

C1521
3
Lej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"PROPUESTA DE UN PROGRAMA
DE ATENCION SOCIAL PARA LAS FAMILIAS
CON LA PROBLEMÁTICA DEL VIH/SIDA,
ATENDIDAS EN LA COORDINACION TECNICA
DE HOGARES SUSTITUTOS. (DIF)"

T E S I S • P R O F E S I O N A L
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO • EN • TRABAJO • SOCIAL
P R E S E N T A N
MA. DE LOS ANGELES GOMEZ ESTRADA
M A Y R A • S O T O • P E R E Z

DIRECTOR DE TESIS
LIC. MONSERRAT GONZALEZ MONTAÑO

ENERO 1999

270838

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

Agradecimientos

María de los Angeles Gómez Estrada

A Dios

*Por haberme dado la vida,
por darme unos padres maravillosos y únicos,
porque siempre estas A mi lado,
guiándome en todos y cada uno de los momentos
buenos y malos de mi vida.
Gracias, porque teniéndote como amigo,
no existe para mí la soledad.*

A mis Padres:

Las personas que más admiro, respeto y quiero, porque con sus consejos, dedicación, apoyo y sacrificios me animaron a seguir adelante.

Ustedes, quienes siempre tienen una palabra de aliento, a veces enérgica y otras tierna y que siempre están dispuestos a escucharme, les agradezco el haberme enseñado que en la vida las cosas no se logran fácilmente, sino que hay que luchar por ellas, haciendo las cosas con fe, entusiasmo y trabajo constante para llegar a las metas que uno desea.

Gracias por todos los bellos y maravillosos momentos que hemos compartido, por ese apoyo que he recibido sincero e incondicional.

y sobre todo gracias por hacer posible la culminación de mis estudios profesionales. Como una herencia insustituible y recuerden que este logro también es suyo.

Para los dos grandes amores que conforman mi familia.

A mis abuelos y a todos mis tíos les agradezco las palabras de aliento y de apoyo desinteresado que me brindaron para la elaboración de este tesis.

A Ti Noé:

Te agradezco infinitamente todo el apoyo y gran amor, confianza y comprensión que me has brindado, pues sinceramente son el obsequio más valioso que me impulsaron a realizar y a culminar una de las metas anheladas.

Quiera que sepas que tu presencia me dio la oportunidad de descubrir y a la vez de enriquecer mi interior, guiando mis pasos de manera que pudiera conocerme, aceptarme y aceptar a los demás.

Gracias por que tu has sabido enseñarme lo bello de contar con una pareja como tú, porque te debo los momentos más felices de mi existencia y por haber hecho de mi vida algo increíble.

Esto es para ti y le doy gracias a Dios por permitirme compartir contigo los buenos y malos momentos de mi profesión.

A Susana, Mi Entrajable Amiga de la Infancia:

Por ser una persona que me permitió conocer mis propias capacidades inyectándole a mi espíritu un deseo de superación de cada una de las etapas de nuestra vida estudiantil, porque recuerda que comenzamos juntas. Gracias por brindarme ese hermoso sentimiento que es la amistad, y que de una u otra manera me ha alentado en esta importante lucha para lograr mi meta.

Te agradezco la oportunidad de saber que nunca estaré sola, porque aún en la distancia siempre podré contar contigo. "Porque la verdadera amistad perdura y se fortalece a través del tiempo y la distancia".

Familias Bisbal Robinat y Villanueva García.

La culminación de este trabajo es resultado del apoyo de innumerables personas que de alguna manera me han dado una mano amiga, compartiendo, tristezas, alegrías, sueños y realidades, es justo precisar mis más sinceros agradecimientos a ustedes que dejaron huella permanente en este trabajo, por enseñarme siempre a ser paciente, a tener fe y esperanza y a no rendirme ante las adversidades que se presentaran.

Gracias por el ejemplo de trabajar con disciplina y con profesionalismo, por todo esto y muchas cosas más... mil gracias.

A Mayra:

*Te agradezco sinceramente toda la ayuda y apoyo para la realización de este trabajo.
Creo que al final valieron la pena tantos sacrificios, para por fin ver concluida una de nuestras metas.
Gracias, y recuerda esto como parte de una gran amistad .*

Mayra Soto Pérez.

A mi mejor amigo: Dios

*Por darme la oportunidad de vivir, sentir, soñar, creer y luchar,
por darme lo mejor (a mi familia).*

Gracias.

*Ahora sólo te pido: "Maestro, ayúdame a nunca buscar ser consolado, sino consolar;
ser entendido, sino entender; ser amado, sino yo amar".*

A Mis Padres

*Ustedes conforman mi existencia, juntos, con amor, hemos vencido cualquier dificultad, me han dado lo
mejor... su vida, en este momento me faltan las palabras y me sobra el sentimiento.*

*Las grandes lecciones de la vida a su lado las he aprendido, me han enseñado a luchar por lo que
verdaderamente se ama.*

*Han cumplido su objetivo, ya que me dieron los elementos necesarios "Para volar con mis propias alas; las
cuales tengo bien sujetas".*

*Asimismo, me han ayudado a comprender que la vida no es algo que se nos da hecho, sino que tenemos que
producir las oportunidades para alcanzar el éxito.*

Papá, gracias por enseñarme a trabajar arduamente.

Mamá, gracias por hacerme fuerte y por predicar con el ejemplo.

A Mis Hermanos:

Arg. Alfredo (Freddy, pa' los cuates)

Cómo poder expresar lo que significas para mí: Eres mi ejemplo, amigo, cómplice, fortaleza y confidente.

Por enseñarme que siempre debo hacer las cosas, no buscando razones para demostrar que no se pueden hacer y porque nunca has dejado de crecer en mí.

Gracias

A Karina:

A tu lado he pasado momentos mágicos, para mí eres fuente de inspiración.

Gracias porque me has enseñado que cada vez que fracaso, debo levantarme con un espíritu de aprendizaje y superación.

A Diego y Adrián:

*No existen metas inalcanzables; Luchen por lo que crecen y crean por lo que luchan.
Sigan siempre adelante.*

A mis Abuelitos:

A Gregorio:

Gracias por estar siempre a mi lado y por considerarme tu nieta consentida.

A Carmelita, Manuel, Lucina, Brigida y Toñita:

En donde quiera que estén quiero que sepan que lo que me enseñaron me ha servido para ser feliz.

A la Familia Villeda Esquivel:

No existe forma de retribuir todo lo que nos dan, su cariño y apoyo incondicional me ha acompañado en todo momento.

Gracias

Arg. De la O y familia:

Por el Don de su amistad y por enseñarnos "Que un saco llevado entre dos, pesa la mitad y que una satisfacción compartida es doble satisfacción".

Gracias

A Edgar:

Contigo aprendí que es posible levantar los ojos de la tierra, elevar el espíritu y soñar con lo imposible.

Por enseñarme que el optimista es aquél que a pesar de los obstáculos, lucha por ser feliz.

Por compartir tu espacio y tu tiempo conmigo.

Gracias

A Angeles:

Gracias por el apoyo y el entusiasmo para que este trabajo sea un Éxito.

A Oscar H., Diana C., A. Galindo, Paty M. y Letty O.:

Gracias por enseñarme que el verdadero hogar se encuentra en el corazón.

Agradecemos al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en especial a:

Dr. Ricardo Camacho Sanciprian, Profra. Teresa B. Olguin Segovia, Lic: Alicia Sánchez De Tagle García, Lic. Ma. del Carmen Hinojosa Quintana, D.G. Raúl Baltazar García, gracias por todas sus atenciones.

A Liliana, Silvana, Liz, Rocio Salazar, Lalo, Barrientos, Blanca, Virginia, Maribel, Esther, Luis y Magda, Compañeros y amigos de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos.

Nuestro Reconocimiento se hace extensivo a la Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM)

A la Lic. Monserrat B. González Montaño:

Gracias por el tiempo y conocimientos que compartió con nosotras.

A los Sinodales

Lic. Bertha Mary Rodríguez Villa.

Lic. Francisco Calzada Lemus.

Lic. Pedro Hernández González.

Lic. Sandra Luna Sandoval.

Gracias por todos los conocimientos que nos transmitieron

A la Lic. Claudia Anzures Mosqueda

Gracias por su invaluable apoyo.

Con Cariño, Admiración y Respeto

María de los Angeles y Maira

FALTA PAGINA

No. **1**

INDICE

PAGINA.

INTRODUCCION 5

CAPITULO I

LA COORDINACION TECNICA DE HOGARES SUSTITUTOS
DENTRO DE LA DIRECCION DE REHABILITACION Y
ASISTENCIA SOCIAL (DIF)..... 13

1.1 Antecedentes 13

1.2 Estructura Orgánica del Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia 20

1.3 La Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos y Trabajo Social
Asistencial 21

1.4 Programa de Hogares Especiales por VIH/SIDA 31

CAPITULO II

PRINCIPALES CONSIDERACIONES RELATIVAS AL SIDA
Y LA FAMILIA. 34

2.1 Conceptualización de la Familia 34

2.2 Contextualización de la Familia en México 35

2.3 La Familia con la Problemática del SIDA 42

CAPITULO III

PERFIL DE LAS FAMILIAS CON LA PROBLEMATICA DEL VIH/SIDA EN LA COORDINACION TECNICA DE HOGARES SUSTITUTOS	48
3.1 Características Generales	51
3.2 Familiares	57
3.3 Sociales	61
3.4 Económicas	66
3.5 Salud	69

CAPITULO IV

ANALISIS DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL.....	73
4.1 Perfil Profesional del Trabajador Social en torno al SIDA	75
4.2. Objetivos del Trabajador Social ante el SIDA	77
4.3. Intervención Profesional en torno al SIDA	78

CAPITULO V

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCION SOCIAL PARA LAS FAMILIAS QUE SOLICITAN APOYO EN LA COORDINACION TECNICA DE HOGARES SUSTITUTOS Y QUE PRESENTAN LA PROBLEMATICA DEL VIH/SIDA.....	80
CONCLUSIONES	94
GLOSARIO.....	99

BIBLIOGRAFIA	102
--------------------	-----

ANEXOS

Anexo 1. Guía de Entrevista	109
Anexo 2. Directorio Institucional	110
Anexo 3. Derechos Humanos de los Portadores de VIH/SIDA	112

INTRODUCCION

En el México de hoy, el peso de fenómenos como la pobreza, el desempleo, la reducción del ingreso familiar, la violencia, los problemas de salud como el VIH/SIDA y otros factores adversos, se agudizan para los estratos más marginados de la sociedad.

Ante esta realidad innegable, la Asistencia Social, pieza medular de una política social que promueva el desarrollo integral, está obligada a dar respuestas más rápidas y adecuadas en favor de los grupos que por su estado de marginación extrema no están en situación de esperar a que las políticas de desarrollo se traduzcan en mejores condiciones de vida. Es decir, la Asistencia Social en México debe ir a la par con el desarrollo de nuevas pautas y comportamientos sociales, así como los nuevos retos como los que plantea el SIDA en saberes y prácticas.

Se ha hecho evidente la necesidad de replantear la función de la Asistencia Social, fortalecer sus estructuras y servicios a través de un sólido sistema en el que se articulen y complementen las diferentes instituciones de origen público, privado y social en favor de los portadores de VIH debido a que ésta pandemia continúa incrementándose con la existencia de subepidemias que se dan de forma distinta dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados por lo que se evidencian entre los sectores diferencias abismales. Aunque de manera general se dice que:

“Las tendencias actuales del SIDA en México son:

- a) Disminución de los casos por transmisión sanguínea,
- b) Aumento progresivo de los casos secundarios a transmisión heterosexual, con un incremento concomitante en el número de mujeres y niños infectados, y
- c) Ruralización del problema”. (*)

Se acentúa que la pandemia ha afectado a mujeres heterosexuales, porque hace seis años eran muy pocas las mujeres infectadas, ahora cada día son más.

(*) *Excelsior. Suplemento Salud "Inmunología". Edición bimestral. 28 de Abril de 1998. p.3.*

Elas contraen la enfermedad de sus parejas y pueden transmitirla a personas sanas. El caso de los adolescentes es también preocupante. Los adolescentes están considerados como grupos con prácticas de riesgo, ya que tienden a tener más relaciones sexuales sin protección, mayor número de parejas sexuales en menor tiempo, y son más propensos a experimentar el uso de drogas.

“A la fecha se calcula que existen más de 40.000 casos de SIDA en México y más de 120.000 infectados por VIH” (**)

Justificación.

El presente trabajo tiene por finalidad ofrecer un enfoque más humano, considerando al individuo (portador del VIH) dentro de un contexto cultural, económico, social y familiar específico.

El SIDA a más de una década de su aparición en México, representa un problema de salud pública de amplias dimensiones.

Hoy día podemos afirmar que el SIDA reúne todos los aspectos para ser considerado una enfermedad integral; hasta ahora incurable “su principal vía de transmisión se da en el ámbito de las actividades de la vida sexual, diseminándose en todos los grupos sin importar sexo, clase social, edad y preferencia sexual”(***); ante ésta situación las reacciones han sido múltiples y dependen en parte de la actitud de cada sociedad ante la sexualidad y los problemas sociales previamente existentes, agudizados por las necesidades, económicas, sociales y familiares de los portadores, sin tomar en cuenta el grupo al que pertenezcan, ya que cada uno presenta particularidades diferentes.

Uno de los efectos más graves que se presentan con esta pandemia, es la exclusión tanto de quien padece la enfermedad como de su familia por parte de algunos sectores de la sociedad.

(**) *Excelsior. Suplemento Salud “Fonsida” Edición Mensual. 9 de marzo de 1998 p.14.*

(***) *CONASIDA. Boletín informativo “Sólo para mujeres” S.S.A. México, 1997.*

El Trabajador Social al intervenir en la dinámica familiar, realiza funciones de: educación, investigación y asistencia social ante la problemática tan compleja por la que atraviesa este tipo de familia, ya que presenta aspectos de índole social como pueden ser los culturales, laborales, económicos e incluso se enfrenta a la violación de sus derechos humanos.

Se considera que la familia es fundamental dentro del proceso de sensibilización y aceptación del individuo portador de VIH/SIDA hacia la propia enfermedad y sus consecuencias. Entre éstas destaca “el impacto del SIDA a la familia, que implica reducción de la calidad de vida, dolor emocional, incapacidad, estigmatización. Así como graves repercusiones en la economía de la misma por los gastos médicos, que serán cada vez mayores en la medida que avanza la enfermedad” (****)

La intervención profesional en el tratamiento a la familia, se justifica no sólo por el apoyo que se supone que debe dar en el cuidado del enfermo, sino también para facilitar los procesos adaptativos a la situación, de forma que sea aceptada la pérdida de un ser querido y permita la reestructuración del “Modus Vivendi”, lo que implica un cambio de hábitos y actitudes del grupo familiar al final del proceso de intervención.

Dentro de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, la labor que realiza el Trabajador Social se ha ido modificando a fin de proporcionar una atención más integral, ya que anteriormente no se vinculaba la enfermedad con el ambiente social; provocando un conflicto en el núcleo familiar y por ende no se daba atención adecuada al portador de VIH.

Planteamiento del Problema.

Numerosas investigaciones se han enfocado al estudio del SIDA, arrojando a la opinión pública datos sobre sus causas y consecuencias aunque se desconocen sus orígenes primarios. Sobre todo se ha profundizado en la identificación de la enfermedad a nivel médico y clínico dejando a un lado el aspecto familiar y social.

“La familia es generalmente excluida por el ambiente social que la rodea, las causas principales: el temor y los prejuicios moralistas como resultado de la ignorancia y la falta de información sobre esta enfermedad” (*****).

Por lo anterior se postula la premisa que señala que el SIDA pone en crisis al sistema familiar ya que éste se enfrenta a una situación para la cual no estaba preparado, lo que pone en riesgo la integridad y subsistencia de este grupo social.

Generalmente se piensa que el SIDA solamente pertenece a los grupos estigmatizados socialmente, como los de: drogadictos, prostitutas, homosexuales y bisexuales, es decir, que el significado social comúnmente dado a esta enfermedad es que es un “castigo” por violación a las normas, de allí el rechazo de la enfermedad o de aquellos que la portan. En función de ello se considera que el impacto del SIDA en la familia de aquellos portadores no empieza con la muerte del ser querido sino con la infección del VIH y las subsecuentes enfermedades; teniendo repercusión sobre el funcionamiento familiar en el ámbito emocional y/o social.

No se puede descontextualizar a los individuos de su ambiente social ya que, tanto aquellos que pertenecen a grupos con prácticas de alto riesgo, como los que se encuentran en grupos con menor probabilidad de contraer esta enfermedad, son seres humanos que forman parte de un grupo social específico.

Las características socioculturales del grupo al que pertenecen puede facilitar o dificultar la comunicación y la interacción entre los miembros de la familia.

Cabe señalar que hoy en día no es posible hablar de un tipo único de familia.

En el amplio mosaico socioeconómico del país, la estructura familiar tiene infinitos matices y ha tomado muy diversas formas. Sin embargo, sea cual sea su conformación, la familia constituye, salvo casos excepcionales, el sitio más apropiado para combatir los efectos del SIDA.

(****) GATELL ARTIGAS, J.M. Salas y otros. “Guía práctica del SIDA”. 2ª edición. Edit Científicas y Técnicas Salvat Barcelona, 1992. p.20.
(*****). Idem, p.6.

El presente estudio se efectuó en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, que apartir de 1994 ha incluido a individuos y/o familias portadoras de VIH/SIDA, población sujeto de la asistencia social.

Cabe señalar que en dicha Coordinación la demanda de servicios asistenciales para estas familias rebasó los recursos humanos, financieros y materiales de que dispone; así como **la falta de un programa específico para la atención integral que requieren.**

La población que constituye el universo de trabajo asciende a 42 familias, en las que existe por lo menos un portador de VIH, las cuales se registraron hasta abril de 1998, estando ubicadas geográficamente en el Distrito Federal.

La investigación tiene por finalidad ofrecer una propuesta de un programa de atención social del SIDA, considerando al individuo portador dentro de un contexto familiar, social, cultural y económico específico, en una sociedad históricamente determinada, y visualizando al SIDA como un problema de salud pública de amplias dimensiones, ya que no basta con conocer los aspectos biológicos del SIDA.

La propuesta es resultado de la construcción del perfil sociofamiliar de los portadores de VIH/SIDA; y del análisis de las funciones y del programa operativo de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos.

Objetivos de la Investigación.

General:

Proponer un Programa de Atención Social Integral que tome como base el perfil sociofamiliar de los portadores de VIH/SIDA de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos.

Específicos:

a) Conocer las estrategias de atención social de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos hacia las familias con la problemática del SIDA.

b) Conocer la dinámica familiar específica en donde algún miembro es portador de SIDA.

c) Detectar los aspectos comunes en las familias afectadas por el SIDA, a fin de brindarles una atención integral.

d) Identificar las causas sociales que originan que el individuo portador de SIDA y su familia se excluyan del entorno social que les rodea.

e) Analizar los efectos sociales que genera el SIDA en dichas familias.

Hipótesis.

A.- El conocimiento de la relación FAMILIA - SIDA brindará elementos que mejoren la atención social de los portadores en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos.

Variable Independiente: relación FAMILIA - SIDA.

Variable Dependiente: atención social de los portadores.

B.- La falta de un programa específico de atención hacia el portador de VIH que sustente la intervención del Trabajador Social limita la función asistencial ante esta problemática dentro del marco institucional.

Variable Independiente: programa específico de atención hacia el portador de VIH.

Variable Dependiente: función asistencial ante esta problemática.

C.- La intervención del Trabajador Social en la dinámica familiar con VIH/SIDA permitirá la adaptación del núcleo ante los efectos sociales de la enfermedad.

Variable Independiente: intervención del Trabajador Social.

Variable Dependiente: adaptación del núcleo ante los efectos sociales de la enfermedad.

Metodología.

El perfil familiar es resultado de la investigación realizada con las 42 familias portadoras de VIH/SIDA, que son atendidas en la Coordinación.

El método utilizado fue el inductivo, ya que se partió de premisas particulares llegando a hechos generales, lo que condujo a un nivel de investigación exploratorio/descriptivo debido a que:

- brindó un panorama preciso de la problemática estudiada,
- facilitó el conocimiento de las variables asociadas, y
- permitió la jerarquización de problemas.

Todo lo anterior se fundamentó en la investigación bibliográfica, documental y de campo.

Cualitativamente se consideraron tres testimoniales de los portadores de VIH, seleccionados de manera biologicista, es decir, en función del tipo de transmisión de esta pandemia.

Cuantitativamente se hizo uso de una guía de entrevista la cual arrojó datos a manera de cifras y porcentajes, que se plasmaron en los 14 cuadros incluidos.

Las técnicas utilizadas fueron: de análisis, de sistematización, de programación, la observación y la entrevista.

Los instrumentos de apoyo fueron: guía de entrevista, guía de observación, cuaderno de notas, diario de campo, expedientes, registros y matrices.

El texto se encuentra conformado en cinco capítulos, en el **primer capítulo** se ubica a la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos dentro del marco institucional del Sistema Nacional DIF, así como las generalidades del programa operativo de Hogares por VIH con la finalidad de conocer las funciones y actividades que realiza el Trabajador Social, en torno a la problemática del SIDA desde una perspectiva de la Asistencia Social.

En el **segundo capítulo** se contempla la conceptualización y contextualización de la Familia y el SIDA, ya que esta enfermedad crea una

dinámica familiar específica, con la agudización de problemas sociales previamente existentes.

En el **tercer capítulo**, se refiere al perfil sociofamiliar de las 42 familias atendidas por la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos: evidenciando el papel que juega la educación sobre el SIDA en la familia. Los resultados se presentan de manera cuantitativa y cualitativa a través de cifras, porcentajes y testimonios representativos que evidencian las diferencias y aspectos en común en las dinámicas familiares específicas, en función de la vía de transmisión del VIH hacia el interior de la familia.

En el **cuarto capítulo** se realiza un análisis de la intervención del Trabajador Social en torno a esta problemática; tomando como base la interrelación de lo teórico y lo práctico. Así como el perfil profesional idóneo para manejar de manera integral a la familia con uno o más miembros portadores de VIH.

El **quinto capítulo** es una propuesta de un Programa de Atención Social hacia el núcleo familiar ante los efectos que genera el VIH/SIDA, ya que en la Coordinación no se cuenta con un programa de trabajo específico, es decir, la propuesta se plantea en un programa con un carácter integral.

CAPITULO 1

LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE HOGARES SUSTITUTOS DENTRO DE LA DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL (DIF).

1.1 Antecedentes.

El Estado esté comprometido a proporcionar en forma sistemática servicios de Asistencia Social y a normar , promover y coordinar los que le brinden los sectores social y privado.

El 31 de enero de 1961 , se crea por decreto presidencial un organismo público descentralizado , denominado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) , para responder a la creciente demanda de los servicios otorgados por la Asociación de Protección a la Infancia A.C., con personalidad jurídica y patrimonios propios , con la finalidad de prestar servicios asistenciales.

En julio de 1970 , se constituye un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Atención a la Niñez (IMAN) a fin de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y explotación de los menores.

Mediante decreto presidencial el 10 enero de 1977 se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) , con la fusión del INPI y del IMAN que tenían objetivos comunes , por lo que se estimó que sus programas se realizaran sin duplicidades ni interferencias a través de un sólo Organismo, procurando el desarrollo efectivo de la niñez, y llevando a cabo labores de promoción del bienestar social en los aspectos culturales , nutricionales , de atención médica , económicos y sociales.

La estructura de esta institución permanece así hasta el 20 de diciembre de 1982 que se modifica la estructura orgánica y funcional , incorporándole los servicios de Asistencia Social y Rehabilitación de carácter no hospitalario.

El Sistema Nacional DIF es conceptualizado como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios y tiene como objetivo: **“la promoción de la asistencia social , la prestación de servicios en ese campo , la promoción de la interrelación sistemática de acciones que en esa materia lleven a cabo las Instituciones Públicas , así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables”**(1)

Al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia corresponde la ejecución de las políticas gubernamentales de asistencia social, a través de programas específicos dirigidos a la población marginada , con la finalidad primordial de promover el bienestar de la sociedad a través de una acción educativa.

Estos programas se aglutinan en torno a cinco políticas institucionales:

- a) Mejoramiento del estado de nutrición.
- b) Asistencia a discapacitados.
- c) Promoción del desarrollo familiar y comunitario.
- d) Protección y asistencia a la población en desamparo.
- e) Promoción y defensa de los derechos del menor , la mujer y la familia.

El enfoque actual de la asistencia social pretende descartar la tendencia paternalista con la intención de que los beneficiarios sean corresponsables de su propio desarrollo , articulando y complementando las tareas que realizan las instituciones de origen público y privado.

Por ello es necesario reflexionar sobre el estado vigente de la asistencia social en nuestro país, valorar sus debilidades pero también sus potencialidades, con el fin de fortalecerla mediante la creación de condiciones que le permitan dar respuestas a las necesidades de amplios sectores, cuya desventaja se traduce en la pérdida o restricción de los derechos de la mayoría de las personas que son sujetos de asistencia social.

Ante esta situación es importante equilibrar oportunidades para la integración social y productiva real de nuestra sociedad , para lo cual se hace necesario promover en el interior de las familias y de la sociedad sus derechos

(1) DIF "Estatuto Orgánico", 30 de junio de 1986. Diario Oficial. Cap. 1 Art. 1º p 5

y acciones afirmativas para el fortalecimiento de aquellos valores que sustentan una vida democrática: respeto, tolerancia, solidaridad y protección a los grupos más vulnerables como es la población que nos ocupa en la presente investigación.

La demanda de asistencia social ha tomado distintos matices, de hecho la vulnerabilidad tiene en la actualidad formas, ni siquiera imaginadas hace 4 ó 5 décadas, tal es el caso del impacto social provocado por el VIH/SIDA en nuestro país.

1.2 Estructura Orgánica del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

A continuación se desglosará dicha estructura, teniendo como base al Artículo 3o. del Estatuto Orgánico del DIF, de fecha 11 de abril de 1989.

* Patronato: que de acuerdo al Art. 6° de dicho estatuto plantea que: el patronato estará integrado por 11 miembros designados y removidos por el Presidente de la República, con competencia en el desarrollo de planes de trabajo, presupuestos, informes y estados financieros.

Desde 1995 son miembros representantes del sector empresarial, de los medios de comunicación, de ámbito intelectual y de investigación, del campo de la medicina y de las principales corrientes políticas representadas por el poder legislativo.

* Junta de Gobierno: esta se fundamenta en los artículos 8° y 12° de dicho estatuto y tiene competencia en la representación legal y administrativa para pleitos y cobranzas.

* Dirección General: se encuentra representada en los artículos 13° y 14°, con competencia en programas, en la administración, en convenios, lineamientos laborales, instituciones públicas y privadas, contratos y actos jurídicos.

* Subdirección de Operación: responsable de las acciones de ayuda alimentaria y mejoramiento del Estado en nutrición, y de desarrollo comunitario; a la vez se hace cargo del vínculo institucional con los DIF Estatales.

* Comisario: se basa en los artículos 15° y 16° , regidos por la Ley Federal de las Entidades Paraestatales

* Subdirección General de Asistencia y Concertación: Se basa en el Artículo 18° , y le corresponde planear, organizar, dirigir, controlar y evaluar el funcionamiento de las direcciones de rehabilitación y asistencia social , así como el de concertación y el apoyo a programas.

* Oficialía Mayor: de acuerdo a el Artículo 19°, se tiene injerencia en las Direcciones de Programación, Organización y de Presupuesto. al igual que la de recursos humanos y materiales.

* Contraloría Interna: el Artículo 20° . señala que éste se encarga de programar , controlar y evaluar el funcionamiento de las áreas administrativas.

* Unidad de Comunicación Social

El Sistema Nacional DIF se integra por 8 direcciones , las cuales son:

- Dirección de Apoyo a Programas Estatales.
- Dirección de Asistencia Alimentaria.
- Dirección de Asistencia Jurídica.
- Dirección de Promoción y Desarrollo Social.
- Dirección de Promoción , Organización y Presupuesto.
- Dirección de Recursos Humanos.
- Dirección de Recursos Materiales y Servicios Generales.
- Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social. (DRAS)

La Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, se fundamenta en el artículo 30 del Estatuto antes mencionado, señalando que tiene competencia en rehabilitación y asistencia social ; para la finalidad exclusiva

de la presente investigación se enunciarán las fracciones que hacen mención de la intervención del Trabajador Social en el ámbito asistencial.

I.- Prestar servicios de prevención de invalidez, rehabilitación y asistencia social a desamparados....

XII.- Promover y operar centros de protección social de niños, discapacitados, indigentes y ancianos en la zona metropolitana.

XIV.- Asesorar y apoyar a la junta de Asistencia Privada y a los establecimientos públicos, en la fijación de normas, así como canalizar a las personas que requieran de sus servicios.

XV.- Auxiliar a las organizaciones privadas de asistencia social, en la promoción para la constitución de instituciones de asistencia privada.

XVI.- Realizar estudios sobre el otorgamiento de subsidios a instituciones públicas y privadas, que actúan en el campo de la asistencia social.

XIX.- Investigar y analizar las necesidades y recursos que en materia de asistencia social tiene un país..."(2)

Para llevar a la práctica sus postulados, el DIF cuenta con diversos programas que se aglutinan en torno a cinco políticas institucionales:(Retomado de "El DIF Hoy" 1997)

1.- Programa de Alimentación y Nutrición Familiar, PANF: el cual contempla acciones de educación y salud comunitaria, desparasitación, administración de hierro y de vitamina A, evaluación del crecimiento, vacunación, orientación sobre planificación familiar, promoción de hábitos, de higiene y buena nutrición, fomento del uso de alimentos de producción local y estímulo a la siembra de huertos familiares.

2.- Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las personas con Discapacidad; el cual promueve la rehabilitación laboral, la capacitación para el trabajo, el acceso a la cultura, la recreación y el deporte, la adecuación del entorno físico a las necesidades de los discapacitados y la actualización jurídica para el pleno respeto a sus derechos humanos.

(2) DIF, "Estatuto Orgánico del Sistema Nacional DIF". Diario Oficial, 11 de abril de 1989 publicado el 12 de septiembre de 1991 . Banco de México. P.2

3.- Programa de Promoción del Desarrollo Familiar y Comunitario: impulsa la integración de las familias y el desarrollo de las comunidades marginadas, fomentando su participación en acciones destinadas a mejorar su propio nivel de vida.

4.- Programa de la Defensa de los Derechos del Menor , la Mujer y la Familia; a través de servicios jurídicos profesionales y gratuitos en materia de derecho familiar. Ofrece apoyo médico y social además de auxilio para la detección, protección e investigación del maltrato hacia este grupo vulnerable.

5.- Se hace hincapié en el Programa denominado Asistencia Social a Desamparados ya que éste es el que sustenta las acciones realizadas en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos . Toma en cuenta a numerosas familias con la finalidad de brindarles asistencia, propiciando la educación social y la integración familiar.

El DIF esta inmerso en la realidad de un país diverso y complejo, generoso y contradictorio, rico en recursos y cultura y a la vez agraviado por enormes desigualdades sociales.

Para la finalidad de la presente investigación sólo se retomará el área asistencial de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social , donde se tienen como objetivos principales los que a continuación se mencionan:

- Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social

Tiene como objetivo cumplir con los programas institucionales de asistencia a discapacitados física y mentalmente, menores en orfandad total y/o parcial, ancianos y portadores de VIH//SIDA en abandono, proporcionándoles servicios de rehabilitación no hospitalaria con carácter de asistencia social.

Su propósito es el promover la integración familiar, social y productiva de personas objeto de asistencia social.

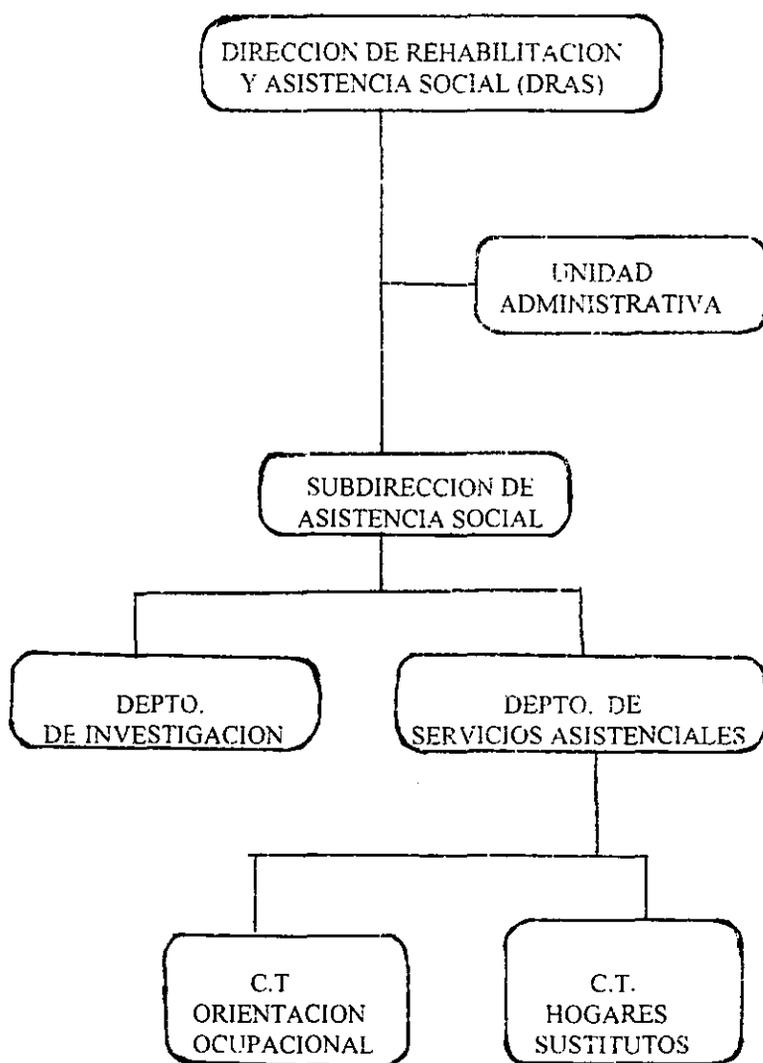
Para el cumplimiento de los objetivos antes mencionados ésta instancia se estructura a través de :

* Las Subdirecciones de Rehabilitación y la de Asistencia Social, esta última tiene como objetivo el ejecutar el “Programa de Asistencia Social a la Población en Desamparo” mediante el establecimiento de políticas, sistemas y procedimientos para la planeación, organización y control del funcionamiento de los centros de asistencia social que dependen del DIF (Casa Cuna, Casa Hogar Varones, Niñas y Ancianos).

Para su mejor funcionamiento se integra por tres departamentos:

- Prevención Asistencial,
- Enseñanza e Investigación y
- Servicios Asistenciales, éste a su vez se conforma con las Coordinaciones Técnicas de Orientación Ocupacional y la de Hogares Sustitutos.

Organigrama de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social.



1.3 Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos y el Trabajo Social Asistencial.

1.3.1 Datos Generales de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos.

Los Hogares Sustitutos surgen durante la beneficencia pública en el año de 1932.

“ A principios de 1938 fueron fundados los Hogares Sustitutos por el Presidente Lázaro Cárdenas, en los que se brindaba asistencia a menores huérfanos o abandonados hasta los 20 años, así como indigentes y ancianos desamparados. Para 1941 y 1942 se organizaron los primeros Hogares Sustitutos para menores con necesidades especiales como sordomudos e invidentes.

En los setenta se crean los Hogares Sustitutos Familiares para evitar que los menores abandonaran su núcleo familiar”

Por decreto presidencial en el año de 1982, los Hogares Sustitutos se integraron a la Estructura Orgánica del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con un carácter de asistencia social no hospitalaria.

Ya para el año de 1986, el DIF crea la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos con un programa de carácter no hospitalario y que desarrolla a su vez tres subprogramas denominados de la siguiente manera: Hogares Sustitutos Familiares, Hogares Sustitutos Especiales y Hogares Familiares Específicos.

Objetivo General de la Coordinación:

Coadyuvar a la integración familiar y brindar atención adecuada a menores, ancianos, discapacitados en estado de orfandad, maltrato, abandono o desventaja social.

Universo de Trabajo:

Menores, ancianos, incapacitados física o mentalmente, familias incompletas o desintegradas en situación económica precaria, y con problemas de VIH/SIDA.

1.3.2 Estructura de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos.

La Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos se integra por :

- a) 1 Coordinador Técnico.- Licenciado en Trabajo Social.

- b) 5 Supervisores en Trabajo Social.- 4 Licenciadas en Trabajo Social
1 Técnico en Trabajo Social.

- c) 8 Trabajadoras Sociales.- 4 Técnicos en Trabajo Social.
4 Licenciados en Trabajo Social

- d) 1 Jefe de Oficina.

- e) 3 Secretarias.

- f) 1 Auxiliar Administrativo.

- g) 1 Geriatra.

1.3.3 Conceptualización de Hogares Sustitutos.

Lineamientos Generales: La Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, es responsable de la ejecución del programa de Hogares Sustitutos en sus tres modalidades, cuya población atendida tiene como característica ser sujeto de Asistencia Social, descrita en el Artículo 4º del Capítulo 1, de la Ley Sobre el Sistema Nacional de la Asistencia Social:

“Hogar Familiar: es aquel que atiende a menores, cuyo responsable forma parte del núcleo familiar de quien ejerce la patria potestad o tutela jurídica.

Se proporciona atención integral para su desarrollo, preparación escolar y capacitación para su futura integración a la actividad económica.

También, se determina un subsidio económico mensual cuando la familia atraviesa por una situación económica y social crítica..

Hogar Específico: éste funciona en las instituciones del Sector Privado que tienen convenio con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y donde se atiende a menores o ancianos no autosuficientes, discapacitados física o mentalmente, ya sea por problemas de salud o por encontrarse en estado de abandono total o parcial, a fin de que reciban la atención integral que requieren. Las instituciones con las que se ha establecido convenio son:

- Voluntarias Vicentinas de la Santa Cruz del Pedregal, Hospital Vicentino I.A.P.
- Casa Hogar para Ancianos “San Camilo de Leli” I.A.P.
- Casa Hogar para Ancianos “Agustín González De Cosió” I.A.P.
- Casa Hogar Villa Nolasco.
- Centro de Capacitación y Desarrollo Integral, A.C.
- Centro de Rehabilitación Integral, A.C.
- Internado “Las Nieves”.
- Fundación de Obras Sociales de “San Vicente” I.A.P. Rehabilitación Infantil.
- Casa Hogar “Nuestra Señora de la Consolación” I.A.P
- Estancia “Sagrado Corazón de Jesús” I.A.P.
- Fundación “Fraternidad sin Fronteras” I.A.P

- Ser Humano I.A.P
- Internado Infantil Guadalupano A.C.
- CETEDUCA , I.A.P.

Y finalmente tenemos al:

Hogar Familiar Especial: que son aquellos que apoyan a:

- ancianos carentes de recursos económicos. sin apoyo familiar, con problemas de salud. con el fin de promover su independencia para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana, evitando la institucionalización.
- a invidentes solos o con familia integrada, cuya incapacidad física impida su desarrollo individual y/o laboral.
- individuos o familias infectadas por el VIH/SIDA, enfermos o incapacitados físicamente” (3)

Todo lo anterior mediante el otorgamiento de subsidios económicos mensuales e inclusión en diversos programas institucionales.

(3) DIF “ Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos” México. 1996. p. 1-25

1.3.4 Metodología.

La metodología que se utiliza en la Coordinación no se encuentra plasmada en el Programa General de Trabajo, de manera operativa se lleva a cabo el Trabajo Social de Casos, el cual centra su intervención en el individuo, y su medio familiar, social y cultural, en las siguientes fases:

1.-“Investigación. Es la etapa inicial en el Trabajo Social. Mediante este paso, se obtienen los datos que permiten formular el diagnóstico. La investigación abarca información de índole económica, intelectual, emocional, entre otras” (4)

Para ello se utilizan dos fuentes la directa y la indirecta.

La directa comprende la entrevista con el paciente y la observación de sus actitudes y actividades; en ellas se recogen y analizan el material de índole objetivo y subjetivo.

La indirecta, comprende las entrevistas colaterales de caso: familiares, médicos, vecinos, etc., así como la información que se obtenga por correspondencia y/o llamadas telefónicas. El valor de esta fuente estará determinada por la capacidad y condiciones de los informantes.

Operativamente en esta fase se conoce la problemática social presentada por la familia que solicita apoyo asistencial; a través de una carta petitoria dirigida a la Dirección General del DIF de donde la derivan para su trámite a la Subdirección de Asistencia y Concertación, posteriormente llega dicho documento a la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social.

El Trabajador Social hace uso de técnicas como: entrevista y observación.

(4) ANDER EGG, Ezequiel. *“Técnicas de Investigación Social” 1ª. edición. Edit. El Ateneo. México. 1990. p.52*

Los instrumentos en los que se apoyan son: Diario de campo, guía de observación, formato de estudio socioeconómico y guía de la zona metropolitana.

La actividad relevante realizada es la visita domiciliaria.

2.- "Diagnóstico: Es la conclusión del estudio o investigación de una realidad expresada en un juicio comparativo sobre una situación dada".(5)

Se plasma la impresión o interpretación de la problemática, recursos, alternativas a seguir en la resolución de la misma.

Cabe señalar que en términos operativos, el diagnóstico comprende las siguientes acciones :

- a) Sistematizar la información de la situación problema de como se ha llegado a ella y de cuál es su tendencia.
- b) Establecer la naturaleza y magnitud de las necesidades-problemas.
- c) Jerarquizar necesidades y problemas.
- d) Conocer los factores más relevantes que se relacionan con el hecho.
- e) Determinar los recursos disponibles, en función de las necesidades.

Se hace necesario señalar que dentro del trabajo que se realiza en la Coordinación, no tienen un criterio único para la conformación del Diagnóstico, confundiéndose en ocasiones con un simple resumen del caso

3.- "Plan social: Son propuestas emitidas por un profesional en las Ciencias Sociales, las cuales están determinadas por las necesidades del solicitante, los recursos y funciones de la Institución, la previsión de las consecuencias y la habilidad del Trabajador Social que lleve el caso. Cuya finalidad será el estimular y promover las capacidades para una vida social productiva."(6)

El plan social es realizado de manera conjunta entre el supervisor y el trabajador social responsable del caso, en éste plantean las alternativas que se llevan a cabo para atender la solicitud de asistencia social.

(5) *Op cit.* p. 53

(6) GORDON, Hamilton "Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos" 5ª reimpresión. Edit. Prensa Médica Mexicana., México. 1980. p.25

4.- Tratamiento : "Es la suma de todas las actividades y servicios a ejecutar para ayudar a un individuo en la resolución de sus problemas. se aboca a modificar las dificultades básicas, con la participación del solicitante.

El tratamiento se vale de cuatro procedimientos

- 1) El uso de la relación Trabajo Social - Usuario
- 2) La entrevista
- 3) El uso de los recursos sociales
- 4) Los requisitos institucionales y sus recursos" (7)

En la Coordinación se disponen de los siguientes recursos para dar respuesta a las solicitudes de apoyo asistencial:

- Coordinación de recursos inter y extra institucionales.
- Orientación para que el individuo deje atrás posiciones de miedo, prejuicios e ignorancia.
- Motivación para el rescate de habilidades en las que incorpore a su vida cotidiana el manejo adecuado de la sexualidad y la adaptación al cambio.
- Promoción de la interacción con otros individuos y/o organización de los recursos institucionales.
- Gestión de trámites administrativos, para el otorgamiento del subsidio económico mensual denominado "hogar familiar".

6.- "Evaluación : Es aquella que está constituida por los llamados juicios sociales que son la apreciación acerca de la capacidad o incapacidad del individuo para resolver su problemática, así como de la adecuada utilización del apoyo recibido" (8)

Es decir, es el resultado que se obtiene después de haber concluido con el tratamiento y donde se considera si dichas alternativas eran las adecuadas o no y el como ayudaron al solicitante.

La evaluación se realiza como un proceso aislado, lo que origina que no se retroalimete el trabajo efectuado por el personal de dicha Coordinación.

(7) *Op. Cit.* p.25

(8) MENDOZA RANGEL. Ma. del Carmen. "Una opción metodológica para Trabajadores Sociales". UNAM- ENTS Mexico. 1986. p. 65

* Área de Intervención: Asistencia Social.

“El Trabajo Social en esta área contribuye a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social de aquellos individuos y grupos que por sus condiciones de vulnerabilidad han quedado al margen de las políticas sociales...” (9)

Se retoma esta definición por considerar que conlleva la conceptualización de la población sujeto de la asistencia social que se atiende en el Sistema Nacional DIF. Haciendo hincapié en la intervención psicosocial del Trabajador Social.

Las funciones específicas realizadas por los Trabajadores Sociales de esta área dentro de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos son:

Función	Acciones	Técnicas	Instrumentos
1.- Investigación	<p>a) Atención de personas que presenten un problema social con competencia de la asistencia social.</p> <p>b) Realización de entrevistas directas con el solicitante y con su núcleo familiar.</p> <p>c) Elaboración de estudios socioeconómicos a menores en estado de orfandad total o parcial discapacitados, ancianos portadores de VIH/SIDA, invidentes y familias desintegradas con problemas económicos.</p> <p>d) Realización de visitas domiciliarias para verificar datos y completar la investigación social.</p>	Entrevista y Observación	<p>Cuaderno de Notas</p> <p>Diario de Campo</p> <p>Formato de Estudio Socioeconómico</p> <p>Guía del Área Metropolitana</p>

(9) GALEANA DE LA O. Silvia. Manual de Trabajo Social "Campos de Acción". UNAM-ENTS. México. 1997 p. 174-175

Funciones	Acciones	Técnicas	Instrumentos
	e) Registro de la información		
	f) Elaboración de estudios institucionales a fin de conocer lineamientos de política asistencial.		
2.-Gestión y administración	a) Elaboración de programas de carácter asistencial a fin de promover el desarrollo social de la población atendida en el DRAS.	Sistematización Estadísticas Programación	Nómina de Hogares Formato de altas y bajas de hogares Expedientes
	b) Participar en la revisión y actualización de los lineamientos para la creación de hogares sustitutos.		
	c) Efectuar trámites administrativos para dar apertura o baja a los hogares sustitutos		
	d) Recepción de documentos requeridos para la apertura de hogares sustitutos.		
	e) Localización de mecanismos de coordinación extra e intra institucionales	Promoción	
	f) Derivación de casos que demandan servicios o un determinado tratamiento social.		
	g) Reuniones multidisciplinarias.	Capacitación	Diario de campo
	h) Visitas institucionales para el establecimiento de convenios de colaboración con el objeto de derivar a menores y/o ancianos para su atención.	Supervisión Observación	Diario de Campo
	i) Realización de trámites administrativos a manera de apoyo del trabajo cotidiano a fin de dar seguimiento a cada petición de apoyo.	Sistematización	Expedientes Oficios Tarjetas informativas.
3.-Asesoría	a) Proporcionar asesoría a los responsables de los hogares sobre su creación y funcionamiento.	Entrevista Orientación	

4.- Educación Social	a) Elaborar y desarrollar procesos educativos de hábitos alimenticios, mejoramiento y saneamiento ambiental, y prevención de enfermedades	Técnicas didácticas grupales	Rotafolio Tripticos Folletos Diapositivas
5.- Supervisión del Trabajador Social	a) Supervisar continuamente a cada hogar bajo su responsabilidad. b) Realizar el seguimiento de casos para atender las necesidades específicas de cada responsable de los hogares familiares o especiales. c) Efectuar informes, notas de evaluación de cada hogar para determinar la temporalidad del mismo.	Sistematización	Expedientes Informes CISA Reportes de Supervisión Notas de seguimiento de casos
6.- Orientación Social	a) Otorgar orientación a las familias en casos de abandono y maltrato a menores y ancianos.	Entrevista Observación	Cuaderno de notas Notas de seguimiento de casos

A pesar de las múltiples funciones y actividades que realiza el Trabajador Social en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, se observó que la atención que se brinda es parcial, cuando debería ser integral en cuanto que las problemáticas deben ser vistas y atendidas en toda su complejidad y no parcialmente como se ha venido haciendo, además es patente la falta de capacitación que permita resaltar la importancia de atender los casos desde la propia realidad social en que se encuentran inmersos los sujetos de asistencia social, como resultado de esto es importante señalar que la investigación de casos que se realizan y se atienden en esta coordinación, carecen de elementos explicativos de la problemática social que presentan las familias que solicitan apoyo asistencial, ya que la investigación se enfoca a dar resultados descriptivos del problema como tal, sin considerar la importancia del buscar el porqué y la causa de la situación por la que atraviesa la familia.

Ante esta situación, las alternativas de solución que se manejan en el diagnóstico no son definitivas sino temporales como resultado de una investigación que solo describe el problema, más no lo ve desde un punto de vista explicativo.

En base a lo anterior cabe hacer mención que en el proceso de Trabajo Social de Casos existen diferencias relevantes entre lo teórico y lo operativo que se maneja en la Coordinación, debido a que se trabaja de manera empírica, falta retroalimentación de la teoría y ello se refleja en la atención que brindan.

Se observó que dentro del Programa de Trabajo no se tienen explicitadas funciones y actividades específicas para abordar la problemática del VIH/SIDA, lo anterior origina la inquietud de proponer un programa que se base en un perfil sociofamiliar.

1.4 Programa de Hogares Especiales por VIH/SIDA.

Antecedentes:

Es claro que las repercusiones del SIDA, trascienden el área de la salud. Cada vez ha sido más evidente la necesidad de enfrentar esta problemática de manera colegiada, inter y transdisciplinaria. El SIDA ya ha generado una creciente demanda en la atención de personas afectadas con costos directos e indirectos elevados y que requieren establecer estrategias novedosas para poder enfrentar estos retos. Asimismo toda la problemática relacionada a las implicaciones sociales, psicológicas y legales de esta enfermedad ha replanteado la manera de abordar los problemas de salud pública, así como su correlación con la Asistencia Social.

Los desafíos del SIDA son enormes ya que no basta con que el personal que atiende a los portadores del VIH/SIDA tengan un conocimiento amplio y actualizado de los aspectos biológicos de esta enfermedad, sino que se necesita que la sociedad en general entienda que si no se logra un ambiente social de respeto y no violación a los derechos humanos de los afectados (incluyendo a la familia), se favorecerá la clandestinidad y no se podrán

establecer las medidas de prevención y control necesarios para detener esta Pandemia.

Es por ello que en el año de 1994, la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos crea el Programa de Hogares Especiales por VIH/SIDA, para satisfacer la demanda de atención social de manera institucional y de carácter gubernamental.

Los objetivos que persigue el Trabajador Social dentro de este programa son:

- Fomentar la integración familiar del portador y sus seres queridos.
- Proponer que se les apoye con un subsidio económico mensual, cuando el caso lo amerita.

Esto se logra a través de una Visita Domiciliaria en donde se aplica un estudio social con la finalidad de plasmar los aspectos principales de la problemática y que permiten considerar si son sujetos de asistencia social, posteriormente se elabora su diagnóstico, su plan social y su tratamiento.

En base a los resultados del estudio se valora el caso conjuntamente con la Supervisora de VIH/SIDA, quien considera si son sujetos de asistencia, para poder notificarle a la familia si serán o no apoyados por parte de la Institución con un subsidio económico mensual.

El Trabajador Social asignado al caso realiza visitas de seguimiento de caso, pero por la carga de trabajo no es posible que estas visitas se realicen con más regularidad y orden.

Hay que aclarar que tanto para el Programa de Hogares Especiales por VIH/SIDA, como a nivel de la Coordinación se realizan las mismas actividades y se utilizan los mismos instrumentos de trabajo.

Los casos que se atienden en la Coordinación son derivados de CONASIDA, Ser Humano, Árbol de la Vida I.A.P. , Instituto Nacional de Pediatría , Instituto Nacional de Cancerología, entre otras.

Cabe señalar que en el Programa se requiere de alternativas para atender a los huérfanos del VIH/SIDA: desarrollar modelos de atención que permitan disminuir los costos hospitalarios, promoviendo la adecuada atención a las personas afectadas.

Al respecto se ha dado un gran paso, con el especial interés que se está dando a que se respeten los Derechos Humanos de los portadores, sin embargo se requiere concientización sobre la función a asumir por parte del Estado, las instituciones sociales, la familia y el individuo. El SIDA y todo lo que éste implica, conlleva necesariamente al cambio de actitudes, valores, opiniones y motivos.

Por último se hace necesario hacer hincapié en que la finalidad del Programa de VIH/SIDA debe propiciar la adecuada atención integral social de las personas afectadas directamente o indirectamente (familia) por SIDA, debido a que en la Coordinación se aborda dicha problemática de manera tradicional, es decir, con un enfoque paliativo que atiende el efecto y no da importancia a la causa que la origina.

CAPITULO II.

PRINCIPALES CONSIDERACIONES RELATIVAS AL SIDA Y LA FAMILIA.

La vida familiar es uno de los motores principales del comportamiento social; es por ello necesario el conocer qué es y cómo se organiza.

2.1 Conceptualización de Familia.

“La familia es el núcleo social primario, constituido por un grupo de personas unidas con el fin de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de cada uno de los miembros; es el factor clave para transmitir a las nuevas generaciones los valores y conductas que nos permiten relacionarnos con otras personas; es la célula social por excelencia, ya que antes de integrarse a la gran sociedad humana, se forma parte de la pequeña comunidad doméstica es el cauce institucional a través del cual los individuos se integran a los conglomerados sociales que les permiten crecer y recibir ayuda para subsistir.”(10)

Desde la concepción biológica, la familia se estructura en función de relaciones de parentesco consanguíneo y por su carácter afectivo, a partir de los lazos afectivos.

Socialmente la familia es el lugar donde adquirimos nuestros primeros conocimientos; de ahí tomamos hábitos, valores, ideas y todo aquello que favorece la realización o frustración de cada miembro del grupo.

“El término familia en su origen etimológico proviene del latín “famulus” que significa criada o sirviente, Jean - Louis Flandrin registró el concepto como “ gente que vive en la casa” (11)

(10)MIRAMONTES Olivia y otros, 'La Familia.' 5ª edición. Edit. Herder-DIF. México. 1994 p. 13

(11) FORO DE APOYO MUTUO. "Nuestra Familia, Reflexiones para vivir mejor." 1ª edición. Edit. Fundación de Apoyo a la Comunidad México. 1996 p. 5

En pocas palabras, no existe una visión simple de la familia aunque en general se considera que se alude a la familia como la unidad básica de la sociedad; el valor que se le atribuye se deriva de las importantes funciones socioeconómicas que realiza, aunque de manera general se considera a la familia Ideal como “ un grupo familiar que da cabida a los impulsos de sus participantes en la satisfacción de todas sus necesidades, tiene la capacidad para reconocer y resolver problemas, presenta intensidad y calidad de la comunicación así como de expresión afectiva. Da a cada miembro autonomía y establece un adecuado cumplimiento de roles”. (12)

Significa que existen muchos tipos distintos de estructura familiar, con discrepancias respecto a la imagen de *La Familia Ideal*.

Pese a los muchos cambios de la sociedad, que han modificado su papel y sus funciones, la familia sigue ofreciendo el marco natural de apoyo emocional, económico y material que es indispensable para el crecimiento y desarrollo de sus miembros. La familia sigue siendo un medio básico para conservar y transmitir valores culturales. En sentido amplio puede educar, formar, motivar y apoyar (frecuentemente así lo hace) a cada uno de sus componentes. Esto es lo que se considera como Familia Funcional.

2.2 Contextualización de la Familia en México.

“En México las carencias y los desajustes de la época en que vivimos, propician cada vez más y mayores conflictos entre los miembros de la familia y entre ésta y la sociedad” (13)

Los cambios en la estructura social, son resultado principalmente de los siguientes factores:

- modernización económica, (desarrollo del modelo existente)
- evolución política
- reestructuración educativa
- promoción cultural

(12) MIRAMONTES, Olivia . *Op. Cit.* p. 42-43

(13) MESTRUP VELAZCO, Nora. “Familia y Sociedad”. *Edit., Revista UNAM-ENTS.* No 15 Julio- Sep Año II. p. 18-24.

“Las condiciones prevalecientes de subdesarrollo que implican para una inmensa mayoría, una vida de miseria, de escasos ingresos, déficit de vivienda y de educación, etcétera; involucran forzosamente un índice mayor de desintegración familiar y estancamiento. La crisis familiar existente en nuestro país también es provocada por el proceso de cambio actual, los medios de comunicación, el avance técnico y científico, aunado a la migración masiva de las familias del campo a la ciudad creando marginación y la urbanización que profundiza aún más el individualismo y la nueva moral sexual (14)

Por otro lado, aunque parezca contradictorio, la familia mexicana parece resistente al cambio, aquellos conceptos tradicionales como el de la paternidad abundante, el clásico machismo, la abnegación maternal y en general el de la familia hogareña, se presenta aun cuando es bien sabido que resultan ineficaces hoy en día.

Lo cierto es que hay familias de uno y otro tipo y sobre todo con diversas expresiones; además, la capacidad de muchas familias para satisfacer sus necesidades básicas se ha debilitado por circunstancias ajenas a su voluntad.

Sin embargo, pese a los profundos cambios que la mayor parte de las familias han experimentado en los últimos decenios, las políticas y los programas suelen seguir basados en conceptos y modelos que posiblemente no respondan a la realidad; ya que la familia no es estática.

Es cierto que hoy en día no es posible hablar de un tipo único de familia. En el amplio mosaico socioeconómico del país, la estructura familiar tiene infinitos matices y ha tomado muy diversas formas.

(14) *Op cit.* p. 13

2.2.1 Panorama Tipológico de las Familias Mexicanas.

Es imposible encontrar en una misma sociedad un tipo único de familia; más aún, cuando la estructura de la familia difiere extremadamente según la ubicación geográfica, económica y cultural de la sociedad de origen. Esta diferenciación se hace también por clases sociales y por la migración a los grandes círculos urbanos.

De aquí la dificultad para establecer una tipología universal.

A continuación se enunciará la tipología familiar con base en la clasificación que se sustenta en categorías de análisis:

"A. Tipología familiar según el marco social estructural de pertenencia :

a) Tipología según la ubicación geosocial, regional y local de residencia de la familia :

- Familias según regiones del país.
- Familias según tamaño y densidad de las localidades en las que se encuentran (ciudad, pueblo, barrio o colonia).
- Familias según el contexto social." (15)

b) Tipos de familias según a la cultura que pertenecen :

- Familias de subcultura marginal.
- Familias de comunidad "tradicional" típicamente rural.
- Familias en ciudades urbanas.
- Familias de cultura urbana, industrializadas y cosmopolitas.

c) Tipos de Familias según la pertenencia a una clase social determinada o a una estratificación socioeconómica, de acuerdo a su ubicación en el sistema de producción, distribución y de consumo :

- Familias de clases populares, marginadas, proletarias a nivel de subsistencia totalmente precaria.
- Rurales campesinas.
- Suburbanas.
- Familias de estratos populares proletarios, dependientes en su actividad económica, con una participación más o menos estable en la fuerza de trabajo industrial y de servicios.

(15) BATAILLON, Claude. "Criterio de Clasificación Familiar" 5ª edición. Edit. Oceano. México. 1972. pp. 55-65

- “Familia pequeña o mediana burguesía, o pertenecientes a los llamados estratos “medios”
- Rurales.
- Urbanos.
- Familia de alta burguesía o de estratos elitarios de dominio, con un nivel de alto consumo y necesidades suntuarias ilimitadas.” (16)

Esta tipología hace referencia al marco socioeconómico; las diferencias encontradas permiten deducir que las variables economía, estrato social, nivel de escolaridad; por ende nivel de oficio u profesión están estrechamente vinculados en el análisis familiar.

“B. Tipología familiar de acuerdo a la estructura y número de miembros de la misma:

- Familia nuclear : las relaciones de parentesco están condicionadas por la estrecha relación entre la pareja conyugal. Familia nuclear significa la concentración de la familia en el grupo esposa-esposo-hijos menores de edad, formando todos un grupo primario”(17)

“- Familia extensa : la configuración de la familia extensa aloja multiplicidad de generaciones; buscando organización, apoyo cooperación en las tareas familiares. Este tipo de organización puede darse bajo dos vertientes: familia troncal o familia generacional.

- Familia Troncal; surge cuando al morir el padre, los hijos, sus esposas y sus propios hijos, forman un clan que permanece junto en un espacio común de vivienda.

- Familia Generacional; la familia se forma bajo la potestad del padre y su autoridad se extiende hasta tres o cuatro generaciones.” (18)

(16) UNIKEL, Erick. “Sociocultura y Población”. 2ª reimpresión Edit. Nueva Edición., México 1990. pág. 70.

(17) Op. Cit. pág. 92.

(18) ARIZPE, Lourdes. “La Familia Mexicana”. Investigación Social. UNAM. México, 1989. p.p. 155-169.

2.2.2 Características Generales de los Tipos de Familias Mexicanas.

En México, el sistema familiar podría ser considerado de la siguiente manera:

1.- Familias indígenas: Siguiendo a Arizpe (19) por ejemplo se considerará que la familia indígena manifiesta una estrecha relación entre la composición de los grupos domésticos; sea el nuclear o el extenso, presentándose tendencia al "localismo", así como migración y cambio de costumbres familiares tradicionales. El sistema de autoridad es el bilateral; materno-paterno, aunque suele vislumbrarse predominio de la autoridad masculina. La mayor posesión de tierras buenas para el cultivo parece fomentar el núcleo familiar, con cierta organización de tiempo comunal.

2.- Familias urbanas de nivel popular: La sociedad capitalista tiende a convertir a la familia en una unidad de consumo, en donde cada miembro debe buscar sus recursos, el ingreso familiar es el resultado de una irregular adición de salarios.

"Podemos decir que en el medio popular urbano hay una mayor variabilidad en los patrones de conducta, dependiendo de las condiciones de vida, vivienda y trabajo; con predominio de la familia maternal con un modelo de autoridad compartida"(20)

3.- Familias urbanas de clase burguesa: pequeña, mediana y alta: Este tipo de familia tiene como característica predominante la satisfacción de las necesidades básicas con superavit su preocupación central radica en la búsqueda de seguridad; con un sistema de autoridad compartido. La dinámica familiar se conflictua en los cambios sufridos en el ámbito de valores de la misma.

(19) *Op Cit.* p. 10.

(20) LEÑERO, Otero Luis. "El Fenómeno Familiar en México". 1ª edición. Edit Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C. México, 1989. p.180.

2.2.3 Ciclo Vital de la Familia.

Lauro Estrada Inda señala que “en cada una de las etapas del Ciclo Vital son dos los objetivos centrales a ampliar:

- 1.- Resolver las tareas o crisis que va confrontando la familia en las subsecuentes etapas de desarrollo.
- 2.- Aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro”(21)

Fases del Ciclo Vital de la Familia:

- 1.- La formación de la pareja.
- 2.- La familia con hijos pequeños.
- 3.- La familia con hijos en edad escolar o adolescentes.
- 4.- La familia con hijos adultos.

1.- La formación de la Pareja: Se considera que en la elección de la pareja se requiere principalmente de factores que a continuación se mencionan:

- Conocimiento y aceptación de la identidad propia.
- Madurez física, psicológica y social. (aceptación de responsabilidades y de roles específicos)
- Interés y actitudes semejantes.
- Creencias afines (por lo regular doctrinarias, filosóficas, políticas o religiosas)
- Nivel cultural y educativo semejante.
- Expectativas económicas comunes.

“En la formación de pareja son en extremo significativas las nociones de todo y parte ya que para formar la nueva unidad de pareja cada uno requiere convertirse en parte”(22)

2.-La familia con hijos pequeños: En esta etapa se crean nuevos subsistemas y con ello la reorganización de las tareas y de las reglas de relación familiar.

(21) ESTRADA INDA, Lauro. “El ciclo vital de la familia”. 6ª edición. Edit. Posada. México. 1992. p.2

(22) MIRAMONTES. *Op. cit.* p. 56.

La llegada del primer hijo requiere de un espacio físico y emocional que incluya las relaciones emocionales, con el niño, pero sin perder el sentido de la pareja.

3.-*La familia con hijos en edad escolar o adolescente:* Aquí la familia tiende a relacionarse con un sistema escolar organizado por lo que debe elaborar nuevas pautas de organización, creando formas que permitan a un mismo tiempo mantener el control que garantice la seguridad de los hijos y alentar su crecimiento.

4.-*La familia con hijos adultos:* Los hijos son adultos y/o jóvenes quienes han creado un estilo propio de vida y diversos compromisos con una carrera, con un grupo de amigos y con una pareja. La familia originaria vuelve a ser de dos miembros. A esta fase de la evolución familiar suele denominársele "periodo del nido vacío"

2.3 LA FAMILIA CON LA PROBLEMÁTICA DEL SIDA.

El SIDA como enfermedad mortal que se propaga principalmente en el ámbito de las relaciones íntimas, ha implicado problemas éticos y legales y ha hecho surgir interrogantes sobre la función apropiada del Estado, las instituciones sociales, la familia y el individuo.

“Al inicio de la enfermedad el diagnóstico del VIH representaba, en esa etapa, un elemento más, asociado a una estructura familiar desintegrada, con relaciones vinculares en conflicto, cuyos miembros referían conductas adictivas y carecían de soporte social. En general familias marginales.”(23)

En la actualidad es posible observar el incremento de las familias que tienen a uno o más miembros portadores de VIH, cuyas características no encuadran ya en los parámetros de marginalidad o grupos con prácticas de alto riesgo.

El SIDA pone en crisis el sistema familiar ya que se enfrenta a una situación, para la cual no estaba preparado.

“El SIDA es hoy el principal problema de salud pública, pero además, es un problema social con profundas implicaciones y con graves repercusiones económicas y políticas.” (24)

Algunas expresiones de este problema son la negación de la atención médica, los despidos injustificados, el maltrato y la ofensa a la dignidad de los afectados y sus derechos humanos.

El SIDA, como otras enfermedades infectocontagiosas provoca en los familiares y amigos del portador, una serie de sentimientos que pueden ir desde tristeza, preocupación, miedo o ansiedad, hasta la culpa, la frustración o el enojo. Dada la persistencia de la conducta depresiva, no es raro que la familia caiga en un estado de negación o lejanía emocional hacia el enfermo.

(23) DI TOMASSO, Viviana. Et all. “SIDA. Aspectos Sociofamiliares”. 1ª edición. Edit Herder. Barcelona, 1995. p.68.

(24) GACETA MEDICA. Volumen 13 Suplemento No. 4. México, 1996.p.4.

También puede ocurrir que se produzca un estado de confusión, tanto en el portador como entre sus familiares, al no comprender lo que esta ocurriendo y cómo es que la persona querida no mejora con el paso del tiempo.

En el SIDA, el portador puede buscar, por si mismo, ayuda profesional, pero cuando la enfermedad atraviesa por una etapa de profundización estalla

la desesperanza y el pesimismo, que en el rechazo al tratamiento, puede ser un fenómeno común.

En el año de 1989, se comienza a detectar la presencia del virus VIH en familias en las que se privilegiaba su carácter de transgresoras a las normas. Es decir, familias donde algún miembro es farmacodependiente, homosexual, bisexual, entre otras.

2.3.1. El SIDA: Perspectiva Social.

El impacto social, psicológico, individual y familiar que propicia la noticia de un diagnóstico VIH/SIDA en algunos miembros de la familia se relaciona con el dolor, la marginación, la discriminación, entre otros; y a su vez todo ello se relaciona con aspectos determinantes en el nivel de vida de cada familia, como son el económico, laboral, social, educativo y principalmente familiar. Es decir, que el problema del SIDA en México se agrava por la crisis económica, de educación y por una sexualidad trastocada.

No hay una cultura de prevención debido a que existen alrededor de dicha problemática ignorancia y miedo.

Se considera que las características sociales del SIDA son:

- "Injusticia.- La diferencia entre ricos y pobres se manifiesta concretamente en términos de calidad y esperanza de vida.
- Negación del servicio de salud, además de que los medicamentos escasean o, si los hay, son muy caros." (25)

(25) DE SOUZA, Herbert. "El rostro social de una pandemia". *La Jornada. Letra S.* Octubre 2 de 1997. Sección Cultural.

-Pauperización y Feminización.- Actualmente un mayor porcentaje es contagiado por las parejas sexuales masculinas, por lo que la mujer se convierte en el principal sostén económico y emocional de la familia; independientemente del estado de salud en el que se encuentre. Existe un incremento concomitante en el número de mujeres y niños portadores.

- Ruralización del problema, ésto es principalmente por su vinculación con el fenómeno de la migración hacia la frontera norte o hacia la Ciudad de México.

- Violación de los Derechos Humanos de los portadores (despido del trabajo y negación de servicios en general)

- Estigmatización: “ Tener SIDA es precisamente ponerse en evidencia como miembro de algún grupo con prácticas de riesgo. La enfermedad hace brotar una identidad que podría haber permanecido oculta para el ambiente social. Se entiende que el SIDA es una enfermedad debido no sólo al exceso sexual sino a la perversión sexual.” (26)

Sin embargo se considera necesario aclarar que no hay grupos sino prácticas de riesgo y que el SIDA no necesariamente está en relación al exceso y perversión sexual por los cuales se estigmatiza la enfermedad.

2.3.2. Conceptualización del SIDA.

El SIDA es considerado una enfermedad crónica y mortal, pues si analizamos el término como tal, tenemos que el SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida está integrada por lo siguiente:

“- SINDROME: Es el conjunto de signos y síntomas de una enfermedad que tiene múltiples causas.

- INMUNO: Se refiere al sistema de defensas llamado Sistema Inmunológico, encargado de reconocer y eliminar todos aquellos microorganismos dañinos para el ser humano.

- DEFICIENCIA: Falla o función insuficiente. El organismo queda expuesto a un sinnúmero de infecciones y cánceres.

(26) SONTANG, Susan. “El SIDA y sus Metáforas”. 2ª edición. Muchnik-Editores. España, 1988. p. 40.

- ADQUIRIDA : Hace referencia a que esta enfermedad no es hereditaria, sino que se contrae en algún momento de la vida” (27)

El SIDA es la fase más avanzada y grave de la infección atacando a cualquier persona, sin importar su edad, nacionalidad, sexo, preferencias sexuales o raza.

La pandemia de la infección por VIH/SIDA en México ha tenido cambios importantes. Actualmente se considera que su comportamiento es la conjunción de varios tipos de epidemias cuyas características están determinadas por diversos factores tales como: mecanismos de transmisión, antigüedad de los casos, presencia de la población susceptible y adopción de medidas de prevención específicas.

“La cara más cruel del SIDA es el ostracismo social y las violaciones a

los derechos humanos a que son expuestas las personas con VIH y sus familiares que los acompañaron durante la enfermedad” (28)

Existen varios mecanismos de transmisión en el mundo y subepidemias que se dan de forma distinta, dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados.

Mecanismos de Transmisión.

“El VIH puede contagiarse de persona a persona, mediante :

1) Transmisión sexual: Se considera que se da a través de actos o relaciones sexuales con un portador de VIH/SIDA, ya sea con el coito vaginal y/o anal y sexo oral.

Independientemente de la preferencia sexual de los portadores, homosexuales, heterosexuales o bisexuales.

2) Transmisión Parental: Esta se presenta bajo diferentes formas, entre las cuales destacan las siguientes:

(27) CONASIDA. “Información Básica sobre el SIDA”. Tríptico. México, 1995

(28) PANEBIANCO, Silvia. “Derechos Humanos y Orientación Social”. 4ª edición. Edit. CONASIDA-ETS. México, 1995. p. 58.

- Drogadicción por vía intravenosa. a través del intercambio de jeringuillas. consumo asociado a heroína y cocaína, influye el ser de una clase social baja, marginalidad, promiscuidad y prostitución.
- Transfusión de sangre y/o hemoderivados.
- Transplante de órganos y tejidos: Infección después de transplante renal, hepático, cardíaco, pancreático y óseo.

3) Transmisión Vertical :

- Hijo de madre infectada.
- Infección intrauterina . durante el parto y/o lactancia.

"Transtornos Psiquiátricos en enfermos de SIDA.

- 1.- Reacción de adaptación con ánimo ansioso. falta de adaptación a la nueva situación (cambio de forma de vida, reacciones del entorno, discriminación, curso de la enfermedad) provoca temor, preocupación, inquietud, ansiedad e insomnio. Consecuencias: afecta la vida social, familiar y laboral del portador de SIDA.
- 2.- Reacción de adaptación con ánimo depresivo: tristeza, llanto, malestar, sentimientos de culpa, hipersomnio.
- 3.- Depresión: pesimismo . sentimientos de inutilidad, culpa autoanálisis y ansiedad.
- 4.- Delirium: trastorno cerebral.
- 5.- Demencia/SIDA : dificultad de concentración, pérdida de memoria, apatía, debilidad, disfunción motora."(29)

El SIDA, causado por el VIH, ha sido objeto de gran interés, porque la tasa de morbilidad, es la misma que la tasa de mortalidad, 100%. La única estrategia para el control de la enfermedad es reducir la tasa de infección que sólo tendrá efecto en la tasa de morbilidad unos cinco años después.

Aunque en México únicamente el 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 dos modificaciones de la Ley General de Salud, a fin de prohibir la comercialización de la sangre así como -

(29) CONASIDA. "Información Básica sobre el SIDA". Tríptico. México. 1995.

establecer las normas para analizar y detectar pruebas serológicas a los donadores de plasma y sangre.

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

El diagnóstico del VIH representaba al inicio de la pandemia, un elemento más, asociado a una estructura familiar desintegrada, con relaciones vinculares en conflicto. Podríamos hacer referencia a que la mayoría se trataba de familias marginales. Esta marginalidad se trasladaba, asimismo, a la conducta dentro de las instituciones, debido a que sus repercusiones internas y externas se relacionaban con miedos o desconocimiento, ya que la familia, en general, tenía presente la idea de muerte, de "sin salida", era el fantasma omnipresente observado en un ambiente social específico el cual carece de soporte para la contención familiar.

El hallazgo del virus, tomando en cuenta el perfil de estos grupos, profundiza aún más las crisis preexistentes, y enfrenta la familia a una complejidad social y clínica.

La reacción social ante las familias afectadas también ha cambiado en virtud de que las características no encuadran ya en los parámetros de marginalidad. En nuestro país, como en el resto del mundo, el SIDA ha dejado de ser enfermedad propia de un determinado grupo socioeconómico.

CAPITULO III.

PERFIL DE LAS FAMILIAS CON LA PROBLEMÁTICA DEL VIH/SIDA EN LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE HOGARES SUSTITUTOS.

En el transcurso de la presente investigación se ha evidenciado que el Programa de Hogares por VIH no ha sido estructurado de manera específica; se trabaja en él empíricamente, ello ha limitado la valoración de la magnitud del SIDA como problemática social, dificultando la intervención profesional del Trabajador Social.

Ante la situación antes planteada se considera que el SIDA tiene repercusiones sobre el funcionamiento familiar, agudizando problemas socio-económicos y psicológicos, que en general giran en torno al miedo al contagio a través de los contactos ocasionales; atentando contra los derechos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH.

De manera indirecta la persona que teme estar infectada se resiste a pedir ayuda por miedo a ser denunciada con las consiguientes consecuencias personales. "El resultado neto será que la difusión de la educación se verá gravemente amenazada, con lo que se acrecentará la dificultad de prevenir la infección por el VIH."(30)

Para acercarnos a la problemática antes planteada se construye un perfil de la situación sociofamiliar de 42 familias conformadas por 74 portadores de VIH/SIDA y 35 miembros seronegativos, las cuales se ubican geográficamente en el Distrito Federal.

(30) Centro de Derechos Humanos. "Informe de una consulta internacional sobre el SIDA y los derechos humanos" ONU. Nueva York. 1991. p."

Metodología.

La investigación se realizó a través de un protocolo elaborado para tal fin.

El método utilizado fue el inductivo ya que permitió partir de premisas particulares para llegar a hechos generales, lo que nos llevó a un nivel de investigación exploratorio/descriptivo, fundamentada en lo bibliográfico, documental y de campo.

* La unidad de análisis es: la familia

* Las categorías estudiadas son.

- Familiar.

- a) comunicación
- b) roles
- c) manifestación de afectos
- d) ciclo vital

- Social.

- a) derechos humanos
- b) educación

- Económica.

- a) clase social
- b) ocupación
- c) vivienda
- d) ingresos

- Salud.

- a) percepción de la salud-enfermedad
- b) uso de instituciones médicas

- Cultural.

- a) sexualidad
- b) expectativas del rol
- c) disfunciones
- d) vínculos
- e) religión

f) costumbres

A) Métodos cualitativos:

Ofrecen alternativas respecto al estudio de tópicos sensibles, de tal forma que permitan lograr la explicación del fenómeno o problema social que se investiga.

Para ello se incluyen 3 testimonios significativos de familias con uno o más miembros portadores de VIH/SIDA, las cuales son representativas de diferentes dinámicas familiares con problemas sociales específicos que se agudizan en función de las formas de transmisión: perinatal, sexual y sanguínea.

1 - Técnicas:

° Observación; utilizada para detectar actitudes del sujeto/persona hacia la problemática presentada, así como para conocer los factores más relevantes que se relacionan con la misma.

° Entrevista; la cual se realizó a través de una guía con preguntas específicas de las categorías anteriormente planteadas, su fin esta marcado por los objetivos mismos del estudio.

° Sistematización; "Es el trabajo de organizar una práctica social dentro de un sistema teórico metodológico que dé referencia al desarrollo del proceso seguido por esa práctica y del análisis e interpretación que sobre ese proceso se haya realizado".(31) Esta se llevó a cabo con base a la investigación documental y de campo, con el apoyo de los expedientes que de cada familia se tienen en la Coordinación, a cabo a través del registro, la organización, la clasificación, el análisis y la interpretación.

° Técnica de Investigación Documental : "Es aquella que permite integrar el conocimiento y el discernimiento de datos que pueden aprovecharse en un enfoque; proceso de búsqueda, hallazgo y síntesis en una actitud dialéctica. Permitiendo conocer la verdad y comprender los fenómenos sociales." (32)

(33) GONZALEZ MONTAÑO, et all. "Manual de Trabajo Social" UNAM-ENTS. México. 1996. p. 397

(34) OLEA, Franco Pedro. "Manual de Técnicas de Investigación Documental" Edit. Esfinge. 19ª edición. México. 1990. p.18-19

Esta técnica se efectuó con base en los siguientes instrumentos:

2.- Instrumentos:

- ° Expedientes; los cuales contienen la información del caso: datos de identificación, socioeconómicos, diagnóstico social, plan social y seguimiento de dicho caso.
- ° Guía de entrevista y guía de observación, previamente estructuradas.
- ° Cuaderno de notas; el cual es útil en el registro de la información en las visitas domiciliarias.
- ° Diario de campo.

B) Métodos cuantitativos:

En el presente estudio los indicadores se obtuvieron de las hipótesis y se presentan mediante medidas aritméticas.

1.- Técnicas:

- ° Se apoya en cuadros de relación de variables e indicadores expresados en gráficas.
- ° Uso de medidas estadísticas como: promedios y porcentajes.

2.- Instrumentos:

- ° Se apoya en cuadros y matrices.

3.1 Características Generales.

Las tres historias sociofamiliares aquí incluidas permiten la percepción del impacto del VIH/SIDA en el interior del núcleo familiar; cada una de estas historias conllevan aspectos comunes aunque presenten diferentes problemáticas, agudizadas por el tipo de transmisión de esta enfermedad.

Los nombres de las personas que participan en estas historias sociales han sido cambiados por ética profesional ya que son datos confidenciales.

Familia Robledo.

* Tipo de Transmisión: Perinatal.

1.- Ficha de Identificación:

Nombre: Noemi Robledo (menor motivo de estudio)

Edad: 8 meses

Sexo: Femenino

Lugar de Nacimiento: México, D.F.

2.- Datos Familiares:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Observaciones
Silvia	madre	25	ama de casa	primaria	infectada por VIH
Leopoldo	padre	27	desempleado	bachillerato	infectado por VIH farmacodependiente
Amparo	hija	5	estudiante	pre-primaria	seronegativa
Rodrigo	hijo	2	ninguna	ninguna	seronegativo
Noemi*	hija	8/12	ninguna	ninguna	infectada por VIH

Religión: Católica.

3.- Historia Social

Familia nuclear, en etapa de formación de los hijos que fue conformada por la pareja después de dos años de noviazgo. Deciden vivir en unión libre hace cuatro años, durante los cuales la relación ha sido alterada por problemas de adicción e infidelidad de la figura masculina.

La pareja ha vivido al lado de la familia de origen del padre, la cual ha determinado la relación debido a que la pareja siempre ha dependido de esta, económica y moralmente, "otorgándoles derechos para cuestionar sus vidas".

Aunque la comunicación se reporta como abierta, la Sra. Silvia dice que "su pareja oculta sus intenciones", el ejercicio de roles se realiza de manera tradicional, ejerciendo el padre la autoridad.

La sra. Silvia refiere haberse enterado del "problema de adicción" de su pareja al año y medio de vivir en unión libre, mencionando que él se inició en

esta adicción a los doce años de edad, y que desde esa fecha, deja el tóxico por episodios. La problemática es conocida por la familia paterna.

En abril de 1997, producto de esta relación nace la menor Noemi, con diagnóstico de VIH, la madre la lleva al Instituto Nacional de Pediatría (INP) desconociendo "la horrible enfermedad que su hija tenía," el médico tratante de la menor da el diagnóstico e informa que la posible vía de transmisión del virus, son los padres. Al realizarse las pruebas de Elisa y Western Blot, ambos se saben portadores de VIH, "no teniendo información de ese mal, casi enloquecieron" en el INP los enviaron como parte de un protocolo del Instituto Nacional de Nutrición donde son apoyados con medicamento. Es importante señalar que la sexualidad dentro de la familia, juega un papel determinante sobre la dinámica familiar.

La familia desconoce su enfermedad, y no les proporciona apoyo de ningún tipo. "los vecinos nos han agredido física y verbalmente cuando se enteraron de que eramos seropositivos, nos nombran "los sídosos," nuestro mundo cambió drásticamente, estamos solos, luchando contra todos y no sabemos que hacer. Todo ha cambiado, ya no hacemos el amor, nuestra hija se esta muriendo, los vecinos nos golpearon, ¿Qué hicimos para merecer este mal?."

4.- Aproximación Diagnóstica.

Familia nuclear, en etapa de formación de los tres hijos, con 3 miembros portadores de VIH/SIDA, aparentemente integrada, disfuncional (g) originaria y residente del Distrito Federal, perteneciente a un nivel socioeducativo bajo, ya que solo cuenta con la educación básica; socialmente presentan insuficiencia económica para satisfacer las necesidades básicas familiares, debido a que el jefe de familia carece de empleo estable, existiendo condiciones deficientes de alimentación, vivienda y atención médica.

La farmacodependencia del padre, condiciona una disminución de sus capacidades en todos los aspectos, generando situaciones que repercuten

(g) Términos en el glosario al final del capitulado.

psicológicamente en la dinámica familiar, aunado a la angustia en ambos padres por el padecimiento y culpabilidad hacia la menor de 8 meses de edad, por haberla contagiado del VIH vía perinatal. No cuentan con apoyo de su entorno social.

Familia Andrade.

*Tipo de Transmisión: Sanguínea.

1.- Ficha de Identificación:

Nombre: Yolanda Andrade

Edad: 50 años.

Sexo: Femenino

Lugar de Nacimiento: México, D.F.

2.- Datos Familiares:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Observaciones
Yolanda	madre	50	hogar	secretaria bilingüe	infectada por VIH
+ Jesús	hijo	29	estudiante	6° sem. de Diseño Graf.	infectado por VIH
Omar	hijo	27	estudiante	contaduría	No está infectado
Guillermo	hijo	23	estudiante	5° sem. Rel. Inter.	infectado por VIH
+ Alejandro	hijo	19	estudiante	3° de Bachillerés	infectado por VIH

Religión: Católica

3.- Historia Social

A la edad de 20 años la Sra. Yolanda contrae nupcias con el Sr. Camargo con quien procreó 4 hijos, haciendo referencia a que su relación era afectiva, estrecha y con lazos de comunicación y respeto; se divorcian porque su pareja se declaró "incapacitado para aceptar su problema de salud ... nos rechazó...creo que aún no lo hemos superado"

En 1984 el menor Alejandro es intervenido quirúrgicamente por un accidente automovilístico donde se le detecta que es hemofílico; al igual que su progenitora y dos de sus hermanos, Guillermo y Jesús. La familia desconocía dicha situación.

Al recibir tratamiento médico se diagnostica que la madre es la portadora, a través de "herencia consanguínea", y no controla el problema de salud hasta 1989. Siendo en ese año que detectan el VIH en Guillermo, y determinan hacerle la prueba de Elisa a Alejandro, a Jesús y a la Sra. Yolanda, entonces detectan que todos eran seropositivos, debido a las continuas transmisiones sanguíneas.

La familia cuenta con seguridad social. En la actualidad han fallecido dos hijos, Jesús en 1997 y Alejandro en 1998.

4.- Aproximación Diagnóstica:

Núcleo familiar desintegrado por la ausencia de la figura paterna pero funcional al interior de la misma.

Cuatro de los integrantes de la familia son portadores de VIH por transfusión sanguínea. La comunicación, el apoyo y el respeto son aspectos de su relación socioafectiva. Socialmente la familia cuenta con un nivel educativo superior, sin oportunidad laboral por su diagnóstico de VIH.

Familia Garrido.

Tipo de Transmisión: Sexual.

1.- Ficha de Identificación:

Nombre: Alvaro Garrido.

Edad: 34 años.

Sexo: Masculino.

Lugar de Nacimiento: México, D.F.

2.- Datos Familiares:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Observaciones
Alvaro	pareja	34	ninguna	6° sem. U.A.M	Infectado por VIH.
Rubén	pareja	32	empleado	6° sem. U.A.M	Infectado por VIH.

Religión: Católica.

3.- Historia Social

Alvaro de treinta y cuatro años de edad, vive en unión libre con su pareja homosexual, Rubén de 32 años, refieren haberse conocido en una fiesta de fin de semestre, cursaban el sexto semestre en la UAM, ambos estaban inscritos en la Licenciatura en Ciencias Políticas. “La relación desde siempre fue buena, tenemos altibajos como todas la parejas, pero entre nosotros existe apoyo y solidaridad, con una buena comunicación abierta”

Hace 9 años Alvaro acude a CONASIDA por iniciativa propia” me empecé a sentir mal y pensé que podría tener VIH, fue difícil tomar esta decisión”. Cuando se sabe seropositivo reafirma que la relación con su pareja es lo que le motiva a seguir adelante. “corrí a decírselo a Rubén, estábamos acabados, no teníamos y menos en ese momento, apoyo familiar y ya éramos relegados por los vecinos y conocidos, nunca nos aceptaron. Sabíamos que nuestra relación era un riesgo, sabíamos las enfermedades venéreas y del SIDA... decidimos apostar a la vida y perdimos, no nos arrepentimos, no sabemos quien infectó a quien y no nos interesa”.

Agrega por su parte Rubén “lo importante es nuestro amor, lo que más me angustia es que Alvaro está en fase terminal y siento impotencia porque no lo puedo ayudar”.

¿Qué si el SIDA es condicionante de discriminación? obviamente sí, como se sabe poco, se piensa que el más ligero roce provocará el contagio, que risa, hace falta más que eso.”

4.- Aproximación Diagnóstica.

Pareja homosexual portadora del VIH. Aparentemente integrada, disfuncional con el entorno social, y funcional hacia el interior. La comunicación entre ellos es abierta, con ejercicio compartido de autoridad, ambos provienen de familias nucleares, en etapa del ciclo vital conocida como “El nido vacío.”

Socialmente la pareja cuenta con nivel académico superior, sin oportunidad laboral, porque ambos fueron despedidos de sus respectivos empleos al enterarse de su diagnóstico VIH.

Se encuentran inmersos en un ambiente social en donde existe agresión física y verbal hacia ellos.

Interpretación Cuantitativa. (Análisis de las 42 familias, objeto de estudio).

Categoría Familiar.

1.- Las familias se clasifican en diferentes tipos , en función del número de integrantes que la conforman y su estructura:

<u>Tipología de Familias con uno o más miembros portadores de VIH/SIDA</u>		
Familia Extensa	11	26.20 %
Familia Nuclear Integrada	10	23.81 %
Familia Incompleta	7	16.66 %
Familia Desintegrada	5	11.90 %
Familia Compuesta	8	19.05 %
Persona Sola	1	2.38 %
	<hr/>	<hr/>
	42 Familias	100 %
Total	42 Familias son atendidas en el Programa de Hogares de VIH.	

Tratando de conocer el tipo de familias dentro de esta problemática del VIH, encontramos como datos relevantes que:

El tipo más común de la familia es la extensa con un 26.20 %, aunque existe una tendencia importante hacia la nuclear integrada; encontrando que la familia extensa sirve de soporte para el portador, proporcionándole satisfactores para las siguientes necesidades (Tucker 1984) :

- 1.- Emocionales.
- 2.- Físicas.
- 3.- Sociales
- 4.- Financieras y religiosas/espirituales.
- 5.- Ajuste y/o adaptación.

2.-

Tipología de Redes Familiares de los portadores de VIH.

Mujer viuda *S+ / Hijos *S-	10	23.81 %
Mujer Viuda S+ / Hijos S +	3	7.14 %
Pareja S+ / Hijos S-	6	14.29 %
Pareja S+ / Hijos S+	8	19.05 %
Esposo S+ / Esposa S- / Hijos S-	2	4.76 %
Esposa S+ / Esposo S- / Hijos S-	3	7.14 %
Madre Soltera S+ / Hijos S+	2	4.76 %
Madre Soltera S- / Hijo S+	1	2.38 %
Persona Soltera(o) S+	6	14.29 %
Pareja Homosexual S+	1	2.38 %
Total	42 Familias	100 %

* S+ = Seropositivos

* S- = Seronegativos

Dentro de las familias atendidas en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, encontramos que en 10 casos la mujer viuda cubre ambos roles debido a que el padre falleció a causa del SIDA, no existiendo VIH en los hijos, 8 familias presentan la problemática de que todos los integrantes de la misma, tienen SIDA, siendo la mujer la principal encargada de suministrar cuidados a los portadores.

3.-

<u>Edad de los portadores de VIH/SIDA</u>		
- 1 año	5	6.76 %
1 - 5 años	8	10.81 %
6 - 10 años	7	9.47 %
11 - 15 años	1	1.35 %
16 - 20 años	5	6.76 %
21 - 25 años	4	5.40 %
26 - 30 años	18	24.32 %
31 - 35 años	12	16.21 %
36 - 40 años	7	9.47 %
41 - 45 años	2	2.70 %
46 - 50 años	3	4.05 %
51 - 55 años	1	1.35 %
55 - 60 años	1	1.35 %
Total	74 Portadores	100 %

En el rango de edad, de la población infectada, 18 casos se encuentran entre 26 a 30 años con un 24.32 % y 12 casos pertenecen al rango de 31 a 35 años; es decir, estamos ante una población joven, cabe resaltar que es una población en edad económica y socialmente productiva.

4.-

	<u>Sexo</u>	
Masculino	29	39.19 %
Femenino	45	60.81 %
	<hr/>	<hr/>
	74 portadores	100 %

Dentro de los datos que se patentizan en el perfil de los portadores, es aquí donde se acentúa "la feminización en el SIDA", hecho relacionado con el incremento de una vida sexual activa con varias parejas, sin responsabilidad (heterosexual, homosexual, bisexual, entre otras).

Categoría Social (Derechos Humanos y Educación)

5.-

<u>Estado Civil</u>		
Menor no registrado	2	2.70 %
Menor Registrado	15	20.27 %
Soltero	9	12.16 %
Casado	13	17.57 %
Unión Libre	18	24.32 %
Divorciado	0	0.00 %
Viudo	17	22.98 %
Total	<u>74 Portadores</u>	<u>100 %</u>

En lo referente al estado civil predominante es la unión libre, en donde la familia se integra por mutua decisión, sin formalizar legalmente su relación, con un 24.32 %, el siguiente rango lo integran las personas viudas debido a que su pareja falleció por SIDA.

6.-

<u>Escolaridad</u>		
Sin escolaridad (menor de 4 años)	5	6.76 %
Preprimaria	5	6.76 %
Primaria incompleta	13	17.57 %
Primaria completa	26	35.13 %
Secundaria incompleta	5	6.76 %
Secundaria completa	11	14.87 %
Comercial o Técnico	1	1.35 %
Preparatoria incompleta	1	1.35 %
Preparatoria completa	2	2.70 %
Analfabeta	2	2.70 %
Licenciatura incompleta	2	2.70 %
Licenciatura completa	1	1.35 %
Total	74 Portadores	100 %

En la escolaridad encontramos 26 casos con primaria completa y 13 personas no concluyeron su educación primaria; situación que nos indica que la población en atención no cuenta con la escolaridad básica, lo que por ende reduce sus posibilidades laborales, aún antes de conocerse infectados

Asimismo la educación social es el principal medio de prevención hacia esta enfermedad, ya que al tener información sobre los riesgos de practicar una sexualidad de una manera no responsable, la población en general podría asumir una vida sexual plena.

7.-

<u>Nº. de Hijos por Familia</u>		
1 hijo	14	33.33 %
2 hijos	11	26.19 %
3 hijos	7	16.67 %
5 hijos	1	2.38 %
Sin hijos	7	16.67 %
No se especifica	2	4.76 %
Total	<u>42 Familias</u>	<u>100 %</u>

Se observa que existe preponderancia en las familias que tienen un hijo en un 33.33 % y un 26.19 % presentan dos hijos, es decir, se da una tendencia marcada hacia la familia nuclear pequeña, esto por la sensibilización respecto a la importancia de llevar a cabo una adecuada salud reproductiva, que origina que la pareja llegue a procrear un menor número de hijos.

8.-

<u>Lugar de Origen</u>		
D.F.	56	76.69 %
Coahuila	1	1.35 %
Oaxaca	2	2.70 %
Zacatecas	1	1.35 %
Chiapas	1	1.35 %
Edo. Méx.	2	2.70 %
Veracruz	3	4.06 %
Morelos	1	1.35 %
Michoacán	2	2.70 %
Guerrero	1	1.35 %
Puebla	4	5.40 %
Total	74 Portadores	100 %

Tenemos que el 76.69 % de los portadores de VIH atendidos en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, son originarios del Distrito Federal.

9.-

<u>Lugar de Residencia</u>		
Cuauhtémoc	3	4.05 %
Gustavo A. Madero	4	5.40 %
Azcapotzalco	3	4.05 %
Iztacalco	5	6.76 %
Iztapalapa	20	27.03 %
Alvaro Obregón	5	6.76 %
Miguel Hidalgo	3	4.05 %
Benito Juárez	3	4.05 %
Venustiano Carranza	1	1.35 %
Xochimilco	2	2.70 %
Tlalpan	8	10.82 %
Coyoacán	10	13.52 %
Magdalena Contreras	6	8.11 %
Milpa Alta	0	0.00 %
Tlahuac	0	0.00 %
Cuajimalpa	1	1.34 %
Total	<u>74 Portadores</u>	<u>100 %</u>

De acuerdo a la incidencia, el 27.03 % residen dentro de la Delegación Política de Iztapalapa, información que esta en estrecha relación con el alto índice de problemas sociales que se registran en dicha zona, hecho que se correlaciona con los registros proporcionados por las estadísticas dadas por la misma Delegación.

Categoría Económica.

10.-

<u>Ingresos de la Familia</u>		
\$ 250.00	2	4.77 %
\$ 500.00	8	19.04 %
\$ 1000.00	13	30.96 %
\$ 1500.00	2	4.77 %
\$ 2000.00	1	2.38 %
Sin ingresos propios	7	16.67 %
No se especifica	9	21.42 %
Total	<u>42 Familias</u>	<u>100 %</u>

En esta gráfica observamos que el 30.96 % de la población que se atiende, corresponde a familias que obtiene \$1,000.00 mensuales para cubrir sus necesidades básicas, por lo que se detecta que no puede costear los gastos generados por la enfermedad; por ejemplo, “el coctel antiviral (combinación de tres medicamentos contra el SIDA) tiene un costo equivalente a 250 días de salario mínimo por mes” (33)

(33) BRITO. Alejandro. V Conferencia Panamericana contra el SIDA. “Avances clínicos y desafíos políticos”. *La Jornada* Núm. 18 Enero 8, 1998. Letra S - Crónica p. 8-9

11.-

<u>Ocupación</u>		
Sin ocupación (menor de 4 años)	5	6.76 %
Desempleado	7	9.46 %
Ama de casa	20	27.02 %
Doméstica	6	8.11 %
Comerciante	4	5.40 %
Vendedor ambulante	2	2.70 %
Subempleado	6	8.11 %
Empleado	8	10.81 %
Estudiante	16	21.63 %
Total	74 Portadores	100 %

Al ser las mujeres las encargadas de la manutención familiar, los ingresos económicos son escasos y/o nulos, en un 27.02 % se dedican al cuidado del hogar, ya que reciben apoyo familiar, económico y moral. Los hijos menores de edad de cada familia, son estudiantes.

Se observa que en algunos casos los portadores han sido despedidos de sus empleos al enterarse de que son seropositivos, aunque es sabido que no existe ningún impedimento para que el portador pueda seguir desarrollando sus actividades laborales, a excepción de aquellas que lo pongan en contacto con agentes infecciosos.

12.-

<u>Tenencia de la vivienda:</u>		
Prestada por la familia	18	42.86 %
Rentada	11	26.19 %
Propia	12	28.57 %
No se especifica	1	2.38 %
Total	<u>42 familias</u>	<u>100 %</u>

Predomina como tenencia de la vivienda la que es prestada por sus familiares con un 42.86 %, lo que reafirma que este grupo depende de la familia extensa para la satisfacción de las necesidades básicas.

Categoría Salud

13.-

<u>Vía de Infección</u>		
a) <i>Transmisión Sexual:</i>	43	58.11 %
Violación	1	1.35 %
Bisexual	6	8.11 %
Homosexual	4	5.40 %
Heterosexual (1 pareja)	12	16.22 %
Heterosexual (Relaciones promiscuas)	20	27.05 %
b) <i>Transmisión Sanguínea</i>	8	10.81 %
Hemofílico	3	4.05 %
Banco de sangre	4	5.41 %
Tatuajes y Drogas vía intravenosa	1	1.35 %
c) <i>Transmisión Perinatal</i>	17	22.98 %
d) <i>Se desconoce</i>	6	8.10 %
Total	74 Portadores	100 %

Prevalece como vía de contagio la de transmisión sexual con un 58.11 %, incrementando el número de casos entre mujeres; (esto es en función de las estadísticas que mensualmente se publican en el Boletín Informativo de CONASIDA), seguida de la vía perinatal.

El 8.10 % de la población objeto de estudio desconoce la vía de contagio.

14. -

<u>Año en que se detectó la enfermedad de VIH/SIDA</u>		
1986	2	2.70 %
1987	3	4.05 %
1989	3	4.05 %
1991	3	4.05 %
1992	2	2.70 %
1993	2	2.70 %
1994	13	17.58 %
1995	22	29.74 %
1996	2	2.70 %
No se especifica	22	29.74 %
Total	<u>74 Portadores</u>	<u>100 %</u>

La población en atención en un 29.74 % desconoce la fecha en que contrajo el VIH en igual porcentaje predominan los casos que refieren desde 1995 ser portadores de VIH.

15.-

<u>Institución de salud tratante</u>		
Hospital General de México	5	6.76 %
CONASIDA	39	52.71 %
IMSS	10	13.51 %
Hospital "M. Gea González"	13	17.57 %
Hospital Infantil de México	1	1.35 %
Hospital Juárez	2	2.70 %
Sin atención médica	4	5.00 %
Total	74 Portadores	100 %

Como se observa en ésta tabla, la gran mayoría de los portadores de VIH carecen de seguridad social y no tienen acceso a dichos beneficios, ni recursos para sufragar el costo de los tratamientos farmacológicos. Según la tabla 10 la mayoría de los portadores dependen económicamente de terceras personas, pues sus ingresos mensuales ascienden en un 30.96% de las familias a \$1000.00.

Un 54.71 % acude CONASIDA a recibir de manera esporádica apoyo médico y psicológico.

En conclusión se integra el perfil sociofamiliar a través de las entrevistas realizadas a las 42 familias que contiene las características comunes encontradas en torno al VIH y que influyen de manera directa en la estructura familiar :

- Ignorancia o desconocimiento de la enfermedad.
- Falta de recursos económicos (sin vivienda propia y sin empleo fijo).
- Carencia de seguridad social (no se recibe la atención médica adecuada).
- Ejercicio de sexualidad de manera irresponsable.
- Miedos y prejuicios.
- Uso ocasional de fármacos.
- Problemas de comunicación hacia el interior del núcleo familiar.
- Bajo nivel educativo.
- Disfuncionalidad social.
- Estigma.
- Migración.
- Crisis de valores.

Por medio del análisis de las tres historias sociales, se encontraron los siguientes patrones conductuales:

- Relaciones sexuales a temprana edad.
- Irresponsabilidad en la relación de pareja (uniones libres, varias parejas).
- Paternidad no responsable (abandono o ausencia de las figuras materna y/o paterna).
- Farmacodependencia.
- Individualismo.

En conjunto, dichos fenómenos se traducen en procesos concatenados que profundizan aún más la crisis preexistente ante la presencia del virus en el núcleo familiar; siendo el de mayor impacto el duelo por la pérdida de un ser querido

CAPITULO IV

ANALISIS DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL .

El Trabajador Social al conocer e intervenir en la dinámica familiar debe realizar principalmente funciones de educación, investigación y asistencia social, es decir, de manera general debe estar preparado para el estudio y el análisis de los problemas sociales, “conociendo los mecanismos que operan en la sociedad, planeando y promoviendo acciones encaminadas a la solución de situaciones que impiden satisfacer las necesidades humanas”(34)

El Trabajo Social está basado en la participación social enfocada hacia los grupos de menores recursos con base en una intencionalidad que pretende incidir en el desarrollo social; y de manera primordial debe promover y proteger a la familia, dando atención a sus necesidades y derechos.

“El Trabajador Social debe poseer un amplio conocimiento sobre aspectos conceptuales y metodológicos de **investigación social**, que le permita identificar y caracterizar la problemática social, así como la formulación de explicaciones objetivas en torno a sus manifestaciones y sus dimensiones generadas por la intrincada interrelación social; con el objeto de que sirva como base en la elaboración de diagnósticos sociales coherentes y acordes con la situación real de la población”. (35)

El proceso de investigación debe presentar una fuerte orientación psicológica, porque centra la atención en el individuo, su medio familiar, social y cultural; la forma como influye en la concepción de su propio problema y en la conformación de su personalidad, que va a repercutir en la manera de enfrentar y responder frente a su situación social-problema.

(34) VALERO CHAVEZ, Aida et al. *“Manual de Trabajo Social”*. UNAM-ENTS. México. 1996. p. 37.

(35) GALEANA DE LA O, Silvia. *Idem*. p. 168.

En la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos el Trabajador Social, cuenta con manuales de organización y de procedimientos para guiar su práctica cotidiana, lo que limita su funcionamiento al nivel operativo.

El profesional en Trabajo Social en su campo de acción involucra al individuo, familia y comunidad en el proceso de **educación social** para lo cual debe utilizar técnicas específicas que permitan explorar sentimientos, experiencias y reforzar comportamientos, de modo que el SIDA sea aceptado y se pueda reestructurar el “modus vivendi”, lo que implica un cambio de hábitos y actitudes del grupo familiar.

Como orientador a nivel educativo-preventivo, tiene el compromiso de promover al individuo, estimulando, fomentando y asesorando toda búsqueda de bienestar que parta del análisis crítico de los mismos participantes.

Es decir, tiene que superar el abordaje paliativo de los problemas, proyectar a gran escala el proceso de autogestión y lograr ampliar su cobertura hacia grupos vulnerables con los que no se trabajaba antes. La herramienta básica utilizada por el profesional, para facilitar dichos procesos adaptativos es la Terapia Familiar: “se hace prevención promocionando el ser, favoreciendo su autoestima, sus valores, y la aceptación de sí mismo.”(36)

Se detectó que el Trabajador Social en dicha función únicamente interviene de manera directa a través de la metodología tradicional de casos, no trasciende al grupo y la comunidad en virtud de que carece de los recursos materiales y financieros que se lo permitan. Normativamente dicho profesional se encuentra sujeto a tiempos y espacios determinados, siendo esta situación la que obstaculiza brindar una atención integral a la familia.

Además en la Institución no está especificado el apoyar a los portadores de VIH.

La intervención profesional en el tratamiento a la familia desde el enfoque de **asistencia social**, se justifica no sólo por el apoyo que supone los cuidados hacia el portador, sino que debe conllevar un mejoramiento en las

(36) *QUINTERO VELAZQUEZ, Angela Maria. 'Trabajo Social y Procesos Familiares'. 1ª edición. Edit. Lumen/Humanitas. Buenos Aires, 1997. p. 89*

condiciones y calidad de vida del núcleo, específicamente en sus capacidades, actitudes y comportamientos para manejar el impacto del VIH/SIDA.

El Trabajador Social en esta área “contribuye a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social de aquellos individuos y grupos que por sus consideraciones de vulnerabilidad han quedado al margen de las políticas sociales: por lo que su participación se ubica en acciones asistenciales de protección física, mental y social, con el fin de incorporarlos a una vida plena y productiva”.(37)

Como se ha venido manejando el carácter integral consiste en abordar las necesidades específicas de los portadores de VIH y de su familia a través de un trabajo inter y transdisciplinario, ya que se requiere de la interrelación entre diferentes profesionistas, siendo Trabajo Social el eje motor de dicha intervención; retomando que las principales necesidades de los portadores en función del perfil sociofamiliar son: de atención social, de apoyo económico, de atención médica, psicológica y jurídica; por lo tanto se requiere de diversas disciplinas entre las que destacan: Trabajo Social, Antropología, Psicología, Derecho, Medicina, Tanatología y Economía; todas ellas con la finalidad de responder a los efectos que el SIDA inserta en la familia.

Trabajo Social específicamente requiere de los siguientes conocimientos, habilidades y aptitudes:

4.1 Perfil Profesional del Trabajador Social ante el SIDA.

Mediante la experiencia en la atención de personas con VIH/SIDA se considera que el Trabajador Social debe adoptar una actitud objetiva y humanista en la realización de su quehacer profesional, con la finalidad de promover que dichas personas no deben ser sujetos de algún tipo de discriminación, laboral, social, familiar, asistencial o de cualquier otra clase.

Por lo anterior el Trabajador Social deberá tener como características principales las que a continuación se mencionan:

(37) *Op cit* p. 95

* Conocimientos interdisciplinarios, teóricos y metodológicos.

1.- Sociomédicos, sobre la sintomatología clínica de la enfermedad, en relación a lo que puede esperarse del SIDA, cómo puede tratarse y dónde obtener asistencia; esto permitirá a la familia enfrentar el problema clínico.

2.- Psicosociales, en dinámicas, terapias, que permitirán orientar a la familia para la formación de redes de apoyo, de comunicación y de manejo de emociones y sentimientos del portador.

3.- Contexto institucional, incluyendo la Ley de Asistencia Social y los programas de atención social que actualmente lleva a cabo el DIF . Así como de otras instituciones públicas, privadas y sociales, en cuanto a sus programas y servicios de apoyo.

4.- Trabajo Social, con el método de atención individual, grupal y comunitaria fundamentalmente de sistematización, promoción social, educación social, investigación social, acciones asistenciales, de orientación, asesoría, supervisión, programación social, derechos humanos y tanatología.

Conocimiento sobre teorías epistemológicas y socioeconómicas para la interpretación de la realidad social.

* Habilidades, para:

- Entrevistar a profundidad.
- Diseñar, desarrollar y aplicar la investigación social
- Realizar diagnósticos sociales.
- Proporcionar apoyo emocional .
- Formular, ejecutar y dirigir programas y proyectos sociales.
- Analizar el contexto socioeconómico y cultural de las familias con VIH/SIDA.
- Diseñar modelos de intervención para la atención de problemas específicos.
- Procurar recursos diversos a los programas sociales.

° Además de su formación profesional deberá integrar:

* Actitudes

Teóricamente el Trabajador Social ante una enfermedad terminal, debe adoptar las siguientes actitudes:

- Respeto hacia el individuo portador de VIH, sin prejuicios sociales.

- Aceptación por el paciente considerándolo como un ser humano en pleno uso de sus facultades físicas, mentales y psicológicas.
- Cordialidad (con capacidad afectiva)
- Madurez. haciendo un adecuado manejo de su propia subjetividad.
- Responsabilidad en el manejo de emociones socioafectivas de los portador.

Lo anterior se postuló en base a la actitud que adopta el personal responsable de estos casos en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, quienes no manejan la carga emocional y ello interfiere en la intervención profesional, manifestándose en la atención brindada a la población motivo de estudio, y expresando prejuicios en contra del SIDA.

4.2 Objetivos del Trabajador Social en torno al SIDA.

Cabe hacer mención que se considera que los objetivos a alcanzar dentro de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos en el Programa de Hogares por VIH/SIDA no han sido explicitados, aunque el personal de trabajo social maneja entorno a esta problemática los que a continuación se mencionan:

- Fomentar la integración familiar del portador y sus seres queridos.
- Sensibilizar al individuo y medio familiar de la problemática presentada.
- Gestionar un subsidio económico mensual.

Se considera que el principal objetivo debe ser el incrementar la capacidad de respuesta individual y colectiva de los grupos con prácticas de riesgo; ello llevará a la promoción, fomento y desarrollo de las capacidades del portador y su familia.

A través de acciones de carácter promocional, educativo, de protección jurídica, y de atención social, distinguiendo claramente a que grupo se debe dirigir dicha intervención.

La actual visión de Trabajo Social debe ir más allá de la prestación directa de servicios asistenciales o la distribución de ayuda a través de la articulación de un conjunto de acciones preventivas que permitan, por un lado, reducir los riesgos de caer en cualquiera de los mecanismos de

transmisión del VIH/SIDA que afectan a los grupos con prácticas de alto riesgo y sociedad en general, y por el otro, elevar los factores de atención social para los grupos marginados, como lo referente a la atención de sus necesidades y demandas, así como la prestación y gestión de servicios sociales.

4.3 Intervención Profesional del Trabajador Social.

Los modelos de atención social deben corresponder a un esfuerzo de sistematización de las tareas institucionales con el propósito de orientar los programas y acciones bajo los principios de eficacia y eficiencia.

A partir de su flexibilidad y potencialidad de adecuación a diferentes escenarios permitirán integrar bajo una misma concepción los esfuerzos institucionales, optimizar los recursos, operar bajo criterios de rentabilidad social y garantizar el cumplimiento de objetivos, normas y procedimientos.

El modelo de asistencia social , al que se aspira se fundamenta en cuatro principios básicos:

Pertinencia: Es decir que respondan de manera armónica e integral a una problemática específica.

Flexibilidad: Entendida como las potencialidades que revisten para ser adecuados a situaciones de carácter regional, estatal o local.

Eficacia: Entendida como el mejoramiento positivo de los índices de inversión/beneficio.

Especificidad: En cuanto considera los factores multicausales que los determinan, sin por ello debilitar sus niveles de intervención, ni de impacto esperados.

En virtud de lo anterior, los modelos consideran un proceso metodológico que abarca cinco ejes fundamentales:

1.- Elaboración del diagnóstico situacional; se parte del momento actual de un problema a efecto de dimensionar su magnitud, la población objetivo, así como las acciones y procesos que permitan atender el problema o potencializar las oportunidades.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 2.- Diseño de acciones para la intervención: la clara definición de procedimientos, instrumentos y estrategias, ordenados en tiempo y espacio.
- 3.- Sistemas de evaluación y seguimiento; se parte del diseño de indicadores de carácter cuantitativo y cualitativo.
- 4.- Instrumentos de formación y capacitación ; el cual se refiere al personal institucional de nivel profesional , técnico y de campo, y tiene como propósito establecer los contenidos, estrategias y metodologías de capacitación de acuerdo a sus perfiles de trabajo.
- 5.- Estrategias e instrumentos de capacitación social; enfatizando calidad en la atención , integralidad y complementariedad de las acciones institucionales e impacto social.

En la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos se detectó que la falta de un programa de atención social que aborde la problemática del VIH, es la causa principal que obstaculiza que se proporcione la asistencia social integral requerida, con base en lo anterior dentro de esta investigación se propone un programa, a manera de referencia, dirigido a los Trabajadores Sociales

CAPITULO V.

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCION SOCIAL PARA LAS FAMILIAS QUE SOLICITAN APOYO EN LA COORDINACION TECNICA DE HOGARES SUSTITUTOS Y QUE PRESENTAN PROBLEMATICA DE VIH/SIDA

5.1 Justificación.

Con base en la presente investigación se propone la elaboración y ejecución de un programa de atención social dirigido a las personas que solicitan algún tipo de apoyo a DIF-Nacional a través de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, en donde sólo se les proporciona subsidio económico dejando de lado una atención integral.

La demanda de servicios asistenciales para la población portadora de VIH rebasó los recursos humanos, materiales y financieros de que dispone la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, lo que obstaculiza la estructuración de un programa específico de Trabajo Social para la atención de los portadores, en virtud de que existe desconocimiento de las características específicas de la dinámica familiar ante los efectos de SIDA y la interrelación entre estos aspectos; situación planteada como hipótesis en la presente investigación y que permitió comprobar que es imprescindible conocer la interrelación familia-portadores de VIH.

En el contexto institucional la atención brindada al núcleo familiar donde algún miembro es portador de VIH-SIDA ha sido parcializada en áreas como la médica, psicológica y económica, entre otras, sin poner énfasis en el aspecto social que revestiría el enfoque de integralidad a esta problemática; debido a que no se ha manejado el trabajo de manera inter y transdisciplinariamente; además cabe hacer mención de que la falta de información al Trabajador Social, sobre los recursos institucionales, limita la función asistencial aunado a que existe una política de reducciones económicas ante las actuales condiciones, sociales y políticas del país.

Es por ello que el programa tendrá una acción asistencial, con un carácter integral y multidisciplinario el cual se encaminará a generar y reforzar comportamientos o conductas (educación social), a través de valores, actitudes y habilidades que apoyen al portador y a su familia, para enfrentar la

enfermedad conceptualizada como VIH/SIDA, resaltando que ésta no es un fenómeno unidimensional y que puede ser explicado por la interacción de las siguientes disciplinas: Trabajo Social, Psicología, Medicina, Derecho, entre otras.

La función primordial del Trabajador Social se basará en el contacto directo con la población beneficiaria, promoviendo la mejoría de las condiciones de carácter social, es decir, el respeto a sus Derechos Humanos.

El Programa se regirá por los lineamientos institucionales señalados en el Manual de Procedimientos de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social y en apego a la Normatividad General del Sistema.

5.2 Objetivo General.

➤ Brindar atención social a los portadores de VIH/SIDA, vinculando recursos institucionales, familiares y sociales.

5.2.1. Objetivos Específicos:

- a) Detectar la dinámica familiar del portador de VIH.
- b) Promover la formación de grupos de autoayuda a través de talleres de reflexión sobre los efectos del SIDA en el núcleo familiar.
- c) Impulsar a la familia a fin de que brinde apoyo y afecto al portador de VIH.
- d) Generar procesos de educación social sobre los Derechos Humanos hacia el portador de VIH.
- e) Gestionar la creación de convenios con instituciones civiles, públicas y privadas para el otorgamiento de servicios complementarios que apoyen al portador de VIH y su familia.
- f) Fomentar la creación de redes sociales de apoyo.

5.3 Metas.

- Organizar 12 talleres de reflexión.
- Promover en un 80% la asistencia a los talleres.
- Distribuir 300 carpetas que contengan material informativo sobre el VIH/SIDA.

5.4 Límites.

- a) **UNIVERSO:** Estará conformado por el total de los portadores de VIH atendidos en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos.
- b) **UBICACION:** En el espacio que la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social acondicione para las oficinas de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos (DIF).
- c) **DURACIÓN:** El programa se llevará a cabo de Enero a Diciembre de 1999.

5.5. Metodología.

- La estructura temática de los talleres de reflexión será: SIDA, Familia, Salud Reproductiva, Derechos Humanos Tanatología, Terapia Familiar, Sexualidad, Género, Dinámica Familiar, Aspectos médicos del VIH, Asistencia Jurídica y Marginación Social.
- Seis talleres serán impartidos por el personal de instituciones de apoyo y seis más por el equipo de trabajo.
- Se elaborará un diagnóstico situacional sobre el grupo a fin de modificar o adecuar algunas sesiones programadas. Así como detectar necesidades reales y sentidas por el grupo.

- Para la evaluación de los temas se creará un instrumento que será aplicado a los integrantes del grupo al inicio y al final de la ejecución del programa. Los Hogares Especiales por VIH. serán sujetos de supervisión continua.

5.6 Organización.

a) Organización Externa

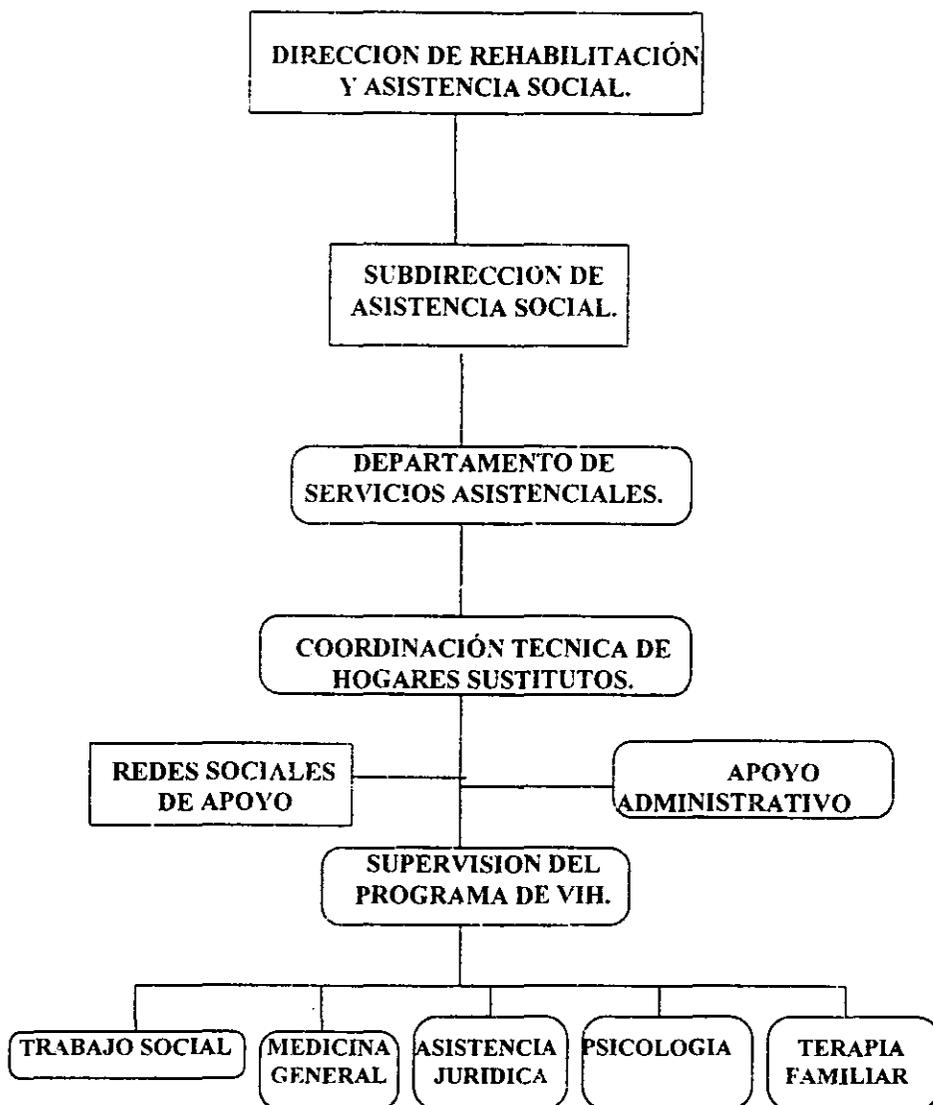
Para efectos de la ejecución del programa, se requiere que el personal de ésta Coordinación Social mantenga contacto con instituciones tales como: MEXFAM, CONASIDA, CAMSIDA, Casa de la Sal, INSAME, Ser Humano A.C. etc. a fin de que brinden sus servicios y/o apoyen con material didáctico y técnico, así como de albergue, derivaciones a servicios de atención médica (hospitalización), servicios funerarios y de ser necesario con recursos humanos.

b) Organización interna

Para efectos de la ejecución del programa el equipo multidisciplinario constará de: un coordinador técnico, supervisores, trabajadores sociales, secretarías, médicos generales, psicólogos, terapeuta familiar y abogado; los cuales dependerán directamente de la Jefatura del Departamento de Servicios Asistenciales para apoyo y supervisión.

ORGANIGRAMA.

e.-



5.7 Recursos Humanos.

Para el desarrollo del Programa se requiere de los siguientes profesionistas:

Un coordinador técnico; dos supervisores, cuatro trabajadores sociales, un abogado, dos médicos, cuatro psicólogos, dos terapeutas familiares y dos secretarías, y un capturista.

5.7.1 Perfil, Funciones y Actividades del equipo de trabajo.

1.- *Personal requerido para ocupar la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos:*

a) Perfil:

- Licenciado en trabajo social titulado.
- Conocimientos específicos sobre las Políticas Sociales actuales del Estado.
- Experiencia laboral en el campo de la Asistencia Social, mínimo 5 años.
- Facilidad y rapidez de comprensión del comportamiento humano.
- Manejo de la Metodología de Trabajo Social.
- Manejo de técnicas de observación y entrevista
- Capacidad de análisis.
- Espíritu de liderazgo.
- Sentido de responsabilidad.
- Habilidades de interacción personal.
- Edad: de 25 a 50 años.
- Manejo del Sistema Operativo en computación.

b) Funciones y Actividades:

- - Formular planes y programas de trabajo.
- - Organizar y distribuir cargas de trabajo y asignación de labores.
- - Controlar al personal en asistencia, puntualidad y rendimiento.
- - Evaluar el cumplimiento de los objetivos y metas..

- - Informar y reportar las actividades del equipo multidisciplinario.
- - Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- - Hacer uso adecuado de las instalaciones y el equipo de oficina que le sea asignado.
- - Participar en los talleres de reflexión.
- - Evaluar sus actividades.

2.- *Personal requerido para la supervisión.*

a) Perfil Requerido:

- Licenciado en Trabajo Social Titulado.
- Con especialidad en el Sector Salud.
- Experiencia laboral en el campo de la Asistencia Social, mínimo 2 años.
- Manejo adecuado de las Relaciones Humanas.
- Capacidad de reflexión.
- Sentido de responsabilidad.
- Manejo del Sistema Operativo en computación.
- Edad sugerida: de 25 a 50 años.

b) Funciones y Actividades:

- Planear, Organizar y Distribuir las cargas de trabajo entre los integrantes del equipo.
- Controlar y Registrar los casos y su seguimiento.
- Asesorar y Orientar al equipo de trabajo en aspectos técnicos y normativos sobre el manejo de los casos.
- Supervisar la información, comparando metas y logros; rendir informes y estadísticas sobre el trabajo.

- - Informar y reportar las actividades realizadas.
- - Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- - Hacer uso adecuado de las instalaciones y el equipo de oficina que le sea asignado.
- - Participar en los talleres de reflexión.
- - Evaluar sus actividades.

3.- *Personal requerido para Trabajo Social:*

a) Perfil:

- Licenciados en Trabajo Social Tituladas.
- Manejo específico de la metodología tradicional de Trabajo Social.
- Manejo adecuado de las técnicas de Observación y entrevista.
- Capacidad para detectar necesidades.
- Capacidad para jerarquizar problemas sociales.
- Sentido de responsabilidad.
- Edad sugerida: de 25 a 35 años.

b) Funciones y Actividades.

- Valorar las solicitudes de apoyo de primera vez, para dictaminar si el solicitante es considerado como sujeto de recibir la Asistencia Social.
- Elaborar de estudios socioeconómicos.
- Requisitar los expedientes de los usuarios conforme a lo establecido en la normatividad.
- Realizar visitas domiciliarias y entrevistas, para el seguimiento de los casos.

- Promover la utilización de recursos y potencialidades de los portadores de VIH y su familia, así como, de instituciones. Formación de redes de apoyo.
- Establecer enlaces institucionales a fin de efectuar las canalizaciones y derivaciones que se requiera.
- Interactuar en la dinámica familiar para conocer las relaciones establecidas en la misma.
- Informar y reportar sus actividades.
- Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Hacer uso adecuado de las instalaciones y el equipo de oficina que le sea asignado.
- Participar en los talleres de reflexión.
- Evaluar sus actividades.

4.-Personal requerido para el área Jurídica:

a) Perfil:

- Lic. en Derecho.
- Titulado.
- Especialidad en Derecho Civil.
- Experiencia laboral en ésta área mínimo de 1 año.
- Visión Social.

b) Funciones y Actividades.

- Orientación y Asistencia Jurídica.
- Tramitar en el juzgado la designación de los tutores de los menores que queden en orfandad total.

- Realizar el inventario de los bienes muebles e inmuebles.
- Establecer contactos con juzgados en Materia Familiar.
- Informar y reportar sus actividades.
- Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Hacer uso adecuado de las instalaciones y el equipo de oficina que le sea asignado.
- Participar en los talleres de reflexión.
- Evaluar sus actividades.

5. *Personal requerido para el área de psicología.*

a) Perfil:

- Titulados.
- Especialidad en Psicología Clínica.
- Conocimiento del comportamiento humano.
- Capacidad de análisis.
- Experiencia en el campo de la Tanatología.
- Edad sugerida: de 25 a 35 años.

b) Funciones y Actividades:

- Apoyo psicológico en el manejo del duelo, la comunicación intrafamiliar y en problemas de conducta.
- Orientación familiar y social.
- Informar y reportar sus actividades.
- Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Hacer uso adecuado de las instalaciones y el equipo de oficina que le sea asignado.

- Participar en los talleres de reflexión.
- Evaluar sus actividades.

6.-*Personal requerido para el área de terapia familiar.*

a) Perfil:

- Profesionista especializado en terapia familiar y en tanatología.
- Titulado, con experiencia laboral de 5 años.
- Manejo adecuado de las Relaciones Humanas.
- Capacidad de análisis.
- Edad sugerida: de 30 a 50 años.

b)Funciones y Actividades:

- Orientación social y familiar.
- Dar terapia individual y grupal.
- Informar y reportar sus actividades.
- Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Hacer uso adecuado de las instalaciones y el equipo de oficina que le sea asignado.
- Participar en los talleres de reflexión.
- Evaluar sus actividades.

7.-Personal requerido para el área de medicina general.

a) Perfil:

- Titulado.
- Especialidad en Medicina General.
- Conocimiento especial sobre aspectos clínicos del VIH/SIDA.
- Conocimientos de Nutrición.
- Experiencia laboral de 5 años.
- Edad sugerida: 25 a 50 años.

b) Funciones y Actividades:

- Promover el cuidado de la salud.
- Coordinar con instituciones gubernamentales , civiles y/o sociales para la atención médica del portador.
- Informar y reportar sus actividades.
- Participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.
- Hacer uso adecuado de las instalaciones y el equipo de oficina que le sea asignado.
- Participar en los talleres de reflexión.
- Evaluar sus actividades.

8.-Personal para el apoyo administrativo:

a) Perfil Requerido:

- Título de Secretaria Ejecutiva.
- Sentido de responsabilidades.
- Manejo adecuado del equipo de oficina.
- Edad sugerida: de 20 a 30 años.

b) Funciones y Actividades:

- Archivo y correspondencia.
- Mecnografía.
- Apoyo a la Coordinación en todo lo relacionado con la organización y gestiones administrativas de la Oficina.
- Recepción del público.

5.8 Materiales:

Material y equipo de oficina.

Computadora.

Vehículo oficial

Material didáctico , audiovisual y de apoyo técnico

Instrumentos y formatos

5.9 Físicos:

8 Cubiculos cerrados, uno para cada área.

1 Sala de juntas.

1 Area de archivo.

1 Area de Recepción

5.10 Financieros:

Los recursos financieros al igual que los materiales se obtendrán a través de la Unidad Administrativa del área

5.11 Control

a) Supervisión: La supervisión del equipo multidisciplinario estará a cargo, directamente de la coordinación técnica del área.

b) Evaluación: La evaluación será realizada de manera continua, por el equipo de trabajo, siendo responsable de la misma la Coordinación Técnica.

CONCLUSIONES.

La familia mexicana tiene hoy en día distintas expresiones y sea cual sea su forma y estructura, sigue siendo el destinatario básico de la asistencia social, no sólo porque en su seno se localizan los sujetos vulnerables, sino también porque en su interior ocurren los procesos elementales de identificación, integración y formación de lazos socioafectivos. Siendo éste el espacio en el que deben fortalecerse los valores esenciales y las acciones para tener una actitud sin prejuicios en torno al SIDA, fomentando una cultura de respeto y protección hacia los portadores.

Se requiere de un cambio de actitud social que permita una mayor tolerancia frente a las diferencias de pensamiento, creencias, ideologías y conductas, por lo que es necesario impulsar acciones que induzcan la solidaridad y la movilización social para fortalecer las redes de apoyo y comunicación, así como de los mecanismos de atención que se da en el área de la asistencia social para todas las personas afectadas por el VIH/SIDA.

El trabajador social debe ser capaz de responder a las nuevas manifestaciones de la vulnerabilidad social, con una visión más amplia e integral, ya que la pobreza itinerante ha marcado cambios culturales expresados especialmente en diferentes dinámicas de interacción y en patrones de sexualidad, así como los nuevos retos epidemiológicos, el incremento de sujetos considerados en exclusión social y el proceso de empobrecimiento, generan problemáticas tales como el aumento de la población vulnerable en situación de dependencia, portadores de VIH-SIDA, abandono de menores, desintegración familiar, farmacodependencia, varios tipos de discapacidad y la acentuación de muchos problemas de desnutrición y salud física y mental que actúan como detonantes para problemas familiar.

En conjunto estos problemas ubicados en el campo de la asistencia social rebasan muy pronto un horizonte de comprensión y acción del enfoque médico-sanitario, y se ubican en nuevos territorios entre disciplinas y entre instituciones, por ello requieren un enfoque que integre sus componentes o dimensiones.

Los programas de Trabajo Social existentes en la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos pareciera que únicamente tratan de reducir los efectos y no las causas. La intervención del trabajador social debe ir más allá de la simple reparación de los daños; debe prevenir la marginación social y familiar, mejorar las condiciones de vida de los portadores, ofrecerles la posibilidad de integración social y productiva. Dando énfasis en la superación individual con respecto a sus derechos humanos.

En base a lo anterior podemos señalar que el objetivo general planteado en la presente investigación fue cubierto, pues dicho objetivo propone un programa de atención social que tiene como base el perfil sociofamiliar de las 42 familias del programa de VIH de la Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos, tiene como finalidad la promoción, fomento y desarrollo de las capacidades del individuo, la familia y la población, hasta en tanto consigan la autosuficiencia para la superación de sus adversidades y logren incorporarse al ámbito laboral.

Para llegar a dicho objetivo fue necesario insertarse en el quehacer profesional del Trabajador Social en el área asistencial, participando de forma directa con la población beneficiaria; aplicando los conocimientos adquiridos en la formación profesional, como es la metodología tradicional (Trabajo Social de Casos).

Se requirió del conocimiento de la dinámica familiar específica en donde un miembro es portador de SIDA, algunos de los aspectos comunes en las familias estudiadas fueron: la falta de recursos económicos por encontrarse sin empleo fijo y sin seguridad social, el apoyo de la familia extensa en lo referente al préstamo de una vivienda, el bajo nivel educativo y un mayor número de mujeres infectadas por VIH; por otro lado las diferencias encontradas fueron: existencia de crisis de valores al interior de la dinámica, irresponsabilidad en la relación de pareja, uso ocasional de fármacos, miedos y prejuicios por la inadecuada percepción de la salud enfermedad, entre otras.

De acuerdo a la hipótesis planteada referente a la Familia-SIDA, afirmamos que el conocimiento de esta relación brinda elementos que, a través de la intervención profesional del Trabajador Social, mejorará la Asistencia Social; cabe hacer mención que en la Coordinación dicha intervención no ha sido orientada debido a que se trabaja de manera empírica,

ya que no se da una relación entre la teoría y la práctica, además de que la investigación que se realiza carece de elementos explicativos del problema, situación que obstaculiza la posibilidad de una conceptualización que permitiera enriquecer el conocimiento de la problemática social específica, además de que se elaboran diagnósticos parciales y no de manera integral, por lo tanto las alternativas de solución son sólo asistencialistas y pragmáticas.

En cuanto a la segunda hipótesis planteada en esta investigación, al observar que el trabajo que se realiza es meramente empírico, se comprobó que es evidente la falta de un programa específico de atención hacia el portador de VIH y su familia, ya que la situación encontrada limita la función asistencial dentro del marco institucional. Porque las autoridades que dirigen la institución carecen de una visión integral asistencial, en virtud de que su formación profesional no esta encaminada a lo social, por lo que no validan las funciones y actividades del trabajador social, no otorgándole los recursos indispensables para la realización de sus labores. Cabe hacer mención que no se da capacitación y actualización de manera constante, por lo que el contexto económico y social, rebasa los conocimientos de que dispone el profesionista en Trabajo Social.

En relación a la hipótesis que menciona la importancia de la intervención del Trabajador Social en la dinámica familiar con VIH/SIDA, ésta fue comprobada al realizar el análisis del perfil sociofamiliar obtenido, es importante señalar que el conocimiento que se obtuvo de este perfil favoreció al permitir la organización de la propuesta del Programa de Atención Social, en cuanto a la canalización de recursos, a la formación de grupos de autoayuda entre otras actividades que originarán la adaptación del núcleo ante el duelo por la pérdida de un ser querido y a los efectos sociales de la enfermedad.

Las hipótesis en general permitieron deducir que las políticas de Asistencia Social deben ir más allá de la prestación directa de servicios asistenciales o la distribución de ayuda.

Respecto a la metodología utilizada se considera que fue viable para el conocimiento de nuestro objeto de estudio, en virtud de que brindó un panorama preciso de la problemática, a través del perfil-sociofamiliar: el cual

se estructuró a través de la interrelación de las variables asociadas, las cuales fueron jerarquizadas.

La investigación permitió que se reflexionara ante la labor asistencial del Trabajador Social, la cual debe extenderse entre las instituciones de los sectores públicos y privados acerca de la importancia de una reforma que coloque a la asistencia, aquí y ahora, en un nuevo lugar dentro de las políticas sociales del estado. Debe responder a los efectos que la transición económica, demográfica y social le impone, sin perder de vista las características específicas de la población sujeto de asistencia social.

A través de la presente investigación concluimos que el SIDA es una enfermedad compleja que abarca todas las esferas de la vida individual, familiar, social, económica, laboral y cultural.

Por último se considera que la verdadera prevención del SIDA esta en la Educación, sin embargo la educación no se encuentra únicamente en el ámbito de la sexualidad sino que también abarca aspectos como el de género, salud reproductiva o el de paternidad responsable entre otros, por lo que el tipo de medidas y la manera en que se transmita la educación en cualquiera de estos aspectos debe responder a las características sociales, culturales e ideológicas de los grupos a los que se dirijan (niños, jóvenes, padres, profesores, Trabajadores Sociales, entre otros.)

Como es sabido el impacto que dicha enfermedad genera en la familia conlleva una gran carga emocional y social, es por ello que se deben potencializar los recursos con los que cuente el núcleo, tales como apoyo, afecto y amor de la familia extensa. La existencia, aunque deficiente, de infraestructura institucional, que proporciona la satisfacción de las necesidades básicas de los portadores.

Por último sugerimos las siguientes estrategias:

- Confidencialidad y discreción en la dependencia y su personal al que sean transferidos los casos y evitar así la discriminación y el rechazo social.
- Establecimiento de un perfil profesional del personal que colaborará en el programa.

- Para la promoción del programa, se realizará un folleto con la información básica de los servicios proporcionados en esta coordinación.
- Capacitación hacia el personal que será responsable de la ejecución del programa.
- Establecer convenios institucionales a fin de que atiendan a los integrantes del grupo en caso de que requieran de albergue.
- Favorecer la participación transdisciplinaria a partir de generar espacios de reflexión , análisis y construcción sobre saberes y prácticas comunes y específicas a la disciplina.

GLOSARIO.

Adquirida: Que aparece en el transcurso de la vida.

Afecto: Es la reacción positiva de atracción o la negativa de repulsión. Las manifestaciones de la afectividad desde un grupo elemental, se pueden distinguir en emociones (fuerte pero transitoria) y en sentimientos (débiles o fuertes, pero duraderos y estables).

Comunicación: Definida como toda transmisión de un mensaje entre individuos, sistemas y organismos, utilizando para ello los elementos que tienen en común. La comunicación es el fundamento de toda la vida social. Si se suprime en un grupo social todo el intercambio de signos orales o escritos, el grupo como tal dejará de existir. Desde el nacimiento hasta su muerte, el individuo establecerá intercambios. Se trata de una actividad compartida: necesariamente pone en contacto a dos o más personas.

Es el auténtico vehículo del acontecer social y por lo tanto uno de los conceptos esenciales de la psicología social y de la dinámica de grupos. Se diferencia de la información en tanto requiere dos interlocutores: el comunicador o emisor del que parte la información y el receptor o comunicando que recibe la misma. La comunicación no es un proceso simple y lineal, sino complejo y circular.

Disfunción: Expresión utilizada por la escuela estructural funcionalista para designar las consecuencias observadas que tienden a disminuir o aminorar la adaptación o ajuste al sistema. Lo que disminuye la integración y estabilidad de la sociedad o de cualquiera de sus partes y que disminuye las posibilidades de su persistencia.

Educación: Es una actividad dirigida intencionalmente a promover el desarrollo de la persona humana y su integración en la vida social. La educación posee un significado más circunscrito en cuanto indica el aspecto formativo. Esta debe hacer conscientes a los individuos de los recursos de la mente, ayudarlos a formarse una actitud objetiva, debe estimularse el desarrollo de la creatividad a formar los valores morales y espirituales.

Estructura Familiar: Organización de las relaciones, los patrones y las reglas que rigen la vida grupal, lo que se evidencia en diversos subsistemas

que compone la familia. Es mantenida y manifestada a través de los siguientes procesos: comunicación, roles, normas y valores.

Familia de Origen: Constituida por la familia nuclear (padres biológicos o sustitutos y hermanos) del ego, o miembro índice, o persona que demanda atención profesional. Pese a los procesos de composición y recomposición y al aislamiento geográfico y/o funcional, la familia de origen siempre será la misma.

Función: Se refiere a la contribución de cualquier punto social o cultural para la supervivencia, persistencia, integración o estabilidad de la sociedad como un todo. Dicho término ha sido ampliado para incluir la satisfacción de aquellas necesidades de los individuos tales como alimentación, vivienda y respuestas emotivas. La justificación de esta ampliación reside en el hecho de que todas las sociedades centran su organización social e institucional en la satisfacción de estas necesidades.

Hogar: Estrategia de sobrevivencia donde las personas están unidas voluntariamente para aumentar el número de perceptores económicos. No hay claridad en el tipo de relaciones que media entre sus miembros, y en cada caso se establece por concertación. Pueden o no incluir vínculos sentimentales, de autoridad, de solidaridad, poder o sólo presentarse una de ellas.

Ingreso: Significa etimológicamente “entrada, ganancia”. Es el pago en dinero u otros beneficios materiales que se obtienen del uso de la riqueza y del trabajo humano. Remuneración del trabajo o renta derivada de una propiedad.

Inmunodeficiencia: Es el debilitamiento de las defensas inmunes del organismo

Ocupación: Apoderamiento de una cosa. Desde el punto de vista sociológico, conjunto de actividades (labor, tarea, faena, quehacer o profesión) realizada en forma más o menos regular y que constituye la principal fuente de ingresos del individuo. Según la Organización Internacional del Trabajo deben considerarse ocupados los siguientes grupos de personas:

a) Trabajadores dependientes de empleadores privados o públicos,

- b) Empleadores,
- c) Personas que trabajan por cuenta propia sin empleados,
- d) Trabajadores familiares sin remuneración.

Rol-Status: El rol o papel social del individuo sería la función que la sociedad establecida espera de él individuo en la perspectiva de mantener su equilibrio y perdurar. El status sería la posición alcanzada por el individuo a través del desempeño de su rol.

S.I.D.A.: Significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El SIDA es la infección más grave por el VIH.

Síndrome: Conjunto de signos que caracterizan una enfermedad.

VIH: Es un Virus de Inmunodeficiencia Humana que ataca al sistema del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo. Cuando se habla de infección por VIH es porque el virus está presente en el organismo. Un **Virus** es un parásito de la célula capaz de transmitir una enfermedad, el VIH es parte de la familia de los retrovirus y ataca ciertas células del sistema inmune. El cuerpo posee un sistema de defensa natural contra las agresiones de las bacterias y de los virus, se llama sistema inmune y esta compuesto de células inmunes y cuando el virus se activa se debilita el sistema inmune y aparecen enfermedades más o menos graves.

Vivienda: Todo sitio donde mora habitualmente una persona, grupo de personas o unidad familiar. La Organización Mundial de la Salud, ha indicado las funciones que debe cumplir la vivienda a saber:

- 1) Necesidades fisiológicas: luz diurna suficiente, protección de ruido excesivo, suficiente espacio para ejercicios y para juego de los niños.
- 2) Necesidades Psicológicas: posibilidad de llevar una vida familiar normal, facilidad para la labor domestica evitando fatiga física y mental.
- 3) Necesidad de prevención de contagios: agua potable en la vivienda, protección contra la contaminación del agua y los alimentos en el interior, instalaciones sanitarias eficientes para evitar contagios.
- 4) Protección contra accidentes.

BIBLIOGRAFIA

- * ANDER EGG, Ezequiel. "Del ajuste a la transformación". Apuntes de una historia de Trabajo Social. Cap. II. 9ª reimpresión. Edit. El Ateneo. Buenos Ares, 1981. 310 pp.
- * ANDER EGG, Ezequiel. "Diccionario de Trabajo Social" 11ª. reimpresión. Edit. Ateneo. Barcelona. 1994. 333 p.p.
- * ANDER EGG, Ezequiel. "Técnicas de Investigación Social". 5ª reimpresión. Edit. El Ateneo. Buenos Aires, 1989. 278 pp.
- * ARIZPE, Lourdes. "La Familia Mexicana". Investigación Social. UNAM. México, 1989. 277 pp.
- * BATAILLON, Claude. "Criterio de Clasificación Familiar". 5ª. edición. Edit. Oceano. España, 1972. 135 pp.
- * CAHN CASTRO, Pedro y otros. "SIDA, un enfoque integral" 1ª edición. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1992. 255 pp.
- * CASTRO, Ma. Elena. "Marco Estructural y Contenidos Educativos para la Educación Preventiva e Integral en la Areas de la Educación" I.E.P.A.A. Edit. Mimeo. México, 1997 120 pp.
- * COVARRUBIAS ALVAREZ, Carlos Gabriel. "Tesis: La intervención del Licenciado en Trabajo Social con la familia de pacientes con SIDA." UNAM-ENTS. México, 1991. 204 pp.
- * COVARRUBIAS, Beatriz. "Tesis: La educación preventiva del SIDA en México", UNAM-F.C.F. y S. México, 1996. 137 pp.
- * D. MILLER. "Viviendo con SIDA" 2ª edición. Edit. Manual Moderno. México. 1996. 195 pp.

- * DI TOMMASO, Viviana, et al. “SIDA en la infancia: aspectos sociofamiliares : una aproximación diagnóstica.” Clínica Pediátrica de Norteamérica. Vol. 1 1ª. edición. Edit. Herder. Barcelona 1992-1993
240 pp.
- * ESTRADA INDA, Lauro. “El Ciclo Vital de la Familia”. 6ª. edición. Edit. Posada. México, 1992. 94 pp.
- * FUENTES, Mario Luis. “Los retos del Sistema Nacional DIF en 1997.” 1ª. edición. Edit. Comunicación social. México, 1997. 68 pp.
- * FUNDACION PARA EL APOYO A LA COMUNIDAD. Foro de Apoyo Mutuo. “Nuestra familia, reflexiones para vivir mejor” 3ª. edición. Edit. Arquidiócesis de México-Caritas. México, 1996. 215 pp.
- * FLANDRIN, Jean Louis. “Orígenes de la familia moderna” 1ª. edición. Edit. Akal. México, 1993. 180 pp.
- * GATELL ARTIGAS, J.M. SALA y otros. “Guía práctica del SIDA (diagnóstico y tratamiento)” 2ª. edición. Edit. Científicas y Técnicas Salvat. Barcelona, 1992. 366 pp.
- * GORDON, Hamilton. “Teoría y Práctica del trabajo Social de Casos”. 5ª. reimpresión. Edit. Prensa Médica Mexicana. México, 1980. 237 pp.
- * GUTIERREZ MARQUEZ, María Elizabeth. “Tesis: El Trabajador social, el VIH-SIDA y la Tanatología.” ENTS-UNAM. MÉXICO. 1996. 71 pp.
- * KONING, Rene. “La familia en nuestro tiempo” 3ª. edición. Edit. Paidós. México. 1992. p. 49.
- * LEÑERO OTERO, Luis. “El fenómeno familiar en México” 1ª edición. Edit. Instituto Mexicano de Estudios Sociales. México, 1989. 230 pp.
- * MALAGOLI TOGLATTI. “La familia en Sistema”. 2ª edición. Edit. Paidós México, 1983. 339 pp.

- * MARTINEZ AGUILAR, Reyna y Reina Romero Yedra. “Tesis: La falta de información de familiares y personal asistencial como causa del rechazo al paciente con SIDA”. ENTS-UNAM. México. 1996. 115 pp.
- * MENDEZ RL. Nahimira, et all. “El protocolo de investigación: los lineamientos para su elaboración” 2ª edición. Edit. Trillas. México, 1984. 164 pp.
- * MENDOZA RANGEL, María del Carmen. “Una Opción Metodológica para Trabajadores Sociales.” UNAM-ENTS. México, 1986. 127 pp.
- * MERCADO, Francisco Javier. “Familia, salud y sociedad” 1ª. edición. Edit. Fin de milenio. México, 1993. 413 pp.
- * MINKOWSKA. “Enciclopedia de Psicología: La edad adulta” Vol. 4 8º. edición. Edit. Océano. Barcelona. 1990. 580 pp.
- * MINUCHIN S. y H. C. Fishman. “Técnicas de terapia familiar” 2ª. edición. Edit. Piramide. México, 1993. 285 pp.
- * MIRAMONTES, Olivia y otros. “La familia”. DIF. 5ª. edición Edit. Herder. México, 1994. 180 pp.
- * MORALEZ GONZALEZ, Gloria María. “Tesis: Hacia un modelo de intervención del Trabajador Social, el SIDA y sus Derechos Humanos”. ENTS-UNAM. México, 1995. 156 pp.
- * OLEA FRANCO, Pedro. “Manual de Técnicas de Investigación Documental”. 19ª edición. Edit. Esfinge. México, 1990. 329 pp.
- * PANEBIANCO, Silvia. “Derechos Humanos y Orientación Social”. 2ª. edición. Edit. CONASIDA-ETS. México, 1995. 172 pp.
- * QUINTERO VELAZQUEZ, Angela María. “Trabajo Social y procesos familiares”. 1ª edición. Edit. Lumen/Humanitas. Buenos Aires, 1997. 125 pp

- * ROJAS SORIANO, Raúl. "Guía para realizar investigaciones sociales"
3ª. reimpresión. Edit. Plaza y Valdez. México, 1993. 281 pp.
- * SANCHEZ ROSADO, Manuel, et all. "Manual de Trabajo Social"
UNAM-ENTS. México, 1996. 479 pp.
- * SEPULVEDA AMOR, Jaime. "SIDA, ciencia y sociedad en México"
2ª. reimpresión. Edit. F.C.E. México. 1989 193 pp.
- * SISTEMA NACIONAL DIF. "El DIF, hoy" Comunicación Social.
México. Febrero- 1996. 102 pp.
- * SONTANG, Susan. "El SIDA y sus metáforas" 2ª. edición. Edit. Muchnik.
Barcelona, 1989. 103 pp.
- * TECLA JIMENEZ, Alfredo. "Teoría, métodos y técnicas de investigación"
4ª. reimpresión. Edit. De taller abierto. México, 1985 367 pp.
- * THOMAS FORD, Michael. "Que onda con el SIDA" 2ª. reimpresión.
Edit. Selector-actualidad. México. 1994. 152 pp.
- * VAIKEL, Erick. "Sociocultura y Población", 2ª. reimpresión. Edit. Nueva
Edición. México, 1990. 97 pp.
- * W. VON EIFF, August. "El reto del SIDA, orientaciones médico-éticas."
1ª. edición. Edit. Herder. Barcelona. 1988.

HEMEROGRAFIA

- * BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SIDA/ETS. CONASIDA “Situación epidemiológica del SIDA” 2º trimestre. Mayo-Julio. Vol. 1 Num. 1 1995.
- * CENTRO DE DERECHOS HUMANOS. “Informe de una Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos”. ONU. Nueva York, 1991.
- * CONASIDA. “Información básica sobre el SIDA”. Triptico. México. 1995.
- * CONASIDA- HOSPITAL DE INFECTOLOGIA. “Conferencia de Trabajo Social” México. 1996.
- * CONASIDA. “Programa de fortalecimiento para la prevención y control de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual” México. 1997. 38 pp.
- * DIARIO OFICIAL. p. 5 Cap. I. Art. 1º. “Estatuto Orgánico del Sistema Nacional DIF” 30- junio- 1996.
- * DIARIO OFICIAL. p. 12 Cap. II. Art. 13º. “Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social” 9 de enero - 1986.
- * GACETA MEDICA. Vol. 13. Suplemento. N. 4 México, 1996.
- * LA JORNADA. Brito, Alejandro. “V Conferencia Panamericana contra el SIDA- Avances Clínico y Desafíos Políticos”. Num. 18 México, 1988.
- * LA JORNADA. De Souza, Herbert. “El Rostro Social de una Pandemia”. Letra S. México, 1997.
- * MAZON, Juan José. Gaceta. “Situación del SIDA en al República Mexicana y el DIF” Año-3. Núm. 18. Sept.- 1996. Facultad de Medicina-UNAM.
- * MESTRUP VELAZCO, Nora. “Familia y Sociedad” Año II. Julio- sept. N. 15 Edit. Nueva Epoca. Revista ENTS-UNAM. p. 18-24.

- * ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS. “Corazón de la sociedad. Año internacional de la Familia” Viena. 1994.
- * SISTEMA NACIONAL DIF. “Coordinación Técnica de Hogares Sustitutos” México. 1996.
- * SISTEMA NACIONAL DIF. “Programas Institucionales” México. Abril-1993. p. 20-52.
- * SISTEMA NACIONAL DIF. “Programas Institucionales en Coatzacoalcos Veracruz” México. Abril-1982. p. 4.
- * URIBE ZUÑIGA, Patricia. “Situación actual del SIDA en México” Artículo Excelsior-CONASIDA. Salud- Suplemento de Inmunología. abril. 1997.

ANEXOS.

I.- Guía de Entrevista.

II.- Testimoniales.

III.- Directorio Institucional.

IV.- Derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA.

Anexo 1.

Guía de Entrevista.

I.- Datos Generales.

- ° Nombre
- ° Domicilio
- ° No. de Hogar

II.- Datos Familiares.

- ° Nombre
- ° Edad
- ° Escolaridad
- ° Ocupación
- ° Estado civil
- ° Lugar de origen
- ° Fecha de nacimiento
- ° Papel que ocupa (parentesco)

III.- Historia Social

- ° Antecedentes de la familia de origen
- ° Fecha de formación de la familia de procreación
- ° Tipo y características de la problemática social presentada

IV.- Dinámica Familiar

- ° Tipo de familia
- ° Comunicación
- ° Autoridad
- ° Liderazgo
- ° Límites
- ° Lazos Afectivos
- ° Roles
- ° Actitud ante la sexualidad
- ° Actitud ante el VIH/SIDA

Anexo II

DIRECTORIO INSTITUCIONAL.

* CAPACITACION.

Actividad: Cursos de capacitación para personas y grupos que requieran replicar la información y que atiendan a personas con SIDA.

Francisco P. Miranda No. 177 Col. Merced Gómez, Unidad Plateros.

Tels: 593-37-72, 593-08-11, 651-86-89 ext. 116-117.

* CENTRO DE INFORMACION FLORA.

Actividad: Información, realización de la prueba de detección de VIH, atención psicológica y médica.

Flora No. 8 Col. Roma

Tels: 207-45-03 y 207-44-43.

* CONASIDA.

TELSIDA

Actividad: Información y asesoría sobre SIDA por vía telefónica.

Tels: 207-40-77, 207-40-83 y 207-41-43.

* CRIDIS.

Actividad: Información documental.

Tels: 659-39-80.

* ORIENTACION SOCIAL Y DERECHOS HUMANOS.

Actividad: Atención y asesoría a demandas sociales y violación de Derechos Humanos de personas que viven con VIH/SIDA.

Comercio y Administración No.35 Col. Copilco Universidad.

Tels: 554-93-33 y 554-49-96.

ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES.

* AMIGOS CONTRA EL SIDA.

Apartado Postal 13 589 Nativitas.
Tel: 534-21-40.

* ASOCIACION MEXICANA DE TANATOLOGIA.

Moras 222, Col. Del Valle
Tels: 575-97-98 (casa) fax y tels: 675-67-35 y 575-67-35.

* AYUDA VOLUNTARIA EDUCATIVA (AVE DE MEXICO A.C.)

Tels: 515-37-01 y 515-79-84.

* CASA DE LA SAL.

Albergue para niños y apoyo psicológico.
Córdoba 76, Col. Roma Sur.
Tels: 207-80-42 y 514-06-28.

* FUNDACION PANAMERICANA DEL SIDA.

Tel: 574-25-26.

* SER HUMANO.

Atención domiciliaria, consultas y apoyo psicológico.
Tel: 588-14-09.

Anexo III

DERECHOS HUMANOS DE LOS PORTADORES DE VIH/SIDA.

Una de las más graves consecuencias de esta pandemia es la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA, por parte de distintos sectores de la sociedad.

Esta discriminación, además de ser una lesión social, constituye una violación a la dignidad y a los derechos fundamentales de quienes se encuentran afectados por el virus, al negar, restringir o suspender los derechos humanos que tiene todo ser humano.

En sociedades como la nuestra, la discriminación puede llegar a ser algo cotidiano, aceptado y muchas veces fomentado, toda vez que se cree que existe la necesidad de remarcar las diferencias según el género, la edad, la preferencia sexual, la condición física o mental, la calidad migratoria y la situación jurídica. Por ello en forma equivocada, algunos miembros de distintos sectores no sólo se consideran diferentes sino que, incluso, se consideran inferiores a los demás y , por lo tanto, creen que tienen menos derechos.

Al considerar diferentes a nuestros semejantes, se establece una división que enfrenta y separa a la sociedad, pues no sólo afecta a los que viven con el VIH/SIDA, sino también perjudica a la sociedad en su conjunto.

Los derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA son los que a continuación se mencionan:

- 1.- La Ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia no debe sufrir discriminación de ningún tipo.
- 2.- No está obligado a someterse a la prueba de anticuerpos del VIH ni a declarar que vive con VIH o que ha desarrollado el SIDA. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos de VIH, tiene derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
- 3.- En ningún caso podrá ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.

- 4.- No podrá restringirse su libre tránsito por el territorio nacional.
- 5.- Si desea contraer matrimonio, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
- 6.- Vivir con VIH o SIDA, no es impedimento para el ejercicio de la sexualidad, siempre y cuando se tomen las precauciones necesarias.
- 7.- Cuando solicite empleo, no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si se vive con VIH o ha desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que sea suspendido o despedido.
- 8.- No se le puede privar el derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en Instituciones educativas públicas y privadas.
- 9.- Tiene derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a Instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- 10.- Tiene derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse.
- 11.- Si vive con VIH o ha desarrollado SIDA, tiene derecho a recibir información sobre su padecimiento, las consecuencias y tratamientos a los que puede someterse.
- 12.- Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar la calidad y tiempo de vida.
- 13.- Tiene derecho a una atención médica digna y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
- 14.- Tiene derecho a una muerte y servicio funerario dignos.

Como todos los seres humanos de este país, el portador tiene derecho a la protección de la salud, para lo cual, las instituciones de salud, deben respetar los siguientes derechos:

1. A la vida.
2. A la salud.
3. A la autonomía.
4. A la verdad.
5. A la información.
6. De la confidencialidad.
7. A la libertad.
8. A la intimidad.
9. A un trato digno.
10. A la atención médica.

Es decir, de manera general los portadores de VIH/SIDA al igual que cualquier otro individuo que se encuentre en el territorio nacional, gozan de las garantías individuales y sociales que otorga nuestra Constitución Política.

Hoy día, el desafío consiste en despertar el interés de la sociedad por informarse sobre los diferentes aspectos de la pandemia; involucrar a sus integrantes en las tareas de prevención de la misma y desarrollar estrategias que permitan, a partir de la defensa de los derechos fundamentales de los portadores, el control de la pandemia, todo ello en beneficio de la sociedad mexicana.

CARTA DE UN PACIENTE.

A quien pueda ser de utilidad:

Hay muchas cosas que podría escribir sobre lo que me está pasando, pero son tantas que prefiero recopilarlas en los siguientes sentimientos:

MIEDO... a lo que vendrá: el rechazo, a la humillación, a no poder hacer frente a los gastos, a no poder comprar los medicamentos, a no tener qué comer, a no poder moverme, a no poder valerme por mí mismo. al dolor, al sufrimiento, a la muerte, a lo que vendrá después de la muerte.

FRUSTRACION... por no poder realizar mis metas, mis sueños, anhelos, mis objetivos. A no poder alcanzar mi realización personal, profesional, etc. A no poder encontrar la pareja ideal o disfrutar la que tengo. Por no alcanzar la madurez, por no poder recompensar a mis padres y demás seres queridos por lo que me dieron e hicieron por mí. Por no poder ser lo que siempre quise ser.

CORAJE... de que me pasara a mí. de que me hayan contagiado, de que la gente no entienda que esto ni es castigo, ni es por ser homosexual. De que me traten como a una persona desahuciada, como un leproso o un apestado. De que me echen en cara que fue por mi culpa.

CULPA... porque aún cuando pude evitarlo, no lo hice o no quise hacerlo . Porque pude contagiar a alguien más.

TRISTEZA... porque no salieron las cosas como yo las esperaba, porque voy a sufrir y a hacer a los demás. Porque voy a morir antes de lo esperado y en forma que no me agrada. Porque mi apariencia se va a deteriorar y voy a terminar dándose lástima a mí mismo y a los demás. Porque voy a dejar de existir.

INCERTIDUMBRE... por lo que podrá venir hoy, mañana, pasado mañana o en el futuro (si es que lo hay). Por no saber cuándo voy a empezar a desarrollar la enfermedad, cuándo empezaré a desarrollar síntomas mortales

o hasta cuándo voy a poder aguantar. Por todo lo que vendrá, por no saber cuándo voy a morir.

NOSTALGIA... por no poder hacer lo que antes hacía: por tener la necesidad de cambiar mis hábitos de vida.

ENVIDIA... de las personas que no están infectadas, de las personas que hicieron lo mismo que yo (e incluso lo siguen haciendo) y no se infectaron. De los viejos porque llegaron a una edad a la que probablemente ya no llegaré. De los que tienen cuerpos atléticos, de los que no se enferman, de los que viven sin esta preocupación, de los que hacen planes para el futuro.

RESIGNACION... porque no puedo cambiar mi seropositividad, porque no me queda otra, porque el hecho es real y porque tengo que aprender a vivir con ella.

ALEGRÍA... porque no voy a llegar a ser un viejo solo, triste, desamparado o abandonado. Porque a lo mejor Dios me da esta oportunidad para poder arrepentirme a tiempo y poder morir en paz. Porque voy a morir cuando aún soy útil y le hago falta a alguien, y no cuando ya estorbe. Porque tal vez mi muerte sirva para salvar a otros; porque tal vez los experimentos que se hagan con mi cuerpo (y con mi mente) sirvan para ayudar a otros. Porque existen personas que me ayudan, me entienden y se preocupan por mí. Porque pasar por lo que estoy pasando, tal vez sea la misión que debo cumplir en esta vida. Y por último...

ESPERANZA... de que se retrase el proceso, de que se descubra una medicina, de que no me rechacen , de que me traten bien, de que me entiendan, de que no me abandonen, de que no tenga que morir.

*José de Jesús,
Septiembre de 1990.*

Al familiar, amigo o compañero del que vive con el VIH o con SIDA.

*Hoy has recibido una noticia,
Una noticia que no hubieras querido recibir nunca.
Una persona muy cercana a ti está infectada por el Virus de
Inmunodeficiencia Humana- VIH- , o tal vez ya se encuentra enferma a causa
del SIDA.*

*Lo piensas y no lo quieres creer,
Tú y los que lo saben se miran desorientados,
"¿por qué nosotros?" - te preguntarán.
Hasta miedo da decir la palabra SIDA, y dirás
"no puede ser que tenga esa enfermedad".*

*Tal vez estes enojado. Tienes coraje, mucho coraje,
Tal vez hasta se te haya ocurrido "lavarte las manos" o "rajarte"
Algunos te dirán que ese ser al que amas tuvo la culpa de lo que
le está pasando. Que no lo sepa mamá, que no se entere papá,
los niños, los vecinos o en la chamba. En fin, un fantasma se ha
instalado en tu casa...*

*Todas éstas son las voces de nuestros miedos, de lo que no
queremos ver, porque no nos gusta, del coraje por nuestra
tranquilidad quebrantada...*

*Tu cabeza ya parece que va a explotar y todavía te sigues
preguntando, ¿y ahora qué?*

*No escuches solo la voz de tus miedos,
En los momentos difíciles a algunas personas
les sale lo menos valioso de sí mismas.*

*Pero afortunadamente, a muchas otras les sale lo mejor
de sí mismas.
Y es lo mejor de nosotros mismos lo que nos tiene que salir
en ese momento.*

Esa grandeza que sabemos que tenemos.

Ese afecto y ese amor para dar.

¿Se puede o no se puede?

Si se puede.

*Se puede acompañar a alguien que sufre y que nos necesita
y vale la pena hacerlo.*

*Es un desafío, un camino con obstáculos del que todos saldremos
enriquecidos. mas humanos...*

*Con esto queremos que sepas que no estás solo,
sabemos como te sientes.*

*Queremos compartir contigo la experiencia de muchos,
queremos acompañarte en este camino que hoy emprendes.*