

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA

ALBERGUE PARA NIÑOS HUÉRFANOS CON VIH-SIDA

**TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO:
ARQUITECTA**

**PRESENTA:
GOMEZ DEL CAMPO REBOLLAR MARLENE**

**ASESOR
ARQ. ENRIQUE VACA CHRIETZBERG
ARQ. BERTA GARCIA CASILLAS
ARQ. GUILLERMO LAZOS ACHIRICA**

2005



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.

Índice

■ Introducción	5
1. Antecedentes	8
1.1 Definición de VIH-SIDA	
1.1.1 El VIH y su reproducción	
1.1.2 Sectores sociales y vías de transmisión	
1.1.3 Como no se transmite el VIH	
1.2 Historia del VIH-SIDA	
1.2.1 Los años 60'	
1.2.2 Los años 70'	
1.2.3 Los años 80'	
1.2.4 El SIDA	
1.2.5 Bancos de sangre	
1.2.6 Los años 90'	
1.3 Contexto Mundial	
1.4 América Latina	
1.5 El VIH-SIDA en México	
1.5.1 Tendencias	
1.6 El VIH-SIDA en niños y niñas	
1.6.1 Contexto mundial	
1.6.2 Diagnóstico	
1.6.3 Tratamiento	
1.6.4 Medidas generales para el manejo del paciente con VIH-SIDA	
1.6.5 Control de los residuos biológico infecciosos	
1.6.6 Precauciones estándar	
1.6.7 Hospitalización del paciente	
1.6.8 Manejo del enfermo con SIDA en etapa terminal	
1.6.9 Muerte tranquila y digna	
1.7 Derechos de los niños y niñas	

2. Fundamentación del tema	27
2.1 Breve descripción	
2.2 Planteamiento del problema	
2.3 Justificación del tema	
2.4 Objetivo arquitectónico	
2.4.1 Servicios que ofrecerá el Albergue	
2.4.2 Organización para el funcionamiento del Albergue	
3. Análogos	34
3.1 Albergue “Abrázame”	
3.1.1 Antecedentes de la fundación Abrázame	
3.1.2 Organización	
3.1.3 Recursos financieros	
3.1.4 Servicios que ofrece la Institución	
3.1.5 Personal que labora en el lugar	
3.1.6 Programa arquitectónico.	
3.1.7 Áreas faltantes	
3.2 Asociación civil “Ser humano”	
3.2.1 Antecedentes de la fundación “Ser humano”	
3.2.2 Servicios que ofrece la Institución	
3.2.3 Objetivos de la institución	
3.2.4 Recursos financieros	
3.2.5 Centros de atención	
3.2.6 Programa arquitectónico.	
3.2.7 Plano del Albergue	
3.3 Albergue “Casa de la Sal”	
3.3.1 Antecedentes de la fundación “Casa de la Sal”	
3.3.2 Organización	
3.3.3 Objetivo	
3.3.4 Servicios que ofrece la institución	
3.3.5 Recursos financieros.	

3.4 Albergue “Aldeas infantiles SOS”	
3.4.1 Antecedentes de la fundación “Aldeas infantiles SOS”	
3.4.2 Organización	
3.4.3 Recursos financieros	
3.4.4 Principios de la institución	
3.4.5 Personal que labora en el lugar	
3.4.6 Programa arquitectónico.	
3.4.7 Plano del Albergue	
3.5 Albergue para niños de la calle “Casa Alianza”	
3.5.1 Antecedentes de la fundación “Casa Alianza”	
3.5.2 Etapas y programas de “Casa Alianza”	
3.5.3 Otros componentes del programa	
3.5.4 Apoyo legal	
3.5.5 Programas de VIH-SIDA	
3.5.6 Programa “Luna”	
3.5.7 Objetivos	
3.5.8 Niveles de atención	
3.5.9 Programa arquitectónico.	
3.5.10 Instalaciones para “Luna”	
3.5.11 Plano del Albergue	
3.6 Albergue de México “Ermita Ajusco”	
3.6.1 Antecedentes de la fundación “Ermita Ajusco”	
3.6.2 Organización	
3.6.3 Recursos financieros	
3.6.4 Servicios que ofrece la Institución y objetivos	
3.6.5 Personal que labora en el lugar	
3.6.6 Programa arquitectónico.	
3.6.7 Plano del Albergue	
3.7 Albergue para adultos “Enfermos anónimos en recuperación”	
3.7.1 Antecedentes de la fundación “Ermita Ajusco”	
3.7.2 Organización	
3.7.3 Recursos financieros	
3.7.4 Personal que labora en el lugar	
3.7.5 Programa arquitectónico.	

3.7.6 Plano del Albergue

3.8 Albergue “Árbol de la vida”

- 3.8.1 Antecedentes de la fundación Abrázame
- 3.8.2 Objetivos
- 3.8.3 Recursos financieros
- 3.8.4 Servicios que ofrece la Institución
- 3.8.5 Personal que labora en el lugar
- 3.8.6 Programa arquitectónico.
- 3.8.7 Plano del Albergue

3.9 Análisis crítico de ejemplos análogos

3.10 Conclusión análogos

4. Programa arquitectónico

62

4.1 Cuadro general de zonas

4.2 Programa arquitectónico

- 4.2.1 Cuadro de correlación funcional de áreas

4.3 Diagrama de funcionamiento

5. Concepto de diseño

71

5.1 Concepto

5.2 Premisas de diseño

5.3 Memoria descriptiva

6. Marco contextual

76

6.1 Fundamentación del terreno

6.2 Información delegacional

6.2.1 Ubicación		Planta alta de oficinas
6.2.2 Delegación Tlalpan		Planta de techos de edificio de oficinas
6.2.3 Medio físico		Fachadas de edificio de oficinas
6.2.4 Medio ambiente		Cortes de edificio de oficinas
6.2.5 Áreas verdes		
6.2.6 Diagnóstico		Planos estructurales
6.2.7 Infraestructura		Planta de cimentación
6.2.8 Mapas		Planta de entepiso
6.2.9 Planos		Planta de techos
		Detalles estructurales
6.3 Terreno		Cortes por fachada
6.3.1 Ubicación		
6.3.2 Características		Planos de instalación hidráulica
6.3.3 Asoleamiento		Planta baja de conjunto
		Planta alta de conjunto
6.4 Colonia San Andrés Totoltepec		Planta de techos de conjunto
6.4.1 Situación geográfica		
6.4.2 Equipamiento urbano inmediato		Planos de instalación sanitaria
6.4.3 Vialidades		Planta baja de conjunto
6.4.4 Imagen urbana		Planta alta de conjunto
6.4.5 Programa delegacional de desarrollo urbano		Planta de techos de conjunto
7. Criterios generales	95	Planos de instalación eléctrica
7.1 Criterio estructural		Planta baja de conjunto
7.2 Criterio instalación hidráulica		Planta alta de conjunto
7.3 Criterio instalación eléctrica		Planta de techos de conjunto
7.4 Criterio instalación sanitaria		
7.5 Presupuesto		
8. Planos	103	9. Bibliografía
Arquitectónicos		10. Hemerografía
Planta de techos de conjunto		
Planta baja de conjunto		
Planta alta de conjunto		
Fachadas de conjunto		
Cortes de conjunto		
Planta baja de oficinas		

Introducción

La creciente epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), es sin duda el principal problema de salud en la actualidad. Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), para finales de 2004 existen ya *39.4 millones* de personas que viven con la enfermedad en todo el mundo.ⁱ

Al inicio de la epidemia se creía que los gays eran el único sector vulnerable en esta enfermedad y que solo tenía que ver con su estilo de vida. Al presentarse casos en personas que se les habían realizado transfusiones sanguíneas, adictos, hemofílicos y en personas sometidas a trasplantes, se demostró que la enfermedad era contagiada a través del torrente sanguíneo y por lo tanto cualquier persona se encontraba en riesgo de contraerla.

Pero desgraciadamente para que esta información se diera a conocer y adquiriera la importancia debida, la epidemia ya había cobrado un gran número de vidas.

Con el paso del tiempo las estadísticas han demostrado que los hombres son los principales causantes de la propagación de esta enfermedad. Como respuesta a esto muchas mujeres han sido infectadas por sus esposos y estas a su vez a sus hijos, durante el embarazo.

La transmisión del VIH de la madre al hijo, *es la principal causa de infección en los niños menores de 15 años.* A medida que

aumentan los casos en las mujeres en edad fértil que viven con el VIH, también crece el riesgo de transmisión materno infantil.

La organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el 90% de los menores de 15 años, con infección por VIH la contrajeron a través de la transmisión vertical, ya sea durante el embarazo o mediante la lactancia materna.

Aunque actualmente existen regímenes y drogas que pueden disminuir el riesgo de infección entre madres embarazadas a sus hijos, son demasiado caras para aplicarlas en países pobres. Diariamente vienen al mundo 1,000 bebés portadores del virus.ⁱⁱ

El hecho de que los jóvenes están en la edad de formar una familia y tener descendencia, se convierte en el grupo más vulnerable para contraer la enfermedad y así transmitirla a sus hijos.

En muchos de los países más afectados, no existen programas nacionales para los huérfanos, la cobertura del asesoramiento y las pruebas voluntarias son limitadas, y la prevención de la transmisión materno-infantil es prácticamente inexistente, indicó.

Por todas las razones mencionadas anteriormente y por el desmesurado y poco controlado crecimiento de la epidemia, *muchos niños han quedado en orfandad,* ya sea por el fallecimiento o abandono de sus padres y familiares.

Estos niños inician una vida en donde sus padres les han dejado una herencia mortal, hasta ahora, y donde muchas veces debido a la desinformación de como se transmite el VIH-SIDA sus familiares no quieren hacerse cargo de ellos, y en otros casos de igual manera no cuentan con los medios económicos para financiarles esta enfermedad, que por si fuera poco es muy costosa.

El tratamiento que deben de seguir los niños que tienen probabilidad de estar infectados y en los que ya se ha confirmado su cero-positividad tiene un costo aproximado en la ciudad de México, de 30,000 pesos mensuales, costo de medicamentos y atención integral. El suministro constante de los medicamentos adecuados para cualquier persona con esta enfermedad, le dará una mejor calidad de vida.

Los niños infectados y los que tienen familiares que viven con el SIDA o han fallecido por esta causa pueden ser objeto de burlas, expulsados de la escuela o privados de la compañía de sus amigos porque los padres prohíben cualquier contacto. Los niños, tanto infectados como afectados, suelen estar mal capacitados para afrontar la discriminación, incluida la dolorosa experiencia de ser rechazados por sus iguales.ⁱⁱⁱ

Estos ignoran sus derechos específicos, incluido el derecho a la no discriminación en la educación. La discriminación hace a menudo que sea necesario mantener el secreto con la población escolar en las escuelas, para que así los niños no enfrenten un posible rechazo social.

Los profesionales de la salud, maestros, entre otros, son responsables de ofrecer un trato igualitario a las personas que viven con el VIH.

Aparte de la evidentísima discriminación económica, los enfermos tienen que soportar la incultura y desinformación colectiva, que a su vez por ignorancia no caen en el hecho de que están igualmente expuestos a contraer la enfermedad.^{iv}

Cualquier persona con esta enfermedad no importando raza, edad, ni posición social tiene los mismos derechos de una persona sana.

La problemática que enfrentan los pacientes con SIDA en México es aguda no solo padecen la enfermedad y el rechazo social, sino también la falta de *centros de atención especializados* para personas con este padecimiento.

Sin atención médica el, 47% de enfermos de SIDA: Salud. Jorge Ramos Pérez (Nota periodística, El Universal, 3 de diciembre de 1998).

Se informo que el 47% de los enfermos de SIDA no tiene acceso a servicios médicos de salud, en donde se incluyen a grupos que viven en la pobreza y sin recursos, y sólo se atiende el 57% en la seguridad social, afirmó Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud.

Infecta Sida a 5 millones de personas cada año: ONUSIDA. Salud. EFE (Nota periodística, El Universal, Ginebra. 01 de julio de 2005)

Menos de uno de cada seis enfermos de sida que necesita tratamiento inmediato accede a los antirretrovirales requeridos, a pesar de que desde 2004 se ha duplicado el número de personas medicadas en todo el mundo.

Actualmente en esta enfermedad las mujeres y los niños se han convertido en una de las principales preocupaciones, ya que al principio de la epidemia la relación de casos hombre-mujer era de 15 a 1, hoy es sólo de 6 a 1.

La realidad es que en México, como en muchas otras partes del mundo, la gente con VIH-SIDA sufre una gran discriminación social y de salud, siendo los niños el sector más desfavorecido.

Todos los niños menores de 18 años que viven infectados por el VIH y afectados por el SIDA en su familia o comunidad o viviendo con el riesgo de contraer el VIH están reconocidos por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los niños. Definiendo que es necesario eliminar la discriminación que sufren por causa de su condición de ser seropositivo real o presunta y que tienen derecho a un hogar digno, atención medica especializada, educación y a una vida normal.

“Alrededor de 14.000 personas por día contraen el virus”.^v

i

<http://www.mundolatino.org/mundosalter/sida.htm>

ii *idem*

iii ONUSIDA. Campaña mundial contra el SIDA 1999 con los niños y los jóvenes. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA. p. 21

iv Op.cit.

v

<http://search.t1msn.com.mx/results.aspx?cp=1252&PI=9564&DI=233&FORM=MSNH&q=onusida>

1. Antecedentes

1.1 Definición de VIH-SIDA

El *Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida* (S.I.D.A.) o *síntomas asociados a una respuesta inadecuada del sistema inmunitario*, es la última etapa de una enfermedad infecciosa que es provocada cuando nuestra sangre se expone al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) causante de la enfermedad, el cual destruye las defensas del cuerpo que nos sirven para combatir infecciones causadas por bacterias, virus, parásitos y algunos tipos de cáncer.

La diferencia entre ser "seropositivo" o portador del VIH y los enfermos de SIDA, es que los portadores del VIH son personas que aún no teniendo ningún síntoma de la enfermedad, en las pruebas de laboratorio dan positivo, estas pueden permanecer sanas o asintomáticas durante mucho tiempo antes de desarrollar el SIDA, dependiendo esto de la constitución biológica, la cantidad de virus que ha penetrado en el torrente sanguíneo y de los cuidados que se tengan con respecto a la salud; en cambio los enfermos de SIDA, hospedan el VIH, lo pueden contagiar y presentan signos y síntomas asociados a la enfermedad, infecciones, sarcoma de kaposi o el "Complejo asociado al SIDA" que incluye fatiga, fiebres, pérdida de peso, diarrea, sudor nocturno, ganglios palpables en el cuello, axilas, etc.¹

1.1.1 El VIH y su reproducción

El cuerpo humano se encuentra continuamente atacado por una gran

variedad de bacterias, virus y hongos, la tarea del sistema inmunológico es eliminar o controlar estos invasores y proteger al cuerpo de sus efectos dañinos, por esta razón el sistema inmunológico de un portador del VIH lucha constantemente en contra el virus, el cual se multiplica rápidamente a partir del momento de la infección.ⁱⁱ

Uno de los principales defensores del sistema inmunológico son los linfocitos CD4+ (células T), que encabezan la respuesta inmunológica contra estas infecciones. (Fig.1)ⁱⁱⁱ

Una de las diferencias entre el VIH y otros virus es que el VIH utiliza los linfocitos CD4+ para crecer y reproducirse.

El VIH invade los linfocitos CD4+ cambiando el material genético del VIH, una vez dominados por el VIH, los linfocitos CD4+ infectados por el VIH comienzan a producir más VIH. El ataque constante y el crecimiento del virus dirigido hacia los linfocitos CD4+ y otras células de cuerpo, gradualmente desgasta el sistema inmunológico y debilita las defensas del cuerpo. (Fig. 2)^{iv}

El virus crece principalmente en los ganglios linfáticos, cuya estructura es en forma de malla en su interior, la cual actúa como filtro protector atrapando a los virus, bacterias y hongos, así como los linfocitos CD4+ infectados. Grandes cantidades de linfocitos CD4+ se infectan con el VIH a medida que pasan rutinariamente por los ganglios linfáticos siendo estos en mayor cantidad que en la sangre, especialmente en las etapas tempranas de la enfermedad. (Fig.3)^v

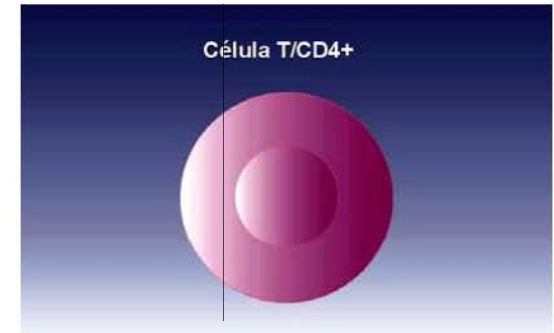


Fig.1 Célula T

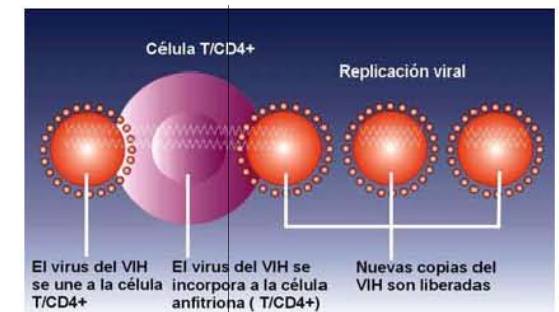


Fig.2 Reproducción del VIH

A pesar de que el cuerpo lucha reemplazando los linfocitos CD4+ infectados por hasta dos millones de células nuevas no infectadas cada día, esto permite que el número de linfocitos CD4+ permanezca constante por un tiempo, sin embargo el cuerpo no puede mantener este estado indefinidamente, lentamente el sistema inmunológico pierde la batalla y no puede producir suficientes linfocitos CD4+ para reemplazar los que son destruidos por el virus. (Fig. 4)^{vi}

1.1.2 Sectores sociales y vías de transmisión

En la diversidad de sectores sociales que abarca la enfermedad se encuentran los homosexuales, toxicómanos, la prostitución, asiduos al sexo sin pareja fija y estos son los sectores de más riesgo de contagio, sin olvidar los contagios que se han producido y producen en hospitales.

El VIH puede ser transmitido por:

- Vía sexual:

Semen o secreciones cervico-vaginales y también tienen riesgo las relaciones en las que se pone en contacto mucosa irritada o llagada con secreciones genitales contaminadas.

- Vía sanguínea:

Contacto con sangre contaminada con el virus del VIH, intercambio de objetos punzo cortantes que contengan sangre infectada con el virus VIH, transfusiones sanguíneas y/o hemoderivados de sangre no analizada y por compartir jeringas y/o agujas contaminadas.

- Vía perinatal:

De la madre al hijo; las madres portadoras del VIH pueden transmitir el virus VIH a sus bebés antes de nacer, durante el parto o al amamantarlo.^{vii}

- Donación de órganos:

El virus VIH puede estar presente en órganos de personas infectadas, por lo cual la donación de órganos es otro factor de contagio.^{viii}

1.1.3 Como no se trasmite el VIH:

No es posible contagiarse por compartir el baño, una alberca o el transporte público.

El VIH no se trasmite al hablar, saludar de mano, besar, abrazar, toser, estornudar, nadar, compartir trastes o comida, compartir baños o jugar, estudiar, trabajar juntos o por teléfono.

No hay evidencias científicas que indiquen que por saliva, lágrimas, sudor, orina y materia fecal se pueda contagiar el virus.

Es también un mito que tanto los mosquitos, abejas o moscas como otros insectos puedan transmitir el VIH con sus picaduras.^{ix}

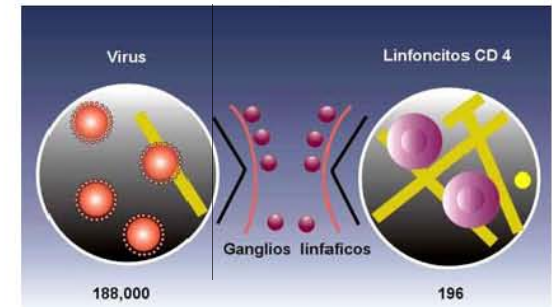


Fig.3 Virus VIH y linfocitos CD4+

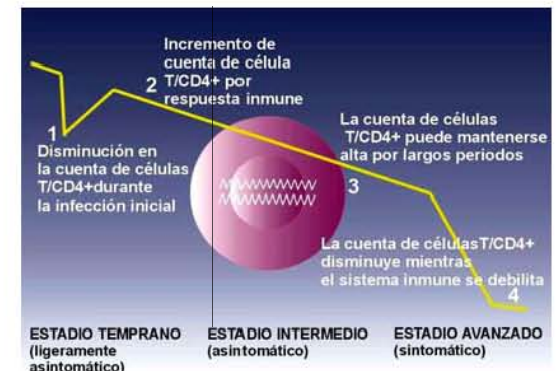


Fig.4 Estadio de las células T/CD4+.

1.2 Historia del VIH-SIDA

1.2.1 Los años 60'

En el mundo occidental los 60' eran sinónimo de liberación, y entre los jóvenes la liberación era sinónimo de amor libre. Con la nueva moral en algunos lugares de los Estados Unidos Americanos (E.U.A), se anularon las leyes que prohibían la homosexualidad.

Cuando en 1950 ser homosexual era como ser un criminal y por practicarlo podían arrestarte, ahora los homosexuales veían esta libertad como afirmación de los derechos políticos.

El número de homosexuales declarados en San Francisco aumentó de 10,000 a 12,000 en menos de una década. En Nueva York se reunían en los muelles abandonados del puerto, en la Isla de Fuego, como si quisieran compensar los siglos de represión; este lugar se convirtió en la meca de la liberación homosexual, ahí se quitaban el disfraz y eran ellos mismos.

Los homosexuales tenían un lugar al cual ir, donde todos eran iguales y había la aceptación que nunca antes habían tenido.

La gente viajaba de todos lados para saber como era la isla, pero paso poco tiempo antes de que todo acabara.

1.2.2 Los años 70'

En San Francisco, los casos de enfermedades de transmisión sexual se reportaban al departamento de salud, en donde a mitad de los setenta se reporto un incremento alarmante en el número de homosexuales enfermos, algunos con infecciones raras; tenían cerca de 10 casos

de disentería amibiana en un año y la mayoría venía de la India o de Tijuana en México. Para 1976 se tenían casi 1000 casos de disentería amibiana al año y el 90% estaba concentrado en homosexuales.

Al investigar la fuente de las infecciones se encontró con que los homosexuales gustaban de reunirse en los baños públicos, ahí había mucha interacción sexual; en la parte posterior de los baños había un gran cuarto oscuro para orgías y ahí podían haber 50, 100 o 150 hombres todos interactuando. En la periferia de estos locales habían cubículos sin puertas y un hombre desnudo podría estar acostado boca bajo con una lata abierta junto a el, y aceptaba a todo el que entraba, todo podía ser contagiado y así lo fue.

Estos hombres enfrentaban toda clase de enfermedades como: hepatitis A, hepatitis B, hepatitis simple, herpes simple 1 y 2, chancros, sífilis, gonorrea, citomegalovirus, uretritis no específica, EBV, verrugas venéreas etc.

A finales del 79, tres jóvenes presentaban manchas oscuras en la piel, síntomas que no concordaban con los patrones comunes, se les diagnosticó Sarcoma de Kaposi, es una forma rara de cáncer de piel que se encontraba principalmente en ancianos de origen mediterráneo; al irse presentando mas casos se supo que el único dato en común en estos pacientes fue que todos eran homosexuales. Al presentarse el Sarcoma de Kaposi en los gays de Nueva York, se supuso que había una epidemia de esto en los homosexuales de San Francisco.

1.2.3 Los años 80'

Para el verano de 1980 se tuvo el primer presagio sobre la Isla de Fuego, cuando en Los Ángeles durante algunos meses varios gays habían presentado fiebre y los ganglios inflamados.

La seriedad del problema sale a la luz en 1980 cuando 2 pacientes, uno con ganglios inflamados, fiebres y sudores nocturnos, y otro con un tipo raro de neumonía por Pneumocystis Carini, es una forma de neumonía que rara vez se ve en un joven, era un caso desconocido; la adquieren las personas que tienen las defensas bajas, como los pacientes que se les suprime el sistema inmunológico.

En E.U.A el Centro de Control de Enfermedades (CDC), el cual revisa las enfermedades infecciosas y rastrear, epidemias nuevas, parte de su función era suministrar drogas que raramente se necesitaban, hasta 1980 nunca había habido un pedido de pentamidina para una persona que no hubiera tenido un transplante, pero a principios de 1981 surgieron algunos pedidos que llegaban de Nueva York y Los Ángeles, para jóvenes con neumonía por Nemmocystis Carini, para quienes los doctores pedían pentamidina isotenate.

Entre tantos casos nuevos los pacientes morían rápidamente, y con la sangre de estos se confirmo que no tenía células T4, las cuales ayudan al cuerpo a combatir enfermedades.

En Nueva York surgieron muchas notificaciones de nuevos casos de gente con Sarcoma de Kaposi y cada vez se presentaban más rápido en un periodo muy

corto; la enfermedad adquirió el nombre de “Deficiencia Inmunológica” relacionada con los gays.

Para finales de junio de 1981, se habían reportado 73 muertes a causa de la deficiencia inmunológica en Estados Unidos.

En los 70' era fácil cruzar el Atlántico, y con ellos la infección, el primer caso reportado fue en Dinamarca en junio de 1981, Paris fue el siguiente en julio y más tarde surgió en Bélgica, Suiza, Alemania, y España; cada país reacciono con su propia marca de indiferencia oficial y prejuicio.

En Inglaterra el primer caso se reportó en diciembre de 1981, en el Hospital Middlesex Richard Adler, era un joven con Sarcoma de Kaposi quien lo contrajo en San Francisco; el segundo en fallecer fue Terrence Higgins, nombre que lleva la primera fundación para el SIDA. Se veía como una enfermedad homosexual. La sociedad y los médicos, son homofóbicos.

En el Middlesex se ponía a los pacientes en pabellones separados, el personal no entraba ahí sólo empujaban el alimento por el piso hasta el paciente y aventaban la correspondencia a sus camas, se trataba a la gente muy mal, era como el tipo de medicina de 600 años atrás.

En Nueva York, un grupo de gays brindaba lo que las autoridades no proporcionaban a los enfermos, fundaron un Centro de Crisis de Salud de Gays, cuya prioridad era encontrar la manera en que se difundía la enfermedad.

En E.U.A el número de muertes de gays aumentaba, para 1981 algunos investigadores aún creían que no era infeccioso, que solo era el estilo de vida de los homosexuales y pensaban que podían ser las drogas que usaban como estimulantes sexuales o que eran las enfermedades por contagio sexual las que destruían el sistema inmunológico.

Debido a la nula información que se tenía de esta enfermedad, fue necesario hacer una investigación con los pacientes que se tenían y localizar a sus parejas sexuales, para así saber si también se encontraban enfermos. En el condado de Orange un hombre menciona a un sobrecargo que conoció en un baño público, esta fue la persona a la que se le llamaría “Paciente cero”, el cero salió de la “0” de “out of California”, este resultado ser el sobrecargo canadiense Gaetan Dugas a quien su trabajo lo llevo por todo Estados Unidos.

Entre los 9 casos de Los Ángeles y el paciente 0 existía una relación, se le busco y se descubrió que tenía Sarcoma de Kaposi; al entrevistarle dijo los nombres de 73 personas diferentes con las que tuvo contacto sexual en los últimos cinco años.

Al rastrearlos notaron que los primeros que enfermaron habían estado con Dugas, durante la celebración bicentenal en 1976, cuando llegaron los grandes barcos, a la isla de fuego.

Fue ahí cuando toda esa gente que estaba reunida en 1976, en Nueva York, se disperso por todo el mundo y también la enfermedad.

El paciente cero unía los casos en los Ángeles y otros en el mundo.

Al rastrear a las parejas de Dugas se llegó a la conclusión de que la transmisión era vía sexual.

El sobrecargo siguió con su estilo de vida, renuente como muchos otros, a creer que era infeccioso y murió dos años después.

Para 1982 la Deficiencia Inmunológica Relacionada con Gays o DIRG estaba reportada en 13 países fuera de E.U.A, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Holanda, Sur África, España, Suiza, Suecia y Reino Unido.

DIRG no cambió de repente el estilo de vida de los gays, aún sabiendo que se transmitía sexualmente los doctores no querían fomentar la homofobia y por lo tanto no se advertía oficialmente el posible peligro del sexo.

Después los adictos a las drogas empezaron a enfermar y para algunos fue prueba de que no solo era una enfermedad gay, sino que los adictos y gays tenían gustos iguales.

La gente quería creer que solo la contraería a través de la homosexualidad, que las mujeres no podían contagiarse y que solo se contagiaba a través del coito anal.

Para comprobar si la preferencia de los adictos y gays eran similares se realizo una investigación, se realizaron entrevistas y al concluir se dedujo que podría ser que se transmitiera por *contacto sanguíneo*.

En Haití, algunos de sus habitantes presentaban los mismos síntomas que los gays y ninguno era homosexual, se pensaba que venían de un síndrome similar.

En el Jackson Memorial, de Miami se reportó la muerte de un hemofílico quien contrajo un tipo de neumonía que normalmente no afecta a la gente, y al presentarse dos casos mas en julio de 1982 se dedujo que la sangre clonada con la que trataban a los hemofílicos estaba infectada. Antes era fácil rastrear al donador, pero para entonces era imposible ya que se les trataba con Factor 8, sustancia hecha con la sangre de 2000 donadores y la sangre infectada podía venir de cualquier fuente como adictos o incluso de gays a quienes les gustaba donar sangre.

El CDC al estar seguro de que la relación entre las muertes de los hemofílicos y la conocida plaga gay era la sangre, sabían que habían sido causados por la contaminación con un virus de los concentrados que habían recibido.

Con la noticia de los hemofílicos fue borrado el término *relacionado con gays* de la descripción oficial y así nació el *SIDA* o *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*.

Fue noticia de primera plana pero a pesar de los graves peligros no se actuó con firmeza, en ese año hubo poca premura oficial y no existían fondos, ni avisos públicos informativos.

El SIDA se convirtió primero en una epidemia después en una pandemia y ahora en una plaga.

A finales de diciembre de 1982 se habían reportado 1544 casos en E.U.A y 177 en el resto del mundo.

1.2.4 EI SIDA

El *SIDA* surgió muy lejos de las sofisticadas ciudades; en Uganda el primer caso se presento en un hombre en 1976, el cual fue atendido durante dos años pero enfermaba una y otra vez hasta que en los últimos seis meses empeoro y murió, y su esposa también falleció al poco tiempo.

La gente del lugar pensaba que tenía que ver con brujería, pero en realidad los lugares con camioneros se convirtieron en el foco de la enfermedad, estos cuando tenían dinero recogían mujeres en el pueblo que eran las primeras en infectarse e infectar a otros.

Así fue como el virus llegó a Kyotera siendo este el primer eslabón de la fatal expansión. El pueblo manejaba mercancía que partía de Kyotera y pasaba por Masaka, Kampala, Kenia, etc, los comerciantes llevaban consigo la infección además de la mercancía.

A finales de 1982 a orillas del lago Victoria, en los hogares había gente muy enferma, se encontraban consumidos y los únicos contagiados eran las parejas sexuales. En 1983, en Uganda oficialmente no había casos de SIDA.

En Market Street, San Francisco se ofrecían condones a la gente, pero no se tomaba en serio el mensaje. Habían muerto 300 personas y lo sorprendente era que todos los que la contraían, morían. Nunca hubo una enfermedad así antes.

En Paris, dos pacientes de África murieron con su sistema inmune desecho, era algo exótico con un foco que se conocía en África y que se ignoraba en Estados Unidos.

En los institutos de salud de EU iniciaban la investigación del SIDA, a cargo del italoamericano Robert Gallo un importante científico que descubrió un retrovirus humano, virus que habita en el código genético y que se reproduce en las llamadas células "T" del sistema inmunológico.

El 4 de enero de 1983 se realizo una biopsia, se extirpo un pedazo de ganglio del cuello de un joven con SIDA, y se llevo a Paris. El viaje fue un salto gigante para la ciencia francesa, encontraron el indicador de un retrovirus, la presencia de una enzima llamada Transcriptaza señal de la actividad Transcritaza Reversa en el Fluido. Pero se encontró algo no común en el retrovirus al tiempo que las células morían el virus desaparecía.

El virus mataba las células y después de varias semanas ya no había virus en el cultivo. Fue publicado por Bob Gallo en EU, sin embargo el descubrimiento lo hicieron en Francia y al tratar de demostrar quien tenia la razón se retraso la investigación y ayudo a que continuara el progreso de la propagación.

A finales de 1983, se reportaron 4562 casos de SIDA en EU y 1174 en el resto del mundo.

1.2.5 Bancos de sangre

Para 1983, los científicos no podían aún asegurar que la causa se hallaba en la sangre y por ello los bancos de sangre no hacían caso de la infección por donación.

En el centro de los Ángeles las calles los indigentes venden su plasma a los principales distribuidores del país, a cambio de dinero o un hot dog gratis.

Los bancos de sangre dijeron no poder analizar la sangre hasta que se encontrase el virus.

Los hemofílicos en 1984 o 1985 se enteraron, después de ya haber infectado a sus parejas y dejado *niños huérfanos*, que podían morir de SIDA a causa de su medicina, ya que el costoso Factor 8 para que coagulara su sangre, es una medicina que requiere de 2 mil personas para una dosis que cuesta mil dólares. Anualmente se hacen entre 3 y 4 millones de transfusiones.

Por eso entre un 80 o 90% de hemofílicos, tienen SIDA.

Hasta el 4 de abril de 1984, París y Washington otorgaron evidencia que obligo a actuar a los bancos de sangre.

El 23 abril 1984, en Washington la secretaria de Salud y Recursos Humanos, anuncio que el Dr. Gallo había descubierto la causa del SIDA, un conocido virus de cáncer conocido como HLT-HTLV3 sin darles crédito a los franceses. El mundo de la ciencia mostraba al publico dos virus que causan el SIDA el LAV descubierto por el francés Montagnier y el HTLV3 del estadounidense Gallo, aunque en realidad eran los mismos, pero fue hasta mayo de 1986 que un grupo de virologos nombraron

al virus del SIDA, VIH o Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y para 1987 los gobiernos acordaron que ambos países compartirían la patente.

Para Marzo de 1984, aún cuando ya se conocía el virus, todavía no se sabía con certeza si la sangre de los bancos estaba contaminada, transmitieron la enfermedad de 12 a 15 mil personas.

En 1984 los laboratorios Abbot desarrollaron la prueba de Elisa que indica sí la sangre esta infectada. Fue hasta el 15 de Marzo de 1985 que cambiaron su proceder, hasta la autorización de la prueba.

En EU ya se habían reportado 6,054 casos por transfusión sanguínea, de los cuales 2964 eran hemofílicos.

Cuando la prueba salió al mercado, confirmo en África, en el hospital de Masaka en donde dos años atrás se reportaron muertes misteriosas, que había más casos de esta enfermedad.

Encontraron gente que estaba muy débil para sentarse y caminar, les fallaba la memoria, el habla y sus acciones eran lentas perdían la expresión facial, se volvía nula, esta fue otra razón para demostrar que no había razón para ligarlos con la homosexualidad. Fue el primer encuentro con la gran cantidad de casos de VIH en África por vía heterosexual.

Los datos reunidos reflejaban que era ya una gran epidemia, pero pasaron 5 años para que la gente tomara conciencia.

En esa época se perdió el control de la epidemia, la tragedia que el SIDA llevo a

África se extendió ya que nadie sabia nada sobre el SIDA.

Mientras tanto en París las noticias hacían público al SIDA, anunciaban que el actor Rock Hudson había adquirido el Síndrome de Inmunodeficiencia y fue hasta que algo tan trivial como la tragedia de un artista, atrajo la atención nacional, después de cuatro años de epidemia donde ya habían muerto más de 8 mil estadounidenses.

Ningún gobierno quería saber del SIDA, en el occidente la Gran Bretaña fue un lugar importante donde se propago el virus, aquí la reacción hacia los activistas gays era de indiferencia y repugnancia.

Fue hasta 1986, cuando empezó a haber toda clase de reacciones y de advertencias medicas, es una enfermedad mortal y no se conoce la cura y el virus puede pasarse teniendo sexo con una persona infectada cualquiera puede adquirirla, hombre o mujer.

Para 1986, el SIDA había cobrado 24,204 vidas en EUA y 2,239 en Europa Occidental.

En San Francisco, se publico que había 2 o 3 drogas que parecían prometedoras en los laboratorios, pero el gobierno decía que podrían usarlas talvez en tres o cuatro años, mientras que algunas de esas drogas ya se vendían en otras partes del mundo como México y se conseguían en farmacias sin necesidad de una receta medica.

En los 80' la vida era sinónimo de SIDA, en la ciudad de Nueva York un grupo de activistas lanzó videos caseros de como hacer tratamientos en la cocina, esta

medicina casera vivió del rumor y la esperanza.

En el hospital Beth Israel, de Nueva York, los doctores encontraron una droga llamaba AZT, hubo pacientes que mejoraron a pesar de estar en un estado muy avanzado de la enfermedad. Fue aprobada en marzo de 1987 a pesar de los efectos secundarios, los estudios mostraron que era efectivo para el SIDA y el VIH, no los curaba, pero podía prolongar la vida.

Para el verano de 1993 se demostró que las mejorías que tenían los pacientes con la droga AZT al paso de 2 años desaparecían.

En 1987, en Washington se extendió una gran manta en memoria de las miles de personas que hasta entonces habían muerto de SIDA, fue idea de un activista Californiano llamado Cleve Jones, esto era el trabajo de miles de personas muchas de ellas fuera del la comunidad gay y que habían perdido hijos, hijas, mamás, hermanos, papás, etc, esto era el símbolo del descontento con el gobierno.

Nada había sido suficiente, todo lo que hacían los afectados como los listones rojos, las marchas con velas, las mantas, las propuestas, los arrestos, la desobediencia civil, el hacer sonar el claxon cada 12 minutos para recordarles que cada 12 minutos muere de SIDA una persona en EU y hasta el testimonio de todos ellos eran insuficientes para hacer que los lideres de su país tomaran medidas mas estrictas.

En las minorías étnicas de las ciudades como Nueva York más gente enfermaba, muchos eran heterosexuales y los pacientes eran de las partes más pobres, había un

incremento en el número de mujeres infectadas y muchas veces no se sabía si era por drogas intravenosas o por relaciones sexuales, el nivel de riesgo para las mujeres heterosexuales era incierto. Las investigaciones sólo concernían al VIH en homosexuales y el SIDA en la mujer no se tomaba en cuenta.

Cuando se fundó una clínica para el SIDA en Brooklyn, los primeros resultados de la gente que se hizo la prueba fueron alarmantes, una de cada 5 mujeres era positiva y la mayoría de ellas en ese país eran afroamericanas y puertorriqueñas, eran las mujeres más pobres en las comunidades infectadas.

Para 1989, se sabía que 10,000 mujeres estaban infectadas y poco se investigaba sobre la manera en que se contagiaban y además eran excluidas de los programas de drogas experimentales en los que se tenían esperanzas estaban en grupos sin privilegios y eran la minoría en las ciudades.

1.2.6 Los años 90'

La gente aún creía que solo les pasaba a los homosexuales, a los drogadictos y a los negros.

Para 1992, en Uganda una de cada diez mujeres que acudían a clínicas de control de natalidad portaba el VIH y en Kampala una de cada cuatro, esta es una de las razones por las que África espera ansiosamente el rescate de la ciencia.

Buscando el foco del virus y una solución a este los científicos más importantes del mundo luchaban contra la segunda década de SIDA en su Novena

Conferencia Mundial de SIDA en las afueras de Berlín en 1993, entre los asistentes se encontraba David Ho, quien hizo mucho por encontrar el foco del virus, leyó el artículo del marino de Manchester de 25 años que murió de una enfermedad misteriosa en 1959. La conservación del tejido del marino tenía VIH, al que Ho pudo analizar y fechar gracias a la secuencia de los 50 que es un criterio adicional para medir la evolución viral, estas pruebas demostraron que es del mismo linaje del VIH que azotaría a América 20 años después. El marino viajó mucho a África, lo que apoyaba la evidencia de que el virus existía desde mucho tiempo antes de lo que se tenía registrado.

Una de las conclusiones tentativas, es que el virus se ha mantenido estable durante décadas e incluso por siglos.

Entre las teorías de su origen, surge la del mono africano que contaminó un programa de vacunación de polio en los 50', aunque los científicos tenían muchas dudas; otra de las teorías es la del británico Robin Weiss que creía que el virus pasó de animales a humanos.

La incógnita es porque si existía desde hace tanto tiempo, porque la epidemia se desato hasta los 80', tal vez el virus infectó a las especies y algún animal lo transmitió al hombre y así empezó a propagarse.

Si existe desde hace miles de años, entonces el VIH pudo haber estado restringido a poblaciones pequeñas y tal vez no era tan patológico, no provocaba tantas enfermedades y los grupos que lo tenían contaban con tabúes sociales que prevenían su propagación.

Una de las ultimas teorías dice que el VIH en sus inicios no era mortal por si

mismo, y que hasta después se volvió peligroso, una posible respuesta es que existen reacciones secundarias que aumentaron el efecto del virus haciéndolo muy patológico.

Para 1993, la discusión desapareció en parte a causa de las interrogantes planteadas por el biólogo molecular californiano, Peter Duesberg que cree que el ser seropositivo no es lo que causa el SIDA, presentó argumentos que apoyaban su teoría pero no consiguió fondos porque su programa excluía al VIH. Decía que para conocer la verdadera causa del SIDA, era necesario trabajar con el paciente o retroceder a la clínica a las calles, a los baños, o estudiar a los que están en riesgo y descubrir lo que es el SIDA, esto no es una enfermedad y una entidad, son viejas enfermedades con un nombre nuevo; Pocos estuvieron de acuerdo, aunque no ignoraron sus argumentos.

Diez años y millones de dólares después, se tenía que explicar porque aún no podían demostrar como actuaba el virus, pero decían que aunque se desconocía la forma en que el virus actuaba, no significaba que no se relacionara con el VIH y el SIDA, ya sean cofactores que aumentan el efecto viral o otras infecciones que puedan influir en que el VIH destruya las células del cuerpo, aunque todo señala al VIH como el responsable del SIDA. Sus argumentos tuvieron una gran repercusión, los gobiernos africanos no sólo soportaron la acusación de ser la fuente de la plaga, sino la discriminación de su gente.

Se decía que posiblemente se exageraron los problemas del SIDA en África y que la gente tenía enfermedades

con un nuevo nombre. Un ejemplo fue el aumento de casos de tuberculosis, aunque era difícil saber hasta que grado se podía culpar al SIDA, algunos doctores locales dijeron que no había duda de la conexión, ya que el 65% de los pacientes de tuberculosis eran seropositivos.

En 1992, el Instituto de SIDA en Harvard estimó la cifra de 3.5 a 7.8 millones de portadores de VIH en África, el saber que tan rápido morirían resultaba aún más ambiguo.

La situación mejoraría con una vacuna, pero se interponía la realidad económica del primer mundo, el gobierno de EU nunca ha fabricado vacunas al alcance de todos, esto hacía que el sector privado fuera el encargado de hacerlas, es un sector pequeño que se encarga de la prevención, lo cual no es algo atractivo que de una satisfacción individual.

Para 1989, la abstinencia sexual dejó de ser la única opción para no contraer VIH, con la ayuda de folletos, posters y videos se incitó al uso del condón, después de 10 años era la mejor protección que la ciencia podía ofrecer.

Para finales de siglo se estimaba que habría mundialmente como mínimo 20 millones de portadores de VIH, esto si funcionaba el programa del gobierno y las acciones planeadas por las Organizaciones de Control de SIDA, de no funcionar se calculaba que para el año 2000 habría entre 30 y 50 millones de portadores de VIH.

Para fin de siglo los hospitales tendrían dos millones de casos, en donde se

desconocía si habría doctores y facilidades de tratamiento para resolverlo.

La información mundial señala que la epidemia se expande rápidamente y el abismo entre la epidemia y el rechazo se hace más grande de manera rápida y peligrosa, lo que representa una amenaza para todos.

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para 1999 África es el continente con el mayor número de casos VIH-SIDA en el mundo, al contar con 25.4 millones de portadores del VIH, de un total de **39.4 millones**.

Actualmente empieza a desaparecer el impacto inicial en la mayor parte de los países en donde surgió la plaga, aunque todavía lloran a sus muertos han aprendido a vivir con las estadísticas.

En la historia moderna no había visto una plaga de estas dimensiones, nunca hubo un agente infeccioso tan peligroso como el VIH, que esencialmente mate a todo al que infecta.

La realidad es que las sociedades no están listas para comprender infecciones de largos periodos de incubación y responder apropiadamente

La esperanza de vida de los millones de enfermos ha mejorado de manera notable, al grado de compararse con una persona no portadora del VIH y confían que aun tienen tiempo para llegar hasta que se encuentre la cura; pero la realidad es que la vacuna efectiva contra el SIDA, podría demorarse hasta 30 años. ^x

1.3 Contexto Mundial

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), para finales de 2004 existían *39.4 millones* de personas que viven con el VIH en todo el mundo, 2.5 millones son niños, distribuidos de la siguiente forma:

África subsahariana	25.4 millones
África del Norte y Oriente Medio	540,000
América del Norte	1.0 millones
Caribe	440,000
América Latina	1.7 millones
Europa oriental y Asia Central	1.4 millones
Asia Oriental	1.1 millones
Europa occidental y central	610,000
Asia meridional y Sudoriental	7.1 millones
Oceanía	35,000
Total	39.4 millones

Fig.5 ^{xi}

Del total de los casos de VIH 37.2 millones corresponden a adultos, 17.6 millones a mujeres y 2.2 millones son menores de 15 años; de los cuales desde el comienzo de la epidemia se han reportado aproximadamente *21.8 millones* de defunciones, de estos, 17.5 millones son de adultos, 9 millones son mujeres y 4.3 millones de 15 años. (Fig.6)

Se estima que existen *15 millones* de niños huérfanos a causa del SIDA en el mundo, la gran mayoría en África. En Asia, América Latina y el Caribe, el número de huérfanos ha descendido alrededor de una décima parte desde 1990. Asimismo, se estima que un promedio de 14,000 personas por día se infectan con el virus y aproximadamente 5 millones por año. ^{xii}

1.4 América Latina

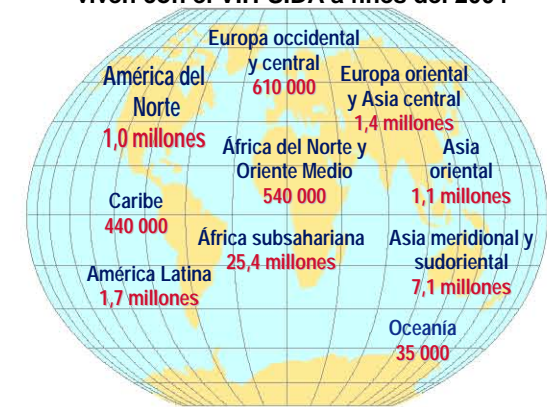
La tendencia de la propagación del VIH en América Latina es prácticamente la misma que en los países industrializados, en donde se observa que el número de infecciones se está reduciendo o incluso se ha estabilizado, aunque se trata de un panorama que no es uniforme en toda la región.

La mayor parte de los países tienen una epidemia catalogada como concentrada, debido a que en la población general se encuentra una prevalencia menor al 1%, lo cual significa que de cada 100 habitantes, ni siquiera uno de ellos se encuentra infectado. En grupos de población de riesgo, sin embargo, esta prevalencia resulta mayor aunque varía dependiendo del grupo entre el 1% y el 25%. Algunos países de la región han presentado en los últimos años una prevalencia de VIH que aumenta rápidamente como Nicaragua, Venezuela o Perú. ^{xiii}

La UNICEF declaró que el virus ha provocado que cerca de *140 mil niños* queden en la orfandad en América Latina. ^{xiv}

Considerando el número total de casos reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta, se ubica en el número 3 en América y el Caribe, y el sitio 76 a nivel mundial. En contraste, es un país que registra una prevalencia en población adulta relativamente baja. ^{xv}

Estimación mundial de niños y adultos que viven con el VIH-SIDA a fines del 2004



Resumen mundial de la epidemia de VIH-SIDA, finales de 2004

Personas que viven con el VIH/SIDA	Total	39.4 millones
	Adultos	37.2 millones
	Mujeres < de 15 años	17.6 millones 2.2 millones
Nuevas infecciones por el VIH	Total	4.9 millones
	Adultos < de 15 años	4.3 millones 640 000
Defunciones causadas por SIDA	Total	3.1 millones
	Adultos < de 15 años	2.6 millones 510 000
Nuevas infecciones por VIH	< de 15 años	640 000
Defunciones causadas por SIDA	< de 15 años	510 000

Fig.5 Mapa global de casos de VIH-SIDA.

Fig.6 Resumen mundial 2004.

1.5 El VIH-SIDA en México

El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual que está íntimamente relacionada a la sexualidad de los individuos y de las poblaciones del mundo.

En México el primer caso de SIDA fue diagnosticado en 1983, sin embargo mediante las técnicas de interrogatorio y análisis retrospectivo, se ha documentado que el inicio del padecimiento fue en realidad en el año de 1981.

Para la década de los ochentas, ante la emergencia del VIH-SIDA y la necesidad de monitorear el problema, se instrumentó el sistema de información con base en la notificación pasiva de casos por los servicios nacionales de salud, con un criterio de registro basado en la fecha en que se notificaba el caso. Conforme la epidemia avanzó se evidenció que esta información resultó ser inexacta e inoportuna por el subregistro y extemporaneidad para la vigilancia epidemiológica. Actualmente el Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas en VIH-SIDA (ONUSIDA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recomiendan que la información se registre basándose en la fecha en que el caso es diagnosticado.^{xvi}

En México, en 1983, se inició el Registro Nacional de SIDA, que acumulaba los casos de acuerdo con la fecha de notificación y con una cobertura limitada, además de presentar un subregistro de 33% y extemporaneidad de cinco años en promedio, a partir de 1999 la notificación de

casos al Registro Nacional de SIDA se hace con base en la fecha de diagnóstico.

En el figura 7, se presenta la distribución de los casos registrados hasta 2004, tanto por fecha de notificación como por fecha de diagnóstico. Debido a la extemporaneidad y a la búsqueda activa de casos que el Sistema de Vigilancia realiza, se actualizan cada tres meses los casos por fecha de diagnóstico.^{xvii}

De este modo, desde el inicio de la epidemia hasta el 2004, se han registrado de manera acumulada **76,311** casos en nuestro país, de los cuales 30,519 casos son de personas vivas, 41,976 casos de fallecidos y 3,816 de los casos con evolución desconocida. (Fig.8)^{xviii}

Sin embargo, estas cifras constituyen sólo una aproximación a la magnitud real de la epidemia, debido a los fenómenos conocidos como retraso en la notificación y subdiagnóstico. El primero de ellos, se refiere a los casos de SIDA ocurridos en un año determinado que son notificados a la autoridad sanitaria después de varios meses, e incluso años después, de la fecha en que fueron diagnosticados; mientras que el segundo, está determinado por el número de casos que no son objeto de reporte epidemiológico. Los estudios más recientes sobre la materia, estiman que existe retraso en la notificación para el 33% de los casos de SIDA, en tanto que el subdiagnóstico se ubica en un 18.5%. Así, al aplicarle de manera acumulada estos porcentajes a la cifra de casos registrada, en realidad existen en nuestro país alrededor de **90,043** casos acumulados.

Casos de SIDA 1983 - 2004

Año	Notificados en el año*	Diagnosticados en el año*
1983	6	63
1984	6	199
1985	29	365
1986	243	702
1987	513	1,563
1988	902	2,176
1989	1,596	2,807
1990	2,581	3,671
1991	3,140	3,812
1992	3,190	4,218
1993	5,024	4,195
1994	4,066	4,506
1995	4,154	4,824
1996	4,154	5,230
1997	3,620	5,710
1998	4,694	6,219
1999	4,321	7,066
2000	4,753	6,390
2001	4,213	4,797
2002	14,214	3,867
2003	7,213	3,034
2004	3,679	897
Total	76,311	76,311

Fig. 7

Casos acumulados de SIDA 1983-2004

Evolución	numero	%
Vivos	30,519	42.1
Muertos	41,976	57.9
Se desconoce**	3,816	(5.0)
Total	76,311	100.0

Fig. 8

**Los casos de SIDA con evolución desconocida fueron excluidos de la suma de porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra para conocer su magnitud.

FUENTE: DGE. Notificación inmediata de Casos de SIDA. Última actualización 30 junio 2004 por CONASIDA. xix

Un indicador que complementa el análisis del número de casos es el número de infectados por el VIH, es decir las personas que son portadoras del virus pero que no manifiestan todavía la enfermedad como tal, según las estimaciones más recientes el número de personas infectadas es de **150,000** de las cuales **2,500 son mujeres embarazadas**, los datos son extraídos de los resultados de la detección del VIH en donadores, las encuestas centinela en embarazadas, así como las encuestas seroepidemiológicas realizadas en subpoblaciones específicas. (Fig. 9)^{xx}

1.6.1 Tendencias

El desarrollo de la epidemia del SIDA ha transitado por diversas etapas desde sus orígenes: la primera abarca desde los primeros casos registrados en 1983 hasta finales de 1987 en donde se tuvo un incremento lento en el número de casos; la segunda, de 1988 a 1991, en donde el crecimiento ya fue de tipo exponencial con un período de duplicación más corto; la tercera, entre 1992 a 1995, se caracteriza como crecimiento exponencial amortiguado, en donde se presentan incrementos importantes pero los períodos de duplicación son más prolongados; y finalmente, se puede considerar, que a partir de 1996, se ha observado una aparente estabilización de la epidemia, observándose en promedio 4,000 casos nuevos de SIDA anualmente. (Fig.10)^{xxi}

Por otro lado, las características del panorama epidemiológico del SIDA en México también han sido analizadas de

acuerdo con la edad y sexo de los pacientes.

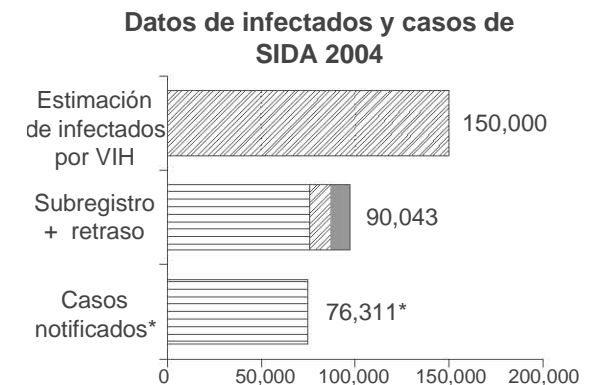
De los 76,311 casos registrados de SIDA hasta el año de 2004, los hombres tienen el 82.9% de estos, siguiéndoles las mujeres con un 14.7% y con un 2.4% los niños quienes en un 50% lo adquirieron por vía perinatal. (Fig. 11)^{xxii}

En los hombres, la principal vía de transmisión es la vía sexual (homosexual y heterosexual), y en mucho menor medida, transmisión sanguínea; en las mujeres, en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora es heterosexual; Y en los menores de 15 años, donde inicialmente la transmisión también fue sanguínea, ahora es *perinatal* y en mucho menor medida la sexual.^{xxiii}

De manera global, incluyendo ambos sexos, el 93.1% de los casos de SIDA en adultos adquirieron la enfermedad por contagio sexual, en un 6.5% lo hicieron por vía sanguínea, un 0.4% usuarios de drogas y homosexual. (Fig. 12)

El número absoluto de casos ha descendido sensiblemente en los últimos años, sobre todo a partir de 1992 para la transmisión sanguínea, como efecto de las medidas legales que prohibieron el comercio de la sangre humana en 1987.

En lo que respecta al número de casos pediátricos en nuestro país (menores de 15 años), representan el 2.4% del total de casos de SIDA, de los cuales el 75.8% lo adquirió por vía perinatal. Los estudios centinela realizados a mujeres embarazadas



*Fuente Registro Nacional de Casos de SIDA

**Estimación por método directo.

***Siguiendo estimaciones de ONUSIDA.

Fig. 9

Tasas de incidencia anual reportada y estimada de casos de SIDA* 1983-2000**

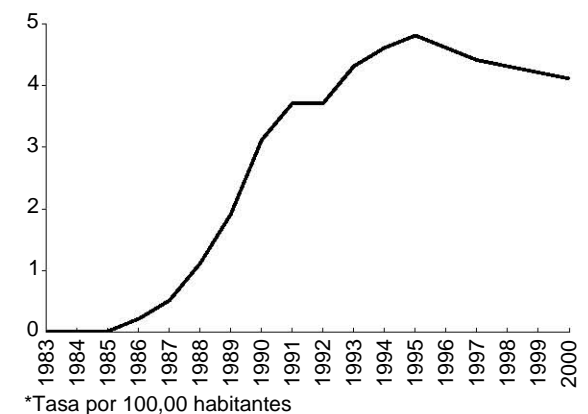


Fig. 10

de la población general que acuden a cuidados prenatales, revelan que la prevalencia se ha incrementado en los últimos años, esto confirma la idea de que los casos por transmisión perinatal se incrementarán, si no se tiene la capacidad de aplicar las terapias apropiadas a las mujeres embarazadas infectadas con el VIH. (Fig.12-a)^{xxiv}

Para 2004 más de la mitad de la gente con VIH-SIDA han fallecido, de este modo, esta enfermedad representa en la actualidad una de las principales causas de muerte en hombres y mujeres de 25 a 44 años de edad.

La epidemia de VIH-SIDA es el problema de salud pública más complejo en la actualidad, y cuyo impacto se refleja en toda la vida social y económica del país. Aunque se ha logrado un resultado exitoso en la prevención de la transmisión sanguínea, la infección continúa afectando principalmente a varones homosexuales y bisexuales entre quienes el número de casos infectados y defunciones continua siendo alto; sin olvidar que la epidemia continua su extensión a las zonas rurales, sobre todo en aquellas entidades que tienen fuertes flujos migratorios a los Estados Unidos.^{xxv}

Casos acumulados 1983-2004

Grupo de población*	Número	%
Hombres	62,603	82.9
Mujeres	11,093	14.7
Niños y niñas (15 años)	1,802	2.4
Edad desconocida**	813	(1.1)
Total	76,311	100.0

Fig. 11

Datos al 30 de junio 2004.

(*) Se utilizó el criterio internacional que distingue los casos de SIDA pediátricos (menores de 15 años) de los casos de Sida en población adulta (hombres y mujeres de 15 ó más años de edad). (**) Los casos de SIDA de edad desconocida fueron excluidos de la suma de porcentajes, sin embargo dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.^{xxvi}

Casos acumulados de SIDA en personas de 15 años y más, según categoría de transmisión 1983-2004

Categoría de transmisión	Casos acumulados	%
SEXUAL	41,603	93.1
Homosexual	13,548	30.3
Heterosexual	18,394	41.3
Bisexual	9,661	21.6
SANGUÍNEA	2,911	6.5
Receptor		4.6
Transfusión sang.	2,069	
Hemofílico	178	0.4
Donador	371	0.8
Drogas intravenosas	285	0.6
Exp. Ocupacional	8	0.0
OTRAS (Homo/UDI)	196	0.4
DESCONOCIDO**	28,985	(39.3)
TOTAL	73,695	100.0

Fig. 12

*Se utilizó la clasificación agrupada de factores de riesgo, que corresponde a las vías de transmisión del SIDA en adultos. Abreviaturas UDI (usuarios de drogas inyectables). **Los casos de Sida con categoría de transmisión desconocida fueron excluidos de la suma de porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra para conocer su magnitud.^{xxvii}

Casos acumulados de SIDA en < 15 años, según categoría de transmisión 1983-2004

Categoría de transmisión	Número	%
Perinatal	894	75.8
Transmisión sanguínea	241	20.4
Transmisión sexual	45	3.8
Se desconoce**	622	(34.5)
Total	76,311	100.0

Fig. 12-a

Datos al 30 de junio 2004. (*) Se utilizó el criterio internacional que distingue los casos de SIDA pediátricos (menores de 15 años) de los casos de Sida en población adulta (hombres y mujeres de 15 ó más años de edad). (**) Los casos de SIDA de edad desconocida fueron excluidos de la suma de porcentajes, sin embargo dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.^{xxviii}

1.6 El VIH-SIDA en niños y niñas

1.6.1 Contexto mundial

Actualmente ONUSIDA estima que en algunos lugares en vías de desarrollo más del 40% de las mujeres que visitan clínicas prenatales tienen la infección. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el 90% de los menores de 15 años con infección por VIH la contrajo a través de la transmisión vertical, ya sea durante el embarazo o mediante la lactancia materna. La cifra de huérfanos asciende a *13.2 millones*.^{xxix}

Como ya se menciono anteriormente la posibilidad de transmisión del VIH de la mujer embarazada a su producto está determinada por diversas variables, entre las que se encuentran: estadio de la infección en la madre, cuentas de CD4+, infección aguda durante la gestación, realización de procedimientos invasivos y administración de tratamiento antiviral como la AZT que al ser administrada durante el embarazo, trabajo de parto y al recién nacido por 6 semanas pueden disminuir hasta en un 70% la posibilidad de infección.

Debido a que los casos infantiles representan más de la mitad de la población en algunas naciones en vías de desarrollo los Organizadores de la Campaña Mundial del SIDA anual que se celebra los 1 de diciembre, tuvieron como lema para su campaña en 1997 " Niños y Niñas viviendo en un Mundo con SIDA". Se centro en personas menores de 18 años, quienes representan más de la mitad de la población en algunas naciones en vías de desarrollo.

Sin embargo, según se ha informado en diferentes reuniones médicas en E.U.A, aunque existen regímenes y drogas que pueden disminuir el riesgo de infección entre madres embarazadas a sus hijos, como la tan elogiada AZT, son demasiado caras para aplicarlas en países pobres. El régimen " cuesta 80 veces más "que el presupuesto anual de salud de la mayoría de los países pobres.

Esta misma discriminación económica se da entre personas adultas y también en países desarrollados aun que hay métodos y drogas para disminuir la enfermedad, son demasiado caras para la mayoría de los afectados.

Destacamos el apartado infantil en concreto aprovechando que es el lema de las campañas de este año, pero también por la importancia que en sí tiene, como es el hecho de que diariamente vengan al mundo 1000 bebes portadores del Virus y que los medios para evitarlo existentes pero no se apliquen por cuestiones económicas.

Aparte de la evidentísima discriminación económica, los enfermos tienen que soportar la incultura, desinformación, prejuicios, tabúes e indiferencia de la sociedad colectiva, que a su vez por ignorancia no cae en el hecho de que está igualmente expuesta a contraer la enfermedad.

1.6.2 Diagnóstico

Al momento del nacimiento y hasta los 18 meses de edad aproximadamente, los hijos de madres infectadas pueden tener una prueba positiva de anticuerpos contra el VIH sin que esto sea necesariamente sinónimo de infección, ya que dichos anticuerpos

Diagnostico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH en niños

Infectados por VIH	Criterios
Niño menor de 18 meses	<p>* VIH+ o hijo de madre infectada por VIH y que tiene resultados positivos en 2 determinaciones separadas de una o más de las siguientes pruebas para VIH: Cultivo viral, PCR o antígeno p24 o que cumple con los criterios clínicos para diagnóstico de SIDA.</p> <p>* Niño mayor de 18 meses, hijo de madre VIH+ o infectado por productos sanguíneos u otros mecanismos conocidos de transmisión que es VIH+ por inmunoenzimático (ELISA) y inmunoelctrotransferencia (W.Blot), repetidas, o con pruebas suplementarias, positivas del inciso anterior o que cumple con los criterios clínicos para el diagnóstico de SIDA.</p>
Exposición Perinatal	<p>*Niño que no reúne los criterios mencionados previamente y es seropositivo al VIH por ELISA y W. Blot, siendo menor de 18 meses al realizarse las pruebas o en quien se desconoce el estado de anticuerpos, pero es hijo de madre infectada por VIH.</p>
Sero-revertido	<p>*Niño que nace de madre infectada y en quien: se han documentado pruebas y que no tiene criterios clínicos que definan SIDA y no tiene evidencia de laboratorio de inmunodeficiencia.</p>

Fig. 13

pueden ser inmunoglobulinas de origen materno que cruzaron la placenta durante el embarazo. Debido a la importancia de saber lo antes posible si un recién nacido está o no infectado, existen diversas alternativas que permiten diagnosticar la infección por VIH antes de los 18 meses de edad.

Los parámetros que se deben seguir para integrar el diagnóstico de infección por el VIH en niños son los siguientes:

1. En mayores de 18 meses, sospecha de la infección, basada en datos epidemiológicos o en el estado clínico del niño.
2. Pruebas serológicas que incluyen el ensayo ELISA y W. blot.
3. En niños menores de 18 meses de edad, nacidos de madres infectadas y asintomáticos no es posible establecer el diagnóstico de infección por VIH por métodos convencionales. En estos casos, se utiliza la PCR y el cultivo viral, que son las pruebas con mayor sensibilidad y especificidad para detectar la infección por VIH. Con estas pruebas el diagnóstico puede establecerse aproximadamente en un 30 a 50% de los niños en el primer mes de vida postnatal y en aproximadamente 95% de los niños entre los 3 y 6 meses de edad.
4. En niños mayores de 18 meses se utilizan las mismas pruebas que en el adulto para establecer el diagnóstico; ELISA y Western blot.
5. Se considera que un niño cursa con serorreversión y no está infectado por el VIH si los anticuerpos contra el

VIH empiezan a ser negativos después de los 6 meses de edad, si no hay evidencia de infección por VIH por laboratorio y no cumple los criterios para el diagnóstico. (Fig.13)

Los niños infectados con VIH o con exposición perinatal se clasifican en categorías clínicas basadas en signos, síntomas o diagnósticos relacionados con el VIH. Esta clasificación es de utilidad para establecer el pronóstico y se podría utilizar como un parámetro para determinar la dosis del tratamiento antirretroviral a utilizar (AZT).^{xxx} (Fig.14)

1.6.3 Tratamiento

La infección por VIH-SIDA es una enfermedad tratable, si se tiene como objetivo primordial mejorar la calidad de vida de los enfermos. En estos pacientes se requieren los cuidados que se tienen con *un niño normal*, en lo que se refiere a las consultas para vigilar el crecimiento y desarrollo, así como el esquema de vacunación.

En los niños infectados que reciben tratamiento con AZT al inicio de los síntomas, el promedio de sobrevivencia es de 7 a 8 años, en los que no reciben tratamiento antirretroviral y profiláctico la sintomatología ocurre en promedio a los 8 meses y la sobrevivencia en promedio en niños con complicaciones mínimas al diagnóstico de SIDA es de 66 meses y cuando presentan complicaciones graves es de 9 meses. El grado de progresión de la enfermedad está directamente relacionado con la gravedad de la enfermedad materna al momento del parto.

Sistema de clasificación pediátrica

Diagnóstico	Criterios
Categoría E	Comprende niños hasta los 18 meses de edad, que no pueden ser clasificados como infectados, pero que presentan anticuerpos contra VIH.
Categoría N: <u>Asintomáticos</u>	Niños sin signos o síntomas que se consideren secundarios a infección por VIH o que presenten únicamente una de las siguientes condiciones enunciadas en la categoría A.
Categoría A: <u>Sintomatología leve</u>	Niños con 2 ó más infecciones leves, pero sin ninguna de las categorías B y C.
Categoría B: <u>Sintomatología moderada</u>	* Niños que cursan con sintomatología diferente a las categorías A y C, pero son atribuibles a la infección por VIH.
Categoría C: <u>Sintomatología grave</u>	* Infección bacteriana grave, múltiple o recurrente de los siguientes tipos: septicemia, neumonía, meningitis, en hueso o articulaciones, absceso de un órgano interno o cavidad del cuerpo. * Síndrome de desgaste en ausencia de una enfermedad concurrente que sea diferente a la infección por VIH.

Fig. 14

1.6.4 Medidas generales para el manejo del paciente con VIH-SIDA

El tratamiento de los pacientes con infección por VIH debe de ser multidisciplinario, con participación de diversos profesionales de la salud como médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y nutriólogos entre otros. Dado el síndrome de desgaste con el que cursan y las infecciones de repetición, incluyendo la diarrea persistente, es muy importante el apoyo nutricional.

El seropositivo, sin signos de enfermedad, debe concentrarse en comer una adecuada variedad de alimentos sanos, mientras que el enfermo con las primeras manifestaciones clínicas, cuyo apetito se vea afectado, debe comer bien, ya sea cambiando de horarios, evitar ciertos alimentos, probar aquellos que no acostumbra y disminuir y aumentar las cantidades de lo que come.^{xxx}

Mientras más avanzado está el padecimiento, más estrictas deben de ser las medidas de higiene y más selectiva se vuelve la alimentación.^{xxxii} Cuando la alimentación enteral es imposible o ineficaz, la alimentación parenteral constituye una alternativa.

Otro aspecto importante es el esquema de vacunación, los niños con infección por VIH-SIDA deben de recibir todas las vacunas que tendría un niño normal de la misma edad. Las excepciones serían la inmunización antipoliomelítica de virus vivos atenuados (Sabin), la cual debe ser sustituida por una de virus muertos (Salk).

1.6.5 Control de los residuos biológico infecciosos.

Se le considera a cualquier residuo contaminado con algún microorganismo, que puede causar enfermedades a personas o daños al ambiente. En esta clasificación se consideran las secreciones corporales como la sangre, la orina y los variados implementos de curación como jeringas desechables, vendas, algodones como potencialmente infecciosos, por lo que su manejo debe de ser en forma cuidadosa.

La saliva, sudor, lágrimas, orina, vómito, heces y secreciones bronquiales NO se consideran de alto riesgo (para la transmisión de VIH) a menos que estén contaminados con sangre. Sin embargo, todos los líquidos orgánicos deberán manejarse de la misma manera.

Prácticamente, todo ciudadano genera residuos biológico-infecciosos, explica el director de Residuos Industriales y Especiales del Instituto Nacional de Ecología (INE), Ingeniero Luis Wolf Hegmann quien dice que todo individuo que padezca o haya padecido catarro, diarrea, hepatitis o cualquier otra enfermedad causada por agentes biológico-Infecciosos, genera residuos de esta índole.

La Norma Oficial Mexicana que regula el manejo de estos desechos (NOM-087-ECOL-1995), hoy en día el INE, tiene autorizados diversos sistemas de tratamiento, entre ellos la incineración, la esterilización por autoclave, las radioondas y la desinfección química como métodos para su desintegración.



Fig. 15 Bolsas para transportar RPBI.



Fig. 16. Vehículos para transportar RPBI.

La NOM-087-ECOL-1995 regula y establece los siguientes requisitos que deben cumplir los generadores de este tipo de residuos en seis fases de manejo:

- a) La identificación, clasificación y envasado, que implica que los RPBI se separen y envasen en bolsas y contenedores herméticos rígidos de colores rojo y amarillo, rotulados con una leyenda que las identifique como peligrosos. Fig.15
- b) La recolección y transporte interno, que regula el uso de carros manuales exclusivos para estos desechos, con rutas de recolección establecidas hasta un sitio de establecimiento temporal, cuidando que no rebasen sus capacidades de carga. Fig.16
- c) El almacenamiento temporal en un sitio con una capacidad mínima de tres veces el volumen promedio generado diariamente por RPBI, que de acuerdo a la clasificación previa serán acomodados hasta su transporte externo y/o tratamiento, cumpliendo condiciones de temperatura y tiempo de estadía.
- d) La recolección y transporte externo, en la que los residuos deben ser retirados del sitio de almacenamiento temporal para tratamiento y/o disposición final en vehículos debidamente acondicionados.
- e) El tratamiento físico, químico o térmico que se aplique, el cual debe garantizar la eliminación de los microorganismos y volver irreconocibles a los residuos. Los equipos de tratamiento utilizados deben contar con la autorización previa del INE.
- f) La disposición final, que regula el destino de los RPBI ya tratados, en sitios autorizados cuando ya no representan ningún peligro. ^{xxxiii}

1.6.6 Precauciones estándar

El concepto fundamental de las Precauciones Estándar durante la atención del paciente se refiere al manejo de los desechos infecciosos.

Precauciones estándar

1. *Lavado de manos*
Siempre lavarse las manos antes y después de tener contacto con pacientes.
2. *Guantes*
Usar guantes siempre que exista la posibilidad de tener contacto con líquidos y secreciones corporales, mucosas o piel no intacta.
3. *Prevención de heridas con material punzo cortante*
Las agujas y materiales punzo cortantes deberán ser desechadas en contenedores no perforables. Dichos contenedores deben estar disponibles en todas las áreas donde se utilicen, como consultorios.
4. *Esterilización*
Todos los instrumentos contaminados con sangre o material biológico deberán ser tratados inicialmente con solución de hipoclorito de sodio (blanqueador casero), diluido 1:10 para posteriormente ser esterilizados. Debe vigilarse periódicamente la calidad de la esterilización.
5. *Contaminación ambiental*
Las superficies contaminadas deben ser limpiadas con agua y jabón y posteriormente desinfectadas con solución de hipoclorito de sodio (blanqueador casero) en dilución de

1:10 a 1:100, dependiendo de la cantidad y características de la contaminación.

6. *Manejo de ropa*

La ropa contaminada deberá colocarse y transportarse en bolsas impermeables. Si está contaminada con sangre y/o líquidos corporales hay que sumergirla en solución de hipoclorito de sodio y posteriormente lavarla.

Precauciones adicionales

Para pacientes con padecimientos con tuberculosis, sarampión y varicela, se recomienda:

1. *Aislamiento aéreo*
 - Cuarto privado
 - Uso de cubre bocas
 - Transportar al paciente fuera del cuarto con cubre bocas

Para pacientes con padecimientos con, tóserferina, meningitis y neumonía, se recomienda:

2. *Gotas.*
 - Cuarto privado
 - Uso de cubre bocas

Para pacientes con padecimientos con, salmonela se recomienda:

3. *Contacto.*
 - Cuarto privado si hay incontinencia

En general el VIH es poco transmisible, en diversos estudios calculan que el riesgo de transmisión en trabajadores de la salud es de 0.3%, luego de una punción accidental con una aguja contaminada. *Es por ello que el paciente no requiere de aislamiento o manejo en un cuarto especial por el solo hecho de tener infección por VIH, sino que*

habrá que seguir únicamente los lineamientos de Precauciones Estándar.

En el caso de que haya ocurrido exposición a sangre o líquidos infecciosos se deberán seguir las siguientes medidas:

1. Suspender inmediatamente toda actividad
2. Exprimir la herida para que sangre
3. Lavar con agua y jabón abundantemente
4. Acudir a un hospital
5. Tomar muestras para detección de VIH y hepatitis B y C
6. Dar apoyo psicológico

1.6.7 Hospitalización del paciente

A continuación se contemplan las tres alternativas que existen ante un paciente con sospecha de infección por VIH-SIDA:

1. Si el paciente se encuentra asintomático o presenta molestias menores se le deberá manejar en consulta externa.
2. Si el paciente presenta síntomas que son potencialmente graves pero no requieren hospitalización, (diarrea aguda o crónica sin deshidratación o desequilibrio hidroelectrolítico, tos crónica, déficit visual, sarcoma de Kaposi y neuropatía periférica), se deberá manejar en consulta externa por un especialista.
3. Si el paciente presenta síntomas que obligan a hospitalizarlo (cefalea, fiebre, edema cerebral, fiebre continua y desgaste, diarrea grave, desnutrición severa o neumonía con insuficiencia respiratoria) se deberá internar.

La estancia en el hospital no deberá ser mayor al tiempo que se requiera para controlar los síntomas que la hicieron necesaria. Es fundamental considerar que *el hospital no debe convertirse en el lugar donde lleguen a morir estos pacientes*, por lo que la decisión de internar pacientes en los que se han agotado los recursos terapéuticos es en extremo delicado y deberá discutirse con el paciente y sus allegados, la conveniencia de que fallezca en un ambiente que facilite la expresión de afectos, condición que difícilmente cumple un hospital.

Es muy importante enfatizar que una vez agotados los esfuerzos terapéuticos, el médico deberá procurar que el sufrimiento sea el menor posible, utilizando juiciosamente tranquilizantes y analgésicos.

1.6.8 Manejo del enfermo con SIDA en etapa terminal

El indicador clínico más importante del avance de la enfermedad y sus complicaciones en los pacientes con SIDA es su capacidad funcional.

El paciente con enfermedad terminal puede definirse como aquel que tiene fatiga grave, debilitamiento progresivo, puede tener también demencia grave y la respuesta al tratamiento de las complicaciones agregadas es pobre, los procesos infecciosos oportunistas empeoran o ya son constantes y aparecen nuevos problemas, como enfermedad gastrointestinal con diarrea, dolor abdominal intratable, náusea, vómito, incapacidad para deglutir y alimentarse, neuropatía, falla renal y alergias a múltiples medicamentos que van

limitando progresivamente las opciones de tratamiento.

En estas condiciones, el objetivo del cuidado médico puede tomar el giro a una terapéutica paliativa y la muerte puede preverse como un evento que ocurrirá en semanas o días. Lo apropiado para estos enfermos es:

1. Mantener al paciente confortable.
2. Decidir cuales medicamentos deben administrarse.
3. Controlar los síntomas incapacitantes o el dolor.
4. Apoyar en la estructura familiar las condiciones para una muerte lo más tranquila y digna posible.

1.6.9 Muerte tranquila y digna

El mejor escenario es el entorno propio del enfermo, su domicilio, con familiares y amigos cercanos acompañándolo, de no ser así, en un lugar que cumpla con las necesidades elementales de limpieza y confort, con un control farmacológico adecuado y con un médico que lo vea regularmente y atienda sus necesidades humanas, hasta el momento de extender el certificado de defunción.^{xxxiv}

1.7 Derechos de los niños y niñas

Todos los niños menores de 18 años que viven infectados por el VIH y afectados por el SIDA en su familia o comunidad o viviendo con el riesgo de contraer el VIH están reconocidos por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del los niños.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del Niño en el contexto del VIH-SIDA ha definido unos principios para reducir la vulnerabilidad de los niños a la infección y para protegerlos de la discriminación por causa de su condición de ser seropositivo real o presunta. Los gobiernos pueden emplear este marco para asegurar que se fomenten y se defiendan los intereses superiores de los niños con respecto al VIH-SIDA.

- Debe garantizarse el derecho del niño a la vida, a la supervivencia y al desarrollo.
- Los derechos y las libertades civiles de los niños deben respetarse, insistiendo en el abandono de políticas que pueden provocar la separación de los niños de sus padres y familias.
- Los niños deben tener acceso a la educación e información sobre la prevención del VIH-SIDA y los medios de prevención. Hay que tomar medidas para eliminar los obstáculos sociales, culturales, políticos o religiosos que impiden este acceso.

- Debe reconocerse el derecho de los niños a la confidencialidad e intimidad con respecto a su condición de seropositividad. Esto incluye el reconocimiento de que las pruebas para la detección del VIH deben ser voluntarias y realizarse con el consentimiento informado de la persona afectada, consentimiento que hay que obtener en el contexto de consejería previa a las pruebas. Si intervienen los tutores legales del niño, deberán prestar la debida atención a la opinión de éste, si es suficientemente mayor o maduro para opinar al respecto.
- Todos los niños deben recibir el tratamiento y la atención adecuados para el VIH-SIDA, inclusive cuando esto implique costos adicionales, como en el caso de los *huérfanos*.
- Los Estados deben considerar el VIH-SIDA como una discapacidad, si existe una legislación sobre discapacidades para reforzar la protección de las personas afectadas por el VIH-SIDA contra la discriminación.
- Los niños deben tener acceso a los servicios y programas de atención de salud y hay que eliminar los obstáculos que encuentran para ese acceso los grupos especialmente vulnerables.
- Los niños deben tener acceso a las prestaciones sociales, incluida la seguridad social.
- Los niños deben gozar de *un nivel de vida adecuado*.

- Los niños deben tener acceso a la educación e información sobre la prevención del VIH-SIDA en la escuela y fuera de ella, sea cual sea su condición con respecto al VIH-SIDA.
- Los niños no deben sufrir ningún tipo de *discriminación* por causa de su condición con respecto al VIH-SIDA en las actividades del tiempo libre, recreativas, deportivas y culturales.
- Los gobiernos deben tomar medidas especiales para prevenir y reducir al mínimo el impacto del VIH-SIDA causado por el tráfico de drogas, la prostitución forzada, la explotación sexual, la incapacidad para negociar una relación sexual protegida, el abuso sexual, el consumo de drogas por inyección y las prácticas tradicionales nocivas.^{xxxv}



"Cada vez que un niño muere de SIDA, se están violando los derechos humanos." (De: niños y SIDA: Una Calamidad Inminente, UNICEF, 1997).^{xxxvi}

ⁱ <http://www.mundolatino.org/mundosalter/sida.htm>

ⁱⁱ Glaxo Wellcome. Convivir informado hoy. p.2

ⁱⁱⁱ Íbidem. p.3

^{iv} Glaxo Wellcome. Op.cit. p.4

^v Glaxo Wellcome. Op.cit. p.5

^{vi} Glaxo Wellcome. Op.cit. p.6

^{vii} Ser humano A.C. Construyendo día a día una sociedad sin SIDA.

^{viii} Glaxo Wellcome. Op.cit. p.5,6

^{ix} <http://www.mundolatino.org/mundosalter/sida.htm>

^x Discovery Channel, Ch. La plaga.

^{xi} CONASIDA. SIDA, Enfermedades de transmisión sexual. p.143

^{xii} ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA.

^{xiii} CONASIDA. Op.cit.

^{xiv} María, Ibarra. Hay en México 40 mil enfermos de SIDA, según la SSA del D.F. pp.3

^{xv} CONASIDA. Op.cit.

^{xvi} CONASIDA. Op.cit.

^{xvii} Kueri, M. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.

Anaya L. Subestimación de la incidencia de SIDA en México, debido al retraso en la notificación. SIDA/ETS.

^{xviii} TELSIDA.

xix

<http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/2004/trim-4/9909.html>

^{xx} CONASIDA. Op,cit. p.144

^{xxi} CONASIDA. Op.cit. p. 145

^{xxii} TELSIDA.

^{xxiii} CONASIDA. Op.cit. p. 146

^{xxiv} CONASIDA. Op.cit. p.147

^{xxv} CONASIDA. Op.cit. p. 152

^{xxvi} CONASIDA. Op.cit. p.147

xxvii

<http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/2004.html>

^{xxviii} CONASIDA. Op.cit. p.147

xxix

<http://www.mundolatino.org/mundosalter/sida.htm>

^{xxx} <http://www.glaxowellcome.con.mx/infode.htm>

^{xxxi} Goldbard, E. Nutrición y SIDA. p .5C.

^{xxxii} Goldbard, E. Nutrición. p.5C.

^{xxxiii} Patricia, L.. El control de los residuos biológico infecciosos. pp. 13.

^{xxxiv} <http://www.ssa.gob.mx/actualissate/9/sida.htm>

^{xxxv} <http://www.sida-aids.org/>

^{xxxvi} <http://www.unicef.org/spanish/>

2. Fundamentación del tema

2.1 Breve descripción

El lema de la campaña mundial anual de SIDA en 1997 fue “Niños y Niñas viviendo en un mundo con SIDA”. Entonces se proyectaba, según estimaciones, que antes de finalizar 1997 un millón de niños y niñas menores de 15 años contraerían el VIH y actualmente sabemos que las apreciaciones fueron correctas y que el aumento en el número de casos a sido progresivo; para 1999 se han registrado 1.3 millones de casos en menores de 15 años.ⁱ

Para el 2004 se han registrado 2.2 millones de casos.ⁱⁱ

El aumento en el porcentaje de mujeres infectadas por VIH a aumentado y sin duda también el sector infantil, siendo estos dos los que menos han sido investigados y los que menos reciben atención.ⁱⁱⁱ

La factura que el SIDA pasa a los niños huérfanos a causa de la epidemia alcanza límites insospechados.^{iv} En algunos casos, con cierta edad, se dan cuenta de como enferman y mueren sus padres, y algunos otros son tan pequeños que no pueden entender por que no tienen padres y mucho menos un hogar. Por lo general sus familiares más cercanos no aceptan hacerse cargo de ellos, ya sea por ignorancia, con respecto a la enfermedad, o por falta de recursos económicos. Una de las alternativas más frecuentes para enfrentar el problema de tener que cuidar un niño con VIH es el abandonarlos en Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Estos niños necesitan crecer con gente que se comprometa al cuidado integral de su salud ya que requieren de una asistencia medica constante para que el deterioro de su salud sea lo más tardío posible.

2.2 Planteamiento del problema

El 4 de octubre de 1999, en el periódico Reforma, en la sección de salud fue publicado el tema “Aligeran la vida a enfermos de SIDA”. Por América Juárez.

“Faltan Centros de atención”.

En México existen varias instituciones que trabajan en la prevención de la enfermedad, pero muy pocas que ofrezcan también alojamiento, porque los costos son muy elevados, indica la también doctora en Pedagogía.

“Casi 200 organizaciones a nivel nacional trabajan en la prevención de la enfermedad, pero existen muy pocas que laboren como albergues. Dudo que haya más de cuatro”.

A diferencia de otras instituciones, Casa de la Sal se distingue porque se han preocupado por darle a su misión un sentido humanista. Se ocupa por atender psicológica y espiritualmente a niños, adolescentes y adultos que viven con VIH y SIDA.

Fig. 17. Las pocas instituciones que brindan estos servicios, lo hacen en edificaciones donadas, donde son adaptados los espacios existentes para cubrir sus necesidades de espacio útil, logrando con esto un lugar donde prestan una atención limitada. Estos lugares carecen de un ambiente ideal para el desarrollo de cualquier niño.

Aunque el futuro de un enfermo con VIH puede parecer trágico, actualmente existen varias alternativas que se pueden utilizar para mejorar el desarrollo y la salud del enfermo como el uso de medicamentos, ejercicio, una buena alimentación y un ambiente confortable.



Fig. 17. Albergue Casa de la Sal.

2.3 Justificación del tema

- Tendencia

Basándose en los datos mencionados anteriormente en el subíndice 1.6 (El VIH-SIDA en México), donde se menciona que la tendencia de los casos de VIH-SIDA, presentados en México, ha sido desde 1996 de 4,000 casos nuevos por año, se realizó una estimación del número de casos que habrá notificados y estimados generales e infantiles para el año 2010.

Los resultados arrojan las cifras de 90,854 casos generales notificados y 129,405 casos generales estimados, pero considerando que las probabilidades son de que el 52.7% de estos sean de personas fallecidas entonces habrá 47,880 casos notificados y 75,458 casos estimados vivos. En cuanto a los casos infantiles los notificados son de 2,268 y 3,242 los estimados, considerando el 52.7% de personas fallecidas habrá 1,195 casos notificados y 1,891 casos estimados vivos. (Fig.18-19)

El 15 de febrero de 1999, en el periódico la Jornada, por Daniela Pastrana.

Se informo que se estima que para el año 2020 unos 40 millones de niños serán huérfanos de padre, madre o de ambos.^v

Considerando que el número de niños infectados continuara siendo creciente en los próximos años y que las cuatro instituciones que brindan servicio a los niños con VIH-SIDA en el país son insuficientes resulta necesario la creación de mas centros de atención para satisfacer la demanda actual y futura.

- Propagación

La forma y las características de la epidemia actual son el resultado de diferentes epidemias que ocurren o serialmente, en la población mexicana. Existen varios patrones de transmisión y subepidemias en cada región del país, que se dan de forma distinta dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados.

En México no existe una epidemia homogénea, desde el punto de vista geográfico existen dos patrones polares: uno urbano, que se observa principalmente en las grandes ciudades de la República Mexicana y en la frontera norte, donde todavía se encuentra un mayor porcentaje de casos en hombres y periodos de duplicación más largos (18 meses); y otro rural, con mayor proporción de casos en mujeres y periodos de duplicación más rápidos (8 meses), en la región centro y centro oriente del país.

Todos los estados de la República Mexicana han reportado casos perinatales de SIDA, observándose que el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco son los que concentran el mayor número de casos acumulados.^{vi} (Fig. 20-21)

La incidencia de casos perinatales, como se ha mencionado anteriormente, es del 2.4% de los casos totales, de los cuales el Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Veracruz, Puebla y Baja California Norte son los estados que registran el mayor número de casos en el país. (Fig.22-23)

Estimación de casos notificados de VIH-SIDA de 1998 a 2010

Año	Casos notificados generales	Casos notificados infantiles
1998	38,390	960
1999	42,762	1,069
2000	47,134	1,078
2001	51,506	1,278
2002	55,878	1,396
2003	60,250	1,505
2004	64,622	1,614
2005	68,994	1,723
2006	73,366	1,832
2007	77,738	1,941
2008	82,110	2,050
2009	86,482	2,159
2010	90,854	2,268
Fallecidos	42,974	1,073
Casos vivos	47,880	1,195

Estimación de casos estimados de VIH-SIDA de 1998 a 2010

Año	Casos estimados generales	Casos estimados infantiles
1998	60,505	1,512
1999	67,395	1,685
2000	74,285	1,858
2001	81,175	2,031
2002	88,065	2,204
2003	94,955	2,377
2004	101,845	2,550
2005	108,735	2,723
2006	115,625	2,896
2007	122,515	3,069
2008	129,405	3,242
2009	136,295	3,415
2010	143,185	3,588
Fallecidos	67,727	1,697
Casos vivos	75,458	1,891

Fig. 18-19

**Distribución de casos acumulados SIDA
en México – nov 2004**

ENTIDAD	ACUM.	POBLAC.	N
Distrito Federal	18,742	8,814,123	1
Sub	18,742	Región Centro	
México	9,617	14,447,120	2
Puebla	4,480	5,480,844	5
Veracruz	7,659	7,274,772	4
Morelos	2,072	1,698,232	14
Guanajuato	2,004	5,027,179	15
Tlaxcala	649	1,055,648	27
Hidalgo	904	2,370,735	24
Querétaro	749	1,572,772	26
Sub	28,134	Región Oriente	
Jalisco	8,298	6,758,852	3
Guerrero	3,210	3,249,559	7
Michoacán	2,539	4,213,737	10
Sinaloa	1,293	2,747,467	17
S.L.P.	969	2,398,690	22
Nayarit	1,021	991,142	21
Durango	779	1,549,309	25
Aguascalientes	501	1,028,279	29
Zacatecas	466	1,415,269	30
Colima	384	584,068	31
Sub	19,460	Región Occidente	
Nuevo León	2,384	4,178,145	13
Baja California	4,007	2,867,630	6
Coahuila	1,213	2,511,114	18
Tamaulipas	1,913	3,106,529	16
Chihuahua	2,111	3,373,391	12
Sonora	1,198	2,448,839	19
B.C.Sur	439	489,669	31
Sub	13,265	Región Norte	
Yucatán	2,191	1,784,267	11
Oaxaca	2,616	3,693,497	9
Chiapas	2,629	4,357,301	8
Tabasco	1,151	2,045,537	20
Quintana Roo	936	1,053,084	23
Campeche	568	763,037	28
Sub	10,091	Región Sur	
Se desconoce	53		
Extranjeros	298		
NACIONAL	90,043	105,349,837	



N = Posición por número de casos

Fig. 20

**DISTRIBUCION DE CASOS ACUMULADOS
POR REGIONES - NOV 2004**

	No. de casos
Región centro	18,742
Región centro oriente	28,134
Región centro occidente	19,460
Región norte	13,265
Región sur	10,091
Se desconoce	53
Extranjeros	298
Total	90,043 casos

*Datos de casos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, proporcionados por el CONASIDA. Datos de población.^{vii}

Fig. 21

Estimación de casos perinatales de VIH-SIDA según entidad federativa 1999.

ENTIDAD	Casos Perinatales
Distrito Federal	283,82
México	132,62
Puebla	66,70
Veracruz	53,92
Morelos	25,35
Guanajuato	19,65
Tlaxcala	8,8
Hidalgo	10,62
Querétaro	8,92
Jalisco	120,55
Guerrero	31,22
Michoacán	35,77
Sinaloa	13,5
S.L.P.	10,42
Nayarit	13,45
Durango	7,85
Aguascalientes	5,32
Zacatecas	5,87
Colima	3,92
Nuevo León	26,35
Baja California	38,25
Coahuila	17,32
Tamaulipas	20,12
Chihuahua	14,17
Sonora	14,82
B.C.Sur	6,1
Yucatán	25,75
Oaxaca	18,4
Chiapas	12,75
Tabasco	7,15
Quintana Roo	4,57
Campeche	5,5
TOTAL	1076.34

Fig. 22



CASOS DE VIH-SIDA POR ESTADO

Concentración de casos perinatales

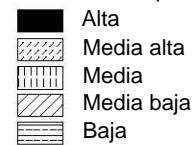


Fig. 23

2.4 Objetivo arquitectónico

Diseñar el primer conjunto arquitectónico para albergar a niños huérfanos con VIH-SIDA, que hayan sido infectados por vía perinatal, transfusión sanguínea, sexual, o por trasplante de órganos. para la ciudad de México.

Ubicarlo en cercanía al área hospitalaria de la zona sur del D.F. donde se concentran los sitios de salud adonde son llevados periódicamente o en caso de emergencia los niños con VIH-SIDA.

El sitio para albergue será un lugar donde principalmente los usuarios cuenten con circulaciones amplias de fácil comunicación entre ellas y donde el mayor desplazamiento sea en forma horizontal para un óptimo funcionamiento del lugar. El conjunto contara con la opción de ampliar sus instalaciones, en caso de ser necesario. Contara con áreas privadas en donde solo tendrá acceso el personal para el funcionamiento y cuidado de los usuarios. Y a su vez también contara con espacios en donde al público en general se le podrá brindar asesoría.

En cuanto a la imagen del lugar se manejará una volumetría sencilla sin llegar a ser simple, manejando volúmenes limpios en forma, donde en lugares específicos serán contrastados basándose en cambios de color. En la mayoría de los espacios se intentará lograr tener contacto ya sea visual o

físico con las áreas verdes, las cuales serán fundamentales en la generación de vistas y espacios del lugar.

2.4.1 Servicios que ofrecerá el Albergue:

- a. Apoyo integral tanto a niños como niñas de 0 a 12 años de edad.
- b. Un ambiente donde los niños puedan desarrollarse integralmente; que no se asemeje a un hospital y que tenga áreas y actividades para esparcimiento.
- c. Atención completa y especializada desde su ingreso a la organización hasta su fallecimiento.
- d. Atención medica básica diaria.
- e. Atención de enfermeras las 24 horas del día.
- f. Apoyo psicológico, pedagógico y psicoterapéutico.
- g. Estimulación temprana. Fig. 24, 25
- h. Educación preescolar.
- i. Sistema de adopción de niños enfermos y niños que con el tiempo hayan resultado sanos.
- j. Banco de medicamentos.
- k. Información sobre los servicios de prevención. Platicas, conferencias y diversos talleres informativos.
- l. Capacitación permanente para personas que desean participar como voluntarios.

2.4.2 Organización para el funcionamiento del Albergue

- a. Funcionara como una Organización No Gubernamental (ONG) que de apoyo integral a niños que viven con

el virus del VIH-SIDA; brindando albergue y atención integral.



Fig. 24



Fig. 25

- b. La asociación asumirá el equivalente legal de una adopción y se comprometerá a brindar a los niños todo lo que necesite en el transcurso de su vida, hasta su fallecimiento. Asimismo, será necesario brindar respaldo psicológico a las familias que adopten a los huérfanos.
- c. La atención médica psicológica, pedagógica y terapéutica será brindada, en forma grupal e individual, dentro de las instalaciones del Albergue.
- d. Se dará información y asesorías grupales e individuales, a los niños, empleados y público en general (que lo solicite).
- e. Para lograr una eficacia máxima, los profesionales que trabajan con estos niños deben poseer una formación adecuada que les permita comprender sus necesidades y preocupaciones específicas.
- f. Las personas que aspiran a ser voluntarios tienen que pasar por una serie de entrevistas y pruebas psicológicas para evaluar si cuentan con fortaleza necesaria para trabajar con personas que tienen VIH. Dependiendo de sus habilidades y aptitudes, se les ubicará en el área donde pueda ser aprovechada su capacidad; se les dará una capacitación, que incluye una experiencia vivencial con dinámicas, información referente al VIH para que tengan un panorama general.
- g. Los voluntarios se comprometen a servir a la Institución por un año.
- h. El equipo de voluntarios organizará pláticas de prevención para escuelas y otras instituciones.
- i. Los empleados del Albergue recibirán entrenamiento para proporcionar educación y todos los cuidados cotidianos a los niños.
- j. El banco de medicamentos se alimenta de donativos.

ⁱ <http://www.mundolatino.org/mundosalter/sida.htm>

ⁱⁱ ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia de VIH-SIDA, Diciembre 2004

ⁱⁱⁱ ONUSIDA. La epidemia de SIDA, situación en diciembre de 1998. p.

^{iv} ONUSIDA. Campaña mundial contra el SIDA 1999 con los niños y los jóvenes. p. 20

^v Alma, M. Cada minuto once personas más con SIDA. p.5

^{vi} Secretaría Salud, C. Programa de Fortalecimiento para la prevención y control del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, 1997-2000. p

^{vii} <http://www.inegi.gob.mx>

3. Análogos

3.1 Albergue “Abrázame”

Albergue para niños huérfanos con VIH-SIDA.

Institución de Asistencia Privada (IAP).

Dirección: Niños Héroes no. 151.

Col. Doctores. México, D.F. Tel. 5588 7629.

3.1.1 Antecedentes de la Fundación

Debido al rechazo de familiares e Instituciones públicas y privadas hacia dos niños infectados con VIH, quienes habían quedado huérfanos a causa del SIDA que contrajeron sus padres.

La Asociación Civil “Ser Humano”, funda el Albergue Infantil “Abrázame” en el año de 1995, incorporándolo en sus instalaciones, ubicadas en la calle de Fray Servando Teresa de Mier no. 104. Colonia Centro, el cual se encuentra en remodelación, es por ello que actualmente se localizan en un edificio prestado por la Secretaría de Salud cuyo primer uso fue el de Hospital de Cancerología y posteriormente fue ocupado por otras Instituciones una de Asistencia Privada llamadas “Árbol de la Vida” y la Asociación Civil Ser Humano, quienes también dan albergue a personas con VIH-SIDA. (Fig.26)

3.1.2 Organización

El Albergue Abrázame es una Institución de Asistencia Privada, que goza de independencia política y religiosa, es dirigido por la psicóloga que ahí labora.

3.1.3 Recursos Financieros

Los recursos necesarios para el sostenimiento y mantenimiento del Albergue proceden en su mayoría de la Asociación Civil “Ser Humano” quien contribuye aproximadamente con un 50% de los requerimientos necesarios para el lugar, la otra parte es obtenida por medio de donativos personales de: la Secretaría de Salud, la Beneficencia Pública (quien proporciona 5,000 pesos mensuales por niño), el DIF (quien da 9,000 pesos mensualmente) y FONSIDA (a veces da algunos medicamentos en forma gratuita o más baratos).

3.1.4 Servicios que ofrece la Institución

a. Atención médica

Dan atención médica y psicológica a niños huérfanos o abandonados de ambos sexos que fueron infectados por vía perinatal, estos deben tener entre días de nacido hasta 16 años.

Para la atención médica cuentan con los servicios de un pediatra que revisa diariamente a todos los niños (al cual se le paga un salario), y con los servicios que les ofrece el Hospital General “Manuel Gea González”, el Hospital Infantil “Federico Gómez” y el Seguro Social, adonde los niños son llevados a revisiones en forma periódica, aproximadamente una vez por semana, en las cuales se les dan las indicaciones de tratamiento a seguir para cada caso. A estos servicios acuden por medio del transporte Público.

b. Educación

La educación que reciben se les es dada en escuelas primarias públicas, en donde su

avance difiere al de cualquier otro niño debido a que tienen un retraso en su crecimiento.

c. Adopción

La alternativa de adopción, es llevada a través de la ayuda de la Asociación Civil “Ser Humano”, debido a lo difícil de esta labor solo se han logrado con tres niños que a través de las pruebas que se les realizan periódicamente han resultado negativos.

d. Servicio funerario

El servicio funerario es brindado por una funeraria a un costo muy bajo.

3.1.5 Personal que labora en el lugar

1. Directora General, que a su vez también presta sus servicios como Psicóloga.
2. Debido a que carecen por el momento con el servicio de enfermeras, cuentan con la atención de 8 puericultistas que hacen a la vez de mamá durante el día y la noche (solo del sexo femenino), quienes tienen una jornada de 8 horas diarias durante 6 días a la semana y son las encargadas de cubrir todas las necesidades de los niños.ⁱ
3. Dos psicólogos que trabajan en el albergue en forma voluntaria y 2 psicólogos que perciben sueldo.
4. Una Trabajadora Social.
5. Un vigilante.ⁱⁱ

3.1.6 Programa arquitectónico

o Planta baja

1. Estacionamiento para personal

2. Recepción con área de espera (compartida con Asociación "Ser Humano")
 - o Planta alta
3. Oficina de la directora general
4. Oficina Trabajadora Social
5. 2 habitaciones para bebés
6. 5 habitaciones para niños y niñas, divididas por sexo y edad
7. Comedor con área de estar y TV
8. Área para jugar (cubierta)
9. Área para tareas
10. 1 baño compartido
11. Área de lavado y tendido
12. Guardarropa general con área de medicamentos

3.1.7 Áreas faltantes.

Para la eficiencia en el funcionamiento del Albergue son necesarios los siguientes espacios:

1. Espacios para morir
2. Áreas de asepsia.
3. Área para terapias de Estimulación Temprana.
4. Consultorios para psicólogos.
5. Bodega para ataúdes.
6. Área para el resguardo de medicamentos.

3.2 Centro multidisciplinario para la prevención del SIDA "Ser Humano A.C."

Organización No Gubernamental (ONG)
 Dirección: Niños héroes 151.
 Col. Doctores. México, D.F.
 Tel. (91-5) 578-7406. Fax. (91-5) 578-7404
 e-mail: sshuman@ibm.net

3.2.1 Antecedentes de la Fundación "Ser Humano A.C."

SER HUMANO, A.C., surge oficialmente el 25 de Agosto de 1992 por la fusión de dos asociaciones civiles: "Acción Metropolitana" y "Grupo Intento". La primera con antecedentes de más de seis años de trabajo en la prevención del SIDA, con Nancy Cárdenas, Margo Sú y Jorge Estévez como principales promotores, quienes llevaron a escena la obra teatral "SIDA, ASÍ ES LA VIDA" y organizaron el primer evento de televisión donde se habla directamente de esta enfermedad. La segunda, con experiencia en la atención de pacientes con enfermedades incurables en las que hoy en día se incluye el SIDA.

Ser Humano, A.C. surge con la idea de enfrentar a todos los niveles el SIDA, cuentan con un grupo multidisciplinario de Profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc), con un patronato formado por gente del medio artístico y con voluntarios que donan su tiempo, con la finalidad de proporcionar una atención profesional y más humana para las personas que viven con la enfermedad. Con sus recaudaciones apoyan a las Instituciones de Asistencia Privada "Albergue Abrázame" y "Árbol de la vida, enfermos en superación".

3.2.2 Servicios que ofrece la Institución

a) Servicios de Prevención.

1. Pláticas, conferencias y talleres diversos de información.
2. Realización de diversos materiales impresos, audiovisuales, y cinematográficos para la prevención del SIDA.

b) Servicios de Detección. (En colaboración con laboratorios del Chopo)

1. Toma de muestra para detectar los ANTI-VIH (prueba del SIDA)
2. Conteo de Linfocitos CD4+ y CD8
3. Pruebas para detectar tuberculosis, candidiasis, y tétanos relacionados al SIDA.

c) Atención Médico psicológica a personas portadoras de VIH-SIDA.

Estos servicios se ofrecen tanto en los centros, como en los domicilios de los pacientes que no pueden trasladarse.

1. Atención medica elemental
2. Atención psicológica y psicoterapéutica Enfermera
3. Medicamentos
4. Ayuda Psicoemocional a los seres queridos de las personas enfermas.

d) Albergue temporal para enfermos con SIDA.

1. Atención medica elemental diaria
2. Enfermera las 24 horas del día
3. Psicoterapia de lunes a viernes
4. Grupos de autoayuda diario
5. Terapia laboral diario.

e) Capacitación y actualización.

1. Cursos permanentes para personas que desean participar como voluntarios.
2. Curso de tanatología.
3. Curso sobre el manejo del paciente en fase terminal.
4. Diversos cursos de actualización para psicólogos que trabajan con enfermos de SIDA.

5. Taller de sexo protegido.
6. Diversos talleres sobre sexualidad.

Cuentan con tres centros de atención, uno en la Ciudad de México denominado Centro Multidisciplinario para la prevención y atención del SIDA, otro en la ciudad de Guadalajara, denominado Centro de atención medica y psicológica de la Familia "Nancy Cárdenas" y un Centro de información con sede en el puerto de Mazatlán, estado de Sinaloa.ⁱⁱⁱ

3.2.3 Objetivos de la Institución

1. Investigar científicamente formas de atención integral medico humanística para los enfermos de SIDA, así como alternativas de prevención.
2. La apertura de centros donde se recabe información sobre esta enfermedad y al mismo tiempo se ofrezcan servicios de información, prevención, educación y atención medico humanística, para la población abierta, en general.
3. Atender en sus domicilios a las personas de escasos recursos económicos, que están enfermas de SIDA y que no pueden trasladarse a centros de atención medica; ofrecer albergue a las personas con SIDA.
4. Asesorar legalmente a las personas con SIDA.
5. Capacitar y actualizar a las personas del sector Salud que laboran con pacientes con SIDA.
6. Ayudar a otras instituciones y personas con fines similares.

3.2.4 Recursos financieros

1. Cuotas de recuperación que se cobran a los solicitantes de servicios.
2. Donativos hechos a la asociación por personas físicas y morales.
3. Colectas, especialmente en teatros.
4. Mediante la organización de diversos eventos artísticos y culturales.
5. Donativos de los integrantes del patronato.
6. Aportaciones realizadas por personas integrantes de la asociación.^{iv}

3.2.5 Centros multidisciplinarios para la prevención y atención del SIDA

1. En México D.F., Niños Héroes 151, Col. Doctores. (Fig. 20)
2. En Guadalajara, Jal., Nicolás Romero 117, Sector Hidalgo, Guadalajara 44200. Tel. (91-3) 825-3552 Fax: (91-3) 825-3965
3. En Mazatlán, Sin. Av. del Mar 4, Local 22, Mazatlán 82012. Tel.(91-69) 82-8969 <http://SIDA-aids.org>.

3.2.6 Programa arquitectónico

- o Planta baja
 1. Estacionamiento compartido*
 2. Recepción con área de espera (compartida con el *Albergue Abrázame)
 3. Área de oficinas administrativas
 4. Consultorio dental
 5. Consultorio Psicólogos
 6. Consultorio medico general
- o Planta alta (corresponde al Albergue Abrázame)



Fig. 26. Albergue Abarazame y Centro Ser Humano.

3.3 Albergue “Casa de la Sal”

Albergue para niños huérfanos con VIH-SIDA.

Dirección: Córdoba 76, entre Colima y Durango, Col. Roma. México, D.F.
Tel. 5514 06 28. Fax. 52078042.

3.3.1 Antecedentes de la Fundación

La problemática que enfrentan los pacientes con SIDA en México motivó a un grupo de voluntarios, liderados por Rosa María Rivero (ahora presidenta del albergue) a buscar los medios necesarios para ayudar a algunos de esos enfermos.

Empezaron por visitar el hospital de La Raza. Ahí conocieron a Gilberto, un joven profesionista que había sido rechazado por su familia, quien lamentaba que no hubiera una institución que proporcionara apoyo a domicilio a víctimas del SIDA.

El grupo de voluntarios se ofreció para cuidarlos hasta que llegara el final. Algunos meses después, murió en su casa y en paz. Como agradecimiento, donó sus bienes a la recién fundada Casa de la Sal.

De entonces a la fecha, han transcurrido 13 años y la asociación civil ha crecido e incrementado los servicios que ofrece a personas que viven con el VIH.

En el año de 1986, en el hospital General dos matrimonios con SIDA en fase terminal luchaban por el futuro de sus hijos. Sus familias aceptaban hacerse cargo de los niños sanos, pero rechazaban a los dos cuyas pruebas de sangre habían resultado positivas. La institución decidió adoptar a Jonathan y Azucena, de tres y cuatro años, respectivamente.

Así nació en 1998 el Centro Infantil de la asociación, que tiene capacidad para 25 infantes. Reciben solo a niños de 2 a 11 años, menores de dos años no, porque hasta esa edad es cuando se tiene la certeza de que es portador del VIH. Atienden sólo a niños huérfanos, y a niños que tengan a alguno de sus padres estén en fase terminal.

Durante los 13 años que han ofrecido sus servicios, Casa de la Sal se ha hecho cargo de 70 niños. Empezaron ayudando a un paciente y en solo en el año de 1998 dieron apoyo a 14 mil 250 personas.

Tienen seis áreas que están divididas en diferentes niveles de atención. Actualmente cuentan con dos albergues, uno infantil y otro para adultos, que está en Puebla.

El albergue temporal de Puebla atiende a 17 personas y tiene capacidad para recibir a diez más. Es una réplica del modelo que existe en la ciudad, así que la gente también tiene acceso a pláticas de prevención, atención a los familiares, psicoterapia y todos los servicios.

3.3.2 Organización

La asociación asume el equivalente legal de una adopción y se compromete a brindar a los niños todo lo que necesiten en el transcurso de su vida, hasta la fase terminal.

El personal y los voluntarios del Centro Infantil reciben entrenamiento para proporcionar educación, guía espiritual y todos los cuidados cotidianos a los pequeños”.

3.3.3 Objetivo

El objetivo principal de la asociación es rescatar los valores fundamentales del ser humano y darle al enfermo una esperanza tal que le permita trascender su tragedia.

Casa de la Sal es un nombre compuesto, es sinónimo de hogar, amparo, refugio; es el lugar en el que la persona se siente segura y protegida. Sal es un elemento lleno de simbolismos. Desde tiempos remotos, la sal ha sido uno de los tesoros más apreciados de la humanidad. No sólo es indispensable para la vida misma, sino también para dar sabor a los alimentos y evitar la descomposición.^v

3.3.4 Servicios que ofrece la Institución

1. Dar apoyo psicológico y espiritual a niños y adultos de escasos recursos que padecen la enfermedad.
2. Brindan alojamiento.
3. Dan asesorías grupales o individuales.
4. Su grupo de voluntarios realiza visitas a los enfermos en hospitales.
5. Tienen grupos de autopoyo, organizan pláticas de prevención.
6. Cuentan con un banco de medicamentos, que se alimenta de donativos, en donde se pueden conseguir algunas medicinas de manera gratuita.
7. Ofrece terapias de intervención en crisis.
8. Servicios funerarios.
9. Apoyo a domicilio.

3.3.5 Recursos financieros

Los donativos que dejan los pacientes que fallecen y las dos actividades que se programan anualmente (como desfiles de moda), para recaudar fondos, son las principales fuentes de ingreso para el sostenimiento y mantenimiento de los albergues.

Nota: No permiten el acceso a las instalaciones del Albergue. Por lo tanto se desconoce de manera específica el programa arquitectónico.^{vi}



Fig. 27. Casa de la Sal.



Fig. 29. Casa de la Sal.



Fig. 28. Casa de la Sal.



Fig. 30. Casa de la Sal.

3.4 “Aldea Infantil SOS”

Institución de asistencia privada.

Dirección: Chicago No. 22. Col. Nápoles. México, D.F. Tel. 5687 4700 5687 1611.

3.4.1 Antecedentes de la Fundación

Las experiencias con los niños que habían quedado huérfanos como resultado de la II Guerra Mundial en Europa, y las condiciones de la época, pusieron de manifiesto el hecho de que los niños más vulnerables eran aquellos que no habían conocido una vida familiar ordenada. Como resultado, y basándose en la premisa de que las instituciones de ayuda a la niñez desamparada serían de mayor utilidad mientras más se pareciera su estructura a la de la familia normal, surgió la idea de crear una Aldea infantil.^{vii}

Esta organización fue fundada en Austria en 1949 por el Dr. Hermann Gmeiner con el doble propósito de proporcionar, por un lado, un hogar a los niños huérfanos de la guerra, y por otro, la oportunidad de formar una nueva familia a mujeres que habían perdido a sus familiares. Al reunir a ambos y formar una familia se podrían prodigar mutuamente la atención de la que carecían. De esta forma se crea la primera “Aldea infantil SOS” en Austria.

3.4.2 Organización.

Las Aldeas Infantiles SOS son una obra social privada, con independencia política y religiosa. Los titulares del trabajo en las Aldeas son las Asociaciones de Aldeas Infantiles SOS existentes en los diferentes países. Cada asociación está dirigida por una Junta Directiva cuyos miembros, les

corresponde vigilar la administración, la recolección de fondos y las gestiones financieras de la Aldea SOS. A las Juntas Directivas están subordinadas las distintas Comisiones encargadas de tareas especiales (por ejemplo: Comisiones de Finanzas, de Construcción y la Comisión de la Aldea).

El conjunto de Asociaciones de Aldeas Infantiles SOS en todo el mundo está agrupado en la asociación SOS-Kinderdorf Internacional, que coordina la labor en los diferentes países.

3.4.3 Recursos Financieros

Los fondos necesarios para la construcción y el mantenimiento de las Aldeas proceden en su mayoría, de donativos y contribuciones de miembros y amigos:

1. En primer lugar están las contribuciones regulares de los miembros que forman la base económica de las Aldeas Infantiles SOS.
2. El patrocinio de un niño.
3. Benefactores individuales.
4. Compañías u organizaciones.
5. Servicio de Kinder para la comunidad.
6. Venta de artículos donados.

3.4.4 Principios de la institución

La labor educativa y asistencial de las Aldeas se basa en 4 principios pedagógicos que son: la madre, los hermanos, la casa y la Aldea Infantil.

1. La madre SOS.

Las mujeres que desean ser madres SOS deben de cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Tener entre 30 y 40 años
- b. La secundaria terminada
- c. Ser soltera, viuda, divorciada sin hijos en edad dependiente.
- d. Disponibilidad para cambiar de residencia.
- e. Y deberán de pasar por una entrevista con los Psicólogos y de un entrenamiento en el que empezaran siendo tías SOS, para así después ser madres SOS.

Se trata de desempeñar una maternidad social, donde cada madre tiene a su cargo una familia que consta de 8 a 10 niños y se encarga de llevar el hogar, cuidar a los niños y educarlos.

2. Los hermanos.

El segundo principio pedagógico establece que el niño se agrupe con niños de diferente sexo y edad criándose juntos como hermanos.

La edad límite de admisión a la Aldea es de 10 años y el niño permanece en la familia hasta cumplir los 14 años.

Las familias acogen tanto a bebés como a niños mayores de ambos sexos, estos por lo general vienen de una familia desintegrada o enviados por las Instituciones del DIF, y cuando llegan hermanos consanguíneos se procura que convivan en una misma familia.

Después de cumplir los 14 años de edad son trasladados a vivir a otra Aldea SOS para jóvenes, y ahí vive mientras dura su

aprendizaje escolar, aunque siempre siguen en contacto con la Aldea infantil regresando a visitar a su familia SOS.

3. La casa.

La Aldea llega a albergar hasta 50 niños, cuenta con 7 casas de las cuales 6 son para las familias SOS y 1 para el director de la Aldea, teniendo así cada familia su propia casa, estas son de dos niveles y cuentan con todos los servicios.

4. La Aldea Infantil

En la Aldea viven 6 familias, quienes cuentan con área administrativa, una casa para el administrador, un jardín de niños, y un salón de usos múltiples con cocina, canchas deportivas, zonas de juego y jardines.

El Jardín de Niños atiende a los infantes de la Aldea y a los de la comunidad vecina.

3.4.5 Personal que labora en el lugar

En cuanto al personal que labora en la Aldea consta de:

1. Director de la Aldea, quien funge como imagen paterna y es el encargado de preservar la unidad entre las familias.
2. Madres y tías SOS.
3. 2 Psicólogos.
4. 1 odontólogo.
5. El voluntariado
(el número de personas es variable)
6. 1 Vigilante.
7. Personal de jardinería y limpieza.

Todo el personal percibe sueldo (exceptuando el voluntariado).

3.4.6 Programa arquitectónico.

1. Edificio de oficinas generales, cuenta con consultorio para psicóloga, consultorio para odontólogo, oficina para voluntariado y trabajadoras sociales.
2. Casas habitación, con dormitorios, baños, cocina, comedor, sala de estar, área de lavado y tendido.
3. Kinder.
4. Salón de usos múltiples, con cocina.
5. Área para recreación al aire libre.
6. Estacionamiento.
7. Caseta de vigilancia.
8. Áreas verdes.
9. Bodega.^{viii}



Fig. 31. Aldea infantil SOS. México.



Fig. 32. Bolivia^{ix}



Fig. 33. Perú^x

3.5 Albergue para niños de la calle "Casa Alianza"

Institución de asistencia privada.

Casa para niños de la calle.

Dirección: Paseo de la Reforma No. 111.

Col. Guerrero. México D.F. Tel.: 5521 4207.

E-mail: info@casa-alianza.org

3.5.1 Antecedentes de la Fundación

Es una organización independiente dedicada a la rehabilitación y defensa de los niños y niñas de la calle en México, Guatemala, Honduras y Nicaragua. "Casa Alianza" es la filial latinoamericana de Covenant House, que tiene su sede en Nueva York.

Es la principal institución en la defensoría de los niños y niñas de la región centroamericana, su oficina regional esta ubicada en San José, Costa Rica.

Fundada en Guatemala en 1981, expandida a Honduras y México en 1986, y a Nicaragua en 1998, Casa Alianza apoya y cuida cerca de 4,400 niños y niñas de la calle anualmente, de los cuales la mayoría han quedado huérfanos por la guerra civil, han sido abusados o rechazados por familias desintegradas y golpeadas por la pobreza y, además, son traumatizados por la indiferencia de la sociedad en la que viven. Muchos mendigan, roban, y venden su cuerpo por una comida caliente, un baño o una cama limpia. Muchas veces son arrastrados por una marea de golpes, detenciones ilegales, tortura, abuso sexual, secuestro y asesinato.

Esta institución esta dedicada a ayudar a estos niños y niñas a salir de las calles y a regresar al camino de unas vidas provechosas y más significativas.

3.5.2 Organización

- Las etapas y programas de "Casa Alianza" se compone de cuatro etapas:

1. *Calle*. Se acercan para conocer a los niños y niñas en las calles. La institución les proporciona cuidados médicos de emergencia, orientación y educación no formal. El objetivo de "Casa Alianza" es que los niños y niñas dejen la calle, no se les provee con comida y vestimenta mientras permanecen en ella, estos son motivados para que tengan valor de dejarlas y acercarse a buscar ayuda al Centro de Crisis "Refugio", donde a cualquier hora del día encuentran cuidados.

2. *Centro de Crisis (Refugio)*. El refugio esta abierto las 24 horas del día, todos los días del año. En los centros de crisis son alimentados, vestidos, se les da una cama, se les diagnostica y da tratamiento médico, educación y capacitación vocacional. Se les invita a participan en actividades de educación no formal que los prepara para realizar actividades de orientación sobre su adicción a las drogas. Del total de personas que ingresan al Centro de Crisis, sólo el 50% se queda mas de un par de noches, la otra mitad que regresa a la calle vuelve ingresar al Centro de Crisis para permanecer una estadía promedio de alrededor de 4 meses. Ahí participan activamente en su Plan de Vida, un plan para su desarrollo, estableciendo metas alcanzables a corto y mediano plazo. También participan en actividades de educación no formal que los prepara para el sistema de educación público. Una vez que

son estabilizados, tan pronto como recuperan algo de autoestima y respeto por ellos mismos, pasan a la siguiente etapa: los Hogares de Transición.

3. *Hogar de Transición*. Aquí cuentan con personal capacitado para ayudarlos a desarrollar metas a largo plazo, y para inspirarles el deseo de una vida independiente y provechosa. Los más jóvenes son inscritos en colegios públicos, y a los mayores se les ofrece también capacitación laboral. El tiempo de residencia en un Hogar de Transición es de un promedio de cuatro meses. Después pasan al Hogar Grupal.

4. *Hogar Grupal*. Aquí pasan a la autosuficiencia, en un Hogar Grupal, donde son guiados por un equipo de consejeros que tratan de lograr un ambiente familiar positivo. Y que busquen mejores oportunidades educativas y profesionales. Cada hogar tiene entre 12 y 14 niños, en donde permanecen hasta que cumplen 18 años o hasta que completan su educación.

3.5.3 Otros Componentes del Programa

5. *Reintegración Familiar*. El programa que se lleva acabo intenta reintegrarlos con sus familias, a excepción de cuando se ha identificado un patrón de abuso.

Existe un programa de ayuda y seguimiento para los que han vivido en las calles, y son reintegrados con los suyos. Los trabajadores sociales de se reúnen, como mínimo una vez al mes, con los niños y sus familias durante los dos primeros años. En los últimos 12 meses, 150 niños y niñas de

la calle se reintegraron a su familia en México.

6. *Niñas madres.* En respuesta al creciente número de niñas de la calle que quedan embarazadas en la ciudad de México, y para prevenirla muerte de sus bebés por falta de cuidados, Casa Alianza dispone de un programa donde ofrece servicios de rehabilitación, incluyendo terapia individual y grupal, entrenamiento en el cuidado del bebé, entrenamiento vocacional, y tratamiento pediátrico y ginecológico.

Este programa ayuda a las niñas a establecer vínculos con sus hijos y a aprender a cuidar bien de ellos. También les da la oportunidad de desarrollar habilidades para la vida, aprender un trabajo, y ahorrar suficiente dinero para vivir independientemente. Los Hogares pueden servir a más de 12 madres y sus bebés, y se quedan hasta que el bebé, cumple los cinco años.

7. *Rehabilitación de Drogas.* Casa Alianza administra Centros de rehabilitación para niños adictos a solventes (pegamento de zapatos). Los niños están inmersos en intensivas terapias ocupacionales, así como en terapias individuales y grupales. Los programas están estructurados y ofrecen también capacitación vocacional. Tras una estancia media de tres meses, los niños continúan en un Hogar de Transición o en el Programa de Reintegración Familiar.

3.5.4 Apoyo Legal

En 1990, en respuesta al brutal asesinato de un niño de la calle, Nahamán

Carmona López de tan sólo 13 años, cometido por cuatro policías nacionales uniformados de Guatemala, Casa Alianza abrió la primera Oficina de Apoyo Legal para los niños y niñas de la calle en Centroamérica.

La Oficina de Apoyo legal ayuda también a los niños en materias de Derecho Civil, tales como la adquisición de certificados de nacimiento o cédulas de identidad, necesarios para matricularse en el colegio o para acceder a los beneficios de otros servicios sociales.

En febrero de 1994 se estableció en Tegucigalpa, Honduras, la segunda oficina de apoyo legal para niños y niñas de la calle; en febrero de 1997 en la Ciudad de México; en mayo de 1998 en San Pedro Sula, Honduras; y en junio de 1998 en Managua, Nicaragua.

3.5.5 Programas de VIH-SIDA

El SIDA, es uno de los peligros que acechan cotidianamente a los niños y niñas que viven en las calles. La mayoría de ellos mantiene una vida sexual activa, sin importar lo jóvenes que sean. Y esta actividad sexual no siempre es voluntaria, frecuentemente son abusados violentamente por adultos (a veces incluso por personas de sus propias familias o de las fuerzas del orden público que supuestamente deberían protegerlos), o se prostituyen a cambio de muy poco dinero para poder sobrevivir.

Una gran cantidad de niños y niñas en las calles son VIH-positivo, y muchos mueren en ellas víctimas de enfermedades relacionadas con el SIDA. Tanto en el trabajo de la calle como en los refugios y hogares, uno de los ejes fundamentales del

programa de "Casa Alianza" es la educación sexual y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Casa Alianza México, además cuenta con un programa residencial para niños y niñas que están en la fase terminal del SIDA.^{xi}

3.5.6 Programa "Luna"

Con la experiencia de atender a jóvenes que padecían de SIDA y de no contar, en ese momento, con los conocimientos y recursos adecuados dentro de la institución para atenderlos, logrando solo darles apoyo gracias a la ayuda, de otras organizaciones y debido a que se siguen presentado nuevos casos, "Casa Alianza" en 1997 inicia el programa de atención "Luna" para niños de la calle con VIH-SIDA.

3.5.7 Objetivos

El objetivo principal es brindar ayuda y atención integral: psicológica, médica y asistencial a todas las niñas y niños de la calle que viven con VIH-SIDA.

Los objetivos específicos son:

1. Dar control serológico a todas las niñas y niños que formen parte de la población atendida por "Casa Alianza".
2. Trabajo de intervención de primer nivel (prevención) dirigida a niñas y niños de la calle, compañeros de la institución y a la comunidad adolescente.
3. Brindar apoyo, atención integral a niños y jóvenes con VIH.

3.5.8 Niveles de atención.

"Luna" tiene como fundamento para su acción sistemática la filosofía "Principios y Misión de Casa Alianza". Además, los

postulados de la Convención sobre los derechos de los niños, los derechos Humanos y la Norma oficial mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

De lo anterior parten los cuatro niveles de atención que contempla "Luna" y que son:

1. *Primario*. Prevención.

Brindar información básica necesaria a toda la población de Fundación "Casa Alianza", y a poblaciones de niños y adolescentes de la comunidad en general, sobre la infección ocasionada por el VIH y de esta manera evitar ser infectado, además del seguimiento serológico de todos y cada una de las niñas y niños que se encuentren en las etapas residenciales de la fundación.

Con la finalidad de que todos los que ingresan a la institución, tengan información acerca de lo que es VIH-SIDA se realizan talleres y cursos de acuerdo a la siguiente distribución por etapas del Programa de Casa Alianza:

a) *Calle*

En la etapa de Calle se invitan a niñas y niños de diferentes zonas de contacto para que asistan al edificio del Refugio donde se imparte el taller "El VIH-SIDA ¿Qué es eso?" dos veces al mes. Donde participar grupos de hasta veinte integrantes cada uno.

En la etapa de calle la impartición de talleres implica además:

- Trabajo de sensibilización por parte de los mismos educadores de calle, durante la semana previa al taller.
- Salida a calle del equipo de "Luna" durante una jornada laboral para

hacer una invitación formal a las niñas y niños para que asistan al taller.

- Invitación a los asistentes al taller para que, se queden en el Refugio durante una semana y de esta manera se les aplique la prueba ELISA de laboratorio, además de las asesorías correspondientes; Con la posibilidad de que continúen dentro de "Casa Alianza" y lleven a cabo el proceso que la Fundación ofrece. A los jóvenes mayores de edad que asistan a los talleres y que deseen realizarse la prueba de laboratorio se les apoya canalizándolos a otras organizaciones que los puedan atender en este aspecto.

b) *Etapas de refugio*

En la etapa del Refugio o Centro de Crisis se imparten talleres para toda la población dividiéndola en grupos de hasta quince personas una vez cada mes. Se trabaja cada semana con cuarenta y cinco personas divididos en equipos de cinco integrantes cada uno, obteniendo con esto que toda la población de esta etapa esté recibiendo los talleres, aún y cuando su permanencia en el Refugio no sea por tiempo prolongado.

c) *Hogares de transición y grupales*

En las etapas de hogares de transición y grupales se imparten talleres una vez cada tres meses, se llevan a cabo en las instalaciones de Luna. Dichos talleres son: "Las enfermedades, "El SIDA y la

vida" y "El principio de Urgencia y el VIH".

d) *La impartición del taller implica además:*

- Una invitación para que se practiquen un examen de laboratorio para la detección de anticuerpos VIH (ELISA), a través de una Pre-asesoría.
- Una invitación para que acepten el que se les realicen un seguimiento serológico, por medio de pruebas de laboratorio (ELISA), cada tres meses durante un año.
- Adiestrar y capacitar al personal de la institución en típicos tales como sensibilización ante el fenómeno del VIH-SIDA, medidas universales de prevención, formas de transmisión del VIH y el proceso de la enfermedad ocasionada por el VIH. Para tal efecto se contemplan cursos sobre VIH-SIDA dentro de la programación de capacitación destinada al personal, en general, de la Fundación.
- Talleres de información y prevención de VIH-SIDA dirigidos a estudiantes de la comunidad con grados escolares de secundaria y bachillerato. Estos talleres se lleven a cabo en escuelas tanto públicas como privadas, como parte de un trabajo educativo en comunidad, con la finalidad de contribuir a la prevención de la infección por VIH.

2. *Secundario*. Atención a niñas y niños seropositivos asintomáticos.

Se mantiene a la niña o niño con un óptimo estado de salud tanto psicológico como físico, obteniendo una mejor calidad de vida para ellos, contemplando y planeando metas a corto, mediano y largo plazo que deben ser alcanzadas por las mismas niñas y niños.

Las niñas y niños que ante una prueba de laboratorio de detección de anticuerpos VIH, resulten positivos, reciben atención psicológica para prepararlos a recibir este resultado de posible seroconversión y de esta manera, evitar o disminuir el impacto emocional que pudiera presentarse. El trabajo a realizarse el siguiente:

- a. Trabajo en conjunto entre el equipo que trabaja con los niños (Consejero, Psicóloga y Trabajadora Social) y personal de "Luna" para elaborar un plan de vida encaminado a prepararlos a su estado de posible seroconversión. El tiempo estimado para este trabajo es de quince días.
- b. Aplicación de la prueba Elisa, si esta resultara nuevamente positiva se aplicaría la prueba confirmatoria (Western Blot), todo esto en un período no mayor de diez días. En caso de un resultado negativo en la segunda técnica Elisa, se volvería a aplicar esta pasado un período de tres meses e iniciar un seguimiento serológico durante un año. Si ante una prueba confirmatoria se presenta un resultado positivo se continua, con la intervención correspondiente a este nivel de atención.

- c. Diagnostico sobre el impacto que ocasiona la noticia de seropositividad.
- d. Planeación de psicoterapias adecuadas a cada persona, y trabajo en conjunto con su consejero, teniendo como objetivo su estabilidad emocional.

Las niñas y niños que viven con VIH en fase asintomática reciben atención psicológica para que conozcan el proceso de su enfermedad, los cuidados que deben tener y para la elaboración de un proyecto de vida que contemple metas a corto, mediano y largo plazo. El trabajo sistemático es:

- a. Programación de terapias psicológicas contemplándose en un inicio dos terapias por semana, mismas que se incrementan o disminuyen de acuerdo al estado y respuesta que la niña o niño presente. Se pide al consejero a cargo que entregue un reporte sobre el estado anímico del niño o niña, para conocer con mas detalle las respuestas que se presenten.
- b. Las personas que participan en talleres sobre medidas universales de prevención, cuidados para la salud y recreativos.

Las niñas o niños atendidos en este nivel reciben atención médica con la finalidad de conocer su estado de salud en ese momento y así cuidar y estabilizarlos clínicamente a través de:

- a. Diagnostico del estado de salud inmediatamente después de haber confirmado su seroconversión.
- b. Análisis de laboratorio periódicos (conteo de CD4+ cada seis meses y generales cada tres meses).
- c. Programación de citas medicas para control y seguimiento del avance de la infección.

En este nivel de atención la niña o niño permanece en la etapa de "Casa Alianza" que le corresponda, recibiendo su atención psicológica en las instalaciones de "Luna".

3. *Terciario.* Atención a niñas y niños en fase de complejo relacionado con el SIDA (CRS) y fase SIDA.

Brinda atención psicológica y medica adecuada a cada niña o niño implicando mantener la fase CRS el mayor tiempo posible o prepararlos para su deceso si se encuentran en fase SIDA (para el Bien Morir).

Las niñas y niños participan en terapias psicológicas abordando temas como reconciliación, calidad de vida, bien morir y religión, con la finalidad de acercarlos a la situación de muerte.

- a. Psicoterapias individuales dos veces por semana.
- b. Psicoterapias grupales una vez por semana.
- c. Platicas sobre religión por ejemplo el VIH-SIDA desde la experiencia cristiana, y asistencia a culto según la preferencia de la niña o niño.

La atención psicológica contempla técnicas terapéuticas bajo un enfoque cognitivo-conductual, agregando un elemento espiritual para obtener la reconciliación ante la vida y prepararse para el "Bien Morir".

Todos los ingresados están bajo supervisión médica con la finalidad de conocer su estado de salud y para que reciban el tratamiento que requieran y de esta manera mantener estable su estado de salud.

- a. Atención especializada a cada ingresado, según lo requiera, en los diferentes centros de salud u hospitales. Como los Institutos Nacionales de Nutrición, Cancerología, Neurología y Neurocirugía, el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", el Hospital Juárez de México y el Hospital Pediátrico de Iztacalco, para la atención de las niñas o niños que lo requieran.
- b. Exámenes de laboratorio periódicos (conteo de CD4+ cada seis meses y generales de laboratorio cada mes).
- c. Elaboración y control de dietas.
- d. La atención en este nivel se llevar a cabo en las instalaciones de "Luna" con la posibilidad de que, si su estado de salud lo permite, regrese a alguna de las etapas de Casa Alianza. De no ser así se le atiende en "Luna" hasta su deceso.

4. Trabajo con familias de niñas y niños que viven con VIH-SIDA.

Se trabaja con la familia para que acceda a brindarle atenciones y cuidados

que ayuden a mantener un nivel óptimo de vida, en el caso correspondiente acompañar en el proceso de muerte y, en la medida de lo posible, realizar la reintegración familiar.

Buscar la aceptación de la niña o niño para realizar contacto con la familia y que, esta apoye en su proceso de enfermedad ya sea permaneciendo en "Casa Alianza" o en su propia casa. Bajo el siguiente plan de actividades:

- Terapias individuales con la niña o niño donde se aborde su situación familiar y el posible contacto con su familia.
- En caso de la aceptación del menor, contacto con la familia.
- Terapias familiares.
- Taller para las familias.^{xii}

3.5.9 Programa arquitectónico

1. Estacionamiento
2. Caseta de vigilancia
3. Edificio de oficinas generales
 - Oficinas, área para secretarías, área para computadoras, salón de usos múltiples c/estación de servicio, área para copiadora, bodega, etc.
4. Edificio Refugio (acceso restringido)
 - Dormitorios individuales c/baño, cocina, comedor, consultorio médico, salón para pláticas, área de recreación al aire libre, áreas ajardinadas.
5. Área para niños y niñas con SIDA.
 - Oficina directora con sala de espera.
 - Oficina psicólogo,
 - Dormitorio para jóvenes en fase terminal con área de estar con núcleo de baños completos.^{xiii}



Fig. 34. Casa Alianza



Fig. 35. Casa Alianza

3.6 Albergue de México "Ermita Ajusco"

Albergue para enfermos crónicos y con VIH-SIDA

Institución de asistencia privada.

Dirección: Ermita Ajusco. Camino al Acueducto, domicilio conocido, Santo Tomas Ajusco, Tlalpan. México DF.

Tel. 5846-2894, 5846-2895

Bajo los auspicios de Albergues de México I.A.P. Saltillo no. 39 Altos. Colonia Hipódromo. México Tel. 5286 26 22

Fax: 5286-7336.

E-mail:albergues@compuserve.com.mx

3.6.1 Antecedentes de la Fundación

Albergues de México es una institución de Asistencia Privada que se constituyo en 1991. Su trabajo se ha venido desarrollando desde 1988 en Ermita Ajusco, ubicada al Sur de la Ciudad de México.

Hace 16 años "Ermita Ajusco" inició sus actividades como un lugar de retiro para su fundador, el Dr. Rene García, quien decidiera iniciara su vida de ermitaño, después de enterarse de su seropositividad. Decide construir, con material de desperdicio de construcción, el albergue, que más tarde abre sus puertas para el que lo necesita.

Con un grupo de voluntarios brinda servicios a pacientes con VIH-SIDA, ofreciendo ayuda y acompañamiento en hospitales y domicilios a personas que lo necesitan, se inician grupos de "Auto apoyo" para los pacientes y sus familiares, talleres y cursos, así como convivencias.

3.6.2 Organización

El albergue recibe a pacientes de corta estancia, sabiendo que hoy en día no existe una cura definitiva o una vacuna. Manejan algunos factores que contribuyen a la mejor calidad de vida para quienes viven con el VIH-SIDA.

Muchos de estos elementos dependen para ellos de un buen tratamiento médico constante. Pero ellos consideran que lo más importante para es la vida psicológica, emocional y espiritual, que depende, en buen grado del nivel de aceptación y promoción que cada persona tenga. Consideran que miles de enfermos de VIH-SIDA mueren sin que se respete su dignidad humana, sin atención, médica, psicológica y espiritual, por ello trabajan por la calidad de vida de los enfermos a través de la realización de obras que sean el cauce de la sociedad para satisfacer la necesidad de la que sufre, en especial del que menos recursos económicos y familiares tiene.

En la institución se tienen como filosofía que cada ser humano merece la mayor atención durante toda su vida, en especial cuando se encuentra en necesidad a causa de una enfermedad terminal.^{xiv}

3.6.3 Recursos financieros

Los recursos necesarios para el sostenimiento del lugar proceden de los recursos propios de los iniciadores y de donadores que se van incorporando.

3.6.4 Servicio que ofrece la institución y objetivos

1. En los albergues para enfermos terminales: recibir y albergar a los enfermos terminales de VIH-SIDA. (Fig.24-25)

2. En el albergue de corta estancia para pacientes: recibir a pacientes portadores, familiares y voluntarios para que reciban cursos, talleres, retiros etc.

3. En el albergue temporal de trabajo para voluntarios extranjeros: recibir a voluntarios extranjeros que desean ayudar.

4. En los talleres, cursos, conferencias: realizar un trabajo sistemático de la situación del VIH-SIDA en México.

5. En las visitas domiciliarias a enfermos: proyectar el apoyo, a través de voluntarios, a pacientes en hospitales y su propio domicilio, ofreciéndoles ayuda.

6. En el grupo de Auto Apoyo: crear un espacio de libertad para desahogar situaciones dolorosas a través del llanto, risa, miedo, cólera, etc.

7. En el banco de medicamentos: ofrecer medicamentos a un bajo costo.

8. Para la orientación Médica y Psicológica: proporcionar asesoría y asistencia médica al enfermo de VIH-SIDA; y una ayuda y orientación emocional y psicológica al paciente.

9. En la eucaristía y eventos Interreligiosos: brindar un apoyo espiritual y religioso a pacientes y familiares.^{xv}

3.6.5 Personal que labora en el lugar

1. 2 Médicos generales
2. 1 Psicóloga
3. Cocineras

3.6.6 Programa arquitectónico

1. Espacio de recuperación emocional y espiritual para personas enfermas del alma y que están en su reencuentro.
2. Espacio de recuperación de la salud física.
3. Un centro humanístico.
4. Una casa de corta estancia. (Fig.27-29)
5. Una casa ecuménica de retiros espirituales.
6. Habitaciones individuales, dobles y colectivas hasta para 40 personas.
7. Capilla y espacios de meditación. (Fig.28)
8. Comedor con 15,000 metros cuadrados, de bosque.
9. Salones para talleres y cursos.
10. Habitaciones para enfermos en fase terminal (10 habitaciones)
 1. 2 Habitaciones para los médicos y Psicóloga
 2. Estacionamiento. ^{xvi}

" Nada vive para morir sin dar". Carlos Pellicer 1966.



Fig. 36. Habitaciones para enfermos terminales.



Fig. 37. Habitaciones para enfermos terminales.



Fig. 38. Casa de corta estancia



Fig. 39. Capilla y espacios de meditación



Fig. 40. Casa de corta estancia

3.7 Albergue para adultos “Enfermos anónimos en recuperación”

Albergue para enfermos crónicos y con VIH-SIDA

Institución de asistencia privada

Dirección: Azteca No. 49-B. Barrio de la Asunción. Delegación Iztapalapa. México, D.F. Tel.-5685 5975.

3.7.1 Antecedentes de la fundación

En 1978, debido a la experiencia personal de un desahuciado, decide en el supuesto corto tiempo que le queda adquirir un inmueble con su pensión, y brindar un servicio a todas aquellas personas rechazadas y necesitadas debido a algún padecimiento o enfermedad cualquiera que esta sea.

3.7.2 Organización

El Albergue es una institución de asistencia privada, dirigida actualmente por las dos hijas del fundador ya fallecido, este lugar comenzó albergando a niños y adultos pero debido a la difícil integración entre ellos se aceptan solo niños mayores de 15 años. El Albergue no tiene límite en su capacidad, aceptan a todo el que lo necesite, actualmente tiene a 60 personas, de los cuales 8 son personas con VIH-SIDA, teniendo el menor 16 años y el mayor 40 todos ellos varones.

3.7.3 Recursos Financieros

Los ingresos necesarios para su sostenimiento son de donativos y contribuciones son de varias instituciones Alcohólicos Anónimos (materiales), un salón de eventos sociales (alimentos), Central de Abastos (alimentos) y un particular les lleva

la comida preparada una vez a la semana día alimentos. Las contribuciones personales son en dinero o especie como, ropa, muebles y medicamentos, obteniendo así una camioneta y equipo de computo.

Otro de sus ingresos es gracias a la venta del libro escrito por el fundador.

La atención medica general es brindada por el Hospital General Iztapalapa, el Hospital General Gea González y el Hospital de Nutrición en Tlalpan en donde se les cobra el mínimo.

Los servicios Funerarios se los ofrecen con un precio menor y La funeraria Gayoso les regala ataúdes.

3.7.4 Personal que labora en el lugar

- Directora General.
- 1 enfermera voluntaria.
- 1 voluntaria que baña enfermos.
- 1 doctor que solo es llamado en caso de necesidad.
- Los pacientes realizan todas las demás actividades.

3.7.5 Programa arquitectónico

- *Planta baja.*
 - Cochera (que sirve a su vez como dormitorio común).
 - Salón de usos múltiples (que sirve a su vez como dormitorio común y como comedor)
 - Cocina.
 - Oficina de Directora General.
 - 2 baños completos y uno de visitas.
 - Un espacio de almacenaje para cobijas y catres.
 - 1 Elevador de carga (adaptado para sillas de ruedas).

- *Planta Alta.*

- Dormitorio para mujeres con literas.
- Dormitorio mixto con literas.
- 2 Baños completos.
- Área de lavado y secado. ^{xvii}



Fig. 41. Albergue para adultos “Enfermos anónimos en recuperación”

3.8 Albergue para adultos "Árbol de la vida"

Enfermos en Superación.

Albergue para personas con VIH-SIDA y enfermedades crónicas.

Institución de asistencia privada.

Dirección: Clavería No. 75. Col. Clavería.

Delegación Azcapozalco. México, D.F.

Tel. 5386 0111 5386 0034.

E-mail: albergues@compuserve.com.mx.

3.8.1 Antecedentes del Albergue

Es una institución no lucrativa de Asistencia Privada Integrada por hombres y mujeres de diferentes edades y condición social que dan apoyo integral a personas de bajos recursos económicos.

Se funda el 6 de agosto de 1978 con el nombre de "Desahuciados Anónimos", modificado posteriormente "Árbol de la Vida" Enfermos en superación, es la primera institución que da servicio de albergue a personas con VIH-SIDA en México, en 1986, gracias a la idea de algunos enfermos que fueron calificados como incurables por la ciencia médica y por ese motivo rechazados en clínicas y hospitales por considerarlos un estorbo o una carga social sin ningún resultado positivo. Ante esta situación algunos enfermos decidieron unirse para apoyarse mutuamente con sus propios recursos, esfuerzos y filosofía de vida.

En 1990 la arquidiócesis de México dona el inmueble donde se encuentra actualmente la institución.^{xviii}

3.8.2 Objetivos

1. Ofrecer una mejor calidad de vida a personas que padecen enfermedades crónicas o incurables como el VIH-SIDA, cáncer, leucemia, diabetes o trastornos emocionales.
2. Frenar el impacto de la enfermedad por VIH-SIDA, principalmente en las comunidades más desprotegidas y grupos marginados, por medio de pláticas de prevención.
3. Ofrecer una opción positiva de vida a personas con estas enfermedades, ayudarles a que aprendan a vivir con las mismas y que transformen su vida, de cantidad en vida de calidad.
4. Establecer relación con instituciones similares nacionales e internacionales para intercambiar experiencias y trabajo conjunto.
5. Sensibilizar a la población en general sobre la problemática del VIH-SIDA a través de educación comunitaria.^{xix}

3.8.3 Recursos financieros

Sus ingresos para su sostenimiento son por en su mayoría por medio de donaciones:

1. La comunidad en general les dona comida, ropa, y dinero deducible de impuestos.
2. La beneficencia pública dona 5,000 pesos mensuales.
3. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público dona 900 pesos mensuales.
4. Gayoso dona ataúdes y no les cobra el cementerio.
5. No pagan consumo de agua, solo pagan teléfono y luz.

6. El Hospital General Medica Sur atiende a sus pacientes y les da medicamento, casi el 90% de estos no pagan nada.
7. Cuentan con el servicio de cuatro psicólogos voluntarios para consulta externa, donde se cobra la consulta hasta en 120 peso.
8. Manejan la renta de 9 computadoras e impresoras con servicio de Internet, las cuales fueron donadas.
9. Ofrecen bazares con objetos realizados por los pacientes, con material donado.
10. Ofrecen pláticas, a cambio de despensa o dinero.

3.8.4 Servicios que ofrece la institución

1. Terapia de auto ayuda.
2. Terapia ocupacional.
3. Albergue temporal.
4. Alimentos, ropa y medicamentos.
5. Atención psicológica.
6. Atención médica.
7. Pláticas de prevención en VIH en instituciones educativas, de salud y sociales.
8. Visitas domiciliarias.
9. Apoyos funerarios.
10. Cursos de información sobre VIH-SIDA.
11. Videoteca.
12. Centro de cómputo.
13. Centro de documentación.
14. Consulta externa psicólogos.^{xx}

3.8.5 Personal que labora en el lugar

1. Directora de la institución (Fundadora del albergue)
2. 1 Cocinero*
3. 1 Recepcionista*
4. 1 Contador Público*
5. 2 Doctores voluntarios (se les llama cuando se les necesita)
6. 4 Psicólogos voluntarios (2 por la mañana y 2 por la tarde).

*Perciben salario.

Los empleados tienen la opción de comer en la Institución.

3.8.6 Programa arquitectónico

o *Planta baja*

1. 2 cocinas
2. 1 salón de usos múltiples
3. 1 área para teléfono
4. 2 Áreas de estar
5. 2 Baños completos
6. 2 Habitaciones para hombres
7. 1 Patio con jardín

o *Planta alta*

1. 1 cochera
2. 1 recepción
3. 2 consultorios para psicólogos
4. 1 baño
5. 1 oficina con TV.
6. 1 Habitación para mujeres
7. Centro de cómputo
8. Centro de documentación



Fig. 42. Albergue "Árbol de la Vida"



Fig. 43. Albergue "Árbol de la Vida"

3.10 Conclusión análogos

Basándose en la información de los albergues análogos mencionados anteriormente se concluyen varios puntos importantes a considerar para el diseño y conceptualización del proyecto:

1. Ubicación cercana a la zona hospitalaria mas frecuentada por los usuarios.
2. El sitio para proyectar el albergue deberá contar con infraestructura y equipamiento urbano.
3. La edificación será conveniente que se desarrolle en forma horizontal para facilidad del manejo de los usuarios.
4. Será importante considerar espacios para esparcimiento cubiertos y al aire libre.
5. Planear un lugar restringido en donde se almacenen ataúdes y donde fácilmente puedan salir del inmueble sin ser vistos por los niños.
6. Las habitaciones se dividirán en sintomáticos, asintomáticos y de fase terminal, a su vez según sexo y edad.
7. Será necesario manejar un área para desechos infecciosos que se comunique fácilmente hacia la calle para el retiro del inmueble de estos.
8. Requerirá un estacionamiento propio, tanto para la gente que labora en el lugar como para la que acuda por información.
9. El personal tendrá espacios para descanso y aseo personal.
10. En las áreas de habitaciones y entretenimiento siempre se deberá contar con áreas para lavado de manos o deberán estar ubicados muy cerca de ellas.
11. El lugar contara con personal de seguridad.
12. El albergue brindara los servicios de profesionales de:
 - Pedagogo
 - Psicólogo
 - Trabajador social
 - Terapeuta
 - Voluntariado
 - Enfermeras
 - Puericultistas
13. Los recursos financieros para la manutención del lugar se obtendrán a través de donaciones.
14. La educación escolar para los usuarios se llevara de forma externa.
15. Se brindaran los servicios de adopción.
16. El personal de puericultistas atenderá a los niños y a su vez la harán de mamás, en cuanto a la atención medica será llevada por doctores y enfermeras.
17. Será importante contar con el servicio de estimulación temprana, debido a que los niños con VIH-SIDA tiene un retraso en su crecimiento.
18. Elevadores.
19. Banco de leches para lactantes.
20. Área para consulta del publico que lo solicite.
21. Aula de usos múltiples: que servirá entre otras cosas para dar platicas a la comunidad.
22. Banco de medicamentos.
23. Áreas de servicio en general:
 - Cocina
 - Bodegas
 - Contenedores de basura
 - Cuarto de maquinas
 - Almacenes
 - Zonas de asepsia
- Comedor

ⁱ Uribe, E. Una esperanza navideña. p. 7B.

ⁱⁱ Albergue Abrázame. Entrevista a Psic. Encanto Gil, 12 nov 1999. 42

ⁱⁱⁱ <http://www.cemi.itesm.mx/serhumano/frame.htm>

^{iv} Ser humano A.C. Construyendo día a día una sociedad sin SIDA.

^v <http://www.mati.net.mx/casadelasal/>

^{vi} Juárez, A. Aligeran la vida a enfermos con SIDA. p. 2C.

^{vii} <http://www.sos-aldeas.htm>

^{viii} Aldea infantil SOS. Entrevista a Psicóloga Alicia Viera. 3 dic. 1999. 44

^{ix} Genser, D. Aldeas de niños SOS. p. 4.

^x Íbidem. p. 5.

^{xi} <http://www.casa-alianza.org/ES/stret-children/aids/>

^{xii} <http://www.casa-alianza.org/ES/about/offices/mexico/>

^{xiii} Fundación Casa Alianza, Entrevista realizada a Coordinadora grupo Luna Psicóloga 17-nov-1999.

^{xiv} <http://www.alberguesdemexico.org.mx/>

^{xv} <http://www.agora.stm.it/albergues>

^{xvi} Albergue Ermita Ajusco. Entrevista a Psic. Martha Ramírez. 20 nov 1999.

^{xvii} Enfermos Anónimos en Recuperación Entrevista a Cristina Romero, 15- nov 1999.

^{xviii} Árbol de la vida, Enfermos en superación I.A.P. México .q

^{xix} <http://www.arboldelavida.org.mx>

^{xx} Albergue Árbol de la Vida. Enfermos Anónimos en Recuperación Entrevista a Gustavo Arroyo, 16- nov 1999.

4.1 Cuadro general de zonas

1. Áreas comunes	Acceso vehicular Estacionamiento Acceso peatonal Plaza de acceso Caseta de vigilancia Área de juegos infantiles Circulaciones y áreas verdes	4. Edificio Albergue	Acceso principal Vestibulo principal
2. Edificio de oficinas	Acceso principal Acceso posterior Área de recepción Vestibulo principal Sala de espera Salón de usos múltiples Sala de consulta Baños hombres Baños mujeres Patio Oficina director general Oficina administrador general Coordinador general de servicios de albergue Área para secretarias Oficina pedagogo Oficina psicólogo Oficina nutrición Oficina trabajo social Escalera principal Escalera posterior Sala de espera Bodega Sala de juntas Terraza	Áreas entretenir	Coordinador de albergue Administrador de albergue Aula para clases preescolar (2) Sala de estimulación temprana Baños hombres, baños mujeres (2) Salas de televisión Aula de cantos y juegos Vestibulo principal planta alta Control Aula para lactantes Asoleadero
3. Espacios complementarios	Bodega de ataúdes Contenedores para basura Tanque elevado Cuarto para equipo de mantenimiento Almacén	Áreas servicios	Comedor Patio de servicio Lavado y planchado Banco de leches Taller de costura Área de estar para personal Baño hombres Baño mujeres Escalera
		Área habitacion	10 Habitaciones para niños mayores de 3 años 10 Habitaciones para niñas mayores de 3 años 4 Habitaciones para niños (as) en aislamiento 1 Habitación para: 6 niños(as) de 0 a 1 año 1 Habitación para: 6 niños(as) de 2 a 3 años 1 Habitación de aislamiento para: 2 niños de 0 a 1 año. 1 Habitación de aislamiento para: 2 niños de 2 a 3 año. Vestibulo Área de estar niños (2) Estaciones de enfermeras Escalera Consultorio medico general (2) Áreas de estar para personal Acceso posterior Elevador restringido Habitación para personal

4.2 Programa arquitectónico

1. Zona de áreas comunes					
Áreas generales	Partes / locales	Actividades	No. pers.	Mobiliario	m2
1.1 Acceso vehicular	1.1.1 Pórtico de entrada	-Recibir automóvil	variable		*
1.2 Estacionamiento (28 autos)	1.2.1 Rampa de acceso para minusválidos	-Albergar automóviles	variable	-28 cajones, rampa	750
1.3 Acceso peatonal	1.3.1 Pórtico de entrada	-Recibidor	variable		*
1.4 Plaza de acceso				-Bancas	100
1.5 Caseta de vigilancia	1.5.1 Barra para control 1.5.2 Área de descanso	-Controlar entrada y salida de personas y autos -Servicio a vigilante -Dormir	2	-Sillas -Cama	

	1.5.3 Baño	-Aseo personal		-Excusado, lavabo	
	1.5.4 Cocineta	-Preparación de alimentos		-Fregadero, parrilla	21
1.6 Área de juegos infantiles	1.6.1 Arenero	-Recreación	variable	-Juegos infantiles	157

Subtotal 1028

2. Edificio de oficinas					
Áreas generales	Partes / locales	Actividades	No. pers.	Mobiliario	m2
2.1 Acceso principal		-Acceso	variable		*
2.2 Acceso posterior		-Acceso	variable		*
2.3 Área de recepción	2.3.1 Control para registro	- Información y registro	1	-Mostrador, teléfono, silla	*
2.4 Vestibulo principal		-Ligar espacios	variable	-Teléfonos públicos	60
2.5 Sala de espera		-Espera y estar de visitantes	11	-Sillones	15.75
2.6 Salón de usos múltiples		-Juntas, conferencias	30	-Estrado, sillas	66.5
2.7 Sala de consulta		-Área de consulta	10	-Sillas con escritorios, sillones individuales	35.75
2.8 Baños hombres		-Higiene personal	3	-Excusados, lavabos	*
2.9 Baños mujeres		-Higiene personal	3	-Excusados, lavabos	43.43
2.10 Patio		-Área de estar		-Mesas, sillas	75
2.11 Oficina pedagogo		-Manejo pedagógico de niños (as)	3	-Escritorio, sillas, computadora, archivero, impresora.	15.75
2.12 Oficina nutrición		-Manejo terapéutico de niños (as)	3	-Escritorio, sillas, computadora, archivero, impresora.	15.75
2.13 Oficina psicólogo		-Manejo psicológico de niños (as)	3	-Escritorio, sillas, computadora, archivero, impresora.	15.75
2.14 Oficina trabajadora social		-Evaluar situación de los egresados al albergue	3	-Escritorio, sillas, computadora, archivero, impresora.	15.75
2.15 Oficina voluntariado		-Organización y manejo de personal y actividades	3	-Escritorio, sillas, computadora, archivero, impresora.	15.75

2.16 Oficina coordinador general albergue		-Coordinador de las diferentes áreas del albergue y oficinas	3	-Escritorio, sillas, computadora, archivero, impresora.	15.75
2.17 Escalera principal		- Área de circulación	variable		13
2.18 Escalera posterior		- Área de circulación	variable		13
2.19 Sala de espera		-Espera y estar de visitantes	6	-Sillones	15.75
2.20 Área para secretarías		-Apoyo secretarial	2	-Escritorio, sillas, computadora, impresora, archiveros, fotocopiadora.	37.5
2.21 Oficina director general		-Dirigirección del albergue en su totalidad	3	-Escritorio, sillas, computadora, archivero, impresora.	31.5
2.22 Oficina medico de rehabilitación		-Coordinar terapias y personal de rehabilitación	3	-Escritorio, sillas, computadora, -Escritorio, sillas, computadora,	31.5
2.23 Oficina administrador general		-Manejo de la parte administrativa general del Albergue y oficinas	3	archivero, impresora.	31.5
2.24 Bodega		- Almacenar		-Anaqueles	5
2.25 Sala de juntas	2.25.1 Estación de servicio	- Juntas - Servicio de alimentos para sala de juntas	12	-Sillas, mesa -Fregadero, alacenas, microondas, cafetera	33.5
2.26 Terraza		- Área de estar	variable	-Sillas, mesas	40

Subtotal 643.18

3. Edificio Albergue

Áreas generales	Partes / locales	Actividades	No. pers.	Mobiliario	m2
3.1 Acceso principal			variable		*
3.2 Vestíbulo principal	3.2.1 Área para elevador 3.2.2 Escaleras	-Ligar espacios -Transportación - Área de circulación	variable	-Elevador	80
Áreas de entretenimiento					
3.3 Coordinador de albergue		-Coordinación de las diferentes actividades del albergue	3	-Escritorio, sillas, librero	38.5
3.4 Aula para clases preescolar		-Impartición de clases	40	-Mesas, sillas, módulos para guardado	75
3.5 (2) Sala de estimulación de temprana		-Estimulación temprana	30	-Colchonetas, barra para aprender a caminar, juegos didácticos, módulos para guardado	75
3.6 Baños hombres		-Higiene personal	6	-Excusados, lavabos	43.43
3.7 Baños mujeres		-Higiene personal	5	-Excusados, lavabos	43.43
3.8 (2) Salas de televisión		-Área de estar	40	-Sillas, televisiones	75
3.9 Aula de cantos y juegos		-Cantar y jugar	15	-Piano, sillas, juguetero	75
3.10 Vestíbulo principal planta alta	3.10.1 Área para elevador 3.10.2 Escaleras	-Ligar espacios -Transportación - Área de circulación		-Elevador	60
3.11 Administración Albergue		-Control administrativo de albergue	3	-Escritorio, sillas, librero	38.5
3.12 Aula para lactantes	3.12.1 Aseo personal	-Comer, estar -Cambio de pañal y baño	15	-Sillas altas, carro para leche, fregadero -Mueble para cambio de pañal, artesa	90
3.13 Asoleadero		- Asolearse	20	- Barra para aprender a caminar	48.75

Subtotal 742.61

Áreas de servicios					
3.14 Comedor	3.14.1 Cocina	-Consumir alimentos -Preparación de alimentos, lavado y guardado de trastes.	44-60	-Mesas, sillas, carros de servicio a mesa -Estufa, fregadero, congelador lavadora de trastes, almacén de comidas, alacena de loza	90 48.75
	3.14.2 Baños hombres	-Aseo personal	6	-Excusado, lavabo	
	3.14.3 Baños mujeres	-Aseo personal	5	-Excusado, lavabo	43.43
3.15 Patio de servicio	3.15.1 Acceso de servicio	-Carga y descarga de alimentos, basura, etc.			
	3.15.2 Escalera de servicio	- Área de circulación		-Tarja, repisas	
	3.15.3 Cuarto de aseo	-Guardar material de limpieza		-Equipo para subestación eléctrica	
	3.15.4 Subestación eléctrica	-Electricidad			65
	3.15.5 Bodega mantenimiento				
3.16 Lavado y planchado	3.16.1 Almacén de ropa limpia	-Lavar y planchar ropa		-Lavadoras, secadoras, closet, carritos para ropa sucia	31.5
	3.16.2 Almacén de ropa sucia	-Almacenar ropa limpia		-Guardarropa	
	3.16.3 Patio para tendido	-Almacenar ropa sucia -Tendido de ropa		-Cestos -Tendederos, lavadero	16
3.17 Banco de leches	3.17.1 Almacén	-Preparación de leches -Almacenamiento de leches		-Lavadora de biberones, esterilizadores, fregaderos -Refrigeradores, congelador, anaqueles, básculas, fregadero	45
3.18 Taller de costura		-Cocer			32.5
3.19 Área de estar para personal	3.19.1 Área de estar	-Descanso	7		
	3.19.2 Área para café	-Comer	11		
	3.19.3 Lockers	-Guardado de objetos personales			
	3.19.4 Baño hombres	-Aseo personal	1	-Excusado, lavabo	
	3.19.5 Baño mujeres	-Aseo personal	1	-Excusado, lavabo	70
			Subtotal		442.18

Área de habitaciones					
3.23 (10) Habitaciones para niños mayores de 3 años	3.23.1 Baño	-Descanso y estar -Aseo personal	10	-Regadera, excusado, lavabo	260.5
3.24 (10) Habitaciones para niñas mayores de 3 años	3.24.1 Baño	-Descanso y estar -Aseo personal	10	-Regadera, excusado, lavabo	260.5
3.25 (4) Habitaciones individuales para niños (as) en aislamiento	3.25.1 Baño	-Descanso -Aseo personal	4	-Regadera, excusado, lavabo	100.32

3.26 Habitación para niños(as) de 0-1 año	3.26.1 Aseo personal	-Descanso y estar -Cambio de pañal y baño	6	-Cuneros, modulo para guardado, juguetero, carros para leche -Mueble para cambio de pañal, artesa	450
3.27 Habitación para niños en aislamiento de 0-1 año	3.27.1 Aseo personal	-Descanso y estar -Cambio de pañal y artesa	2	-Cuneros, modulo para guardado, -Mueble para cambio de pañal, artesa	33
3.28 Habitación para 6 niños de 2-3 años	3.28.1 Aseo personal 3.28.2 Baño con vestidor	-Descanso y estar -Cambio de pañal y baño -Aseo personal	6	-Cunas, modulo para guardado, juguetero, carros para leche -Mueble para cambio de pañal, artesa -Regadera, excusado, vestidor	450
3.29 Habitación para niños (as) en aislamiento de 1-3 años	3.29.1 Aseo personal	-Descanso y estar -Cambio de pañal y artesa	2	-Cuneros, modulo para guardado, -Mueble para cambio de pañal, artesa	33
3.30 Vestíbulo		-Ligar espacios	variable		*
3.31 Área de estar niños		-Descanso y estar	4		30
3.32 (2) Estaciones de enfermeras	3.17.1 Archivo 3.17.2 Baño	-Control y supervisión de niños -Archivar -Aseo personal	1	-Bascula, tarja, anaqueles, barra de servicio, sillas -Anaqueles -Excusado, lavabo	18.8
3.33 Escalera		- Área de circulación	variable		13
3.34 Consultorio medico general	3.19.1 Área de oscultación 3.19.2 Baño	-Consulta -Revisión del paciente -Aseo personal	3 3 1	-Escritorio, sillas, computadora, impresora -Lavabo, mesa de oscultación, silla, tarja, anaquel para medicinas -Excusado, lavabo	35
3.35 (2) Áreas de estar para personal	Área de estar Área para café 3.20.1 Estación de servicio	-Descanso -Comer -Servicio de alimentos para sala de juntas	4	-Sillones, mesas -Sillas, mesa -Fregadero, alacenas, microondas, cafetera	26
3.36 Acceso posterior			variable		*
3.37 Elevador restringido		-Transportar		-Elevador	30
3.40 Habitación para personal		-Descanso	4	-Camas	35
Subtotal					1775.12

4.Servicios complementarios

4.1 Bodega de ataúdes		-Almacenar			*
4.2 Contenedores para basura	4.2.1 Área para basura 4.2.2 Área para residuos biológicos infecciosos	-Almacenar -Almacenar		-Contenedores -Contenedores	25
4.3 Tanque elevado		-Suministro de agua		-Equipo para tanque elevado	35
4.4 Cuarto para equipo de mantenimiento		-Guardar equipo para mantenimiento			*
4.5 Almacén		-Almacenar objetos del albergue			*

Subtotal 60

4691.09
Circulaciones y áreas verdes 10% 469.109
TOTAL 5160.20

5. Concepto de diseño

Desde el punto de vista de la Psicología Ambiental, se destaca la importancia que tiene el diseño en el mejoramiento de la calidad de vida, ya que el ambiente construido constituye la interfase entre el sujeto y el clima del lugar, resguardándolo de los cambios bruscos que se dan en el medio ambiente natural, dándole con esto, mayor control sobre su entorno y así facilitando el desarrollo del ser humano.ⁱ Por lo tanto, se plantea que el diseño posibilita, regula y propicia las relaciones que forman la estructura y la dinámica misma de la sociedad.

La relación entre la arquitectura y la psicología no es algo nuevo ni extraño, siempre se ha aceptado que la transformación arquitectónica funciona como el soporte de la vida biológica, psicológica y cultural de sus habitantes. Por tal motivo, la arquitectura no juega un papel pasivo, como un simple apoyo estático para los fines de un grupo o de un organismo social, sino que desempeña un papel activo en la estructuración física de la existencia humana.

El considerar las necesidades y valores de los usuarios para poder realizar diseños que realmente incidan en el bienestar de las personas hace que las construcciones cumplan de una mejor manera los requerimientos de estas.

Debido a que en la actualidad, la mayor parte de nuestras actividades diarias se desarrollan en entornos construidos de diferentes tipos. Por lo tanto, parece lógico

que nuestro ambiente construido afecte o intervenga en nuestras actividades.

La relación entre el ambiente y la conducta es recíproca, es decir, las personas influyen activamente en las condiciones del ambiente mientras que el ambiente también afecta a la conducta humana.

Según una perspectiva determinista establece que una condición ambiental negativa, como la aglomeración, conduce inevitablemente a reacciones humanas negativas, tales como malestares físicos o emocionales.ⁱⁱ

5.1 Concepto

Partiendo del hecho de que el espacio influye en el estado emocional de la gente, fue necesario realizar visitas a Instituciones análogas para poder conocer y vivir los espacios existentes en la ciudad de México, de los cuales parten las necesidades reales que tienen las personas que padecen una enfermedad terminal como lo es el VIH-SIDA. De los datos obtenidos durante las entrevistas al personal encargado del lugar y a los usuarios se definió el programa arquitectónico y el concepto.

El concepto generador del proyecto es "calidad de vida", consiste en diseñar el primer Albergue para niños huérfanos con VIH-SIDA en la ciudad de México y brindar espacios específicamente planeados para el mejoramiento y disfrute de la vida diaria de estos. Se planea que el espacio influya positivamente tanto de forma física como psicológica a los usuarios, por medio de una atención integral que cubra todas sus necesidades básicas especiales.

A través de una arquitectura no complicada, generadora de espacios sencillos, amplios y privados; los cuales mantengan ya sea contacto visual o directo con las áreas verdes del lugar.

5.2 Premisas de diseño

Los principales aspectos considerados para el diseño del Albergue fueron los siguientes:

1. Espacios abiertos donde se puedan realizar actividades al aire libre y tener un contacto con la naturaleza.
2. Espacios amplios, donde se llevan las actividades cotidianas con vistas hacia los jardines.
3. Espacios distribuidos en forma horizontal y continua desarrollados en dos niveles, para facilitar los recorridos tanto del personal como el de los niños.

La planta de forma irregular contiene espacios ordenados que son la resultante del predio y son integrados con muros rectos y curvos que a su vez son los generadores de las áreas que sirven de esparcimiento de los niños.

El pasillo conector entre la zona administrativa (área pública) y el Albergue (área privada) es el eje compositivo que rige al proyecto desde el acceso principal a cualquier área del conjunto.

La integración armónica de sus formas y la utilización de colores primarios en puntos importantes otorgan al conjunto una idea personalizada para él género de proyectos arquitectónicos en asistencia privada.

5.3 Memoria descriptiva

El conjunto está resuelto en dos áreas específicas, un área pública en la cual se encuentra la zona de oficinas y atención al público y la privada en donde están todas las instalaciones necesarias para el Albergue.

El conjunto consta de 4 elementos principales organizados mediante un eje rector, y están distribuidos de la siguiente manera:

- *Área pública*

1. Edificio de oficinas

- *Área privada*

2. Área de servicios y entretenimiento
 3. Área de dormitorios para niños y niñas.
 4. Área de dormitorios para niñas.
 5. Habitaciones de aislamiento o fase terminal.
1. En este edificio se encuentra toda la parte operativa de Albergue, en la cual se encuentran además de las oficinas el área de consulta e información para el público en general.
 2. El área de servicios se localiza en el ala norte del albergue, concentrándose ahí todos los servicios para el funcionamiento de este.
 3. Esta área se ubica sobre el eje rector del conjunto en forma lineal, con vista a jardín en sus dos fachadas.

4. Esta área forma parte del remate del conjunto en donde en forma radial se distribuyen las habitaciones.

La orientación buscada principalmente para el diseño del conjunto fue oriente-poniente, considerando que con esta disposición se aprovecha más la iluminación en los espacios durante el día. Las fachadas orientadas hacia el sur son tratadas basándose en parteluces que permiten la entrada de luz y calor de forma menos directa, buscándose siempre la iluminación y confort natural.

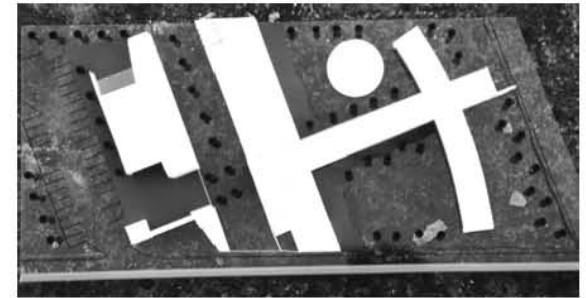


Fig. Albergue para niños huérfanos con VIH-SIDA.

ⁱ Luna, G. Normas para evaluar la habitabilidad de la vivienda. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología. México. 1996.

ⁱⁱ Holahan, J. Psicología ambiental. pp. 14

6. Marco Contextual

6.1 Fundamentación del terreno

Considerando el hecho de que los niños son llevados frecuentemente, mencionado en el capítulo 3, a centros de salud para supervisión médica normal, y aunado a que el albergue no contara con servicios de terapias intensiva para emergencias, se tomo como prioridad el hecho de que el albergue sea situado en un terreno donde por ubicación tenga un fácil acceso a vías principales, para así acudir a las instituciones que acostumbran regularmente

Tomando en cuenta que en la delegación Tlalpan se encuentran la mayor parte hospitalaria a la que son trasladados los niños, se busco un terreno en esta área, que perteneciera a un uso de suelo permitido, habitacional de clase media baja, por tratar de evitar en medida de lo posible el rechazo del albergue, rodeada por calles con una afluencia moderada, con dimensiones no menores a 6,000 m², según estudios de áreas. Tratando así de lograr cubrir los requerimientos de salud y espacio necesarios para el proyecto del conjunto.

El terreno se localiza en la calle Clavel Sur, Colonia San Andrés Totoltepec, a 10 minutos en automóvil y 30 en transporte publico de la zona de hospitales de la Delegación Tlalpan.

Contando con dos alternativas de recorrido, ambas vías rápidas:

Carretera Federal a Cuernavaca y Autopista México – Cuernavaca, pasando por Viaducto Tlalpan y desembocando en Av. San Fernando y Calzada de Tlalpan.



Fig. 70¹

¹ Palacios, J. Super guía roji. Ciudad de México. plano.122, 135

Alternativa 1
Alternativa 2
Terreno

Fig. 70

6.1 Fundamentación del terreno

Considerando el hecho de que los niños son llevados frecuentemente, mencionado en el capítulo 3, a centros de salud para supervisión médica normal, y aunado a que el albergue no contara con servicios de terapias intensiva para emergencias, se tomo como prioridad el hecho de que el albergue sea situado en un terreno donde por ubicación tenga un fácil acceso a vías principales, para así acudir a las instituciones que acostumbran regularmente

Tomando en cuenta que en la delegación Tlalpan se encuentran la mayor parte hospitalaria a la que son trasladados los niños, se busco un terreno en esta área, que perteneciera a un uso de suelo permitido, habitacional de clase media baja, por tratar de evitar en medida de lo posible el rechazo del albergue, rodeada por calles con una afluencia moderada, con dimensiones no menores a 6,000 m², según estudios de áreas. Tratando así de lograr cubrir los requerimientos de salud y espacio necesarios para el proyecto del conjunto.

El terreno se localiza en la calle Clavel Sur, Colonia San Andrés Totoltepec, a 10 minutos en automóvil y 30 en transporte publico de la zona de hospitales de la Delegación Tlalpan.

Contando con dos alternativas de recorrido, ambas vías rápidas:

Carretera Federal a Cuernavaca y Autopista México – Cuernavaca, pasando por Viaducto Tlalpan y desembocando en Av. San Fernando y Calzada de Tlalpan.

Fig. 70¹

¹ Palacios, J. Super guía roji. Ciudad de México. plano.122, 135

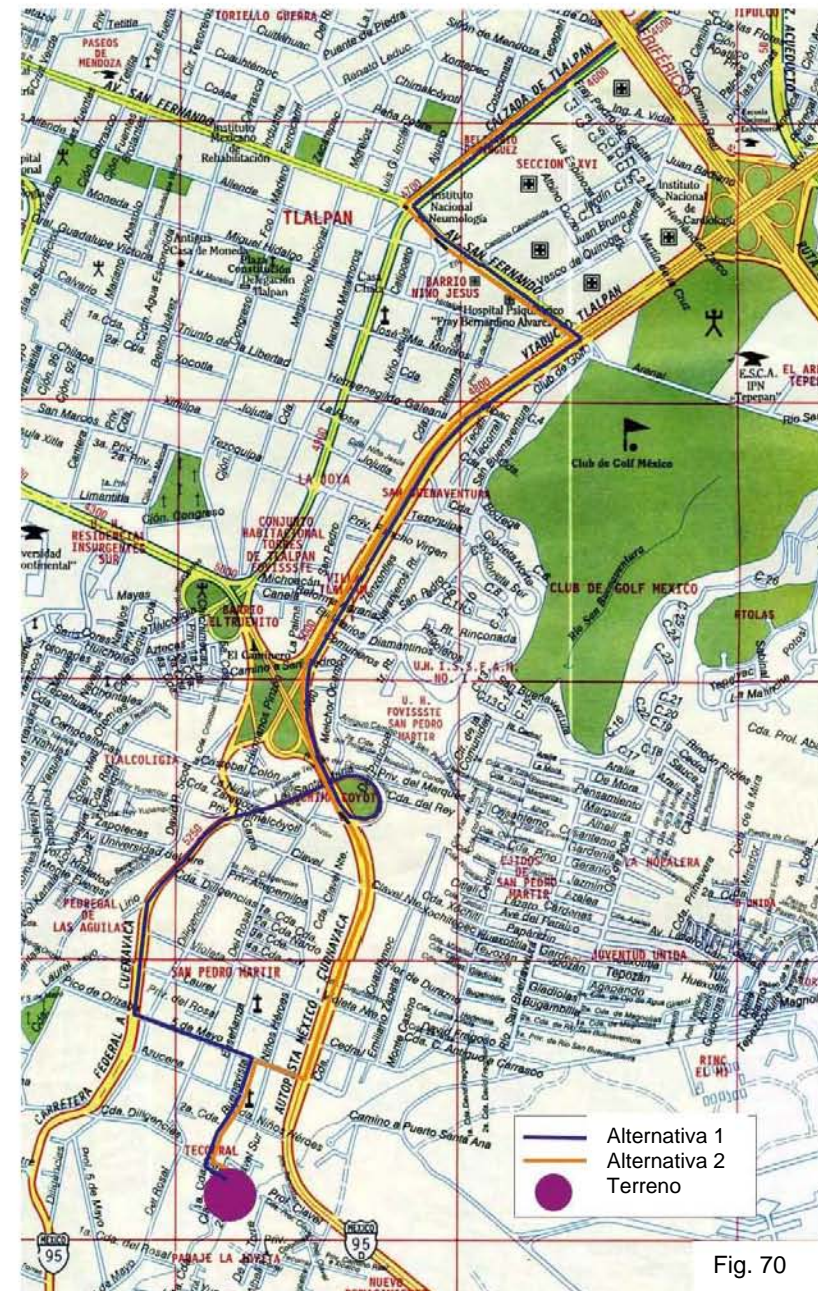


Fig. 70

6.2 Información delegacional

El Albergue para niños con VIH-SIDA, es ubicado en el Distrito Federal en la delegación Tlalpan.

6.2.1 Ubicación

Distrito Federal integra junto con los estados de Puebla, Veracruz, Morelos, Guanajuato, Tlaxcala, Hidalgo y Querétaro, la región centro del país. (Fig. 44)

Este a su vez se conforma por 16 delegaciones:

- 002 Azcapotzalco
- 003 Coyoacán
- 004 Cuajimalpa
- 005 Gustavo A. Madero
- 006 Iztacalco
- 007 Iztapalapa
- 008 Magdalena Contreras
- 009 Milpa Alta
- 010 Álvaro Obregón
- 011 Tláhuac
- 012 Tlalpan**
- 013 Xochimilco
- 014 Benito Juárez
- 015 Cuauhtémoc
- 016 Miguel Hidalgo
- 017 Venustiano Carranza

Fig. 45.ⁱ

6.2.2 Delegación Tlalpan

- Situación geográfica y medio físico natural

La delegación Tlalpan se sitúa a los 19° 09' 57" de latitud norte y 99° 09' 57" de longitud oeste. La máxima altitud es de 3930 en la cumbre del cerro Cruz del Marqués, la mínima es 2260 y se ubica en los

alrededores del cruce de las avenidas Anillo Periférico y Viaducto Tlalpan.

La Delegación Tlalpan colinda al norte con las delegaciones de Álvaro Obregón y Coyoacán, al oriente con las delegaciones Xochimilco y Milpa Alta, al poniente con la delegación Magdalena Contreras y hacia el sur con los límites de los estados de Morelos y México, con los municipios de Huitzilac y Santiago Tlanquistenco, respectivamente.ⁱⁱ

La Delegación tiene una superficie de 30,449 has, que representan el 20.7% con respecto a la superficie total del Distrito Federal (148,353 has). El suelo urbano esta conformado por 5,023 has y el suelo de conservación lo conforman 25,426 ha. con 16.4% y el 83.6% respectivamente.

Se ha caracterizado por ser una delegación con tendencia al equilibrio en cuanto a su dinámica de crecimiento, y además forma parte de las delegaciones ubicadas al sur del Distrito Federal, que cuentan con suelo de conservación, siendo esto importante por el desarrollo ecológico y la autorregulación de sus ecosistemas locales.ⁱⁱⁱ

6.2.3 Medio físico

- Topografía.

El territorio de la delegación tiene un relieve predominantemente montañoso y de origen volcánico (Cerro La Cruz del Marqués, Cerro Pico del Águila, Volcán Cerro Pelado, Volcán Acopiaco, Volcán Tesoyo y el Volcán Xictle), es una zona boscosa, generadora de oxígeno y de recarga acuífera.



Fig. 44

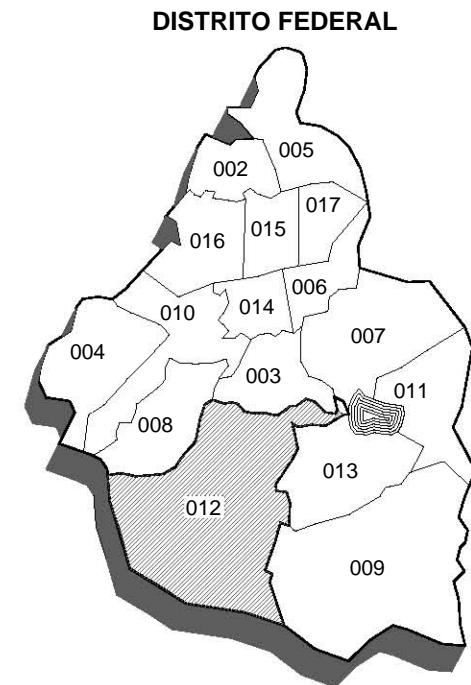


Fig. 45

- **Clima**

Con respecto a las características del clima, las temperaturas medias anuales en las partes más bajas de la demarcación tlalpense oscilan entre 10°C y 12°C, mientras que en las regiones con mayor altitud son inferiores a los 8°C.

La precipitación total anual varía de 1000 a 1500 mm. Registrándose en la región sur la mayor cantidad de humedad.

Los meses de temperatura más elevada son abril y mayo; Los de mayor precipitación de julio a septiembre. Con relación a los parámetros de temperatura y precipitación, el clima varía de templado subhúmedo en la porción norte, a semifrío subhúmedo conforme aumenta la altitud, hasta tornarse semifrío húmedo en las partes más altas. Fig. 46 a la 51, 53, 54, 57. ^{iv}

- **Vegetación**

La vegetación se constituye básicamente por el llamado “palo loco” en forma extensa y cubre todo el predelgado. Este es una variedad de matorral heterogéneo con diferencias de su composición floral. También se produce pirul y aún encino de varias especies duras principalmente, le sigue el pino, al sur y sureste del Xictle y en las regiones altas del Ajusco. Por último se dan variedades de ocote, jacalote, oyamel y aile.

En cuanto a la vegetación de la región montañosa la constituye el bosque de coníferas y diversas especies de cedros. La vegetación arbórea, la constituye el madroño, cuchara y huejote.

Dentro de los matorrales, crece jarilla verde, limoncillo, zarzal, escoba o perilla, chía, hediondilla y mejorana. (Fig.68). ^v

6.2.4 Medio ambiente

Debido a las condiciones geográficas del lugar en que se ubica la delegación, no permite una fácil dispersión de los contaminantes. Además la dirección de los vientos en el valle de México, permite que sean acarreadas hacia las delegaciones del sur, las emisiones provenientes tanto de la zona norte como de la zona noreste del Valle de México, zonas que presentan altas concentraciones de actividad industrial. ^{vi}

Clima

Tipo o Subtipo	Símbolo	% de la superficie delegacional
Templado subhúmedo con lluvias en verano, de mayor humedad.	C (W2)	32.32

Fig. 46

Temperatura media anual (Grados centígrados)

Estación	Periodo	Temp. promedio	Temp. del año más frío	Temp. del año más caluroso
Tlalpan	1928-1960	16.4	14.2	19.7

Fig. 47

Temperatura media mensual promedio (grados centígrados) Periodo (1928-1960)

Estación y concepto	Mes					
	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Tlalpan	12.7	14.8	17.1	18.0	19.1	19.2

Estación y concepto	Mes					
	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Tlalpan	18.6	17.7	17.0	15.7	14.2	12.6

Fig. 48,49

Precipitación total anual

Estación y concepto	Periodo	Precipitación	Precipitación	Precipitación
Tlalpan	1928-1960	881.7	701.8	1358.8

Fig. 50

• Climas

TLALPAN

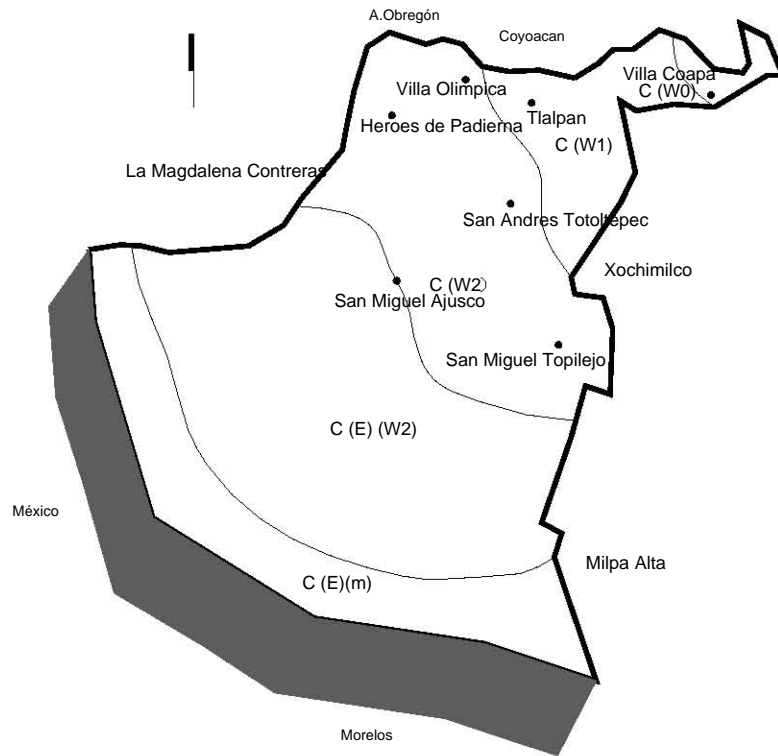


Fig.51 ^{vii}

Simbología	
C (W ")	Clima
•	Estación meteorológica
09-065	Clave de estación
A	Edificio Sede Delegación
○	Localidad

• Hidrografía

TLALPAN

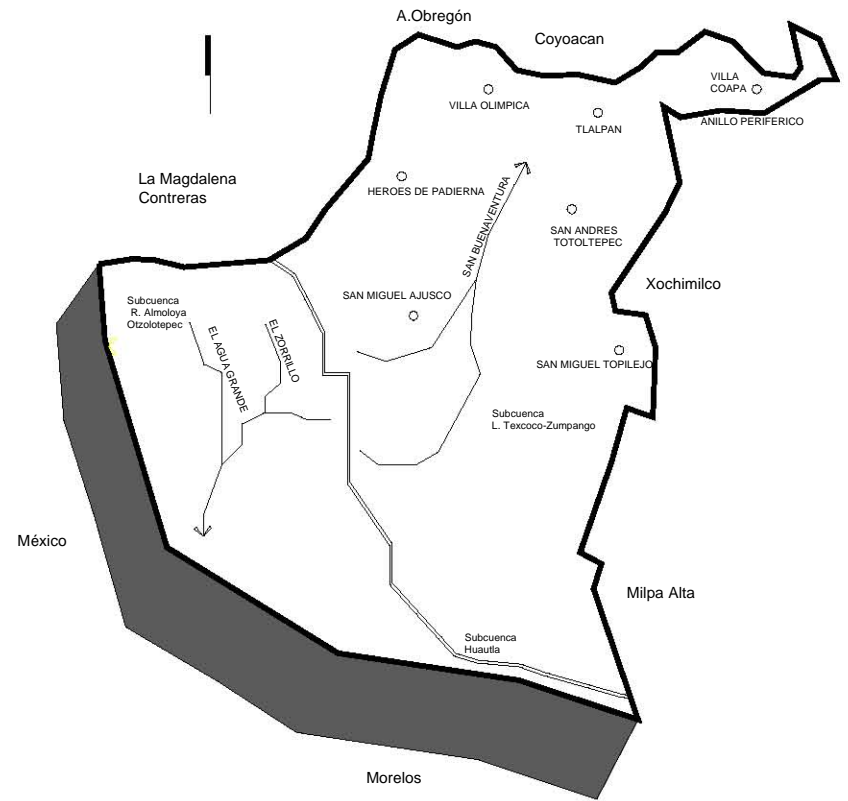


Fig.52 ^{viii}

Simbología	
subcuenca	Región hidrológica
D	Cuenca
===	Límite de región hidrológica
—	
W	Corriente de agua
A	Edificio Sede Delegación
○	Localidad

6.2.5 Áreas verdes

La delegación cuenta con una gran extensión de áreas verdes y espacios abiertos formados por el Bosque de Tlalpan, el Parque Nacional Fuentes Brotantes y toda el área del Suelo de Conservación Ecológica a excepción de los Poblados Rurales.

Existe una distribución desequilibrada de los usos del suelo y hay insuficiencia de áreas verdes en el área urbana.^{ix}

6.2.6 Diagnóstico

- Relación con la ciudad

En esta delegación se encuentra una gran infraestructura de la planta hospitalaria pública y privada como son siete Hospitales, 6 Institutos, 3 Clínicas, una Unidad Medico Quirúrgica y 22 Centros de Salud y la Fundación Privada Medica Sur.

También se encuentran instaladas once instituciones de Educación Superior (pública y privada).

En materia de recreación en la delegación se ubican el bosque de Tlalpan y el Centro de Diversiones Six Flags.

El área de conservación ecológica y la zona rural de Tlalpan significan para la Ciudad de México aproximadamente 27 000 has de bosques, praderas y zonas de recarga de agua potable a los mantos acuíferos, por lo que esta gran extensión se considera prioritaria para su preservación.^x

- Estructura urbana

Existen tres componentes básicos en la estructura urbana de la delegación:

1. La vialidad, como elemento unificador entre áreas, zonas, poblados, barrios y colonias.

2. Los usos del suelo y la distribución de sus actividades.
3. Equipamientos principales.

1. Vialidad y transporte.

La estructura vial de la delegación de Tlalpan cuenta con una vialidad transversal de nivel regional en sentido oriente-poniente que es el Anillo Periférico, tres vialidades de acceso y conexión con la delegación de Coyoacan por la Avenida Insurgentes Sur, Calzada de Tlalpan y Viaducto Tlalpan ubicadas al centro de la delegación, en la zona de Coapa cruzan a la delegación en el sentido norte-sur las Avenidas Canal de Miramontes y División del Norte provenientes de la delegación Xochimilco.

La vialidad secundaria de la delegación Tlalpan se encuentra limitada principalmente en el sentido oriente-poniente.^{xi}

El transporte público tiene una cobertura de aproximadamente un 80% de las zonas de la delegación y el restante 20% corresponde a algunas colonias del sur poniente de la misma. En lo referente al transporte y rutas que dan servicio a la delegación cuentan con transporte concesionado, transporte y servicios terrestres, sindicatura de Banobras (Ex Ruta 100), tren ligero (dos estaciones) y trolebuses (un tramo). (Fig.50, 51, 52, 53)

Precipitación total mensual. (mm) Periodo (1928-1960)

Estación y concepto	Mes					
	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Tlalpan	11.2	0.7	6.7	22.8	85.6	120

Estación y concepto	Mes					
	Julio	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Tlalpan	187.1	183	150	77.2	20.1	17.4

Fig. 53, 54

Velocidad máxima y dirección de viento

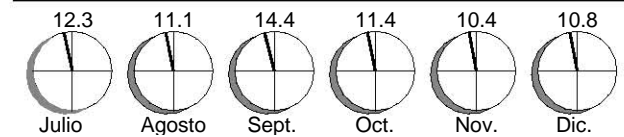
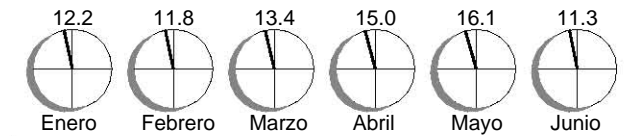


Fig. 55

Asoleamiento

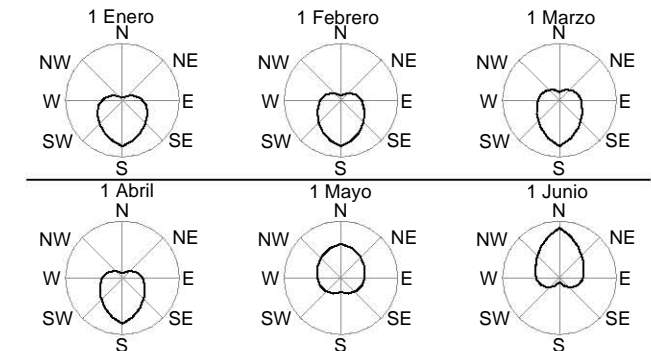


Fig. 56

• Orografía

TLALPAN

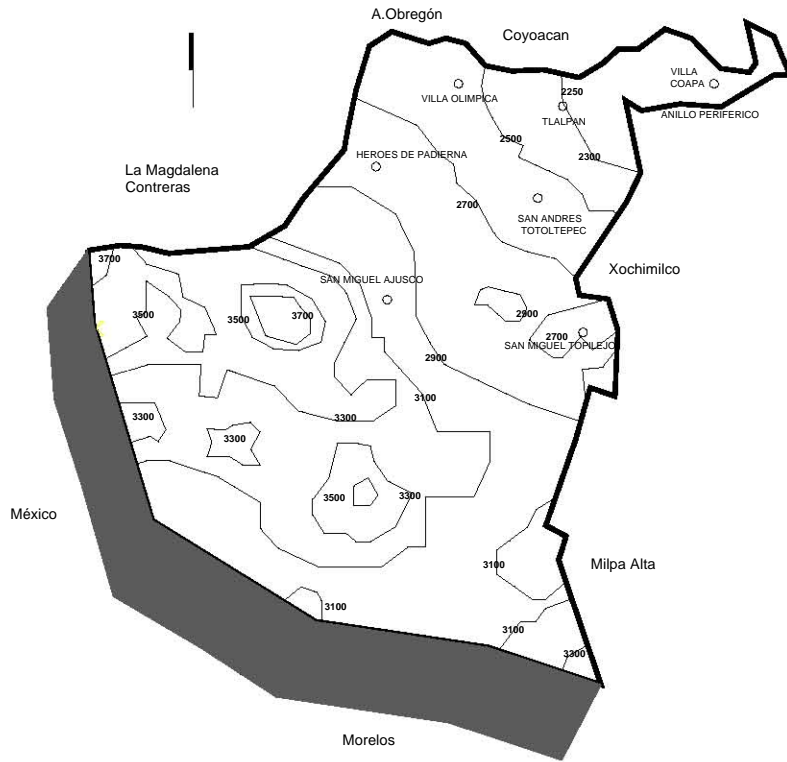


Fig. 57^{xii}

Simbología	
	Curva de nivel
	Elevación principal
	Edificio Sede Delegación
	Localidad

• Infraestructura para el transporte

TLALPAN

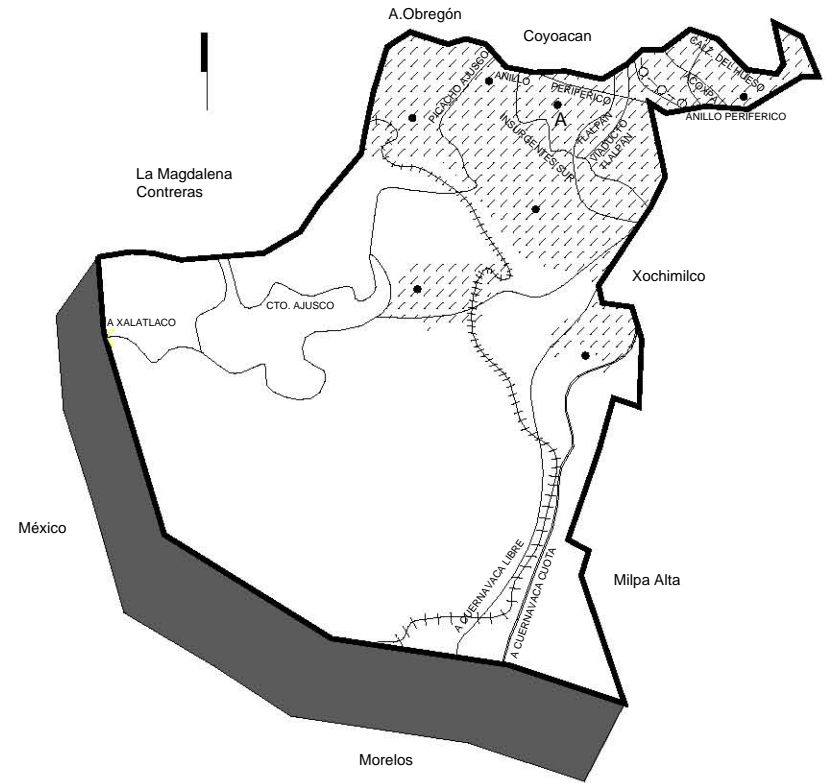


Fig. 58^{xiii}

Simbología	
	Vías principales
	Carretera de mas de dos carriles
	S.C.T (Tren ligero)
	Ferrocarril
	Estación tren ligero
	Zona urbana
	Edificio Sede Delegación
	Localidad

2. Uso de Suelo.

El uso de suelo urbano es básicamente habitacional y de servicios, mientras que los espacios dedicados a la industria son mínimos. Con la presencia de usos del suelo con actividades de atención metropolitana como la zona de hospitales, la zona cultural del Colegio de México, centros comerciales y el comercio en vialidades en la zona de Villa Coapa.

La delegación muestra un uso habitacional y de servicios en su área urbana con más de dos terceras partes de su territorio urbanizado, mientras que el porcentaje en todo el Distrito Federal en este uso es de sólo un 24%.

3. Equipamiento.

Tal como se menciono anteriormente la delegación cuenta con un alto nivel de equipamiento en servicios de salud, tiene un gran conjunto hospitalario de importancia metropolitana e incluso nacional, como son los Institutos Nacionales de Cardiología, Nutrición y Neurología, el Hospital Psiquiátrico Infantil, el Hospital Regional de PEMEX, El Hospital General Manuel Gea González, entre otros.

En cuanto a servicio de Casas de Asistencia, cuenta con 2 asilos, 3 internados, y 7 institutos de asistencia.

En lo general la delegación tiene una cobertura completa en servicios de equipamiento de educación, cultura, recreación y una gran concentración de oficinas y servicios comerciales.^{xiv}

Unidades medicas en servicio del IMSS por según tipo unidad (1993-1997)

1997		
Tipo de unidad	D.F.	Suroeste
Unidad de medicina familiar	41	12
Unidad auxiliar de medicina familiar	76	20
Hospital general de zona	8	1
Hospital general de zona con medicina familiar	3	2
Hospital de traumatología	1	1
Hospital de especialidades	2	1
Hospital de especialidad	9	5
Hospital general de especialidades	2	1
Banco de sangre	2	1

Fig. 61

Unidades medicas en servicio del ISSSTE según tipo de unidad

Tipo de unidad	D.F.		Delegación.	
	1991	1997	1991	1997
Total	142	132	5	9
Clínica de medicina familiar	34	35	1	2
Unidad de medicina familiar	10 b/	10	1	1
Consultorio auxiliar	81	69	3	5
Hospital general	5	5	-	-
Hospital regional	4	3	-	-
Unidad especial	8 c/	9 d/	-	-
Centro medico nacional	-	1	-	-

Fig. 62

Unidades medicas en servicio del departamento de Distrito Federal según tipo de unidad

Total de unidad	D.F.		Delegación	
	1994	1997	1994	1997
Total	143	124	5	5
De consulta externa b/	112	93	4	4
De hospitalización general	20	20	1	1
De hospitalización especializada	11	11	-	-

Fig. 63

6.2.7 Infraestructura

- Agua potable

La delegación tiene una cobertura del servicio de agua potable del 100%. De esta cobertura el 96% es a través de tomas domiciliarias y el 4% restante por medio de carros tanque, considerando a zonas dentro del Suelo Urbano y los pueblos localizados dentro del Suelo de Conservación.^{xv}

- Drenaje

Existe una cobertura del 60%, considerando poblados dentro del suelo urbano y dentro del Suelo de Conservación. El 52% de la población cuenta con descarga domiciliar a la red, mientras que el 48% restante realiza sus descargas a fosas sépticas y resumideros.^{xvi}

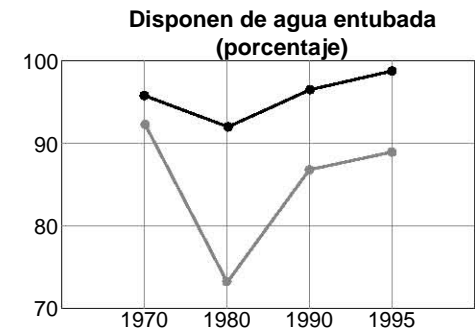
- Electricidad y alumbrado publico

Con respecto a la energía eléctrica en el área urbana, el servicio contratado es del 95%, en tanto que en el área rural es del 70%.^{xvii}

Disponen de agua entubada

Viviendas particulares habitadas a/				
Total			Disponen de agua entubada	
Año	D.F	Delg.	D.F	Delg.
1970	1,219,419	22,026	1,166,421	20,301
1980	1,747,102	69,747	1,628,415	51,541
1990	1,789,171	103,137	1,722,850	88,279
1995	2,005,084	129,383	1,962,562	113,823

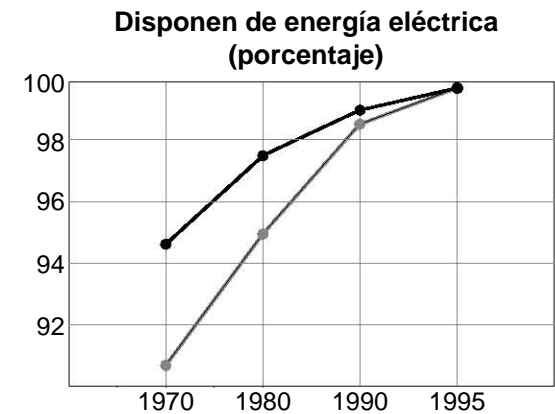
Fig. 64



Disponen de drenaje

Año	Distrito Federal	Delegación
1970	957,685	13,544
1980	1,485,286	44,485
1990	1,677,692	866,533
1995	1,961,968	123,767

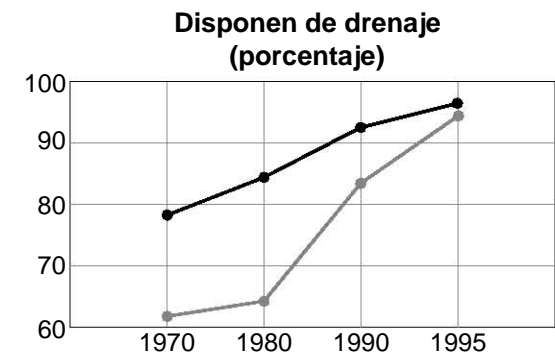
Fig. 65



Disponen de energía eléctrica

Año	Distrito Federal	Delegación
1970	1,154,602	20,005
1980	1,700,602	66,222
1990	1,775,845	101,783
1995	2,001,693	129,068

Fig. 66



- Distrito Federal
- Delegación

Fig. 67, 68, 69.

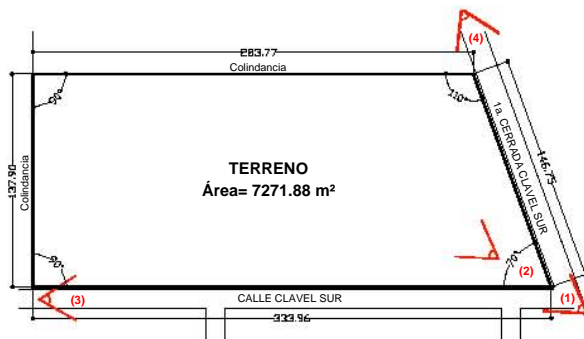
6.3 Terreno

6.3.1 Ubicación

Se localiza en la calle Clavel Sur No. 2, dentro de la colonia San Andrés Totoltepec en la delegación Tlalpan.

6.3.2 Características:

1. Tiene un área de 7271.88 m². (Fig. 71).
2. El uso de suelo es Habitacional (H-2), 200 Hab./ Ha. Ver plano. ⁱ
3. Pertenece a la Zona II, Transición. En la que los depósitos profundos se encuentran a 20 metros de profundidad, o menos, y está constituida predominantemente por estratos arenosos y limo-arenosos intercalados con capas de arcilla lacustre; el espesor de estas es variable entre decenas de centímetros y pocos metros. ⁱⁱ



4.

Fig. 71 Terreno
Vista (1): Fig. 72 Vista (3): Fig. 74

Vista (2): Fig. 73 Vista (4): Fig. 75



Fig. 72 Vista exterior del terreno (1).



Fig. 73 Vista interior del terreno (2).



Fig. 74 Calle Clavel Sur (3)



Fig. 75 1ª. Cerrada Clavel Sur (4)

6.3.3 Asoleamiento

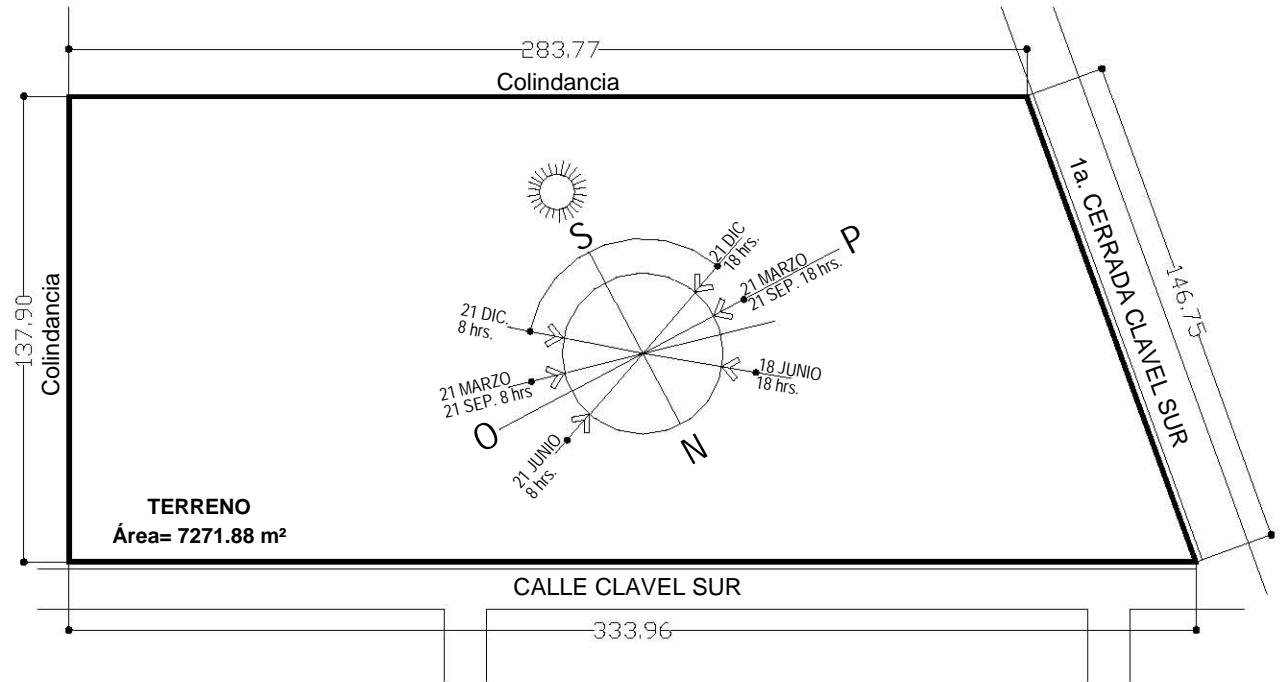
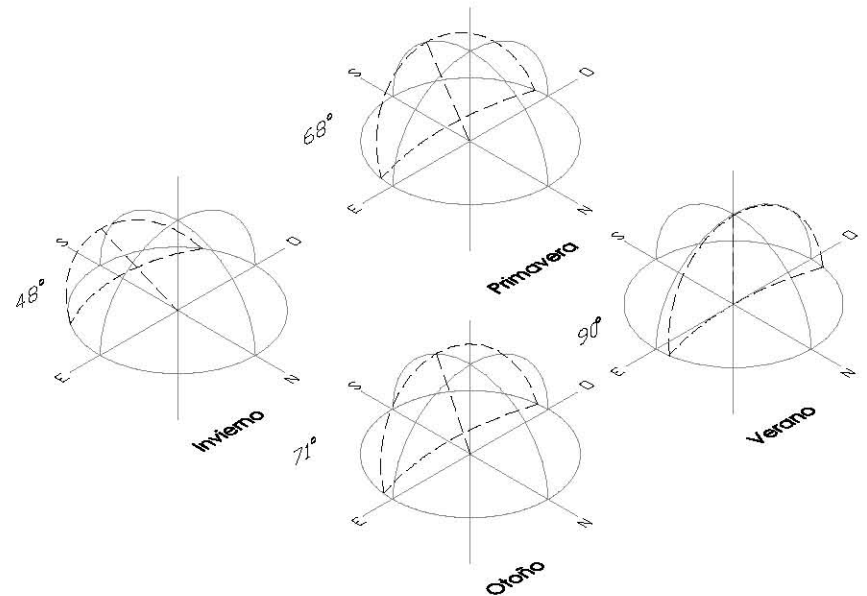
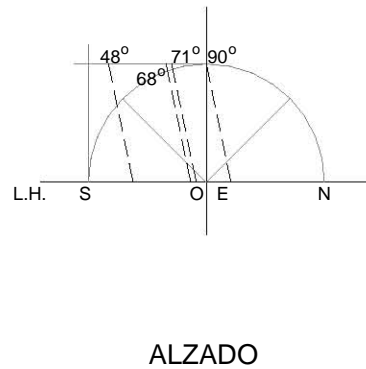
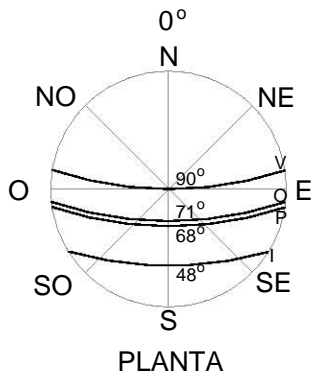


Fig. 77. Asoleamiento por estaciones

22 de Marzo (Primavera) 21 al de Junio
 21 de Junio (Verano) al 23 de Sep.
 23 Septiembre (Otoño) al 21 de Dic.
 21 Diciembre (Invierno) al 22 de Marzo

Fig.76



6.4.2 Equipamiento urbano inmediato

El equipamiento urbano de la colonia cubre con las principales necesidades del Albergue, como lo es:

1. Servicio salud (Fig.80)
 2. Educación (Fig.81, 82, 83, 84, 85)
 3. Abastecimiento alimenticio. (Fig.86)
1. Cuenta con un Centro de Salud de atención inmediata, y como ya se menciono anteriormente con una gran planta hospitalaria de la delegación Tlalpan.
 2. Tiene gran variedad en infraestructura en la atención del nivel educativo preescolar y nivel básico.
 3. El abastecimiento alimenticio es cubierto por tianguis, mercado fijo y tiendas de autoservicio.

6.4.3 Vialidades

La carretera Federal a Cuernavaca y la autopista México-Cuernavaca son las vialidades principales que comunican a la colonia de San Andrés Totoltepec. (Fig. 88)

6.4.4 Imagen urbana

La colonia como se menciono anteriormente es predominantemente habitacional. La mayor parte de las viviendas pertenecen a la clase media y clase baja. Habiendo conjuntos habitacionales de condominios verticales hasta de cuatro niveles. Sin embargo también hay conjuntos residenciales unifamiliares de clase alta. (Fig. 88, 89, 90, 91)

Otra parte importante de la imagen urbana de la colonia es la que es afectada por la contaminación visual que le corresponde del tramo comprendido de Viaducto Tlalpan a la caseta de cobro, de la Autopista México-Cuernavaca, en la que se encuentran instalados en forma anárquica, anuncios espectaculares que poco a poco han ido invadiendo el paisaje urbano del lugar. Debido a su tamaño y cantidad producen una imagen deteriorada y contaminada en el área.



Fig. 80 Centro de Salud.



Fig. 81 Colegio particular con Kinder y Primaria.



Fig. 82 Jardín de niños.



Fig. 83 Escuela primaria.



Fig. 84 Escuela primaria.

6.4.5 Programa parcial de San Andrés Totoltepec, del programa delegacional de desarrollo urbano.

- Normas de ordenación

1. Área libre de construcción y recarga de aguas pluviales al subsuelo.

-El área libre de construcción cuyo porcentaje se establece en la zonificación, podrá pavimentarse en un 10% con materiales permeables, cuando estas se utilicen como andadores o huellas para tránsito el tránsito y/o estacionamiento de vehículos. El resto deberá utilizarse como área ajardinada.

2. Alturas de edificación y restricciones en la colindancia posterior del predio.

-La altura total de la edificación será de acuerdo con el número de niveles establecido en la zonificación así como en las normas de ordenación para las áreas de actuación y las normas de ordenación de cada delegación para colonias y vialidades, y se deberá considerar a partir del nivel medio de banqueteta.

-La altura máxima de entrepiso será de 3.60m de piso terminado a piso terminado. La altura mínima de entrepiso se determina de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal.

3. Instalaciones permitidas por encima del número de niveles.

-Las instalaciones permitidas por encima de los niveles especificados por la zonificación podrán ser

antenas, tanques, torres de transmisión, chimeneas, astas bandera, mástiles, casetas de maquinaria, siempre y cuando sean compatibles con el uso de suelo permitido.

4. Estacionamiento

En todos los casos se respetar lo señalado en el Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal.

5. Drenaje

Se debe realizar una conexión a colector local, para los casos en que esto no sea posible se deberá recabar la autorización de la autoridad competente para proceder a la construcción del mismo. Se prohíbe la construcción de fosas sépticas.^{iv}

6. Imagen urbana

-Los elementos tales como, tinacos, tanques de gas y similares, deberán tratarse de manera que no se observen desde el parámetro contrario de la calle.

-Los voladizos no podrán sobresalir más de 0.80 m. de parámetro.

-En los límites y colindancias de predios, se podrán construir bardas con pretil hasta 0.90 m, pudiendo continuar hasta una altura de 2.50 m mediante elementos que garanticen la transparencia, mallas, setos vivos, etc.



Fig. 85 Escuela secundaria.



Fig.86 Mercado



Fig. 87

-Para predios mayores de 250 m², se sembrará un árbol de las características señaladas por cada 50 m² de terreno. No se permitirá la tala de árboles, en caso de ser absolutamente necesario se realizará el traslado del árbol previa autorización de la autoridad competente en condiciones que garanticen su conservación.

7. Especies recomendadas

-Arbustivas: Boj, Arrayán, Colistemo, Higuera, Margarita, Piracanto, Retama, Rosa, Laurel, Tulla, Trueno Venus y Yuca entre otras.

-Árbóreas: Cedro, Oyamel, Liquidámbar, Pino, Acacia, Tepozán, Ciprés, Chabacano, Ciruela, Durazno, Pera, Níspero, Tejocote, Capulín y Palma entre otras. ^v



Fig. 88 Viviendas clase baja.



Fig. 89 Viviendas clase media.



Fig. 90 Viviendas clase alta.



Fig.91 Imagen Urbana.

ⁱ Programa delegacional de desarrollo urbano Tlalpan.

ⁱⁱ García del Valle, V. Introducción al estudio de la edificación. p. 44

ⁱⁱⁱ Instituto. Op.cit. 3

^{iv} Gaceta. Op.cit. p. 297

^v Gaceta. Op. cit. P.298

7. Criterios generales

7.1 Criterio estructural

El diseño estructural del conjunto se plantea con columnas, traveses y losas de concreto armado.

Losa entrecapota y azotea

El sistema propuesto es mediante losa reticular aligerada con caseton de poli estireno, para reducir el gasto de material, peso y costo.

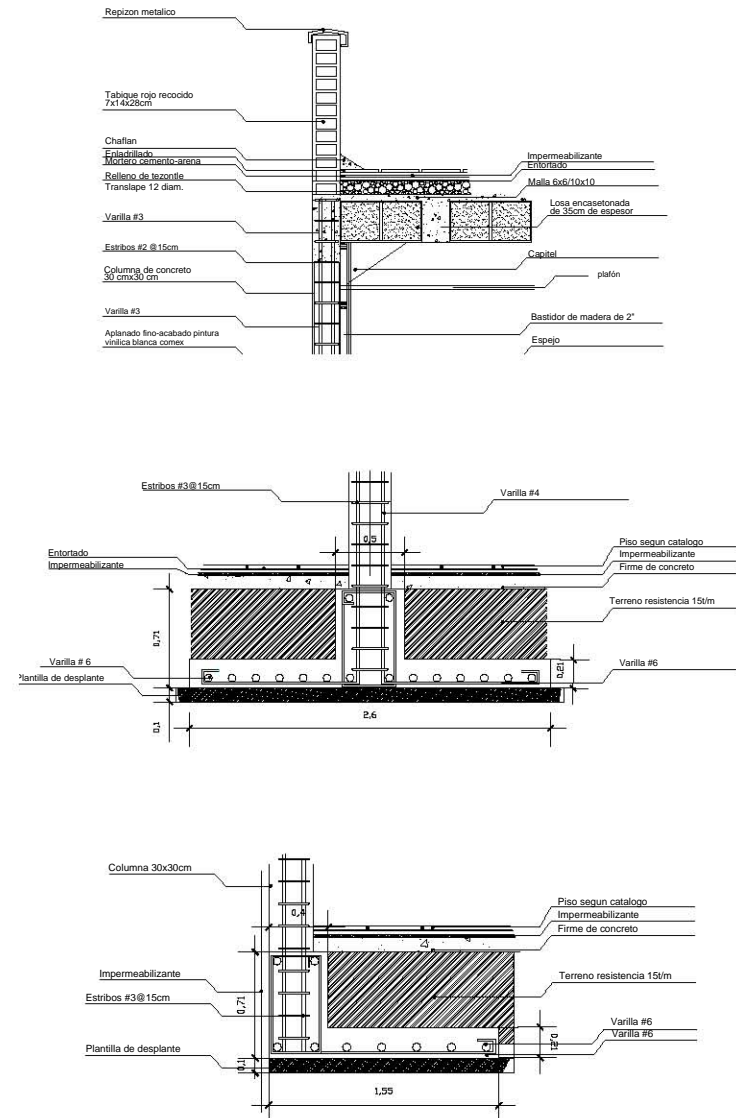
- Losa encasetonada de 35cm de espesor.
- Casetones de 60cm x 60cm x 30 cm. llevarán los cortes en el centro para tener los menores ajustes posibles. No se colocarán cerca de la columna para aumentar la resistencia al cortante.
- Todas las nervaduras perimetrales serán de 20cm. (1/4 de losa), consecutivamente se utilizarán de 10 cm.

Columnas

- La losa se apoyará en columnas de concreto de 35cm x 35cm. o 35cm de diámetro, se armarán zunchadas para evitar que se fracturen.

Cimentación

- Considerando que el terreno se ubica en la zona II, Transición en donde los depósitos profundos se encuentran a 20m de profundidad, la mayor parte de la cimentación se realizará mediante zapatas aisladas de concreto reforzado con acero y traveses de liga.
- Debido al diseño funcional y estructural del edificio "B y C", Albergue, los edificios están ligados con juntas constructivas de 10cm. para evitar daños en la estructura en los movimientos sísmicos. La cimentación en estos casos se resolvió con zapatas como para colindancia.



7.2 Criterio instalación hidráulica

El sistema de distribución del agua será por abastecimiento combinado (por presión y gravedad).

Se utilizara un tanque elevado ubicado dentro del predio a una distancia considerable entre ambos edificios, con el fin de evitar largos recorridos de tubería. El fondo de este estará a mas de 2.00m sobre la salida mas alta del ultimo mueble. Se utilizaran bombas para el suministro de agua al tanque.

Se requerirá de 2 cisternas, para almacenamiento de agua considerando el mantenimiento del conjunto, podrá darse servicio por separado a una de estas sin que se quede desprovisto de agua, y las mismas a manera de prevención se dividieron para almacenar agua para se utilizada contra incendio, las cuales por reglamento se deben localizar a 90m de distancia cerca del acceso. La alimentación del agua se dividió aprovechando las 2 cisternas de la siguiente manera.

1ª. Cisterna	Oficinas, edificio "A" Área de entretenimiento edificio "B"
2ª. Cisterna	Habitaciones, edificio "C"

La toma principal se ubica en el acceso principal, para un mayor control, así como se localiza cerca de la caldera y el tanque elevado.

Los aspersores propuestos alcanzan 6m de diámetro. Se consideran tuberías generales, las cuales recorren el conjunto para abastecer mediante ramas secundarias, con esto evitamos desperdicio en tubería.

La caldera se localiza cerca del acceso para fácil, acceso a mantenimiento y cerca del tanque elevado y cisternas.

Dotacion minima de agua potable conforme al reglamento de construcciones del D.F

Nivel	mueble	numero	UgAF	UgAC	g AF	g AC	Total	
P.B	excusado	3	10		30		30	
	mingitorio	1	10		10		10	
	lavabo	2	0.75	0.75	1.5	1.5	3	
	tarja							
							UM	43

Nivel	mueble	numero	UgAF	UgAC	g AF	g AC	Total	
P.A	excusado	3	10		30		30	
	mingitorio							
	lavabo	3	0.75	0.75	2.25	2.25	4.5	
	tarja	1	1.5	1.5	4.5	4.5	9	
							UM	43.5

Calculo de gasto de potable edificio B. Servicios

Nivel	mueble	numero	UgAF	UgAC	g AF	g AC	Total	
P.B	excusado	9	10		90		90	
	mingitorio	4	10		40		40	
	lavabo	10	0.75	0.75	7.5	7.5	15	
	tarja	5	1.5	0.75	7.5	7.5	15	
							UM	160

Nivel	mueble	numero	UgAF	UgAC	g AF	g AC	Total	
P.A	excusado	8	10		80		80	
	mingitorio							
	lavabo	8	0.75	0.75	6	6	12	
	tarja	8	1.5	1.5	27	27	54	
	lavadero	3	2	2	2	2	4	
							UM	150

Se considero retorno de agua caliente solo en área de dormitorios debido a economía y por que en esta zona es con mayor frecuencia su uso, y por actividades que aquí se realizan.

Las bajadas de aguas pluviales se realizan a un lado de columnas para no afectar el diseño aunque en algunos casos tendran q ser forradas para ocultarlas.

Los registros se encontraran a cada 10m minimo y en cambios de direccion, los registros que se utilizaran seran de 40x60 cm y profundidad de 1m.

La tubería se aguas negras se encontrara a 3m de distancia minimo a las cisternas.

Las tuberías correran bajo plafon..

El servicio de agua caliente, la caldera se ubica en un area lo mas cercana al area designada para servicio en el conjunto, lo mas cerca posible de los puntos de mayor consumo.

- Gasto de agua para edificios
32,000 lts / dia
- Gasto de agua para estacionamiento
3.125 lts/m²/hora
0.218 lts/m²/hora
- Calculo de gasto de agua para riesgo
Por dia 506.875 lts
- Porcentaje contra incendio
La dotacion minima de acuerdo al art.122 del reglamento del D.F es de 5lts. Por m² a 20,000 lts.
32,000 > 2,000 lts

Calculo de gasto de agua potable edificio C. habitaciones

Nivel	mueble	numero	UgAF	UgAC	g AF	g AC	Total
P.B	excusado	15	10		150		150
	mingitorio						
	lavabo	15	0.75	0.75	11.25	11.25	22.5
	tarja	2	1.5	1.5	3	3	6
	lavadero	13	1.5	1.5	19.5	19.5	39
						UM	217.5

Nivel	mueble	numero	UgAF	UgAC	g AF	g AC	Total
P.A	excusado	15	10		150		150
	mingitorio						
	lavabo	15	0.75	0.75	11.25	11.25	22.5
	tarja	2	1.5	1.5	3	3	6
	regadera	14	1.5	1.5	21	21	42
						UM	220.5

7.1 Criterio instalación eléctrica

Las instalaciones eléctricas del conjunto contarán, para el suministro de energía, de una subestación eléctrica.

La compañía Federal de Electricidad proporciona la acometida normal.

La acometida eléctrica será subterránea de acuerdo a CFE, de ahí llega al cuarto eléctrico por medio de tubería de cemento FoFo; alimentando a la subestación, y esta a su vez a al tablero general del cual se dividirá en dos principales ramales uno para el edificio de albergue y el otro para el edificio de oficinas.

Además se ubicará un tablero de distribución (centros de carga), por cada nivel, en cada uno de los edificios de donde se repartirán a cada circuito.

Estos controlan y distribuyen la energía a cada uno de los circuitos, ya sea de fuerza o de iluminación, con la finalidad de evitar la suspensión total de energía en caso de corto circuito.

El material a utilizar será tubo conduit, pared delgada, el diámetro será en función del número de conductores y el calibre de los mismos.

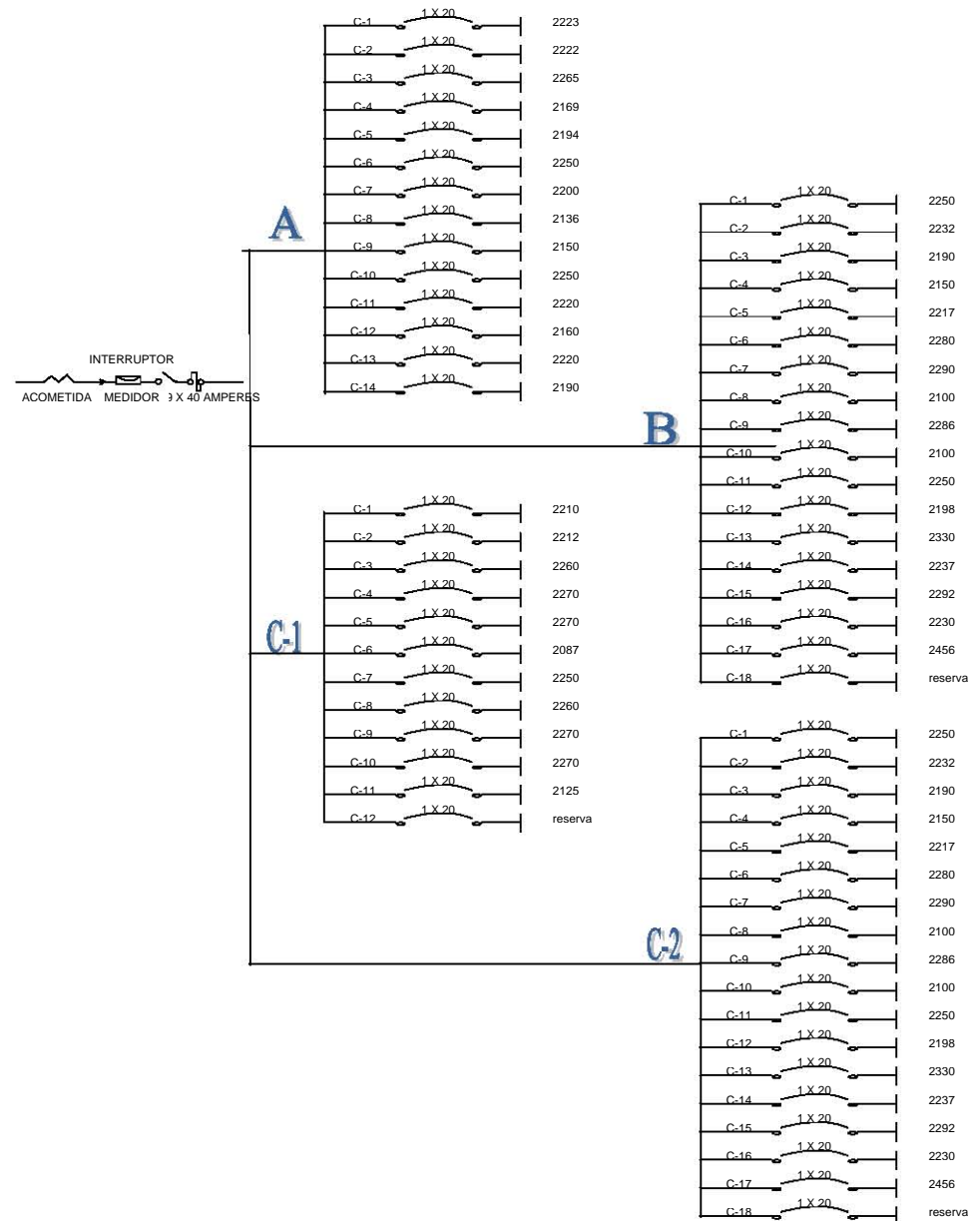
Los ductos destinados a telefonía, intercomunicación, voz y datos, cómputo, alarmas, etc., serán individuales e independientes para evitar interferencias.

El sistema de iluminación en los edificios de oficinas, espacios de servicio y aulas de entretenimiento, será fluorescente ya que este tipo de luminarias tienen una vida útil más larga, producen calor en la mínima cantidad y por su bajo consumo ahorran un 30% de energía.

En el exterior de las ventanas se colocarán spots de luz incandescente difusa, para evitar el efecto espejo en la noche.

Los pasillos se iluminarán en el sentido longitudinal exterior para crear ritmo en las franjas lumínicas.

La iluminación exterior será a base de postes con luminarias de vapor de sodio. En los pasillos y el área de reunión en el jardín, se colocarán lámparas de halógeno a baja altura para en marcar los recorridos.



7.4 Criterio instalación sanitaria

Las instalaciones sanitarias, se proyectaron procurando sacar el máximo provecho de las cualidades de los materiales empleados, e instalarse en forma lo mas practica posible de modo de evitar reparaciones constantes e injustificadas, previendo un mínimo mantenimiento, el cual consistirá en condiciones normales de funcionamiento, en dar limpieza periódica requerida a los registros. En las instalaciones se utilizará tubería de P.V.C. en sus diferentes diámetros, para el interior de los edificios por su flexibilidad para la colocación y de albañal de cemento para las áreas exteriores, por su resistencia a todo tipo de terreno.

Las bajadas de aguas negras y pluviales se colocaron junto a las columnas para ocultarlas en lo posible visualmente.

El desalojo de aguas negras se realizara en 2 salidas a tomas municipales, una a la calle clavel sur y la segunda a la calle 1era. cerrada de clavel sur.

Los registros se colocaron en cada cambio de dirección o máximo a cada 10m. El registro mas grande es de .60x .80x 2.20m

- Núcleo no. 1 Ø 150 mm
 - Núcleo no. 2 Ø 200 mm
 - Núcleo no.3 Ø 200 mm
 - Velocidad critica 22.22 cm./seg.
 - Pendiente critica 2 %
 - Diámetro de instalación, drenaje albañal 5"
 - Bajada de aguas pluviales: precipitación: 175
diámetro 100 mm Ø
 - Metros cuadrados 123m x cada bajada de: 100 mm Ø
 - Registros por reglamento
- 40cm x 60cm → 1 m
50cm x 70cm → 1-2 m
60cm x 80cm → + 2 m

Calculo de diámetro de la salida de la red de alcantarillado

Núcleo no. 1 Planta

baja

mueble	cant. mueble	U.M	total U.M	Q
excusado	5	8	40	91.2
mingitorio	2	8	16	45.6
lavabo	2	1	2	9
tarja	2	2	4	15.6
			62	161.4

Núcleo no. 1 Planta alta

mueble	cant. mueble	U.M	total U.M	Q
excusado	4	8	32	78.6
mingitorio		8		
lavabo	4	1	2	9
tarja	6	2	12	37.8
regadera	2	3	6	25.2
			52	150.6

Núcleo no. 2 Planta baja

mueble	cant. mueble	U.M	total U.M	Q
excusado	1	8	8	29.4
lavabo	1	1	1	6
tarja	7	2	14	42
			23	77.4

Núcleo no. 3 Planta baja

mueble	cant. mueble	U.M	total U.M	Q
excusado	5	8	40	91.2
mingitorio	2	8	16	45.6
lavabo	6	1	6	25.2
tarja	4	2	8	29.4
			70	191.4

Núcleo no. 3 Planta alta

mueble	cant. mueble	U.M	total U.M	Q
excusado	4	8	32	78.6
lavabo	4	1	4	15.6
tarja	4	2	8	29.4
lavadora	4	2	4	15.6
lavadero	3	2	2	9
			50	148.2

7.5 Presupuesto global estimado

El presupuesto global es uno de los aspectos más importantes a considerar, desde el inicio de la planeación del proyecto, ya que es una determinante para conocer la factibilidad del proyecto real.

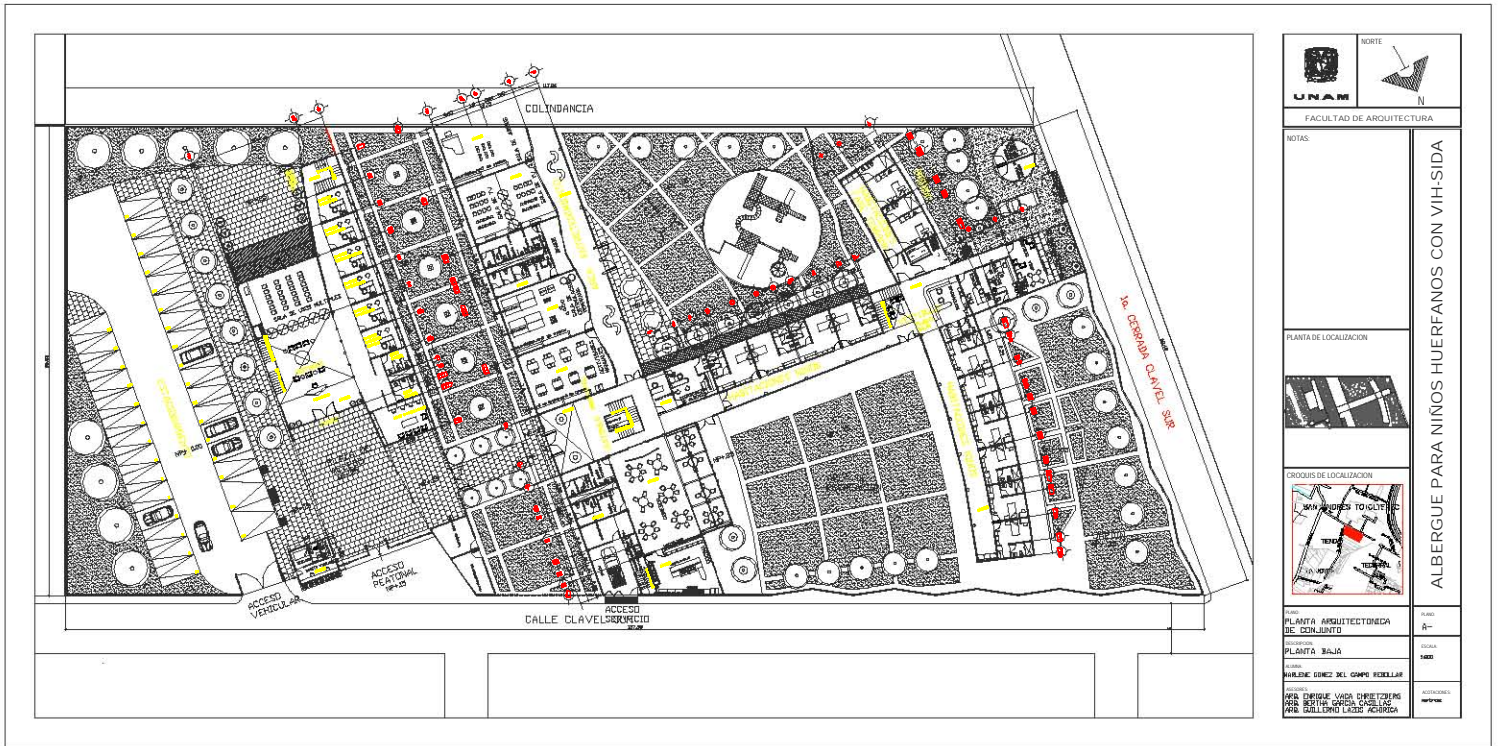
Es importante mencionar que este proyecto será financiado por CONASIDA, a pesar de que esta institución, no cuenta con el apoyo económico del gobierno, tiene el importante apoyo de empresas a nivel internacional, que aportan donaciones anuales, altamente considerables, para el instituto.

Estos fideicomisos son parte imprescindible para el financiamiento del proyecto.

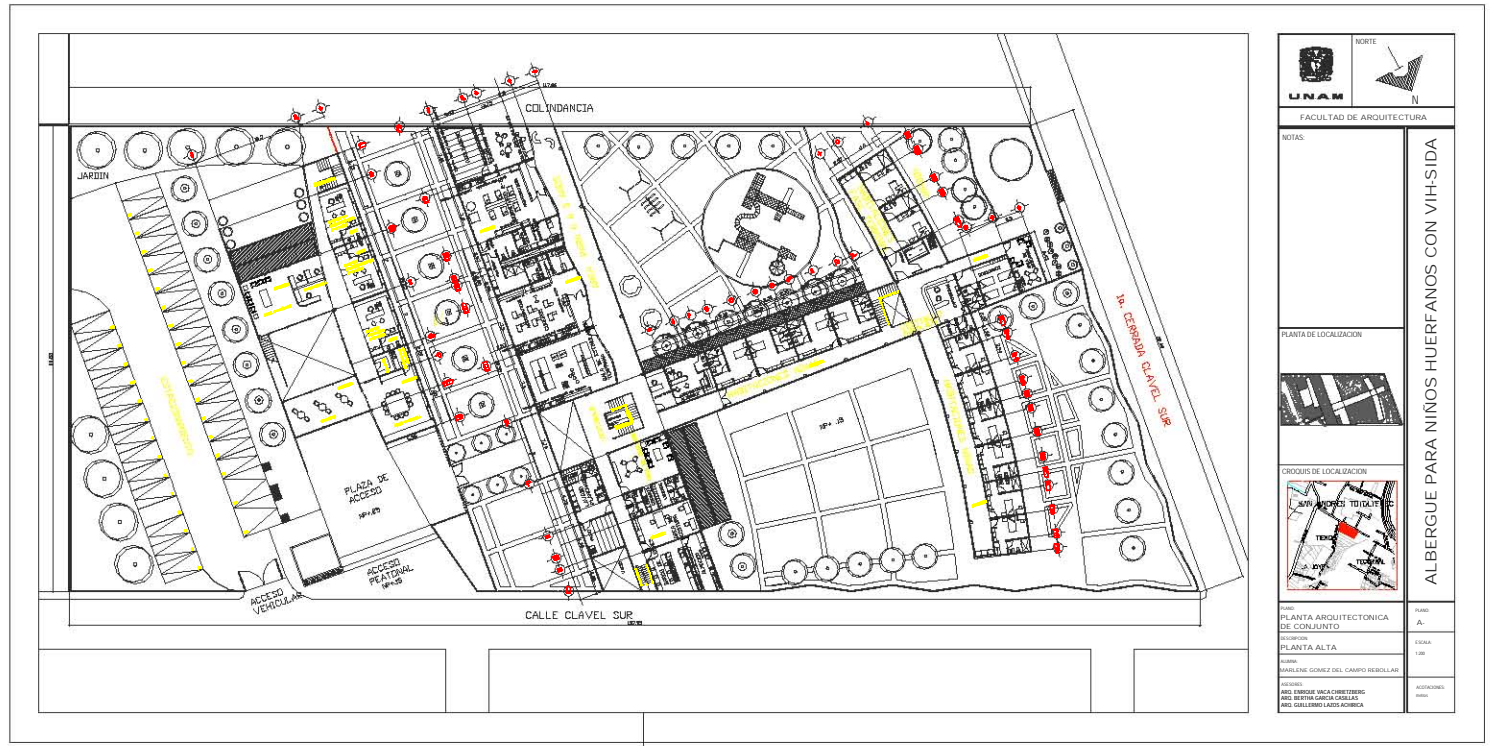
El objetivo del siguiente análisis, es mostrar un acercamiento de lo que sería el costo del proyecto. Aunque hay que mencionar que pueden existir variaciones, debido a: Condiciones de trabajo, Organización de Contratistas, Materiales que tengan que ver con importación, Imprevistos. Por mencionar algunos puntos.




PARTIDA	COSTO	POR m ² DE CONSTRUCCION
Preliminares		
Limpieza de terreno	\$	250.00
Trazo y excavación	\$	160.00
Cimentación y estructura		
Zapatatas, contratrabes	\$	370.00
Columnas, Trabes	\$	730.00
Castillos	\$	420.00
Muros	\$	327.00
Losas	\$	789.00
Acabados en general		
Muros	\$	446.00
Aplanados	\$	257.00
Plafones	\$	236.00
Pisos	\$	638.00
CARPINTERIA		
Puertas y accesorios	\$	472.00
HERRERIA Y CANCELERIA		
Puertas, ventanas y fachadas	\$	375.00
OBRA EXTERIOR Y LIMPIEZA		
	\$	230.00
INSTALACIONES		
Hidrosanitaria	\$	1,500.00
Eléctrica	\$	335.00
costo total	\$	7,535.00

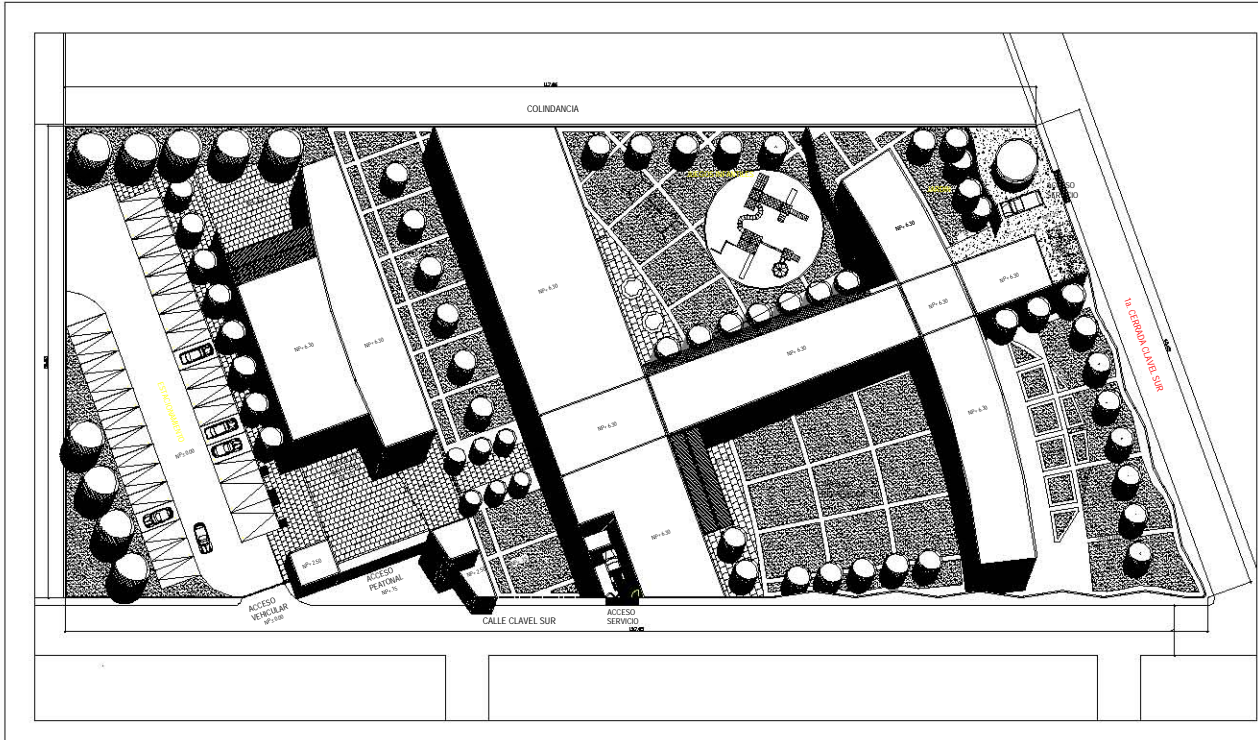
AREAS	m ²
CUBIERTAS	
Edificio de oficinas administrativas	
Edificio Albergue (habitaciones)	
Edificio de servicios (comedor, cocina, etc.)	
Edificio de entretenimiento (salones, sala TV, etc.)	
Área para desechos	
Bodega de Ataúdes	
	3375.93
subtotal de áreas a cubierto	\$ 25,437,632.55
DESCUBIERTO	
Estacionamiento para 28 autos	
Acceso peatonal	
Plaza de acceso	
Área de juegos infantiles	
Jardines	
Circulaciones	
	5579.05
subtotal de áreas a cubierto	\$ 1,227,391.00
total	\$ 26,665,023.55




 	
FACULTAD DE ARQUITECTURA	
NOTAS:	
PLANTA DE LOCALIZACION	
CROQUIS DE LOCALIZACION	
TITULO	PLANTA ARQUITECTONICA DE CONJUNTO
PROYECTISTA	PLANTA ALTA
CLIENTE	MANUEL GONZALEZ DEL CAMPO REBOLLAS
FECHA	2010
PROYECTO	ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA
PROYECTISTA	MANUEL GONZALEZ DEL CAMPO REBOLLAS

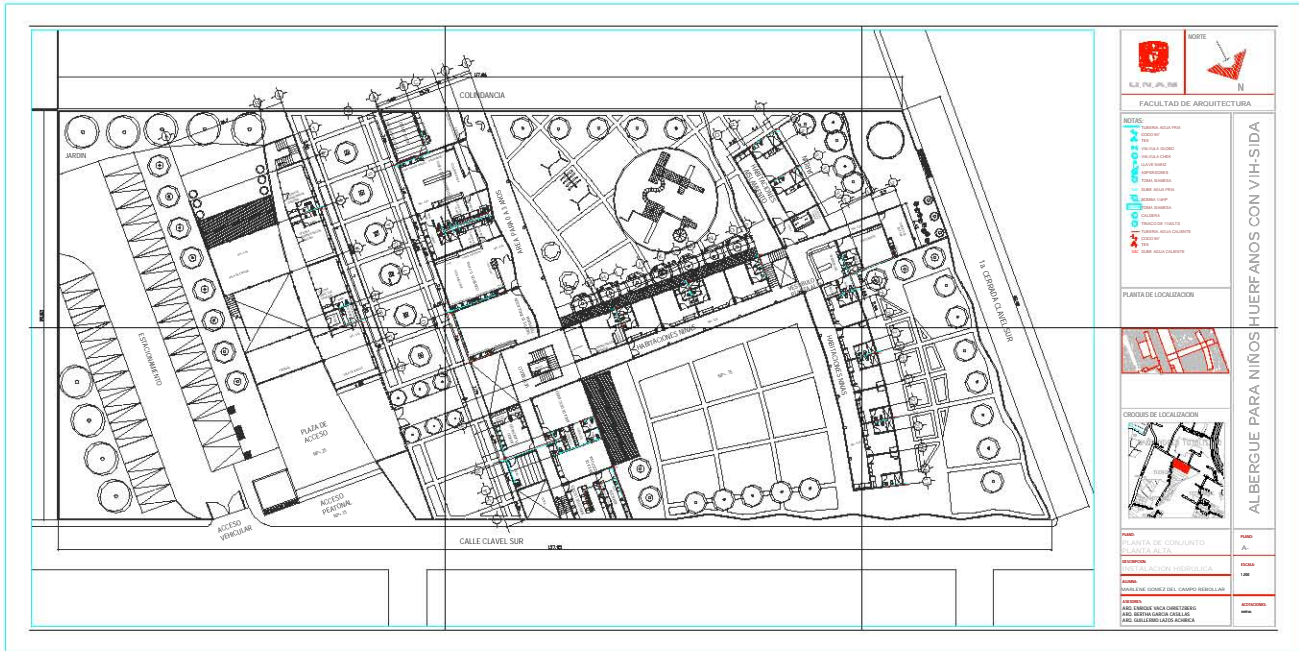


 	
FACULTAD DE ARQUITECTURA	
NOTAS:	
PLANTA DE LOCALIZACION	
CROQUIS DE LOCALIZACION	
TITULO	PLANTA ARQUITECTONICA DE CONJUNTO
PROYECTISTA	PLANTA ALTA
CLIENTE	MANUEL GONZALEZ DEL CAMPO REBOLLAS
FECHA	2010
PROYECTO	ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA
PROYECTISTA	MANUEL GONZALEZ DEL CAMPO REBOLLAS

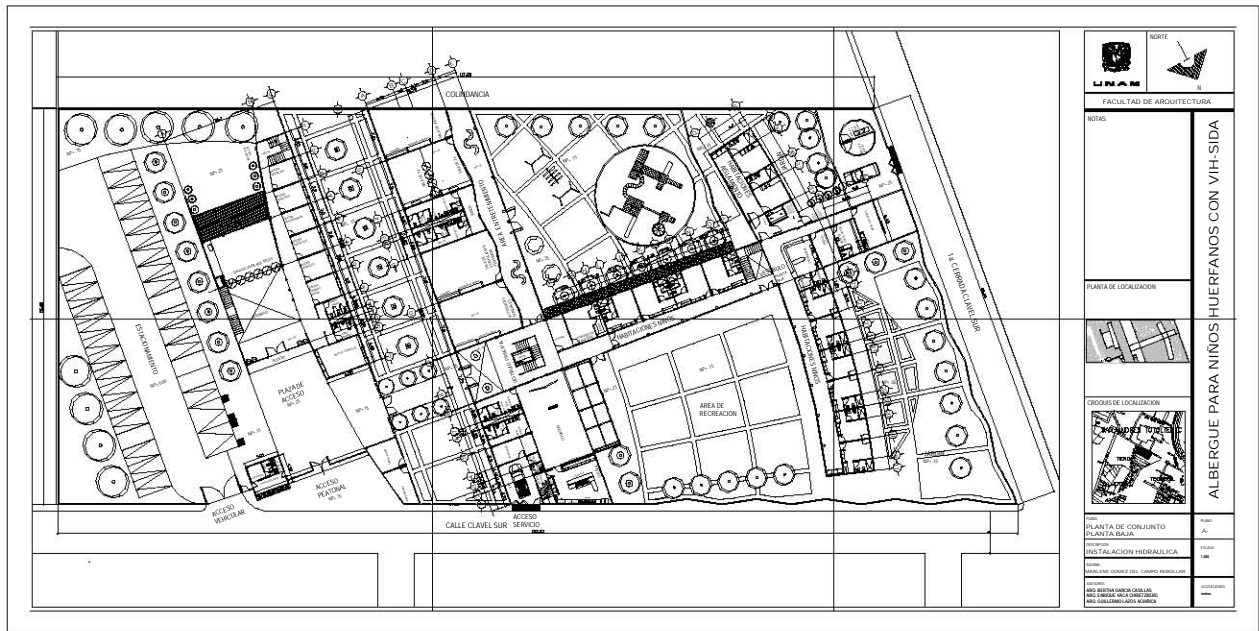


 	
FACULTAD DE ARQUITECTURA	
NOTAS:	
	
	
PLANTA DE CONJUNTO	PLANO
TECHOS	8-1
CLAVE: HUELDE: ENEZ DEL CAMPO REELLAR	ESCALA
PROF. ENRIQUE VILDA DREITZBERG PROF. BEATRIZ GARCIA TAGLIAPIETRA PROF. GUILLELMO CASATI AGUIRRE	ASOCIACIONES

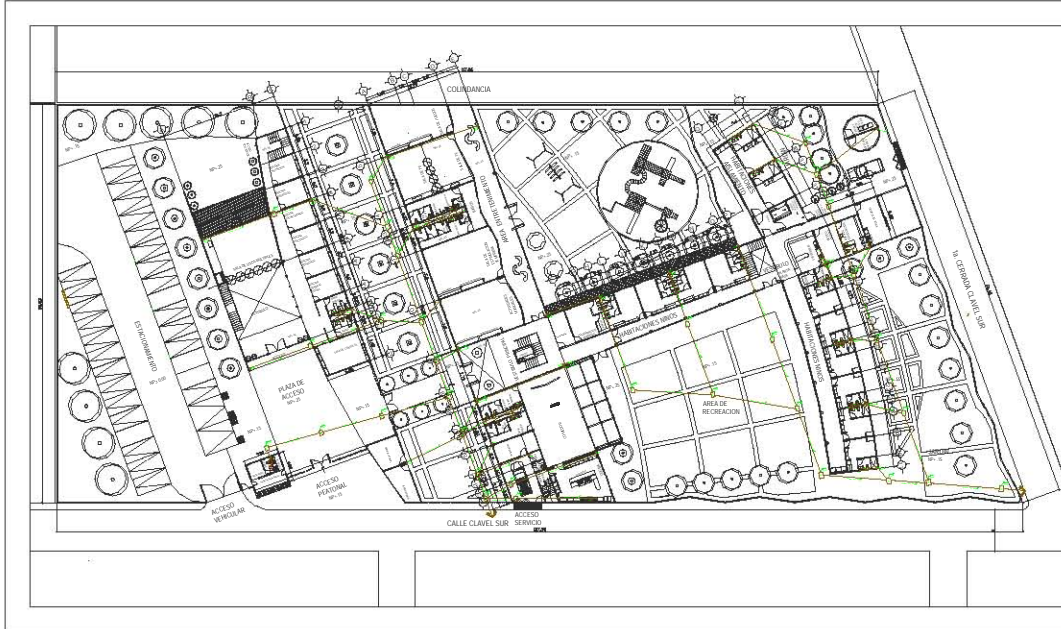
ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA



<p>FACULTAD DE ARQUITECTURA</p>	
<p>NOTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Áreas verdes Áreas de recreación Áreas de estacionamiento Áreas de circulación Áreas de servicios Áreas de acceso vehicular Áreas de acceso peatonal 	
<p>PLANTA DE LOCALIZACIÓN</p>	
<p>CROQUIS DE LOCALIZACIÓN</p>	
<p>PLANTA DE CONJUNTO PLANTA BAJA</p>	
<p>PROYECTO: ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA</p>	
<p>PROYECTANTE: ARQUITECTO JUAN CARLOS GARCÍA</p>	
<p>PROYECTO: ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA</p>	
<p>PROYECTO: ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA</p>	

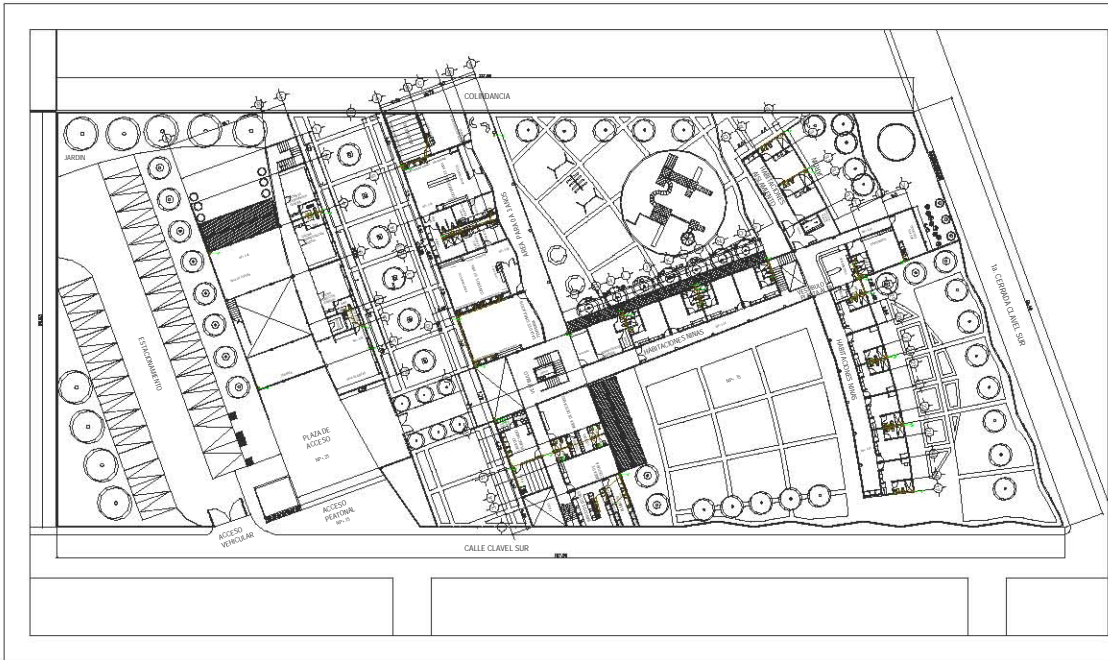


<p>FACULTAD DE ARQUITECTURA</p>	
<p>NOTA:</p>	
<p>PLANTA DE LOCALIZACIÓN</p>	
<p>CROQUIS DE LOCALIZACIÓN</p>	
<p>PLANTA DE CONJUNTO PLANTA BAJA</p>	
<p>PROYECTO: INSTALACION HIDRAULICA</p>	
<p>PROYECTANTE: ARQUITECTO JUAN CARLOS GARCÍA</p>	
<p>PROYECTO: ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA</p>	
<p>PROYECTO: ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA</p>	
<p>PROYECTO: ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA</p>	



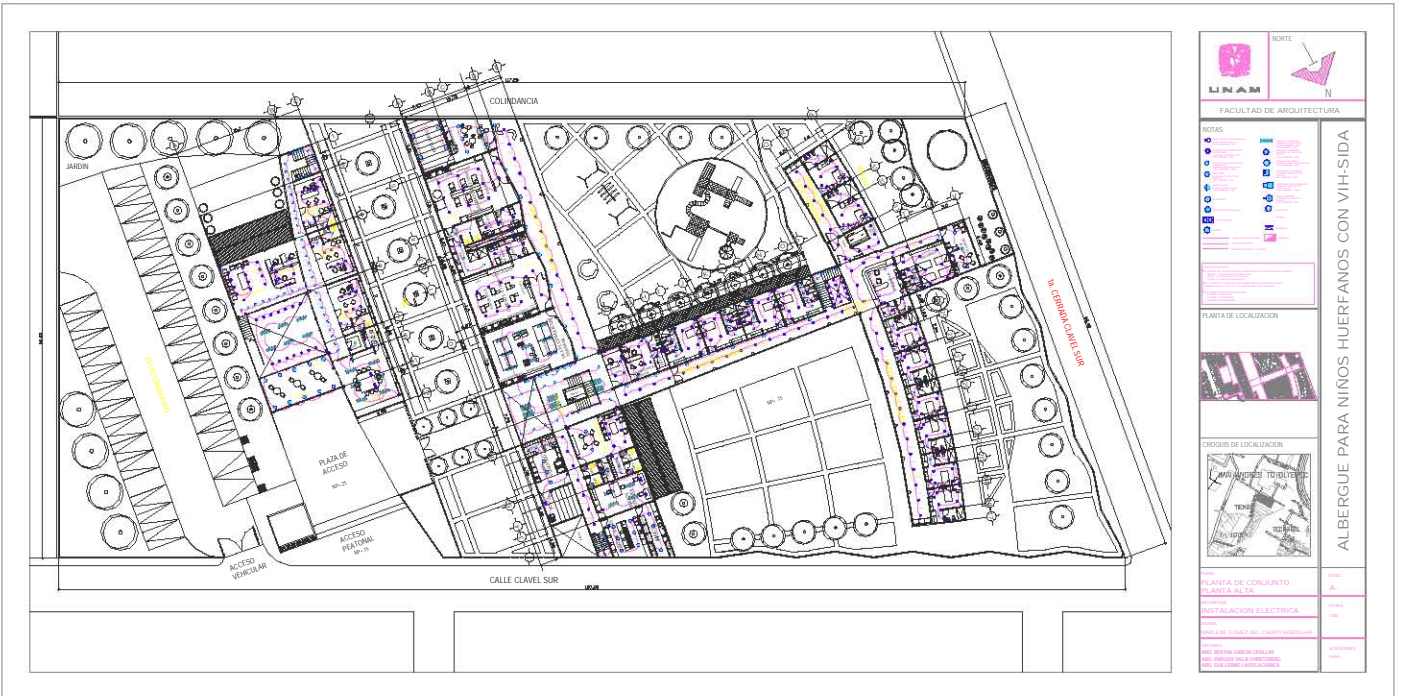
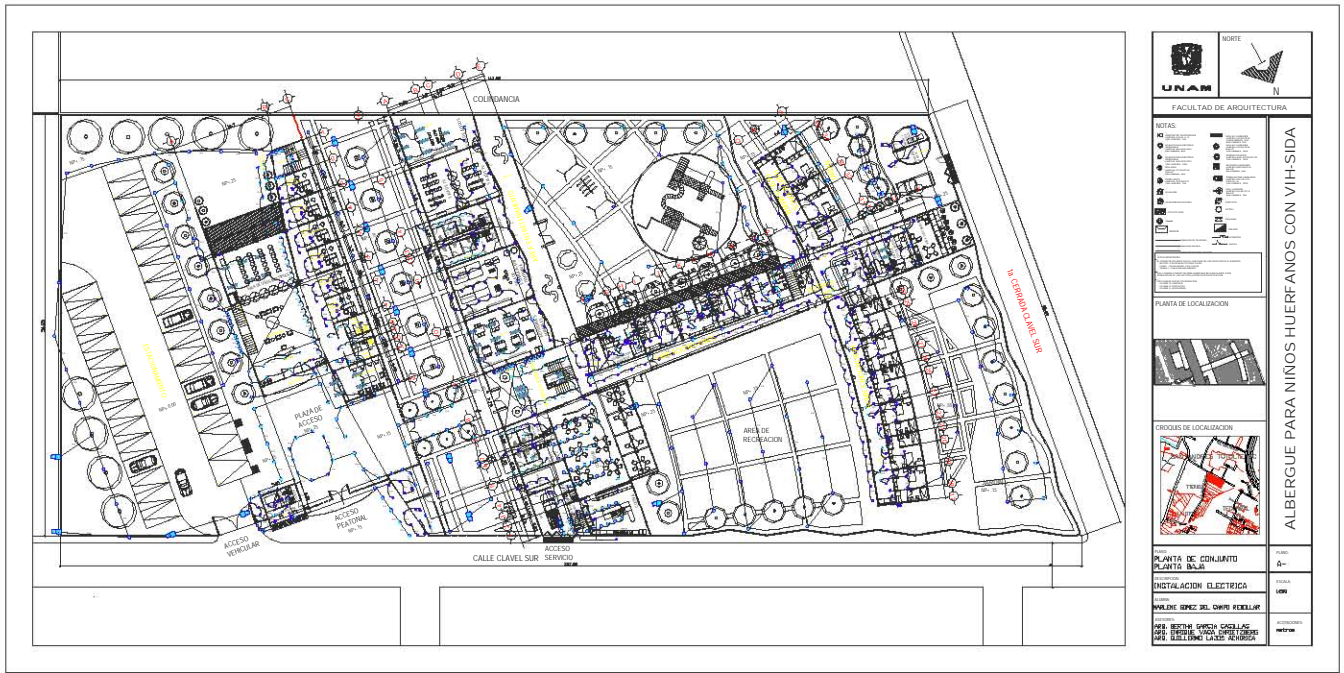
 	
FACULTAD DE ARQUITECTURA	
NOTAS	
PLANTA DE LOCALIZACION	
CIRCUITO DE LOCALIZACION	
PLANTA DE CONJUNTO PLANTA BAJA	1/100
INSTALACION SANITARIA	1/100
AUTORES: DR. ESTER SANABRIA DR. JESUS RAMIREZ DR. GILBERTO CASTELLANOS	COLABORADORES: DR. GILBERTO CASTELLANOS

ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA



 	
FACULTAD DE ARQUITECTURA	
NOTAS	
PLANTA DE LOCALIZACION	
CIRCUITO DE LOCALIZACION	
PLANTA DE CONJUNTO PLANTA ALTA	1/100
INSTALACION SANITARIA	1/100
AUTORES: DR. ESTER SANABRIA DR. JESUS RAMIREZ DR. GILBERTO CASTELLANOS	COLABORADORES: DR. GILBERTO CASTELLANOS

ALBERGUE PARA NIÑOS HUERFANOS CON VIH-SIDA



9. Bibliografía

Dirección Adjunta de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Registro Nacional de Casos de SIDA. Edit. México. 31 de Diciembre de 1999. pp.

Eco, Umberto. Como se hace una tesis. Edit. Gedisa, S.A. España. 1997. pp. 267.

García del Valle, G. Introducción al estudio de la edificación. México. 1993. Edit. Facultad de arquitectura. pps. 198.

González, Susana. Manual de redacción e investigación documental. Edit. Trillas. Cuarta edición, mayo 1990. México. 1979. pp. 204.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Cuaderno estadístico delegacional, Tlalpan Distrito Federal. Edit. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. 1999. México. pp. 153.

ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud. La epidemia de SIDA, situación en diciembre de 1998. Programa conjunto de las naciones unidas a sobre el VIH/SIDA. Edit. 1998. pp.(19-23)

ONUSIDA. Campaña mundial contra el SIDA 1999 con los niños y los jóvenes. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA. Edit. 1999. p.

Plazola editores. Enciclopedia de arquitectura. Edit. Noriega. Ed.. Vol. 1. México. 1997. pp

Plazola editores. Enciclopedia de arquitectura. Edit. Noriega. Ed.. Vol.6. México. 1997. pp. (70-71=

Holahan, J. Psicología ambiental. Edit. Limusa. México. 1998.

Luna, G. Normas para evaluar la habitabilidad de la vivienda. Tesis de licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología. México. 1996.

Secretaría de Salud y CONASIDA. Programa de Fortalecimiento para la prevención y control del VIH/SIDA y otras enfermedades de trasmisión sexual, 1997-2000. Edit. México. 1997. pp.38.

Zepeda, Sergio. Manual de instalaciones hidráulicas, sanitarias, gas, aire comprimido, vapor. Edit. Limusa. Ed. Segunda reimpresión 1991. México.1991. pp. 429

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH-SIDA. Ginebra. Junio 2000.

Anaya L. Subestimación de la incidencia de SIDA en México, debido al retraso en la notificación. SIDA/ETS. Vol. 3, No.2, mayo-junio 1997.

Ing. Becerril L. Diego Onesimo. Datos prácticos de instalaciones hidráulicas y sanitarias. 11ª. Edición. México. 2005. pp. 221.

Ing. Becerril L. Diego Onesimo. Instalaciones eléctricas practicas. 11ª. Edición. México. 2005. pp. 221.

10. Hemerografía

Gaceta Oficial del Distrito Federal, Tlahuac-Tlalpan. México. Edición. Octava época / 31 de Julio de 1997 / No.54. TOMO. VI. pp.

Afp, Ap, Dpa y Reuters. Habrán 44 millones de huérfanos en el mundo por el SIDA. La jornada. Suplemento Letra S. México. Julio 14 del 2000. Número 48. pp.5.

Árbol de la vida, Enfermos en superación I.A.P. México.

CONASIDA. SIDA, Enfermedades de transmisión sexual.

Epidemiología. Edit. México. Número 4. Volumen 4. octubre-diciembre 1998. pp. 143 a 152.

Genser, Daniel. Aldeas de niños SOS. Edit. SOS Kinderdorf Austria. 1995. pp. 7.

Glaxo Wellcome. Convivir informado hoy. México. 2000. pp. 12. Goldbard, Enrique. Nutrición y SIDA. Reforma. Sección Sui-SIDA. México. Edit. Consorcio Interamericano de Comunicación, S.A. de C.V. Febrero 26 del 2000. Año 7, 2299. pp. 5C.

Goldbard, Enrique. Nutrición. Reforma. México. Edit. Consorcio Interamericano de Comunicación, S.A. de C.V. 11 de Marzo del 2000. Año 7, Número 2312. pp. 5C.

Ibarra, María. Hay en México 40 mil enfermos de SIDA, según la SSA del D.F. La Jornada. México. Edit. Diciembre 15 de 1999. Número 79, año VI. pp. 10.

Juárez, América. Aligeran la vida a enfermos con SIDA. Reforma. México. Edit. Consorcio Interamericano de Comunicación, S.A. de C.V. Octubre 4 de 1999. Año 6, 2147. pp. 2C.

Kuri, Pablo. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. México. Secretaría de Salud. Boletín epidemiológico semanal (semana 02: del 10 al 16 enero de 1999)

López, Patricia. El control de los residuos biológico infecciosos. La Jornada. Suplemento Investigación y Desarrollo. México. Edit. Consultoría en Prensa y Comunicación S.A de C.V. Junio de 2000. Número 85, año VII. pp. 13.

Secretaría de desarrollo urbano y vivienda. Programa delegacional de desarrollo urbano Tlalpan. Edit. Grupo sistema de alta dirección S.A. México. 1999.

Ser humano A.C. Construyendo día a día una sociedad sin SIDA.

Uribe, Erika. Una esperanza navideña. Reforma. Sección Sui-SIDA. México. Edit. Consorcio Interamericano de Comunicación, S.A. de C.V. Diciembre 8 de 1999. Año 6, 2221. pp. 7B.

Entrevistas

Entrevista a Cristina Romero coordinadora del Albergue Enfermos Anónimos en Recuperación. Noviembre 15 de 1999.

Entrevista a Gustavo Arroyo, colaborador del Albergue Árbol de la Vida. Enfermos Anónimos en Recuperación. Noviembre 16 de 1999.

Entrevista a la psicóloga y coordinadora del grupo Luna de la Fundación Casa Alianza, Noviembre 17 de 1999.

Entrevista a Micaela Castañeda, colaboradora del Albergue Casa de la Sal. Noviembre 2 de 1999.

Entrevista a Psicóloga. Encanto Gil, coordinadora del Albergue Abrázame. Noviembre 12 de 1999.

Entrevista a la psicóloga de la Aldea infantil SOS.
Diciembre 3 de 1999.

Entrevista Martha Ramírez, psicóloga del Albergue
Ermita Ajusco. Noviembre 20 de 1999.

Video

Almodovar, Pedro. Todo sobre mi madre. España. 1999.
Duración 101 minutos.

La plaga. Producido por Barraclough Carey en asociación con
Claypoint Productions, N.Y. para The Discovery Channel y
Channelfour. Productor y director Jenny Barraclough. Guión
George Carey. Consultor Margaret Jay. Editor en línea Marc
Eskenazi. 1993. E.U. Duración 6 hrs.

Paginas en Internet

<http://www.agora.stm.it/albergues>

<http://www.aids-sida.org/frmaces.html>

<http://www.alberguesdemexico.org.mx/>

<http://www.casa-alianza.org/ES/about/offices/mexico/>

<http://www.casa-alianza.org/ES/stret-children/aids/>

<http://www.cemi.itesm.mx/serhumano/frame.htm>

<http://www.cenids.ssa.gob.mx/conasida/news.htm>

<http://www.conapo.gob.mx/indsociodemo/proyecciones/lib.htm>

<http://www.conapo.gob.mx/politicadepob/default.htm>

<http://www.dge1.insp.mx/salvia/963/sida.mex.html>

<http://www.glaxowellcome.con.mx/infode.htm>

<http://www.inegi.gob.mx/población/español/estrupob/pob01.html>

<http://www.insp.mx/VIII/mier.html>

<http://www.mati.net.mx/casadelasal/>

<http://www.mundolatino.org/mundosalter/sida.htm>

<http://www.serhumano.org.mx>

<http://www.servidor.rds.org.mx/sirds/surdf/instituciones/>

<http://www.sida.udg.mx/organizaciones.htm>

<http://www.ssa.gob.mx/actualissate/9/sida.htm>

<http://www.ssa.gob.mx/conasida/estadis/1999/trim-4/9909.html>

<http://www.unicef.org/spanish/>

<http://www.conapo.com>

<http://www.inegi.gob.mx>

<http://www.sos-aldeas.htm>

Telsida. 5207-4077, 5666-8817, 5666-8820, 5666-7432, 5666-8818.