO



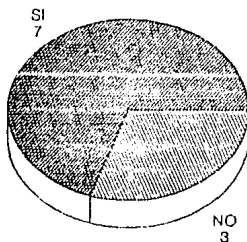
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

EL TRABAJADOR SOCIAL CONOCE Y TOMA EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DEL CASO

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	7	70
NO	3	30
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

EL TRABAJADOR SOCIAL CONOCE Y TOMA EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DEL CASO



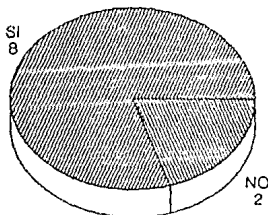
(CUADRO 15 B)

LIBERTAD DE ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION DE CASOS DE SIDA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	8	80
NO	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LIBERTAD DE ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION DE CASOS DE SIDA



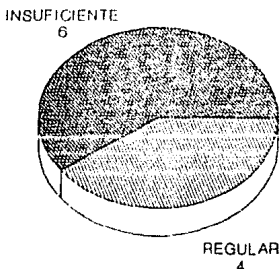
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

NIVEL DE CAPACITACION SOBRE SIDA CONSIDERADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
INSUFICIENTE	6	68
REGULAR	4	48
SUFICIENTE	8	-
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

NIVEL DE CAPACITACION SOBRE SIDA CONSIDERADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL

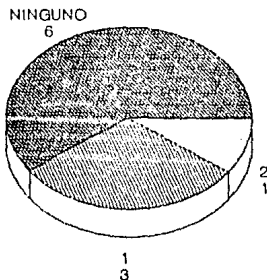


CURSOS DE CAPACITACION SOBRE SIDA RECIBIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
NINGUNO	6	60
1	3	30
2	1	10
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

CURSOS DE CAPACITACION SOBRE SIDA RECIBIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL



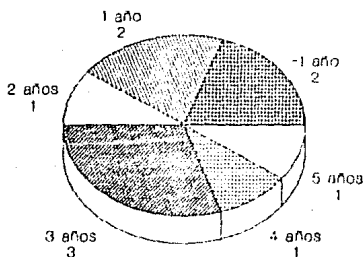
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

ANTIGUEDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA Y SU FAMILIA

RANGO	FRECUENCIA	%
MENOS DE 1 AÑO	2	20
1 AÑO	2	20
2 AÑOS	1	10
3 AÑOS	3	30
4 AÑOS	1	10
5 AÑOS	1	10
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ANTIGUEDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA Y SU FAM.

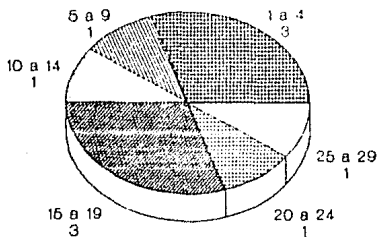


PACIENTES DE SIDA ATENDIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

RANGO	FRECUENCIA	%
DE 1 A 4 PACIENTES	3	30
DE 5 A 9 PACIENTES	1	10
DE 10 A 14 PACIENTES	1	10
DE 15 A 19 PACIENTES	3	30
DE 20 A 24 PACIENTES	1	10
DE 25 A 29 PACIENTES	1	10
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

PACIENTES DE SIDA ATENDIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

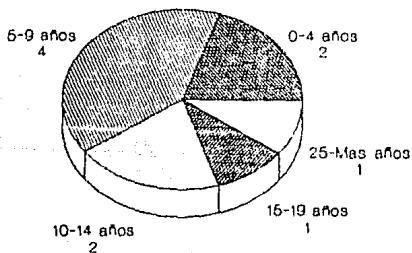


ANTIGUEDAD EN EL PUESTO

RANGO	FRECUENCIA	%
DE 0 A 4 AÑOS	2	28
DE 5 A 9 AÑOS	4	48
DE 10 A 14 AÑOS	2	28
DE 15 A 19 AÑOS	1	18
DE 20 A 24 AÑOS	0	-
DE 25 A MÁS AÑOS	1	18
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

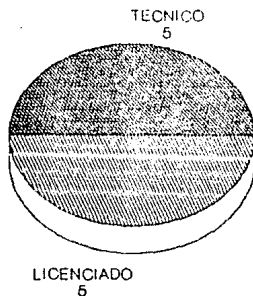
ANTIGUEDAD EN EL PUESTO



GRADO DE ESCOLARIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
TECNICO	5	50
LICENCIADO	5	50
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
 DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.
 (CUADRO TS 3)

GRADO DE ESCOLARIDAD DEL
TRABAJADOR SOCIAL

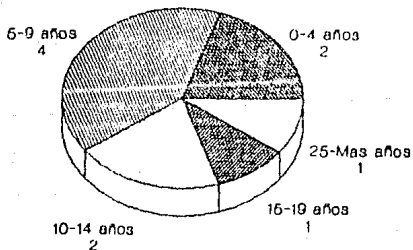
(CUADRO 15 3)

ANTIGUEDAD EN EL PUESTO

RANGO	FRECUENCIA	%
DE 0 A 4 AÑOS	2	20
DE 5 A 9 AÑOS	4	40
DE 10 A 14 AÑOS	2	20
DE 15 A 19 AÑOS	1	10
DE 20 A 24 AÑOS	0	-
DE 25 A MAS AÑOS	1	10
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ANTIGUEDAD EN EL PUESTO



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

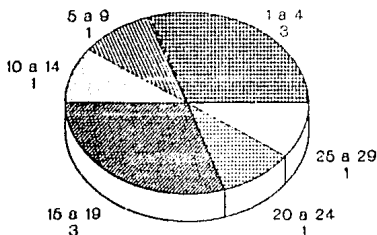
(CUADRO 15 4)

PACIENTES DE SIDA ATENDIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

RANGO	FRECUENCIA	%
DE 1 A 4 PACIENTES	3	30
DE 5 A 9 PACIENTES	1	10
DE 10 A 14 PACIENTES	1	10
DE 15 A 19 PACIENTES	3	30
DE 20 A 24 PACIENTES	1	10
DE 25 A 29 PACIENTES	1	10
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

PACIENTES DE SIDA ATENDIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL



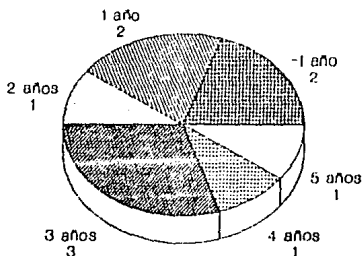
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

ANTIGUEDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA Y SU FAMILIA

RANGO	FRECUENCIA	%
MENOS DE 1 AÑO	2	28
1 AÑO	2	28
2 AÑOS	1	18
3 AÑOS	3	38
4 AÑOS	1	18
5 AÑOS	1	18
T O T A L	18	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ANTIGUEDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA Y SU FAM.



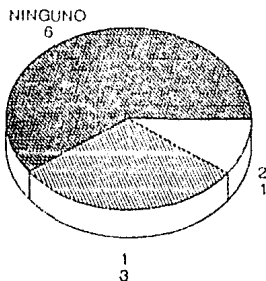
(CUADRO 15 61)

CURSOS DE CAPACITACION SOBRE SIDA RECIBIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
NINGUNO	6	68
1	3	38
2	1	18
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

CURSOS DE CAPACITACION SOBRE SIDA RECIBIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL



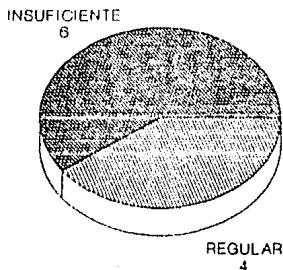
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

NIVEL DE CAPACITACION SOBRE SIDA CONSIDERADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
INSUFICIENTE	6	68
REGULAR	4	48
SUFICIENTE	0	-
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

NIVEL DE CAPACITACION SOBRE SIDA CONSIDERADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL



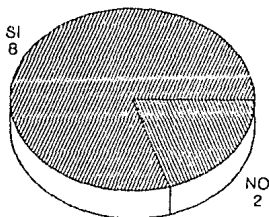
(CUADRO 15 B)

LIBERTAD DE ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION DE CASOS DE SIDA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	8	88
NO	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE".
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LIBERTAD DE ACCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA ATENCION DE CASOS DE SIDA



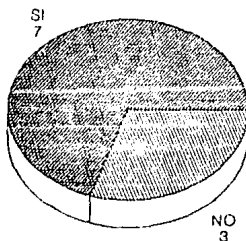
(CUADRO 15 9)

EL TRABAJADOR SOCIAL CONOCE Y TOMA EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DEL CASO

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	7	70
NO	3	30
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

EL TRABAJADOR SOCIAL CONOCE Y TOMA EN CUENTA LOS ANTECEDENTES DEL CASO



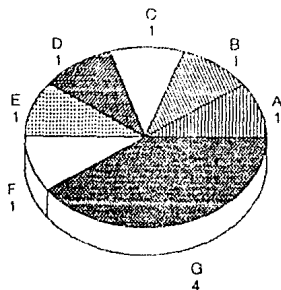
INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

QUE TIPO DE APOYO HA SOLICITADO LA FAMILIA AL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
A) TRAMITES DE ALTA DEL PACIENTE	1	10
B) TRAMITES ADMINISTRATIVOS	1	10
C) ORIENTACION SOBRE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1	10
D) ORIENTACION SOBRE ALIMENTACION Y MEDIDAS HIGIENICAS	1	10
E) TERAPIA DE APOYO	1	10
F) ORIENTACION LABORAL	1	10
G) NINGUNO	4	40
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

QUE TIPO DE APOYO HA SOLICITADO LA FAMILIA AL TRABAJADOR SOCIAL

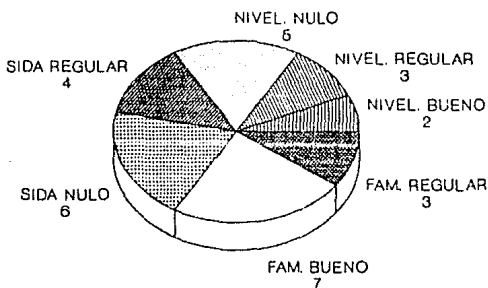


CONOCIMIENTOS SOBRE FAMILIA, NIVELES DE PARTICIPACION EN EL AREA DE LA SALUD Y SIDA, CONSIDERADOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FAMILIA		NIVELES DE PARTICIP.		SIDA	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
BUENO	7	70	2	20	0	-
REGULAR	3	30	3	30	4	40
NULO	0	-	5	50	6	60
TOTAL	10	100	10	100	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

CONOCIMIENTOS SOBRE FAMILIA, NIVELES DE PARTICIPACION Y SIDA CONSIDERA EL T. S.



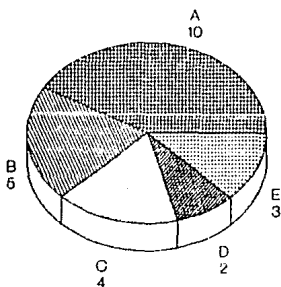
COMO PONEN EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS DE:
FAMILIA, NIVELES DE PARTICIPACION Y SIDA
EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA *	%
A) ESTUDIO SOCIAL	10	100
B) SEGUIMIENTO DE CASO	5	50
C) VISITA DOMICILIARIA	4	40
D) VISITA MULTIDISCIPLINARIA	2	20
E) REUNIONES GRUPALES	3	30

* LOS PONE EN PRACTICA EN DOS O MAS VARIABLES.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

COMO PONE EN PRACTICA LOS CONOCIMIENTOS
DE FAMILIA, NIVELES DE PARTICIP. Y SIDA



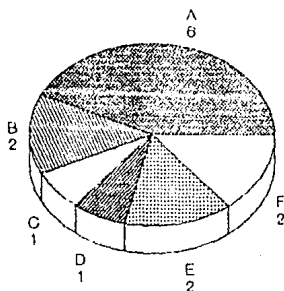
QUE ENTIENDE POR ATENCION PROFESIONAL EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA *	%
A) HACER CONCIENCIAMENTE LAS COSAS	6	60
B) PONER EFORTO Y DEDICACION	2	20
C) TENER OBJETIVIDAD	1	10
D) SER REALISTA	1	10
E) TENER EFICIENCIA Y EFICACIA	2	20
F) TENER HABILIDAD Y DESTREZA	2	20

* SE TOMARON DOS O MAS VARIABLES.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

QUE ENTIENDE POR ATENCION PROFESIONAL EL TRABAJADOR SOCIAL



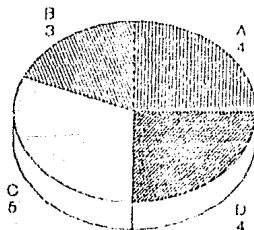
QUE ENTIENDE POR ATENCION HUMANITARIA EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA*	%
A) SER FILANTROPICO	4	40
B) ENTENDER LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE	3	30
C) LLORAR CON EL PACIENTE	5	50
D) ATENDER A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES	4	40

* SE IGNORAN DOS O MAS VARIABLES.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "D^O DE AGUIRRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

QUE ENTIENDE POR ATENCION HUMANITARIA EL TRABAJADOR SOCIAL



(CUADRO TS 15)

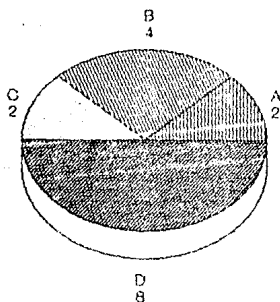
QUE CARACTERISTICAS TIENE UNA ATENCION EFICAZ PARA EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA *	%
A) LOGRAR EL OBJETIVO PROPUESTO	2	28
B) HACER LAS COSAS OPORTUNAMENTE	4	48
C) NO COMETER HERRORES	2	28
D) TERMINAR A TIEMPO LAS COSAS	8	68

* SE INDICARON DOS O MAS VARIABLES.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

QUE CARACTERISTICAS TIENE UNA ATENCION EFICAZ PARA EL TRABAJADOR SOCIAL



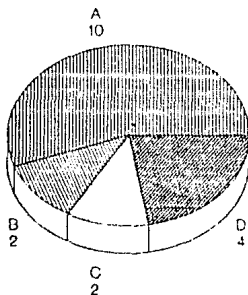
QUE ENTIENDE POR ATENCION GENEROSA EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA *	%
A) SENTIR COMPASION POR EL PACIENTE	10	100
B) SER FILANTROPICO	2	20
C) HACER LAS COSAS DESINTERESADA- MENTE	2	20
D) SER ESPLENDIDO	4	40

* SE INDICARON DOS O MAS VARIABLES.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE".
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

QUE ENTIENDE POR ATENCION GENEROSA EL TRABAJADOR SOCIAL



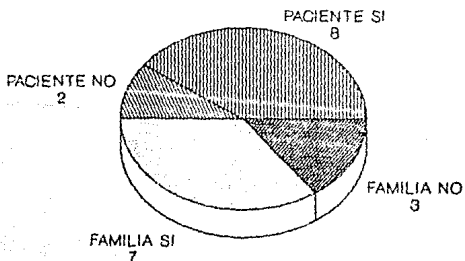
(CUADRO TS 17)

EN LA ATENCION A PACIENTES Y A LA FAMILIA,
EL TRABAJADOR SOCIAL TIENE PRESENTE LO PROFESIONAL,
HUMANITARIO, EFICAZ Y GENEROSO

VARIABLE	PACIENTE		FAMILIA	
	FREC.	%	FREC.	%
SI	8	80	7	70
NO	2	20	3	30
TOTAL	10	100	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

EN LA ATENCION A PACIENTES Y FAM. EL
TRABAJADOR SOCIAL TIENE PRESENTE



(CUADRO 15 18)

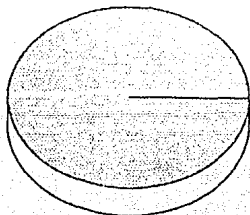
NIVEL DE ATENCION MEDICA EN QUE UBICA LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
PRIMER NIVEL	-	-
SEGUNDO NIVEL	-	-
TERCER NIVEL	18	100
T O T A L	18	100

FUENTE: INVESTIGACION FERTILIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

NIVEL DE ATENCION MEDICA EN QUE UBICA LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL T. S.

TERCER NIVEL
10

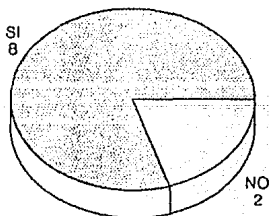


TRABAJADORES SOCIALES QUE LES AGRADA EL TRABAJO CON PACIENTES DE SIDA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	8	88
NO	2	28
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

TRABAJADORES SOCIALES QUE LES AGRADA EL TRABAJO CON PACIENTES CON SIDA

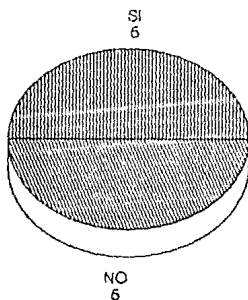


TRABAJADORES SOCIALES QUE SE SIENTEN SATISFECHOS POR SU INTERVENCION CON PACIENTES DE SIDA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	5	50
NO	5	50
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

TRABAJADORES SOCIALES QUE SE SIENTEN SATISFECHOS POR SU INTERVENCION



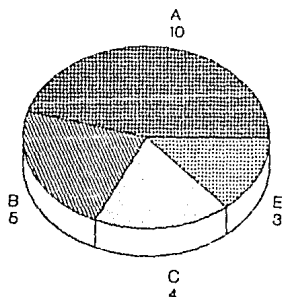
INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PACIENTES DE SIDA

VARIABLE	FRECUENCIA*	%
A) EN LA UNIDAD	18	100
B) FUERA DE LA UNIDAD	5	58
C) AMBAS	4	48
D) NINGUNA	8	-
E) OTRA	3	38

* LA INTERVENCION ES EN LA UNIDAD Y OTRAS.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL CON PACIENTES DE SIDA

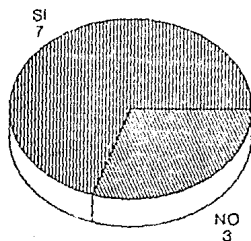


CONSIDERA QUE EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE INFLUYO EN LA RELACION FAMILIAR

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	7	78
NO	3	30
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

CONSIDERA QUE EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE INFLUYO EN LA RELACION FAMILIAR



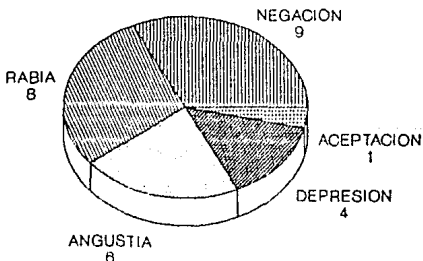
ACTITUD DE LA FAMILIA AL CONOCER EL DIAGNOSTICO DE SIDA QUE OBSERVA EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA ^a	%
A) NEGACION	9	90
B) RABIA	8	80
C) ANGUSTIA	6	60
D) DEPRESION	4	40
E) ACEPTACION	1	10

^a SE OBSERVARON DOS O MAS ACTITUDES.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ACTITUD QUE OBSERVA EL T. S. DE LA FAMILIA AL CONOCER EL DIAGNOSTICO



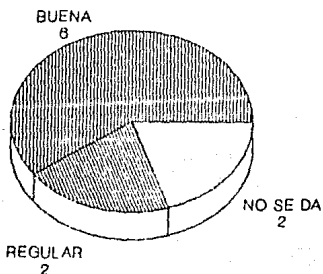
(CUADRO TS 24)

LA COMUNICACION ENTRE LOS FAMILIARES SEGUN EL TRABAJADOR SOCIAL ES

VARIABLE	FRECUENCIA	%
BUENA	6	60
REGULAR	2	20
NO SE DA	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LA COMUNICACION ENTRE LOS FAMILIARES SEGUN EL TRABAJADOR SOCIAL ES



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

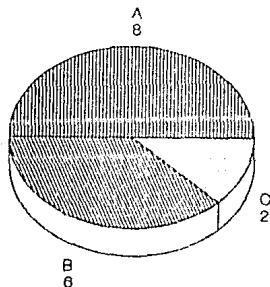
ALTERNATIVAS QUE CONSIDERA EL TRABAJADOR SOCIAL PARA MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA Y A SU FAMILIA

VARIABLE	FRECUENCIA *	%
A) TENER INTERCAMBIO DE INFORMACION AL INTERIOR DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	8	88
B) SER PROFESIONAL EN LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA	6	68
C) INTERVENIR ADECUADAMENTE EN SITUACIONES DE CRISIS CON LOS PACIENTES CON SIDA	2	28

* CONSIDERARON MAS DE UNA ALTERNATIVA

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ALTERNATIVAS QUE CONSIDERA EL T. S. PARA MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES CON SIDA

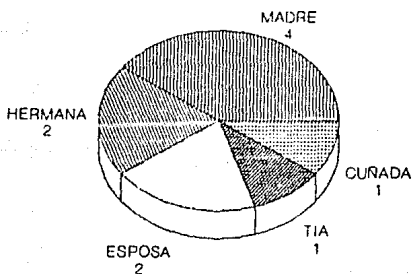


PARENTESCO CON EL PACIENTE

PARENTESCO	FRECUENCIA	%
MADRE	4	48
HERMANA	2	28
ESPOSA	2	28
TIA	1	18
CUÑADA	1	18
TOTAL	18	188

FUENTE: INVESTIGACIÓN REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1970 - ABRIL 1971.

PARENTESCO CON EL PACIENTE



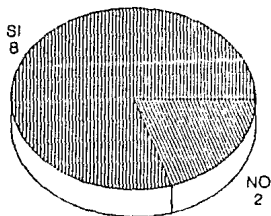
(CUADRO F 2)

LA FAMILIA HA RECIBIDO ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	8	88
NO	2	28
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "28 DE NOVIEMBRE".
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LA FAMILIA HA RECIBIDO ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL



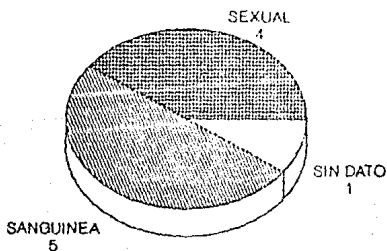
(CUADRO F 3)

CONOCE LA CAUSA DE CONTAGIO DEL PACIENTE

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SEXUAL	4	40
SANGUINEA	5	50
SIN DATO	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

CONOCE LA CAUSA DE CONTAGIO DEL PACIENTE



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 EN E 91

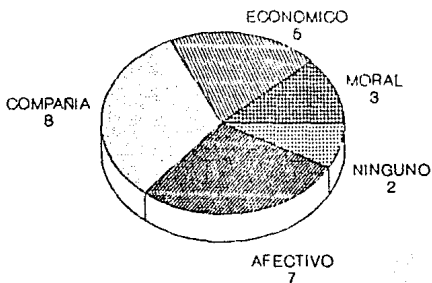
(CUADRO F 4)

LA FAMILIA HA BRINDADO ALGUN TIPO DE APOYO AL PACIENTE

VARIABLE	FRECUENCIA	%
MORAL	3	30
ECONOMICO	5	50
COMPANIA	8	80
APECTIVO	7	70
NINGUNO	2	20
TOTAL	18	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LA FAMILIA HA BRINDADO ALGUN TIPO DE APOYO AL PACIENTE



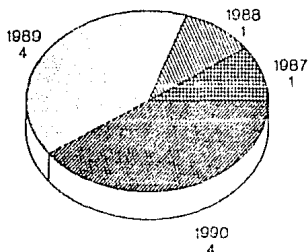
(CUADRO 15)

CUANDO SE ENTERO DEL DIAGNOSTICO DE SIDA DEL PACIENTE

AÑO	FRECUENCIA	%
1987	1	18
1988	1	18
1989	4	43
1990	4	43
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

CUANDO SE ENTERO DEL DIAGNOSTICO DE SIDA DEL PACIENTE



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

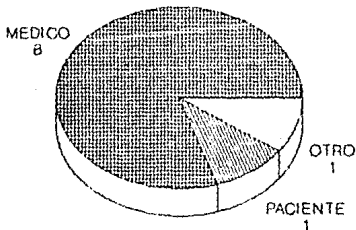
(CUADRO I 6)

QUIEN INFORMO A LA FAMILIA EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE

PERSONAL	FRECUENCIA	%
MEDICO	8	88
PACIENTE	1	18
OTRO	1	18
TOTAL	18	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

QUIEN INFORMO A LA FAMILIA EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE



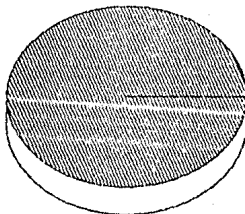
COMO ES LA RELACION DE LA FAMILIA CON EL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
DIRECTA	10	100
SUPERFICIAL	0	-
NULA	0	-
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
SEPTIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

COMO ES LA RELACION DE LA FAMILIA CON EL TRABAJADOR SOCIAL

DIRECTA
10



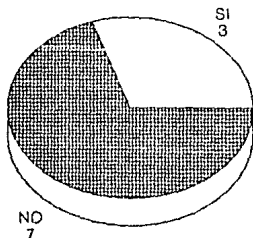
(CUADRO F 8)

EL TRABAJADOR SOCIAL HA ORIENTADO SOBRE EL DESARROLLO Y PERSONALIDAD DE LA FAMILIA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	3	38
NO	7	78
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE".
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

EL TRABAJADOR SOCIAL HA ORIENTADO SOBRE EL DESARROLLO Y PERSONALIDAD DE LA FAMILIA



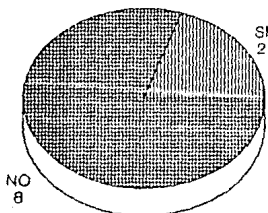
(CUADRO F 9)

LA FAMILIA CONSIDERA PROFESIONAL LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	2	20
NO	8	80
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LA FAMILIA CONSIDERA PROFESIONAL LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

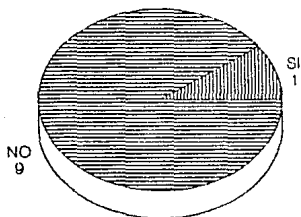
(CUADRO F 10)

LA FAMILIA CONSIDERA HUMANITARIA LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	1	10
NO	9	90
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LA FAMILIA CONSIDERA HUMANITARIA LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

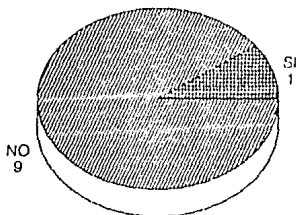
(CUADRO F 11)

LA FAMILIA CONSIDERA EFICAZ LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	1	10
NO	9	90
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE".
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LA FAMILIA CONSIDERA EFICAZ LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

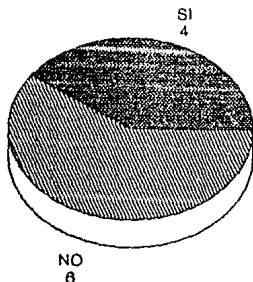
(CUADRO F 12)

LA FAMILIA CONSIDERA GENEROSA LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	4	48
NO	6	68
TOTAL	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LA FAMILIA CONSIDERA GENEROSA LA ATENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL



INV. HOSP. "20 DE NOV." DIC 90 ENE 91

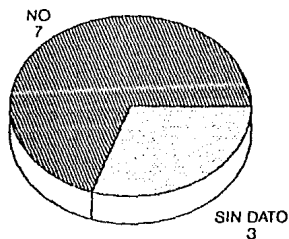
(CUADRO F 13)

EL TRABAJADOR SOCIAL DEDICA MAS TIEMPO A OTROS PACIENTES CON EL MISMO DIAGNOSTICO QUE AL SUYO

VARIABLE	FRECUENCIA	%
SI	-	-
NO	7	78
SIN DATO	3	38
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

EL TRABAJADOR SOCIAL DEDICA MAS TIEMPO A OTROS PACIENTES QUE AL SUYO



INV. HOSP. "20 DE NOV" DIC 90 ENE 91

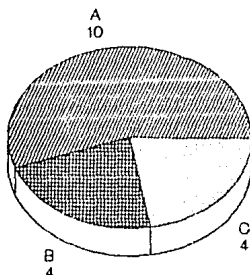
(CUADRO F 14)

LUGAR DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LA FAMILIA

VARIABLE	FRECUENCIA	%
A) EN LA UNIDAD	10	100
B) FUERA DE LA UNIDAD	4	40
C) AMBAS	4	40
D) NINGUNA	-	-

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE".
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

LUGAR DE INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LA FAMILIA

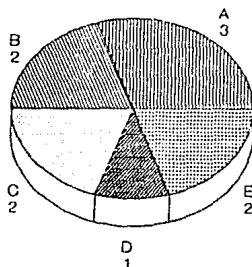


COMO REPERCUTIO EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EN LA RELACION FAMILIAR

VARIABLE	FRECUENCIA	%
A) DESDUILIBIO FAMILIAR	3	30
B) APOYO INCONDICIONAL	2	20
C) RECHAZO	2	20
D) DESINTEGRACION	1	10
E) ACERCAMIENTO	2	20
T O T A L	10	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

COMO REPERCUTIO EL DIAGNOSTICO EN LA RELACION FAMILIAR



(CUADRO 7 16)

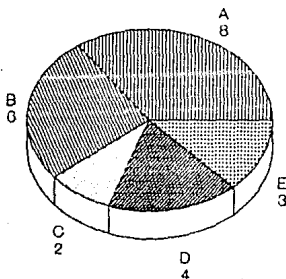
ACTITUDES MANIFESTADAS POR LOS FAMILIARES AL CONOCER EL DIAGNOSTICO

VARIABLE	FRECUENCIA*	%
A) ASOMBRO	8	80
B) ADEGACION	6	60
C) RUPTURA DE LA COMUNIC.	2	20
D) DESCONCIERTO	4	40
E) FRUSTRACION	3	30

* PUEDEN SER DOS O MAS VARIABLES

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

ACTITUDES MANIFESTADAS POR LOS FAMILIARES AL CONOCER EL DIAGNOSTICO



(CUADRO 7 17)

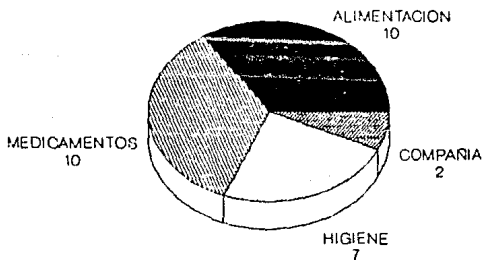
INDICACIONES SOBRESALIENTES QUE LA FAMILIA CONSIDERA MAS IMPORTANTES HACIA EL PACIENTE

VARIABLE	FRECUENCIA*	%
ALIMENTACION	18	100
MEDICAMENTOS	18	100
HIGIENE	7	78
COMPANIA	2	28

* SE CONSIDERARON MAS DE DOS INDICACIONES SOBRESALIENTES

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE",
DICIEMBRE 1990 - ENERO 1991.

INDICACIONES SOBRESALIENTES QUE LA FAMILIA CONSIDERA MAS IMPORTANTES



BIBLIOGRAFIA

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

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA.
"AGENDA ESTADISTICA 1986" México 1986.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA. SECRETARIA DE PROGRAMACION
Y PRESUPUESTO. CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA 1980.
México 1980.

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. Organo del Gobierno
Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos (22 de mayo
de 1986 y 27 de mayo de 1987).

ORTEGA GARCIA, Laura. EL TRABAJADOR SOCIAL. EJE DE MULTIPLES
RELACIONES EN LA INSTITUCION. REVISTA MEXICANA DE TRABAJO
SOCIAL. Vol. 1 No. 2 México 1989.

"INVESTIGACION Y CIENCIA". Edición en Español del Scientific
American. 1988.

"LEY FEDERAL DEL TRABAJO".

"LEY FEDERAL DEL TRABAJO BUROCRATICO".

ESTADO DE MEXICO. MODELO DE ATENCION A LA SALUD DE LA
POBLACION ABIERTA. MEXICO 1986.

"MUNDO CIENTIFICO". No. 63 Vol. 6. Edición en Español. 1988.

"NUEVA LEY DEL SEGURO SOCIAL".

PODER EJECUTIVO FEDERAL. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-
1988. México 1983.

SECRETARIA DE SALUD. PROGRAMA DE DESCENTRALIZACION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD. Documentos Operativos No. 1 Modelos de
atención a la salud a población abierta. Subsecretaría de
Planeación. México 1989.

PODER EJECUTIVO FEDERAL. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-
1988. México 1984.

SUBSECRETARIA DE PLANEACION, DIRECCION DE EVALUACION
OPERACIONAL. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA
SALUD. México 1978.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - ORGANIZACION PANAMERICANA
DE SALUD. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. ESTRATEGIAS,
DOCUMENTO OFICIAL NO 173. Washington, D. C. 1980.

CONASIDA. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. Boletín Mensual Número 6 Junio 1990. México 1990.

APODACA RANGEL, Ma. de Lourdes. APUNTES DE METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION. México 1984. Ed. ENTS-UNAM.

CASTELLAN, Yvonne. LA FAMILIA. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1985.

DANIEL'S, Victor. SIDA MANUAL MODERNO. 2da Edición. México 1988.

ESPINOZA MORENO, Ma. Teresa. LA PARTICIPACION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CENTRO DE INFORMACION SOBRE SIDA. Ed. ENTS-UNAM. México 1989.

ESTRADA, Lauro. EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA. Ed. Posada. México 1987.

GONZALEZ SALAZAR, Gloria. ASPECTOS RECIENTES DEL DESARROLLO SOCIAL DE MEXICO. Ed. UNAM. México 1983

HALEY, Jay. TERAPIA NO CONVENCIONAL. Ed. Amorrortu. Buenos Aires 1986.

HOGARTH, James. GLOSARIO DE ATENCION MEDICA. OMS. COPENHAGE. 1985.

KISNERMAN, Natalio. SALUD PUBLICA Y TRABAJO SOCIAL. Ed. Humanitas. Buenos Aires 1984.

MANN, J. M. Chin. EPIDEMIOLOGIA INTENACIONAL DEL SIDA. Ed. Ciencia y Desarrollo. E.E.U.U. 1988.

MARTINEZ GONZALEZ, Rosario. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE TRABAJO SOCIAL PARA LA CAPACITACION DE PACIENTES CON SIDA EN EL SECTOR SALUD. Ed. ENTS-UNAM. México 1989.

MARVIN K. Opler. TERAPIA FAMILIAR Y FAMILIAS EN CONFLICTO. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1985.

PARDINAS, Felipe. METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES. Ed. Siglo XXI. México 1982.

SAGER, J. Clifford. EL CONTRATO MATRIMONIAL. Proceso Familiar. Nueva York 1971.

SOBERON, Guillermo. LA SALUD EN MEXICO: TESTIMONIOS 1988. TOMO II Coedición de la Secretaría de Salud y el Fondo de Cultura Económica. México 1988.

ROJAS SORIANO, Raúl. GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES. Ed. UNAM. México 1982.

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL. PROPUESTA DE ESPECIALIZACION DE TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD. ENTS-UNAM. México 1987.

WATZLAWICK, Beavin. TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA. Ed. Herder. España 1985.

WILLIAM J. Goodge. METODOS DE INVESTIGACION SOCIAL. Ed. Trillas. México 1979.