

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Trabajo Social



Perfil Social de los Pacientes Atendidos por el Departamento de Trabajo social en el Servicio de Neuroinfectología con Padecimiento de VIH/SIDA del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Tesis
Que para obtener el título de:
Licenciado en Trabajo Social
Presenta:

Blanca Adelfa Hernández González

Directora de Tesis: Lic. Claudia García Pastrana



México D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Gracias por la oportunidad de prestar mi servicio social, de donde surge la idea de iniciar este trabajo y haberme permitido realizar esta investigación, el Instituto ha marcado mi vida sin precedentes.

Dr. Alfredo Gómez Aviña

Gracias por las facilidades otorgadas en el Servicio de Neuroinfectología para la realización de esta Tesis.

Lic. Georgina Susana Volkens Gaussmann

Gracias por el apoyo y las facilidades otorgadas, durante la realización de esta tesis

A los honorables miembros del jurado

Gracias por sus críticas y comentarios para la culminación de este trabajo, sus observaciones fueron de gran utilidad

Dedicatorias

A Dios

Gracias por su infinita bondad, porque me ha permitido llegar hasta este momento y puedo disfrutar de la vida.

A mis hermanos

Gracias por todos los momentos compartidos juntos, por los consejos recibidos de cada uno de ustedes, por confiar y creer en mí.

A Claudia

Gracias por ser la persona que eres, te llevé en mi corazón, nunca olvidaré todo el apoyo y confianza que me has brindado.

A las trabajadoras sociales del INNN

Gracias por el apoyo que me brindaron en el momento que lo necesite.

A mis padres

Por haberme dado la vida, por su ejemplo de trabajo, rectitud y perseverancia, por sus consejos y palabras de aliento.

A mis amigos

Gracias por sus palabras de ánimo, por alentarme a continuar por este camino.

A Georgina Volkens

Gracias por haberme brindado la oportunidad de entrar al Instituto, he conocido a una persona ejemplar.

A David Wantling y esposa

Gracias por su comprensión y confianza para llegar al término de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------	----------

Capítulo I

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

1.1	Definición del VIH/SIDA	3
1.1.1	Antecedentes Internacionales, Nacionales y Epidemiología del VIH/SIDA en México.	4
1.1.2	Vías de Transmisión y Pruebas de Detección	12
1.1.3	Proceso de Infección y Fases de la Enfermedad	15
1.1.4	Manifestaciones Neurológicas del VIH/SIDA	16
1.1.5	Prevención y Atención del VIH/SIDA	17
1.2	El Virus de Inmunodeficiencia Humana como Problema de Salud Pública en México	18
1.2.1	Políticas Públicas y Acciones de Salud	19

Capítulo II

FAMILIA Y VIH/SIDA

2.1	La Familia como Sistema	23
2.1.1	Estructura Familiar	25
2.1.2	Familia y Enfermedad	27
2.1.3	Repercusiones Sociales, Económicas, Psicológicas y Políticas	28

Capítulo III

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

3.1	Niveles de Atención en el Sector Salud	31
3.2	Antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"	32
3.3	Servicio de Neuroinfectología	35
3.4	Departamento de Trabajo Social	35
3.4.1	Funciones y Actividades	36
3.4.2	Procedimiento para la Asignación de Cuotas de Recuperación	37
3.4.3	Visita Domiciliaria	40

Capítulo IV

PERFIL SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ CON PADECIMIENTO DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

4.1	Concepto de Perfil Social	41
4.2	Metodología	42
4.3	Planteamiento del problema	43
4.4	Hipótesis	43
4.5	Objetivos	43
4.6	Variables	44
4.7	Muestra	44

Capítulo V

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE PERFIL SOCIAL, POR MEDIO DEL INSTRUMENTO Y LA VISITA DOMICILIARIA APLICADOS A LOS PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EL SERVICIO DE NEUROINFECTOLOGÍA

5.1	Índice de Población con Diagnóstico de VIH/SIDA en el Servicio de Neuroinfectología del "Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez"	45
5.2	Análisis Cuantitativo y Cualitativo	46
5.3	Perfil Social de la Población que Acudió al Servicio de Neuroinfectología con Padecimiento de VIH/SIDA	81

CONCLUSIONES	82
---------------------	----

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL	85
---	----

ANEXOS

Anexo 1 Instrumento de Perfil Social	86
Anexo 2 Reporte de Visita Domiciliaria	90
Anexo 3 Glosario de Términos	97

Bibliografía	100
---------------------	-----

INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud en México, en sus tres niveles de atención, es una opción dentro del Sistema de Salud para las personas que no cuentan con algún servicio de seguridad como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), Petróleos Mexicanos (PEMEX), entre otros.

La población que acude a estas instituciones, de tercer nivel, requieren de atención médica especializada, son atendidos por un equipo multidisciplinario, entre los cuales se encuentra el trabajador social, cuyas funciones son de suma importancia en los procesos de salud – enfermedad del paciente y usuario.

Su participación es vital en las acciones de salud, debido a que realiza funciones de investigación social, educación, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, mismas que aportan información indispensable sobre la dinámica familiar, redes sociales e institucionales de apoyo, así como, variables sociodemográficas que contribuyen en la preservación y conservación de la salud de los pacientes que acuden a solicitar atención médica.

Específicamente, la función de investigación social, inicia a partir de la recolección de datos que proporciona el sujeto de estudio, mediante técnicas, como el Estudio Socioeconómico (ESE), la visita domiciliaria, la entrevista y la observación, que en conjunto, permiten identificar el entorno social y recursos materiales con los que cuenta el paciente.

El Estudio Socioeconómico es un instrumento que permite conocer la situación económica de una familia y asignar un nivel socioeconómico (NSE) en el cual se aplican las cuotas de recuperación que el paciente realiza por los servicios recibidos de los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD)¹.

Por lo que, la presencia de trabajadores sociales en la atención de usuarios se hace fundamental para identificar factores que influyen en el inicio o adherencia terapéutica del tratamiento y evitar su deserción por falta de recursos económicos.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNNMVS) por ser una institución de tercer nivel, atiende pacientes con problemas neurológicos, este trabajo está enfocado a pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), para identificar el Perfil Social de los mismos, con el objetivo de que el Trabajador Social pueda impulsar medidas educativas, en el uso del condón.

¹ Tello Peón, Nelia E., **Modelo de Intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud**, Ed. ENTS / UNAM, Mayo, 1999, p. 44

La investigación tiene sus antecedentes en mayo del año 2004 con el programa del Vínculo Interinstitucional, Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, para prestadores de servicio social. Durante la etapa, de febrero a noviembre de 2004, y mediante la orientación y asesoramiento de la supervisora de Trabajo Social, como prestadora de servicio social estuvo a cargo de las actividades que debe desarrollar el trabajador social en el Departamento de Trabajo Social; se diseñó un instrumento que permitió conocer el perfil social de los pacientes como parte de una estrategia de control de los que fueron atendidos y que acudieron al Servicio, lo que permitió tener un acercamiento a la situación real en la vida del usuario y que, al momento de realizar visitas a sus domicilios, se comparaba esta realidad objetiva a la realidad obtenida a través del instrumento socioeconómico en gabinete.

El estudio contiene cinco capítulos; en el uno, se abordará que es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), antecedentes, estadísticas, vías de transmisión, el proceso de la infección, las fases de la enfermedad, prevención y atención del VIH/SIDA, así como las políticas públicas y acciones de salud.

El segundo apartado trata sobre la familia y el VIH/SIDA, la familia como sistema, su estructura, la enfermedad y las repercusiones, que tiene en el entorno de esta.

El capítulo tres describe las funciones y actividades del Departamento de Trabajo Social, y de los procedimientos establecidos para la asignación de cuotas de recuperación, esto es el nivel socioeconómico del usuario para hacer uso de los servicios que proporciona el INNN .

La descripción del perfil social del total de la población que acudió al Departamento de Neuroinfectología del INNN – MVS, de mayo 2004 a mayo 2006 se presenta en el capítulo 4.

Para llevar a cabo esta investigación, se utilizó como estrategia realizar visitas domiciliarias, para conocer e identificar la dinámica familiar de los pacientes con VIH/SIDA, redes de apoyo, condiciones de higiene, vivienda y recursos materiales que le permitan llevar a cabo su tratamiento, y con esto tener una mejor calidad de vida.

La interpretación y evaluación cuanti-cualitativa de los resultados se presentan en el capítulo 5, y se obtuvieron al finalizar la recolección de datos contenidos en el reporte de la visita domiciliaria de los usuarios y del instrumento aplicado a cada uno de ellos.

Por último de los resultados obtenidos, se elaboró algunas propuestas y las conclusiones que permiten aceptar o rechazar la hipótesis planteada y el logro de los objetivos.

Capítulo I

EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

1.1 Definición del VIH/SIDA

Para hablar de la situación actual del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es necesario partir de su definición, Ford Michael (1993), denomina a éste como:

“Una condición física llamada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [es decir:] Síndrome significa un grupo de condiciones o síntomas que muestran, o indican que algo anda mal.

Inmunodeficiencia. *Inmuno* se refiere al sistema inmunológico. Que es la parte del cuerpo que lucha contra las infecciones. Cuando el cuerpo se va invadiendo por organismos que causan enfermedades como el sarampión o la gripe, el sistema inmunológico impide que te enfermes al atacar y destruir a estos organismos. Una *deficiencia* significa que existe carencia de algo, o no lo suficiente para que funcione correctamente. Por lo tanto *inmunodeficiencia* significa que el sistema inmunológico de una persona no está lo suficientemente fuerte para funcionar adecuadamente y le falta capacidad para defender a estos organismos causantes de enfermedades que, normalmente, destruiría con facilidad. Adquirida nos dice que el SIDA es algo que una persona adquiere o recibe de otra.”¹

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) daña y destruye las células del sistema inmune de la persona interfiriendo en la capacidad del cuerpo para luchar efectivamente contra los virus, bacterias y hongos que causan la enfermedad, hace a la persona susceptible de infecciones que normalmente el cuerpo humano puede resistir.

Al virus y a la infección se les conoce como VIH,. el término Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA),es utilizado para catalogar a las etapas tardías de la infección por este virus.

Los glóbulos blancos y anticuerpos defienden el organismo, de cualquier virus extraño que entra en el cuerpo humano. Esta respuesta es coordinada por un tipo de células llamados linfocitos CD4, que son uno de los principales tipos de células T o células luchadoras del sistema inmunológico desafortunadamente el VIH ataca específicamente a los linfocitos CD4 y entra en ellos.

El VIH infecta a las células CD4, una vez adentro, el virus les inyecta su propio material genético y los utiliza para hacer copias de si mismo y multiplicarse, las células infectadas por el VIH mueren, el sistema inmunitario se debilita, el organismo no puede defenderse y la persona puede desarrollar infecciones.

¹ Ford T., ¿Qué onda con el Sida?. Editorial Selector, México, 1993 pp.31-32

Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, buscan a otras para atacar, mientras, las primeras de donde salieron mueren. Este ciclo se repite una y otra vez, por lo tanto, miles de copias de VIH se producen todos los días. Para defenderse de esta producción de virus, el sistema inmune de una persona produce células CD4 diariamente.

El virus es más resistente, el número de células CD4 disminuye progresivamente y la persona sufre inmunodeficiencia, lo que significa que su cuerpo no se puede defender de otros virus y bacterias que causan enfermedades.

1.1.1 Antecedentes Internacionales, Nacionales y Epidemiología del VIH/SIDA en México

“Científicos han demostrado que el VIS (Virus de Inmunodeficiencia en Simios) es el origen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en humanos.”²

El virus se ha encontrado en el excremento y en la orina de los chimpancés. Además, las personas en África ingieren carne de simio, ya sea que ellos mismos los cacen o que los adquieran en los "mercados de carne" de esta forma, los grupos con mayor riesgo de contaminación son los que cazan y manipulan la carne contaminada.³

La era del SIDA empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el *Center for Disease Control (centro para el control de enfermedades)* de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles, al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco. Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el *sarcoma de Kaposi*, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses.

Se identificó a la población homosexual como víctima de la deficiencia inmune, la prensa comenzó a llamarla la «peste rosa», aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en EE.UU., los usuarios de drogas intravenosas, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. La nueva enfermedad fue bautizada, oficialmente, en 1982 con el nombre Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

² Beatriz H. Hahn, George M. Show, et al., AIDS as a Zoonosis: Scientific and Public health Implications; Science, Vol. 287, No. 5453, pp. 607- 614, issue of 28 January 2000.

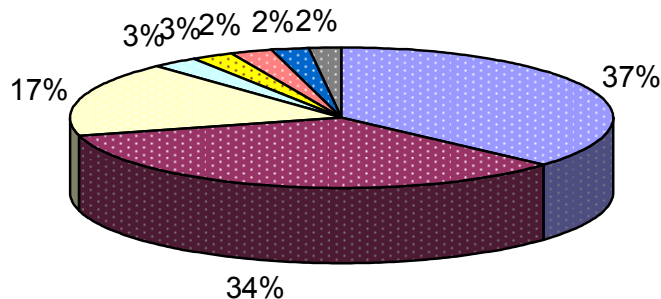
³ http://www.biocab.org/VIH_SIDA.html#anchor_1006 22 diciembre 2007 7:54 pm

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del VIH. La teoría con más apoyo planteaba que el SIDA era causado por un virus. La evidencia que apoyaba esta teoría era, básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con SIDA de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.⁴

A nivel internacional, los estudios realizados por el Programa de las Naciones Unidas contra el Sida (Onusida), reporta que cada dos minutos se infecta una persona con el VIH y 300 fallecen a diario por esa causa. Advierte que la transmisión heterosexual va en aumento debido a la migración, el desabasto de medicamentos, el desconocimiento sobre la enfermedad y a que las leyes para prevenir la discriminación no se respetan; detalla que “la migración parece tener un efecto sobre la diseminación hacia zonas rurales y entre mujeres”.⁵

“Las últimas estadísticas de la epidemia mundial de SIDA y VIH fueron publicadas por ONUSIDA/OMS en el 2007.

ESTADISTICAS MUNDIALES 2007



Personas que viven con VIH/SIDA	Adultos que viven con VIH/SIDA
Mujeres que viven con VIH/SIDA	Niños que viven con VIH/SIDA
Personas recién infectadas con VIH	Adultos recién infectados con VIH
Muertes por SIDA en 2007	Muertes de adultos

Fuente: ⁶

⁴ <http://es.wikipedia.org/wiki/SIDA> 22 febrero 08 9:30 am

⁵ <http://html.rincondelvago.com/sida-en-peru.html> 22 febrero 08 10:05 am

⁶ ONUSIDA/OMS Noviembre 2007 5:20 pm

Más de 25 millones de personas murieron de SIDA desde 1981, África tiene 12 millones de huérfanos a causa del SIDA a fines de 2007, las mujeres representaban el 50% de todos los adultos que viven con VIH en todo el mundo y el 61% en Africa Subsahariana.

Las personas jóvenes (menores de 25 años) representan la mitad de todas las infecciones con VIH recientes a nivel mundial, alrededor de 6,000 individuos se infectan con VIH cada día.

En países en vías de desarrollo y en transición, 7.1 millones de personas tienen necesidad inmediata de medicamentos para el SIDA para salvar sus vidas; de estos, sólo 2.015 millones (28%) los están recibiendo.

El número de personas que viven con VIH se ha incrementado de aproximadamente 8 millones en 1990 a casi 33 millones en la actualidad y sigue en aumento. “El sexo sin protección se asocia, de manera muy importante, al cáncer de cuello del útero en las mujeres, y a la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH-SIDA, entre los hombres. La tasa de mortalidad por SIDA en 2005 fue de 16.6 por mil en los hombres, y de 3.1 por mil en las mujeres.

Si bien los casos nuevos de SIDA se dan más frecuentemente entre los hombres, el porcentaje que representan las mujeres se ha ido incrementando con los años, de modo que en 2005 eran ya uno de cada cinco casos”.⁷

Desde el inicio de la pandemia de VIH en México en 1983, se han registrado 107,625 casos, de los cuales 60,000 enfermos ya fallecieron, el 25% de los infectados es de sexo femenino”.⁸

Personas viviendo con VIH 182,000, casos de SIDA por sexo hombres 89,305, mujeres 18,320, la entidad con mayor número de casos es el Distrito Federal con 20,398, le sigue el Estado de México con 11,319, después Veracruz con 9,680 y Jalisco con 9,257, estos son los estados con mayor incidencia y los datos fueron registrados al 15 de Noviembre de 2006.⁹

A nivel estatal el Distrito Federal ocupa el primer lugar en número de casos, seguido del Estado de México, Veracruz, Jalisco y Puebla. 78.7% de los pacientes están entre los 15 y los 44 años, justo en edad productiva”.¹⁰

⁷ <http://pnd.presidencia.gob.mx/> 2007-2012, 20 Febrero 08 6:56 pm

⁸ <http://www.cnnexpansion.com/actualidad/2007/7/13/60-000-fallecidos-por-sida-en-mexico/view> Jose Angel Cordova Villalobos

⁹ <http://www.ssa.gob.mx/conasida> 17 noviembre 07 2:40 pm

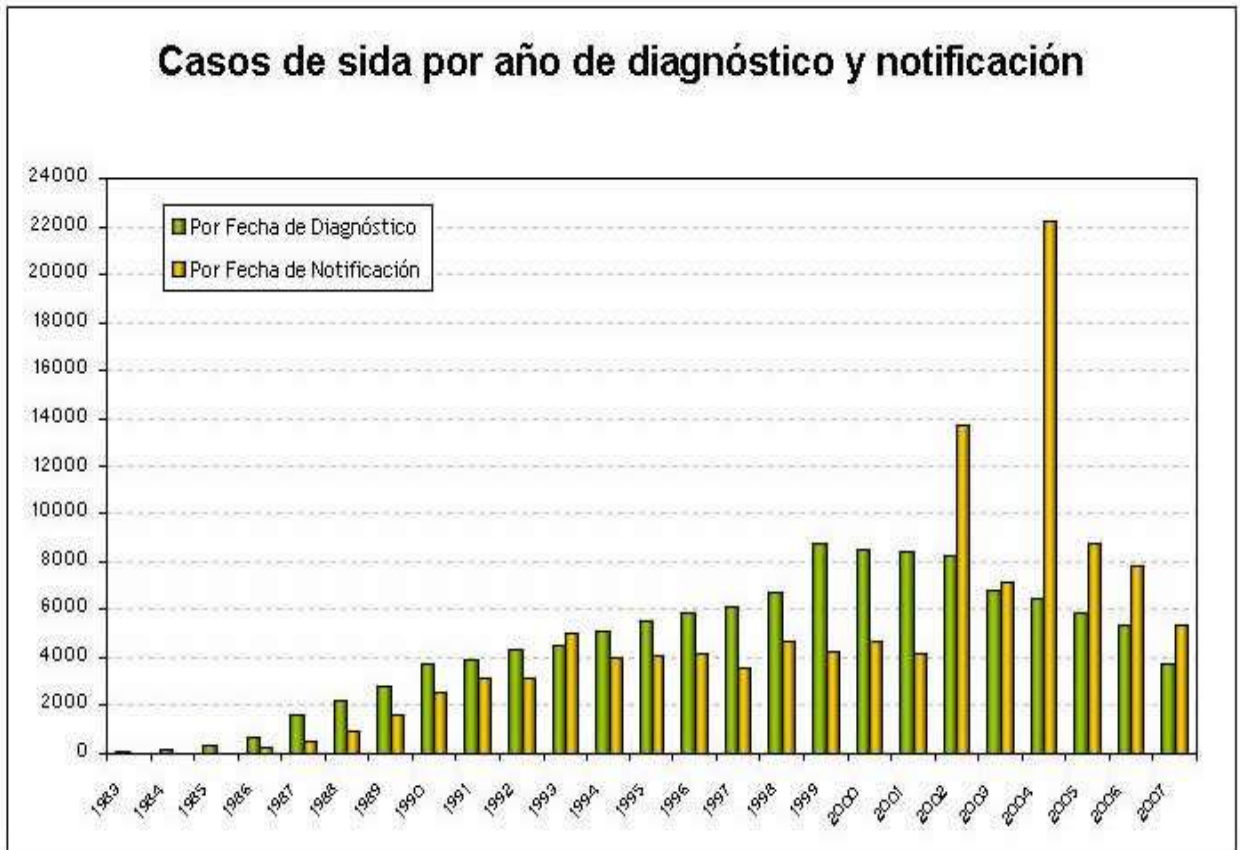
¹⁰ <http://www.cnnexpansion.com/actualidad/2007/9/28/buscan-reducir-costos-del-vih-sida/view>

La Secretaría de Salud tenía registrados en noviembre 2007 a 107,625 casos de los cuales 5,102 fueron nuevas infecciones, el 83% corresponden a hombres y el 17% a mujeres y se estima que tres de cada mil adultos podrían estar infectados en la actualidad. Estas cifras, ponen en evidencia que la tendencia en la transmisión del VIH no ha dejado de aumentar, esto demuestra que hasta ahora no han sido suficientemente efectivas las políticas y medidas de prevención implementadas para erradicar dicha enfermedad.

Tabla No. 1
Casos de Sida por año de diagnóstico y notificación

Año	Por Fecha de Diagnóstico	Por Fecha de Notificación
1983	65	6
1984	193	6
1985	367	28
1986	705	243
1987	1,604	508
1988	2,201	898
1989	2,838	1,590
1990	3,719	2,570
1991	3,873	3,125
1992	4,354	3,164
1993	4,502	4,986
1994	5,055	4,013
1995	5,537	4,106
1996	5,887	4,124
1997	6,066	3,589
1998	6,659	4,656
1999	8,771	4,279
2000	8,522	4,693
2001	8,376	4,172
2002	8,197	13,700
2003	6,765	7,096
2004	6,450	22,244
2005	5,855	8,713
2006	5,385	7,826
2007	3,705	5,316
1983-2007	115,651	115,651

Fuente:
SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.
Datos al 15 de noviembre del 2007.
Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.



Fuente:
 SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.
Datos al 15 de noviembre del 2007.
 Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.

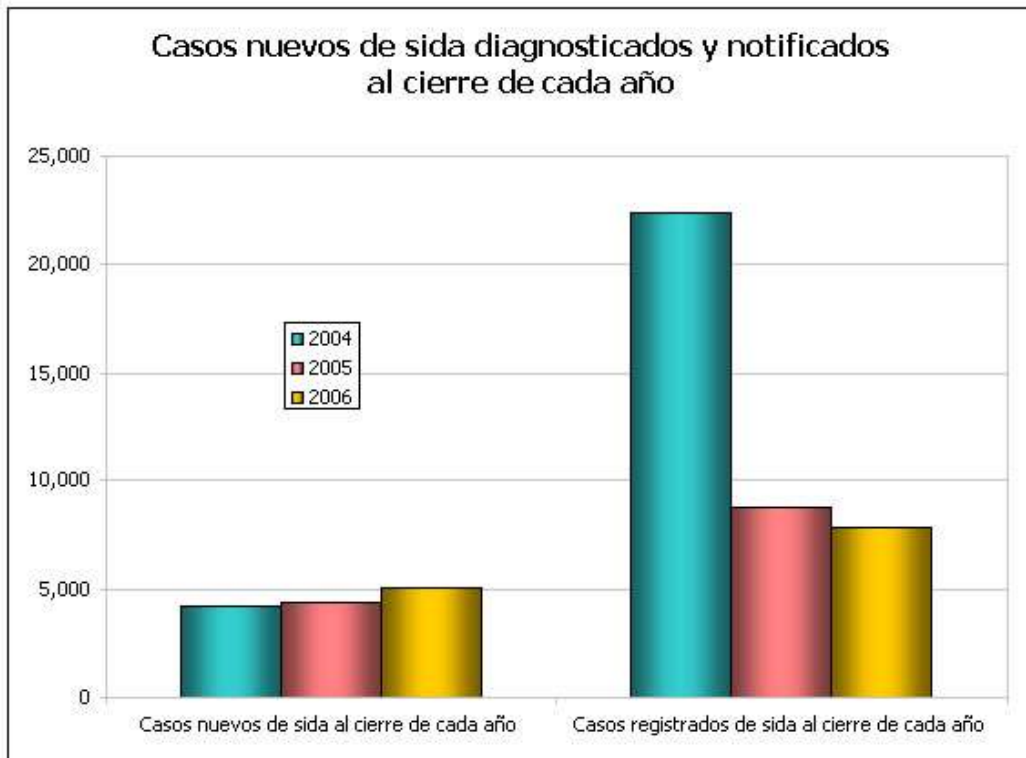
Aquí se observa que de 1983 a 2007 el año con mayor número de casos diagnosticados fue en el 1999, con un total de 8, 771 personas, hasta el día de hoy, a disminuido la cifra hasta ver que en 2007, 3,705 casos, por fecha de notificación en 2004, se presentó el mayor número de casos notificados con un total de 22,244. Para el año 2007 se observa una disminución considerable llegando la cifra a 5,316 casos, pero informes demuestran que cada día más personas están siendo infectadas por este virus, lo que significa que no todos los casos se están notificando y que existe un subregistro de esta enfermedad en el país.

Tabla No. 2

Casos nuevos de Sida diagnosticados, notificados y registrados oportunamente.

Año diagnóstico	Casos nuevos de sida al cierre de cada año	Casos registrados de sida al cierre de cada año	% de casos registrados oportunamente
2004	4,171	22,379	18.6
2005	4,382	8,720	50.3
2006	5,055	7,829	64.6

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA .
Datos al 31 de diciembre del 2006.
 Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.



Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA .
Datos al 31 de diciembre del 2006.
 Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.

En la tabla No. 2 se observa un importante incremento de casos registrados oportunamente ya que de 7,829 casos el 64.6% lo hizo en un lapso que permite el inicio del tratamiento.

Tabla No. 3

Casos acumulados de Sida por edad y sexo 2007

Grandes gpos	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
0-14	1,509	2%	1,277	6%	2,786	2%
15-44	75,041	78%	14,999	75%	90,040	78%
45 o más	18,273	19%	3,528	18%	21,801	19%
Se desconoce	880	1%	144	1%	1,024	1%
total	95,703	100%	19,948	100%	115,651	100%

Fuente:
SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.
Datos al 15 de noviembre del 2007.
Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.

De los casos acumulados de SIDA puede observarse en la tabla No. 3 que la mayoría de los casos se encuentran en edad productiva y reproductiva, entre 15 y 44 años de edad, en lo cuanto al sexo el 82.8% son hombres y el 17.2% mujeres.

Tabla No. 4

	Casos diagnosticados en el año 2007		Casos acumulados 1983-2007		Casos diagnosticados en el año 2007		Casos acumulados 19983-2007	
	Numero	%	Numero	%	numero	%	Numero	%
Transmision sexual	2,702	94.7%	57,905	62.1%	740	98.1%	11,555	30.1%
Homosexual	781	27.4%	19,910	21.3%	0	0.0%	0	0.0%
Bisexual	609	21.4%	14,317	15.3%	0	0.0%	0	0.0%
Heterosexual	1,312	46.0%	23,678	25.4%	740	98.1%	11,555	30.1%
Transmision sanguinea	114	4.0%	2,089	2.2%	10	1.3%	1,356	3.7%
Transfucion sanguinea	0	0.0%	845	0.9%	0	0.0%	1,212	3.3%
Hemofilia	0	0.0%	173	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
Donador remunerado	0	0.0%	314	0.3%	0	0.0%	51	0.1%
Usuario de drogas inyectables (UDI)	114	4.0 5	753	0.8%	10	1.3%	89	0.2%
Exp. ocupacional	0	0.0 %	4	0.0%	0	0.0%	4	0.0%
Otras (Homosexual/UDI)	6	0.2%	231	0.2%	2	0.3%	6,014	16.2%
Se desconoce	30	1.1%	33,089	35.5%	2	0.3%	18,527	50.0%
Total	2,852	100.0%	93,314	100%	754	100%	37,052	100%

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.
Datos al 15 de noviembre del 2007.
Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.

Es importante resaltar que no hay diferencia en el porcentaje de heterosexuales y homosexuales, resultando falso que esta enfermedad es propia de homosexuales. Por lo que se debe señalar que la mayoría de los casos se contagian por transmisión sanguínea, debido a que comparten drogas inyectables.

Tabla No. 5
Casos nuevos y acumulados de SIDA por año de diagnóstico, según entidad federativa.

Entidad Federativa	Casos Acumulados	Incidencia	%	2006	2007
Aguascalientes	634	59	0.5	15	16
Baja California	5,271	169.6	4.6	127	153
Baja California Sur	599	113.4	0.5	32	19
Campeche	856	106.9	0.7	65	78
Chiapas	4,117	90.8	3.6	234	290
Chihuahua	3,162	89.1	2.7	104	74
Coahuila	1,495	57.4	1.3	41	17
Colima	627	103.5	0.5	22	20
D.F.	20,881	236.9	18.1	179	134
Durango	974	62.3	0.8	26	31
Extranjeros	316	0.3	3	0	0
Guanajuato	2,725	53.1	2.4	88	31
Guerrero	4,048	123.5	3.5	61	126
Hidalgo	1,208	49.8	1	52	57
Jalisco	9,911	143.2	8.6	264	302
Estado de México	12,183	80.6	10.5	362	485
Michoacán	3,216	75.7	2.8	127	129
Morelos	2,634	150.2	2.3	91	81
Nayarit	1,411	139.7	1.2	34	55
Nuevo León	3,211	73.5	2.8	87	63
Oaxaca	3,726	99.1	3.2	207	219
Puebla	5,676	100.6	4.9	166	150
Querétaro	982	59.3	0.8	33	49
Quintana Roo	1,545	132.2	1.3	91	63
San Luis Potosí	1,404	57.8	1.2	83	89
Se desconoce	53	0	0	0	0
Sinaloa	1,972	70	1.7	52	97
Sonora	1,788	69.8	1.5	57	70
Tabasco	1,662	78.5	1.4	83	81
Tamaulipas	2,656	81.1	2.3	83	108
Tlaxcala	839	75.9	0.7	46	33
Veracruz	10,420	142.1	9	492	499
Yucatán	2,841	153.2	2.5	62	65
Zacatecas	608	42.9	0.5	27	21
Nacional	115,651	106.2	100	3,503	3,705

Fuente: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.
Datos al 15 de noviembre del 2007.
Procesó: SS/CENSIDA/DIO/SMI.

Tabla No. 6

Casos de Sida, y defunciones

Casos de SIDA notificados	115,651
Casos de SIDA registrados en el año 2007	5,316
Casos de SIDA registrados oportunamente en el año 2007	3,705 (69.7%)
Personas con VIH (estimacion 2006)	182,000
Defunciones por SIDA 2005	4,653

Fuentes: SS/DGE. Registro Nacional de Casos de SIDA.
 Datos al 15 de noviembre del 2007. CENSIDA/ ONUSIDA.
 Estimación de personas con VIH. 2006. INEGI/SS. Registros de Mortalidad 2005. Las defunciones no consideran a los desconocidos, ni a los extranjeros en tránsito por México.

En el 2007 la entidad federativa con mayor número de casos fue el Distrito Federal. con 20,881, esto por ser un lugar en donde se concentra un gran número de habitantes, le sigue el Estado de México con 12,183, después Veracruz con 10,420, Jalisco con 9,911, Puebla con 5,676, Baja California Norte con 5.271, Chiapas con 4,117 y Guerrero con 4,048, por mencionar los de mayor incidencia. En el caso de los estados como Puebla, Chiapas y Guerrero el origen del padecimiento en algunas ocasiones esta relacionado con la población migrante.

Como puede observarse la información estadística nos ofrece un panorama en torno al número de casos se Sida diagnosticados, notificados por grupos de edad y sexo y de las defunciones.

Sin embargo, esta información dista de la realidad que ofrece este problema de salud pública, a pesar de los esfuerzos oficiales para su prevención.

1.1.2 Vías de Transmisión y Pruebas de Detección

Los mecanismos de transmisión son comportamientos de conducta que incluyen, entre otros, el contacto sexual sin protección, compartir agujas, las parejas múltiples, el comienzo temprano de las relaciones sexuales y la migración.

El VIH puede transmitirse únicamente por tres vías:

1. Vía sanguínea: Existe la posibilidad de adquirir el VIH a través de instrumentos de cirugía u odontología que hayan sido contaminados y que no hayan sido esterilizados; en este caso se debe exigir que los instrumentos estén desinfectados; y finalmente si se comparten jeringas cuando se utilizan drogas como la heroína porque estas jeringas pueden transportar sangre infectada de una persona a otra.

Es importante aclarar que no hay riesgo en las peluquerías con el uso de máquinas eléctricas, de afeitar o elementos para arreglar uñas, ya que se requeriría que una persona se cortara con alguno de estos elementos e inmediatamente fuera atendida otra persona con la misma herramienta y también se cortara, dejando que la sangre del otro entrara en su herida casi de inmediato; situación que resulta poco probable, existen riesgos en las intervenciones quirúrgicas, ya que es probable, que el personal médico llegará a infectarse por medio de algún instrumento quirúrgico. Lo ideal es exigir que todos los instrumentos para atender estén desinfectados.

El VIH no se "contagia" como la gripa o la tuberculosis cuyos microorganismos que la causan pueden sobrevivir en el medio ambiente, o como el cólera que se puede adquirir por el agua, el VIH fuera del cuerpo humano pierde rápidamente su capacidad de replicarse y muere porque no tiene ni la temperatura, ni esta en un medio acuoso con las condiciones de salinidad y alcalinidad que requiere, el virus en el medio ambiente es muy débil.

2. Vía perinatal: Se refiere a la transmisión que puede ocurrir de una mujer embarazada que tiene el virus al bebe que espera; puede ocurrir durante el periodo de gestación (porcentaje muy bajo), durante el parto por contacto del bebe con sangre (por lo que se recomienda realizar cesárea) y durante la lactancia, pues la leche materna tiene pequeñas partículas de virus y sobretodo el bebe al morder el pezón causa pequeñas laceraciones a la madre que sangran y el bebe toma esa sangre.

No todos los neonatos que nacen de mujeres infectadas, adquieren el virus, las mujeres embarazadas deben hacerse la prueba, si la madre toma tratamiento antirretroviral, esto disminuye el porcentaje de que nazca con el virus, adicionalmente se debe hacer la cesárea en el momento del parto y no lactar al neonato.

3. Vía sexual: El VIH se encuentra en altas concentraciones en fluidos corporales como el semen, sangre y las secreciones vaginales; por esta razón cuando las personas tienen relaciones sin utilizar el condón y entran en contacto directo con estos fluidos se exponen a adquirir la infección.

Se puede entrar en contacto con estos fluidos cuando hay penetración anal o vaginal sin utilizar el condón. En la práctica del sexo oral, aunque el riesgo puede ser menor que cuando hay penetración, se aumenta si se tragan los fluidos (Como fluidos de la vagina, el liquido que lubrica el pene o el semen si hay eyaculación).

Se deben realizar prácticas de sexo seguro para prevenir la transmisión del VIH por la vía sexual, especialmente el uso del condón o superficies de látex sobre la zona en que se quiere hacer la práctica penetrativa o la estimulación oral.¹¹

¹¹ http://www.indetectable.org/pages/vih_sida.htm 12 septiembre 2007 8:20 am

Pruebas diagnósticas

Pruebas Serológicas de Detección del VIH.

Se denomina pruebas serológicas a las realizadas sobre el suero, uno de los componentes de la sangre, para detectar anticuerpos. De este modo existen análisis serológicos para detectar distintos tipos de enfermedades: hepatitis B, sífilis, chagas, toxoplasmosis y VIH. Habitualmente se usa la expresión "seropositivo" como sinónimo de VIH positivos, pero ambos términos no significan lo mismo: la persona VIH positiva es seropositiva para el VIH.

La primera prueba que se hace para detectar la presencia del virus es conocida como ELISA - Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay (prueba de inmunoenzimática)-. Existen otras similares, pero ésta es la más frecuente, como toda prueba serológica no reconoce el virus, sino los anticuerpos generados por el organismo para defenderse de él. Es decir, si hay anticuerpos, hay virus.

Toda prueba diagnóstica posee dos características: la sensibilidad y la especificidad. La primera se refiere a la capacidad de detectar la presencia de determinada sustancia; la segunda se refiere a la capacidad de excluir toda sustancia que no sea la efectivamente buscada.

ELISA es una prueba muy sensible, ya que ante la mínima presencia de anticuerpos del virus, e incluso elementos similares, dará un resultado positivo. Si el estudio da negativo es porque efectivamente el virus no está presente. La alta sensibilidad de esta prueba puede dar como resultado "falsos positivos" ante anticuerpos similares, lo que obliga a realizar una prueba confirmatoria. A las personas con resultado positivo, se les realiza una segunda prueba, más específica y menos sensible, para confirmar la presencia de anticuerpo de VIH y eliminar del grupo de los "positivos" a las personas que no están infectadas por el virus, la más frecuente es la Western-blot.

Hay un período que se denomina "período ventana" y se utiliza para dar cuenta del tramo inicial de la infección durante el cual los anticuerpos generados por el organismo no son detectados por las pruebas serológicas habituales. Es necesaria una determinada cantidad de anticuerpos para que las pruebas puedan detectarlos. Este período se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento en que este genera el número de anticuerpos necesario para ser captados por las pruebas de laboratorio. Puede durar tres meses, o más. Por esta razón se debe hacer la prueba tres veces durante un año.

Durante el "período ventana" las personas infectadas son sero-negativas ya que el resultado de los estudios es negativo. Pero más allá de que no se detecten los anticuerpos en sangre, el período ventana es un período de alta contagiosidad durante el cual el virus se está multiplicando de manera muy rápida.¹²

¹² <http://www.monografias.com/trabajos5/sida/sida2.shtml> 14 septiembre 07 10:53 am

También existen las pruebas rápidas de orina y saliva que no son tan exactas, pero si nos dan una idea del problema.

Existen dos pruebas que se utilizan para diagnosticar la infección causada por el VIH: una detecta la presencia de anticuerpos específicos frente al VIH, que el organismo produce como respuesta al virus, y la otra identifica la presencia del virus.

La relación de "acoplamiento" ("llave-cerradura") entre los anticuerpos (Y) y el virus es la base del ELISA. (ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas) que detecta la presencia de anticuerpos en la sangre.

Es fundamental que los individuos infectados por el VIH conozcan y entiendan su enfermedad y sus implicaciones, de modo que puedan reducir el riesgo de transmisión del virus a otros e iniciar el tratamiento médico adecuado. Lamentablemente, personas infectadas por el VIH no saben que padecen la enfermedad hasta que experimentan síntomas físicos evidentes.

Los anticuerpos son proteínas que combaten la enfermedad, creadas por el sistema inmunitario en respuesta a la infección. Un resultado positivo significa que el sistema inmunitario ha producido anticuerpos en respuesta a la infección por el VIH. Este resultado debe confirmarse con otra prueba llamada Western Blot.¹³

1.1.3 Proceso de Infección y Fases de la Enfermedad

El proceso varía de un individuo a otro, esto puede ser por la fortaleza de su sistema inmunológico, en algunos casos no llega a manifestarse y el VIH positivo permanece asintomático. En otros, dependiendo quizás de la concentración de virus o de la forma de contagio, el desarrollo puede ser más rápido, surge por brotes que destruyen el sistema inmunológico.

El sistema inmunitario está formado por diversos leucocitos y órganos especiales, como el bazo, que defienden al organismo de las bacterias y los virus. El VIH es un virus potente que se reproduce en el interior de algunos leucocitos y finalmente los destruye. Al final, esta depleción de leucocitos debilita del tal modo el sistema inmunitario que ya no puede defender al organismo de la enfermedad o de infecciones.

¹³ <http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/sida/teprueba.html> 3 marzo 2008 8:56 am

El organismo pasa durante todo el proceso por fases, mismas que no se producen en todos los casos, ni siguen un orden cronológico, estas son las siguientes:

“Una vez que se produce el contagio, el virus inicia su reproducción, alrededor de un mes después, surgen síntomas pocos definidos que pueden variar desde un catarro persistente a una especie de gripe. En ocasiones no hay manifestación alguna, a veces, todo el proceso semicatarral conlleva también alguna diarrea, puede haber infecciones de otro tipo, aunque normalmente con carácter leve y sin complicaciones de ningún tipo, consecuencia del descenso inicial de defensas que el virus produce y del trabajo intenso del sistema inmunológico para fabricar anticuerpos que a partir de ese momento y entre 2 y 3 meses podrán ser detectados en un test.

A la diarrea, si la hubo, no se le va a conceder ninguna importancia, como no la tiene en un individuo sin infectar, todo se silencia y la infección se oculta. El individuo sigue siendo VIH positivo, es portador y posible difusor de la enfermedad, pero no tiene ya manifestación alguna. El virus se acantona en los linfocitos y sigue su progresión de manera silenciosa, no se sabe, por que en unos casos la dolencia progresa y en otros no, tampoco por que hay individuos que no manifiestan síntoma alguno, y no se sabe, salvo que se trate de cepas víricas menos agresivas, porque unos progresan hacia SIDA auténtico y otros no.

Cuando la carga viral es alta y el número de linfocitos disminuye en el recuento hasta menos de 500, la enfermedad va progresando. Es la etapa en la que se puede hablar de inmunodeficiencia”¹⁴.

Las diferentes reacciones del virus, en el ser humano, favorecen la propagación de éste, por esta razón, a partir de la práctica de riesgo, se debe hacer la prueba de detección.

1.1.4 Manifestaciones Neurológicas del VIH/SIDA

De acuerdo a los casos analizados en el Instituto, las enfermedades que se presentan como manifestaciones neurológicas se registran a continuación en el orden de mayor frecuencia y son las siguientes: VIH + Toxoplasmosis, VIH + Criptococosis, Encefalitis Viral, Meningitis Fúngica, Meningitis Bacteriana, Tuberculosis Meningea y Leucoencefalopatía.¹⁵

¹⁴ Sánchez, O. R. **SIDA, lo que debes saber**. Editorial Nihil Obstat. Barcelona, España, 2001, pag. 73-74

¹⁵ Cuaderno de ingresos del Servicio de neuroinfectología del INNNMVS 2004-2006

Una vez adquirido el VIH el hombre desarrolla algunas patologías como:

“Deterioro cerebral, es una de las posibilidades, poco a poco va apareciendo una demencia que caracteriza la última etapa de la enfermedad, si existe una atrofia cerebral los síntomas iniciales podrían superponerse a los del mal de Alzheimer. Hay pérdida de memoria y olvido de funciones elementales. Se habla de complejo demencia-SIDA. Acaba sometiendo al enfermo a un estado vegetativo y produciendo la muerte.

Síndrome de mala absorción, no se asimilan los nutrientes que se ingieren y además se produce una diarrea acuosa que acentúa el estado de mala nutrición del individuo y agrava todo el curso de la enfermedad.

Caquexia, estado final de la nutrición, con fiebre y diarrea; la extrema delgadez del paciente indica que el proceso está llegando a su final.”¹⁶

1.1.5 Prevención y Atención del VIH/SIDA

Una de las lecciones más importantes de los últimos años es la necesidad de instaurar una prevención y atención integradas del SIDA. Para asegurar la equidad en la prevención de este, se debe proporcionar información correcta e idónea, junto con las herramientas existentes de prevención, a quienes presenten el mayor riesgo de infección. La OMS considera la prevención una parte fundamental de sus actividades contra el SIDA. Hay estudios que subrayan la necesidad de desplegar constantes esfuerzos para promover prácticas sexuales menos arriesgadas.

“La integración de la prevención y la atención del VIH constituye un tema recurrente y unificador de las actividades de la OMS, pese a la gran diversidad de subepidemias”¹⁷

El Sida afecta a las personas en riesgo, que de acuerdo a este estudio la mayoría se encuentra en los rangos de edad de 18 a 44 años.

Política Internacional de VIH/SIDA.

Una política pública acertada puede servir para prevenir nuevas infecciones, así como retrasar la muerte de quienes albergan ya el VIH,. los médicos deben velar por que las aptitudes que les son propias se usen óptimamente en beneficio de los pacientes. Los activistas y miembros de la comunidad contribuirán sobre todo a la prevención, el apoyo, la educación y la sensibilización.

¹⁶ Op. Cit p. 79.

¹⁷ <http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/index2.html>

- Integrar la educación preventiva en materia de VIH/SIDA en los programas mundiales de desarrollo y en las políticas nacionales.
- Adaptar la educación preventiva a la diversidad de las necesidades y de los contextos.
- Fomentar un comportamiento responsable y reducir la vulnerabilidad.

Luchar contra el VIH/SIDA mediante la educación preventiva exige un programa multiforme, en materia de educación preventiva se articula en torno a cinco objetivos:

- Movilizar todos los niveles.
- Adaptar el mensaje.
- Cambiar los comportamientos de riesgo.
- Atender a las personas infectadas y afectadas.
- Limitar el impacto del VIH/SIDA.

La prevención no sólo es la solución más económica, sino también la más eficaz: fomenta los cambios de comportamiento por los conocimientos que difunde, las actitudes que suscita y las competencias que aporta a través de técnicas de comunicación juiciosamente adaptadas a las especificidades culturales. Es fundamental un enfoque basado en los derechos de las personas, tanto para crear programas de educación preventiva y acciones terapéuticas como para combatir la estigmatización y mejorar las condiciones de vida de las personas infectadas o afectadas.¹⁸

1.2 El Virus de Inmunodeficiencia Humana como Problema de Salud Pública en México

En el sistema de salud que existe en México, a pesar de que los antirretrovirales fueron registrados en forma rápida, solo cerca del 50% de los individuos infectados tienen acceso a medicamentos, gracias a la introducción de estos por la Seguridad Social. Sin embargo, aún en las organizaciones que proveen de medicamentos a sus pacientes, los problemas no se han resuelto adecuadamente.

Esto está relacionado con la inadecuada percepción de lo que esta medida significa en realidad. No existen cálculos adecuados del costo-beneficio de otorgar los medicamentos ya que no se han estimado muchos de los beneficios como la ganancia en productividad de los individuos tratados y la desaparición de gastos hospitalarios e incluso de consulta externa y desde luego los extremadamente difíciles de evaluar como son los relacionados a las repercusiones personales y familiares que se obtienen al mejorar la calidad de vida de los individuos tratados.

¹⁸ http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=1134&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html 7
 Octubre 2007 1:20 pm

Se ha pensado en el tratamiento del VIH/SIDA como un gasto y no se ha conceptualizado como una inversión en esta infección-enfermedad lo que cambiaría los resultados obtenidos. Esto trae repercusiones importantes ya que los medicamentos son administrados en condiciones inadecuadas, para dar seguimiento a los casos con la consecuente disminución del beneficio personal, institucional y global.

La prevención, y los esfuerzos planteados para el futuro en educación es un cambio de actitud, la orientación en este aspecto no ha dado los resultados esperados, no se ha hecho un mayor esfuerzo en prevención y efectos, el acceso a la información parecen tener poca repercusión en las actitudes y mucha menor en las prácticas de la población en riesgo para adquirir VIH. La solución no es sencilla, porque implica un cambio en la estructura de pensamiento, al respecto, el esfuerzo debe de ser no solo en el área de la salud, sino en conjunto, escuela, familia, medios de comunicación, gobierno y sociedad en general quienes deben de preocuparse por adquirir la información adecuada.

Esta participación debe comenzar desde la no estigmatización de aquellos afectados, dar mayores oportunidades laborales a los mismos y llegar hasta la participación económica de empresas con alto poder financiero con donativos que mejoren la atención de los enfermos.

Los retos para combatir esta pandemia son múltiples, existen personas que luchan arduamente no solo por cuidar su salud sino por ayudar a todos los que sufren de este padecimiento, respetando sus derechos.

1.2.1 Políticas Públicas y Acciones de Salud

El tema, en las políticas gubernamentales, debe abordarse también desde los enfoques psicológico y social, no sólo pensar en tratamientos y medicamentos, como se ha hecho hasta ahora.

“En las políticas públicas existe una estrategia que articula la atención del VIH/Sida en sexoservidores, los actores políticos hablan del tema como una realidad evidente que hay que considerar para afrontar el problema”.

Se fortalecen los esfuerzos y recursos en la lucha contra el VIH/Sida, a través de acciones como atención, control y consolidación de una cultura preventiva.

La inestabilidad política y económica amenaza la respuesta al VIH. Los cambios frecuentes en los recursos humanos generan una falta de memoria institucional y de capacidad. A menudo, una crisis económica desencadena una reducción de los gastos sociales, lo que puede llevar a limitar los recursos nacionales para el VIH, mientras que una crisis política puede conducir a respuestas debilitadas e interrumpidas.

En relación a algunos programas de apoyo y campañas, se pueden mencionar los siguientes:

Existen algunos centros de apoyo como la Asociación pro-albergue para personas con VIH/SIDA del Municipio de Nezahualcoyotl, su objetivo principal es brindar una atención integral multidisciplinaria a personas que viven con VIH/SIDA. - Proporcionar apoyo Psicológico, orientación y asesoría a familiares, amigos y parejas de personas con VIH/SIDA. -Prevenir la infección del virus de la inmunodeficiencia humana en la jurisdicción Nezahualcóyotl.

(CONASIDA) Consejo Nacional de Lucha Contra el Sida-(SSA) Secretaría de Salud, Canaliza el 15 por ciento de los recursos internacionales de Onusida a ONG.

En la Fundación Mexicana de Lucha contra el Sida, .A.C., se les apoya con atención médica y psicológica, prueba de anticuerpos del VIH y (ETS) Enfermedades de Transmisión Sexual, e intercambio de medicamentos, existen campañas sobre VIH/SIDA, en las escuelas de educación secundaria.

Con el objetivo de incidir en la elaboración de políticas públicas enfocadas a detener el avance de la epidemia de SIDA en la población femenina, activistas de México y América Latina demandaron la inclusión de sus propuestas y necesidades en la agenda política de la Conferencia Internacional de SIDA.

En México, los servicios de salud no están implementados para atender las necesidades, a las mujeres se les deja al final de la consulta, se les cuestionan si quieren ser madres o se encargan de esterilizarlas sin su consentimiento, El subsecretario de Prevención y Promoción de la Secretaría de Salud, Mauricio Hernández, rechazó las críticas y aseguró que la atención médica dada a las mujeres es "buena y oportuna", aunque reconozca que el prejuicio sobre ellas es más drástico que el sufrido por los hombres. Según el director del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (Censida), Como estrategia de prevención, se recomienda a las mujeres que exijan a sus parejas el uso del condón. Independientemente de la confianza que les tengan es importante que se protejan, se sabe que es difícil para las mexicanas negociar que el hombre se ponga condón, por lo que se inicia la compra de condones femeninos, estos son más caros y difíciles de conseguir, en algunos casos la mujer no esta preparada, para utilizarlos.

Es una necesidad aumentar el uso adecuado del condón, especialmente entre los jóvenes, a través de la promoción, suministro y distribución de estos.

Se consideró que el Programa de Prevención, Atención y Control del VIH-Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS), debe dejar de ser una simple guía normativa, para convertirse en instrumento legal que unifique y coordine acciones entre los distintos niveles de gobierno, en aras de consolidar una política nacional de prevención y control de dichos padecimientos.

En el Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) 2001-2006 se contempló una estrategia nacional de prevención, que estableciera una campaña permanente para promover masivamente el uso del condón, ya que se reconoce que su uso correcto y constante protege entre 90 y 95 por ciento.

Las mujeres no usan preservativos, el preservativo femenino es diez veces más costoso que el masculino y es difícil de usar y "aún no existe un método de prevención dirigido a las mujeres que sea efectivo y ampliamente aceptado". Otro de los problemas que se enfrentan, es la educación a los encargados de formular políticas, debido a que en la mayoría de esas sociedades las trabajadoras sexuales y los consumidores de drogas inyectables no son prioridad para los gobiernos.

"El presidente de la Comisión de Salud del Senado, Ernesto Saro Boardman, llamó a continuar con las políticas públicas para el combate y control del VIH/Sida, e informó que, según la Secretaría de Salud (SSA), en el último año se registraron cinco mil 55 nuevos casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en México".

Por ello, destacó la necesidad de implementar políticas públicas adecuadas para controlar la enfermedad, así como de mayores recursos económicos para el combate de este flagelo universal".¹⁹

He considerado trascendente mencionar la carta de los derechos y responsabilidades de las personas con VIH/SIDA, misma que se encuentran vigente en el Estado de los Angeles, California.

El propósito de esta declaración de derechos del paciente es el de ayudar a capacitarlo, a actuar en su propio beneficio, en el mejor cuidado y servicio relacionados con el VIH/SIDA.

Tiene el derecho a:

A. TRATAMIENTO RESPETUOSO

1. Recibir cuidado médico considerado, respetuoso, profesional, confidencial y a tiempo en un ambiente seguro, sin prejuicios.
2. Recibir atención médica imparcial, equitativa y de acuerdo a las leyes federales y estatales.
3. Recibir información acerca de la profesionalización del médico y especialmente acerca de su experiencia en manejar y tratar el VIH/SIDA.
4. Recibir servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados incluyendo una explicación completa de todos los servicios y opciones de tratamiento claramente provistos en su idioma y dialecto.
5. Poder leer mis registros médicos, y cuando se solicite, recibir copias.

¹⁹ http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_nota=340524 Agosto 12 2007 3:20 pm

B. HACER DECISIONES DE TRATAMIENTO

1. Recibir información en un lenguaje comprensible y que sea completa y al día acerca de su diagnóstico, tratamiento, opciones, medicamentos (incluyendo sus efectos secundarios) y las complicaciones que razonablemente se pueden esperar.
2. Rehusar tomar cualquier tratamiento recomendado y ser informado del efecto que tendrá sobre su salud el no tomar tal tratamiento, y tener la confianza de que tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento.
3. Ser informado y recibir la oportunidad de participar en estudios clínicos de investigación apropiados para los cuales usted puede ser elegible.
4. Recibir respuesta a cualquier queja o agravio presentado dentro de los 30 días de abrirse el caso.

C. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

1. Guardar en privado su estado de VIH confidencial o anónimo en relación con los servicios de consejería y prueba del VIH.
2. Solicitar acceso restringido a ciertas secciones específicas de su registro médico.
4. Autorizar o negar a alguien pedidos de acceso a su registro médico
5. Hacer preguntas acerca de la información puesta en su registro médico y pedir por escrito que se cambie información específica contenida, su médico tiene el derecho de negar o aceptar su pedido dando una explicación.

D. INFORMACION DE FACTURACION Y AYUDA

1. Recibir información de cualquier programa que le ayude a pagar los gastos, así como orientación para poder obtener dicha ayuda y cualquier otros beneficios existentes para los cuales usted sea elegido.

E. RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Participar, hasta donde le sea posible, en el desarrollo e implementación de su plan personal de servicios y tratamiento.
2. Proveer al personal de salud, información correcta y completa a cerca de su salud, enfermedades presentes y pasadas, medicamentos y otros tratamientos y servicios que usted recibe, teniendo en cuenta que esta información puede afectar su cuidado. Comunicar rápidamente cambios o nuevos desarrollos que puedan suceder en el futuro.
3. Seguir el plan de tratamiento al que usted se comprometió y/o aceptar las consecuencias si no cumple con el curso de tratamiento recomendado o si usa tratamientos diferentes.²⁰

²⁰ http://hivcommission-la.info/cms1_065116.pdf, Grupo de personas de Los angeles con VIH/SIDA 18 Noviembre 2007

Capítulo II

FAMILIA Y VIH/SIDA

2.1 La Familia como Sistema

Philippe Caillé (1990) nos muestra que de acuerdo a la teoría de sistema, cualquier grupo humano estable, debe ser considerado como un organismo vivo y que al igual que un individuo, ese organismo cuenta con un pasado, datos de vida actual y un futuro. De igual manera posee modos de funcionamiento específico relativamente estables. Dichas particularidades no reflejan la influencia de uno u otro de los miembros del sistema, sino que dependen de la interacción dinámica entre los participantes.

La pertenencia a un sistema permite la satisfacción de necesidades individuales fundamentales “como confirmación de la identidad, ubicación de las reacciones emocionales y un cierto grado de seguridad y previsibilidad. Paradójicamente, esta misma pertenencia implica la limitación, eventualmente el abandono de ciertas facultades originales del individuo, esta contradicción explica que las reglas y la estructura de un sistema sólo pueden ser consideradas como más o menos satisfactorias, nunca perfectas.

Si estas reglas permiten el reconocimiento de rasgos propios de cada uno de los participantes y dan lugar a la maduración progresiva de esos individuos dentro de los límites razonables, ese sistema es viable y funcional”¹.

La importancia de la Familia, radica en que esta por excelencia es el principio de la continuidad social y de la conservación de las tradiciones humanas; constituye el elemento conservador de la civilización; la familia es una unidad de reproducción generadora de valores básicos en la conservación de nuestra identidad; es también un sistema que opera a través de pautas, estas regulan la conducta de los miembros, mismos que son mantenidos por dos sistemas de coacción:

- “La primera es genética e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar.
- La segunda idiosincrásica e implica las expectativas mutuas de los distintos miembros de la familia”.²

¹ Caillé Philippe, “**Familias y Terapeutas**” Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires. 1990 pag. 122-123

² Ortega Bebé, J.F. “**Terapia, Familia Sistémica**” Publicaciones Universidad de Sevilla, España 2001 pag.59

“Los sistemas abiertos, están sujetos a intercambios, los cuales producen transformaciones en el interior del sistema, cuando no se llegan a producir estas transformaciones, sino que se da un reacomodo de las cosas ya existentes, se considera al sistema cerrado”.³ De acuerdo a lo que se investigó en este trabajo, se detectaron casos de pacientes que pertenecen a uno o a otro sistema, ya sea porque los miembros de la familia primaria desde que se inicio son los mismos, o porque ha surgido algún cambio, y alguien sale, y llega otro a ocupar su lugar, pero desempeñando diferentes roles.

Se debe tomar en cuenta el contexto social donde está involucrada la familia ya que su función específica es, lograr la integración del individuo en el ejercicio de su independencia en la sociedad.

La familia en el proceso de socialización, para que se de una transformación de los nuevos sujetos humanos en verdaderos miembros de la sociedad, se logra a través de este proceso de aprendizaje, a partir del momento del nacimiento de un nuevo ser, este tiene contacto con los sujetos adultos e inicia el proceso de su conversión en un sujeto plenamente social. El proceso de maduración biológica abre simultáneamente las posibilidades de actualización de las características psíquicas individuales y el despliegue del individuo en el seno de un grupo social, el niño construye hacia adentro su personalidad y hacia a fuera, va construyendo, operativa y mentalmente, el mundo social en el que tiene que convivir con los demás.

Existen 2 tipos de funciones dentro de la familia: “Tareas externas que se orientan a lograr y conseguir la unidad de los miembros de la familia, a través de la participación en las tareas necesarias para la vida de la misma; y la integración de las personas que hace posible la formación y conservación de vínculos, la integración de la familia se lleva a cabo por medio de la comunicación: de conocimientos, sentimientos, vivencias, ideales, formas de ser y de entender la vida, formas de hacer, objetos, derechos y propiedades”.⁴

El fallecimiento del padre o de la madre desintegra las familias y hace que los hijos vivan con familiares que no tienen la estructura familiar o la capacidad socioeconómica necesaria para brindar el apoyo integral y médico que estos niños requieren para vivir.

³ **Ibidem** p.30

⁴ Martín López E. “**Familia y sociedad, una Introducción a la sociología de la Familia**”, RIALP, España, 2000 pag. 137-138.

2.1.1 Estructura Familiar

Formular una definición de familia puede resultar complicado ya que esta dependería de las características de la sociedad dentro de la cual se formule y el enfoque teórico desde donde se observe.

La familia tiene entre sus funciones favorecer el desarrollo sano de cada uno de sus miembros, así como la transmisión de las costumbres y tradiciones que conforman su cultura original, ya que permite al individuo adaptarse a las condiciones históricas y sociales de su tiempo, asegurando así la continuidad en la civilización.⁵

Para Ronald D. Lacing (2002), la dinámica familiar es la interacción de los miembros de la familia que viven juntas por lazos de afinidad y parentesco y considera que la comunicación, la convivencia, el apoyo y la confianza, son elementos que permiten el estudio de dicha interacción.⁶

La familia ha sido por generaciones el soporte de la sociedad, y dentro de ella la mujer es quien se encarga de hacerla funcionar, con marido o sin él, continuando siendo la base de la estructura familiar desempeñando diferentes roles: madre, sostén económico, moral, emocional y en ocasiones padre sustituto, esto le otorga un lugar importante.

Puede entenderse como un sistema completo de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción; desde el punto de vista funcional y psicológico, implica además el compartir un mismo espacio físico; desde el punto de vista sociológico no importa si se convive o no en el mismo espacio como para ser considerado parte de la familia.

Por familia no debe solo pensarse en seres unidos por vínculos consanguíneos, la definición debe abarcar a todos aquellos significativos afectivamente y que participan en la vida familiar. La familia debe asumirse en su totalidad como un organismo vivo, y cualquier alteración en la estructura o función de alguno de sus integrantes, influirá en todos y cada uno de los demás miembros.

El concepto de estructura describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.

⁵ Solís Ponto, L. **La Familia en la Ciudad de México**. Editorial Porrúa, México, 1997 pag. 11

⁶ Lacing R.D. y Lomas P. **La Crisis de la Familia**. Coyoacán, México, 2002, pag.116

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. (Minuchin, 86).

Desde el punto de vista sociocultural, se puede categorizar a la familia en:

- Pareja sin hijos: Compuesta por los miembros de la pareja.
- Extensa: conformada por todo un grupo de individuos que incluye abuelos, padres, hijos, nietos y personas acogidas (yernos, nueras, cuñados, tíos, empleados unidos sobre base económica y afectiva, etc.) .más de tres generaciones.
- Nuclear: compuesta por dos adultos que ejercen el papel de padres y sus hijos. Puede ser realmente amplia, englobando aún a parientes próximos u otros grupos nucleares. Compuesta por dos generaciones. Padres e hijos sin importar el tipo de unión y si los hijos son adoptivos o biológicos.
- Monoparental: estructurada sobre la base de la existencia de una sola figura parental, asumida bien sea por un adulto o, en ocasiones, por un menor que cumple sus funciones.
- Neofamilia: son personas que se unen por vínculo afectivo o conveniencia y que comparten un mismo espacio físico u hogar.
- Familia unipersonal: Una persona decide vivir sola.
- Familia padrastral simple: Uno de los cónyuges aporta a una relación nueva hijos de una relación anterior y viven bajo el mismo techo.
- Familia padrastral compuesta: Los tuyos, los míos y los nuestros, viven bajo el mismo techo.
- Atomista: Un solo miembro.

Por otra parte, se plantean diferentes tipos de estructura familiar con influencia neta en el establecimiento de patrones de interacción y comunicación. Dentro de estas se tienen:

- Familia rígida: Se trata de un grupo familiar que una vez ha trazado sus normas y valores, no permite la adaptación de nuevos criterios, mantienen los mismos modelos de interacción dificultando el desarrollo, crecimiento e independencia de sus miembros.
- Familia sobreprotectora: En esta, las figuras de autoridad establecen exagerados medios de protección ante lo que consideran amenazante desde el exterior; tienden a satisfacer de manera absoluta las necesidades de sus miembros, lo que conduce a una dificultad en el desarrollo de la autonomía y al desarrollo de sentimientos de inseguridad e incompetencia, generando una incapacidad en la resolución de problemas individuales.
- Familia amalgamada: Aquella en la cual su estabilidad o satisfacción esta centrada en la realización de actividades colectivas de todo el grupo, produciendo dificultades en la individuación de sus miembros sin tomar en cuenta las necesidades de independencia o privacidad de estos.

- Familia centrada: En este grupo, la atención a los conflictos se deriva hacia uno de sus miembros, de modo que la estabilidad del sistema familiar depende del integrante hacia quien se encuentra desviada toda la atención. Genera grandes momentos de culpa, ansiedad y dificultad de independencia.
- Familia evitadora: Son grupos con baja tolerancia al conflicto el cual se maneja evitando su enfrentamiento. Tienen tendencia a no aceptar la crítica, a no tolerar situaciones de crisis y a no aceptar la existencia de situaciones problema. En ella sus miembros tienen deficiencia en el aprendizaje de negociación de conflictos y en adecuados métodos de comunicación.
- Familiaseudo-democratica: Se caracteriza por una gran flexibilidad en normas, valores y criterios permitiendo que cada uno de los miembros establezca los suyos, lo cual no facilita la aceptación de valores y pautas de comportamiento comunes, no solamente al interior del grupo familiar sino también dentro del grueso grupo social, generando no aceptación social e intolerancia.

2.1.2 Familia y Enfermedad

Cuando el VIH se detecta en alguno de los miembros de la familia llega a originar estragos. “Toda la familia sufre a partir de que enferma uno de sus miembros. Además de la tragedia humana están las dificultades económicas, que empiezan con el aumento de los costos sanitarios y la reducción de los ingresos. Tales dificultades se agravan a medida que avanza la enfermedad, afectando a la capacidad de familia para acceder a los alimentos, la vivienda y otras necesidades básicas. El impacto del VIH en las familias es especialmente devastador para los niños, en ocasiones, las niñas dejan de asistir a la escuela para asumir la pesada carga de atender a la familia. Cuando se llega a la muerte de los padres, los hijos, se ven obligados a asumir las funciones de cabeza de familia. La ausencia de adultos que los cuiden y apoyen los hace muy vulnerables a la discriminación, y tal vez a la infección del VIH.”⁷

La función de la familia está entonces encaminada a brindar apoyo al miembro que ha contraído la enfermedad, ya que un rechazo será para él o ella catastrófico.

⁷ ONU Mensaje sobre el día Internacional de la familia 15 mayo de 2005
<http://www.un.org/spanish/aboutun/sq/mensajes/family05.html> 1:25 pm

De manera simultánea a la lucha para construir esa esperanza, tenemos que enfrentar muchos retos, como la superación del estigma y la discriminación asociados frecuentemente con el VIH/SIDA. A diferencia de muchos individuos afectados por otras enfermedades crónicas, la gente que vive con la infección por VIH enfrenta los prejuicios y aun la violencia física solamente porque han tenido el infortunio de estar infectados por un virus. Es absurdo ver hoy la alta frecuencia con que nuestros pacientes son rechazados por amigos, compañeros y aun su propia familia. Es inaceptable la evidente discriminación institucional que se expresa día a día con el rechazo de los enfermos, la negación de la atención médica u hospitalaria, el despido de los empleos y el rechazo a los seguros médicos., en este caso la madre siempre los acepta, existe en la mujer mexicana la abnegación y el cariño.

“Las consecuencias del estigma y la discriminación son graves para la persona infectada por VIH, para su familia y para la sociedad. El estigma y la discriminación impiden la búsqueda de tratamiento, producen mayor depresión e inducen el sufrimiento innecesario. El costo psíquico y social del aislamiento son profundos y graves. Para la salud pública, el estigma y la discriminación son un desastre: evitan la búsqueda de las pruebas de laboratorio que detectan la infección y, por tanto, inducen la pérdida de las oportunidades de un tratamiento oportuno necesario para la persona infectada y evitan el control de la transmisión del virus de persona a persona”.⁸

2.1.3 Repercusiones Sociales, Económicas, Psicológicas y Políticas

La epidemia del VIH representará un desafío sin precedente para las comunidades, las naciones y la comunidad internacional: un desafío a la supervivencia, a los derechos y el desarrollo humanos. Es difícil visualizar los devastadores efectos que la epidemia del VIH tendrá dentro de nuestro tiempo de vida y más allá de él.

Las consecuencias de la diseminación del virus son inexorables y aterradoras. Las comunidades nacional e internacional enfrentan un desafío: actuar con prontitud y efectividad para limitar una mayor diseminación y para minimizar su impacto.

El impacto de la epidemia del VIH en los países en vías de desarrollo debe ser entendido dentro del contexto de los problemas sociales y económicos que experimentan, ya de críticos como: pobreza, hambruna, escasez de alimentos, sanidad y cuidados en salud inadecuados, subordinación de las mujeres y políticas de ajuste que asignan recursos insuficientes a los sectores sociales.

⁸ Discurso del Dr. Gustavo Reyes Terán **Día Mundial del SIDA**. 1 de diciembre del 2002
<http://www.iner.com/cumple.htm> 11:28 am

Estos factores generan una vulnerabilidad específica ante las consecuencias devastadoras de la epidemia. Las penurias económicas y la dependencia conducen a actividades que magnifican los riesgos de transmisión del VIH e implican que muchas personas, particularmente las mujeres, no puedan protegerse contra la infección. Estructuras de poder injustas, falta de protección legal y estándares inadecuados de salud y nutrición, favorecen en su conjunto la diseminación del virus, aceleran el desarrollo de la infección por VIH a SIDA y agravan la condición de quienes ya están afectados por la epidemia.

El comienzo de la epidemia de VIH en países en vías de desarrollo genera una espiral descendente donde las privaciones sociales, económicas y humanas existentes producen un ambiente particularmente fértil para la propagación del VIH y, a su vez, la epidemia del VIH empeora e intensifica las carencias que ya experimentan los habitantes de esos países. No sólo se debe tratar directamente la epidemia por sí sola dentro de los programas de asistencia, sino también sus consecuencias, que impactarán todas las iniciativas de desarrollo existentes las cuales, ya por sí mismas, necesitan ser reformuladas para incluir estas nuevas situaciones.

Lo aprendido en estos años de responder a la epidemia, son que los cambios de conducta que frenan la transmisión del VIH pueden darse, y de hecho se dan, pero que necesitan del aval de la comunidad y de un ambiente legal que los facilite y los apoye. El cambio de conducta es un proceso que debe incluir esencialmente cambios en las normas y valores comunitarios y sexuales; la disponibilidad de aconsejamiento y de servicios para la prueba, confidenciales y voluntarios; y la creación de un ambiente que permita la posibilidad para hablar de manera honesta y franca sobre la sexualidad y la muerte.

Para que ocurran cambios sostenibles en la conducta, se tiene que creer en el futuro, o por lo menos, tener un motivo para la esperanza. Hemos descubierto que esto se da cuando las comunidades y los individuos se comprometen en el cuidado de los que viven con el VIH. Sabemos que estos cuidados llevan a la compasión y la atención, atributos humanos ricos y valiosos que yacen en el centro, no sólo de la respuesta a la epidemia, sino del desarrollo humano en sí. Las estrategias de las comunidades para lidiar con la epidemia deben estar en el centro de las respuestas nacionales.

Para mantener viable el futuro ante la faz de esta aterradora epidemia, la infraestructura que requieren las comunidades debe seguir funcionando. A la par que respondemos a las necesidades inmediatas de cambios de comportamiento, y de atención y apoyo de los infectados y afectados, no debemos descuidar la necesidad de mantener la infraestructura física, social y económica de las comunidades y las naciones. El impacto de la epidemia comienza a afectar esta infraestructura al aumentar el número de personas que enferman y mueren.

Los retos que representa la epidemia para el bienestar humano y el desarrollo son tan inmensos, que la colaboración y las acciones complementarias resultan esenciales para que la asistencia sea oportuna y efectiva. Los esfuerzos también deben ser sostenibles. Se necesitarán respuestas efectivas para la epidemia por muchos años más, lo cual debe quedar reflejado en el cuidado con el que se desarrollen y se coordinen esfuerzos.

La coordinación se da cuando existe respeto mutuo, visión en común, intercambio de experiencias y sentido compartido de que las políticas y programas establecidos son efectivos y sostenibles.⁹

El estigma y la discriminación, además de la falta de respuesta social, pueden contribuir a propagar la epidemia.

La falta de capacidad de ejecución puede minar la eficacia de los programas diseñados para combatir el VIH/SIDA, o para suministrar tratamiento a los que viven con el SIDA.

Las consecuencias de adquirir el VIH, son muy abrumadoras, si a esto aunamos que los pacientes sufren rechazo por parte de la sociedad y en ocasiones de su propia familia, entonces se puede decir que el proceso de la enfermedad es doloroso.

Para tener una idea más clara de los costos que tienen que enfrentar cada una de las personas que tienen este padecimiento, a continuación se presenta lo siguiente:

El costo diario por paciente en el tratamiento 1 (zidovudina, efavirenz y didanosina) en México es de \$39.00 para adultos y \$76.00 para niños (Stavudina, Didanosina y Nelfenavir).

El tratamiento 2 (Estavudina, Lamiduvina, Saquinavir y Ritonavir) \$85.00 para adultos y \$104.00 para niños (Staduvina, Limiduvina, Nelfenavir) El tratamiento 3 (Estaduvina, Lamiduvina, Saquinavir y Ritonavir) es de \$1,065.00 para adultos y \$238.00 para niños (Lopinavir-Ritonavir, Zidovudina, Lamiduvina) El costo de los estudios realizados dos veces al año es de \$11,576.60 para adultos y de \$10,867.50 para niños.”¹⁰

⁹ <http://www.undp.org/hiv/publications/issues/spanish/issue01s.htm> 25 septiembre 2007 4:28 pm

¹⁰ http://bvssida.insp.mx/harticulo.php?id_art=3997&seltabla=1 21 febrero 2008 4:22 pm

Capítulo III

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

3.1 Niveles de Atención en el Sector Salud.

En la República Mexicana, la atención de salud ha sido organizada y dividida en tres niveles, cada uno de estos realiza funciones específicas y mantienen relación entre ellos a fin de proporcionar un servicio adecuado para la persona que solicita atención médica.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN-MVS) entra en la categoría de instituciones de tercer nivel; a modo de referencia, se considera necesario explicar las características específicas de estos niveles:

A) Primer Nivel de Atención: Es el primer acercamiento que tiene la población con el sector salud. Se caracteriza por acciones de prevención y conservación de la salud, las cuales van dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente en que éste se desenvuelve. En este nivel, se integran los Centros de Salud, consultorios médicos, dispensarios y unidades de medicina familiar. La atención proporcionada al individuo es de consulta externa; las funciones a realizar son actividades de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica, así como planificación familiar. Los padecimientos a tratar son aquellos que se presentan con frecuencia y cuyo tratamiento es aplicable por medio de atención ambulatoria basada en recursos de poca complejidad técnica.

B) Segundo Nivel de Atención: Se constituye por unidades médicas con una complejidad técnica mayor al primer nivel. Los casos que se atienden en éste, suelen ser canalizados por el primer nivel o aquellos que se presentan de manera espontánea (urgencias médico quirúrgicas); los servicios prestados son ambulatorios, especializados y de hospitalización, por personal especializado. Las acciones realizadas, son de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario en apoyo a las actividades del primer nivel.

C) Tercer Nivel de Atención: En este último nivel de atención encontramos a los Institutos Nacionales de Salud, en los cuales la atención es considerada de alta especialidad, esto se debe a que realizan actividades de restauración y rehabilitación de la salud en los usuarios referidos por los otros niveles y que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento con equipos de alta especialidad a costos menores que los de la práctica privada para los usuarios (basado en una investigación socioeconómica elaborada por trabajadores sociales).

Por el nivel de especialidad con el que se cuenta, son de gran importancia en el ámbito nacional e internacional en investigación y equipo médico. La población atendida proviene de todo el territorio nacional y en algunos casos se atienden a personas de origen extranjero que acuden en busca de servicios médicos especializados.

En este nivel, las Instituciones no están coordinadas para brindar la atención adecuada y correspondiente.

3.2 Antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Las enfermedades del sistema nervioso, han afectado a la humanidad desde que ésta ha existido, la preocupación de estudiar más a fondo sobre este tipo de enfermedades no es algo de reciente interés.

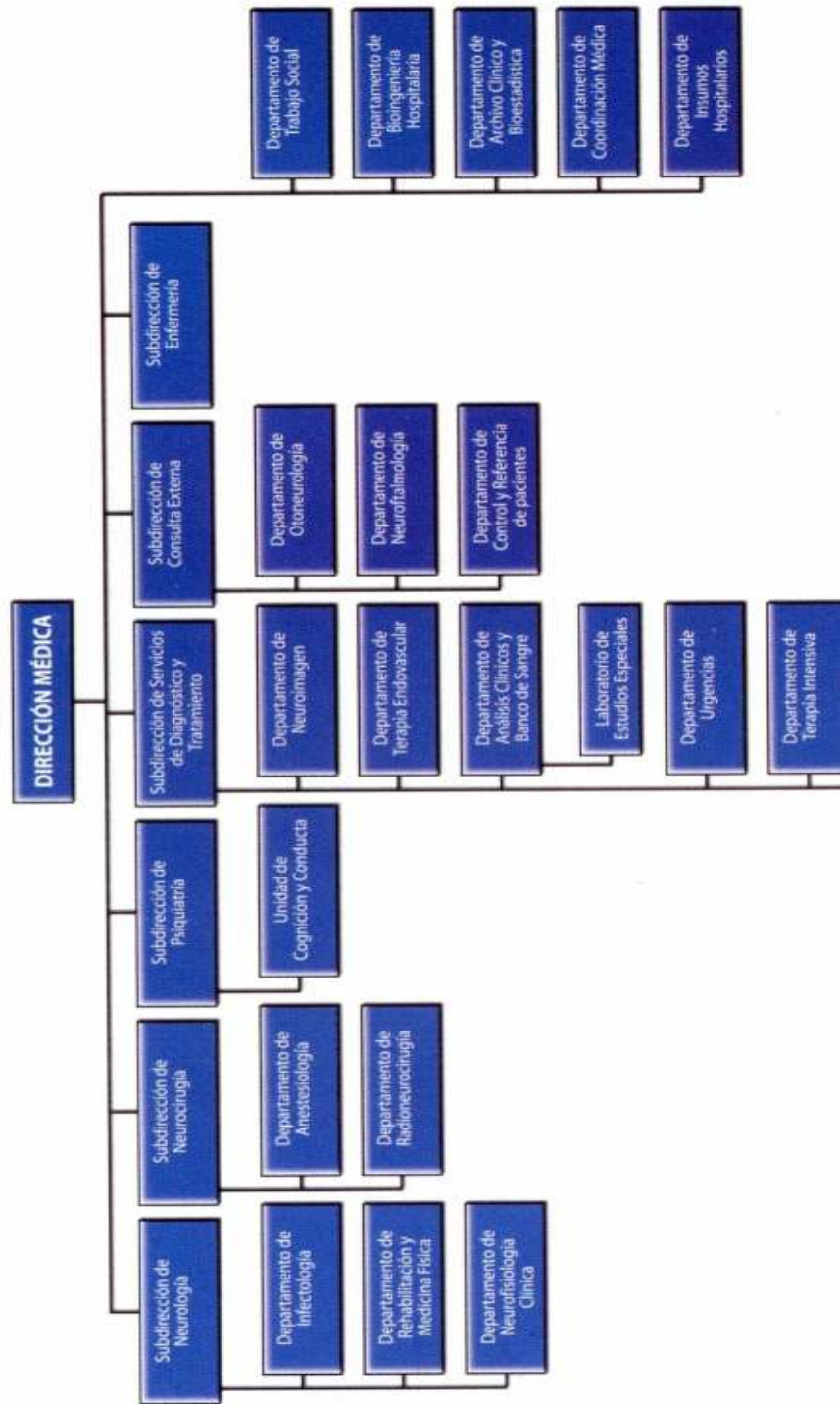
En 1880 comienza a impartirse la cátedra de Enfermedades del Sistema Nervioso en la Escuela de Medicina de la Ciudad de México; para el Siglo XX, específicamente en la década de los treinta, la neurología adquiere la categoría de especialidad, en las Áreas de Medicina Interna o Cirugía General en diversos hospitales se establecen las primeras unidades de Neurología y Neurocirugía, lo cual conlleva a mejorar la atención de las personas con enfermedades neurológicas, estableciendo un instituto para tal propósito.

El 27 de febrero de 1952 el Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos Miguel Alemán crea por decreto el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, inaugurando sus instalaciones el entonces Presidente Adolfo López Mateos el 28 de febrero de 1964.

El 2 de agosto de 1983, el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado instrumenta un documento legal que le da vida jurídica al Instituto.

Estructura Institucional

ESTRUCTURA INSTITUCIONAL



El 3 de junio de 1994 Carlos Salinas de Gortari, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce méritos al doctor Manuel Velasco Suárez y entre diversos representantes de la comunidad médica designan al Instituto con su nombre.¹

Actualmente el INNN – MVS, cuenta con una gran trayectoria académica, así como de un gran prestigio en todo el país, gracias a sus investigaciones en padecimientos neurológicos y psiquiátricos, es la única institución en México que integra todas las áreas clínicas y de investigación. La dirección cuenta con la colaboración de más de ochenta médicos con especialidad y sub-especialidad en neurociencias, trescientas enfermeras con capacitación neurológica, setenta médicos residentes en formación, psicólogos, trabajadores sociales y más de seiscientas personas de apoyo al personal médico.

Su estructura institucional consta de una Dirección General, donde se desprenden las siguientes áreas, Dirección Médica, Dirección de Investigación, Dirección de Enseñanza y Dirección de Administración, coordinan seis subdirecciones y éstas a su vez 52 departamentos orientados a proporcionar servicio 24 horas del día, los 365 días del año.²

La Subdirección de Neurología proporciona atención neurológica al paciente hospitalizado y ambulatorio en consulta externa. Para la atención del enfermo con problemas infecciosos del sistema nervioso central se cuenta con un área aislada específicamente destinada para ello y, a partir del año en curso, se han instrumentado seis camas más en salas individuales en un piso modernizado. Los neurólogos adscritos son también responsables de la atención en la consulta, teniendo a su cargo a los pacientes que asisten a las diferentes clínicas multidisciplinarias.

La Subdirección desarrolla investigación clínica aplicada en múltiples temas, particularmente al campo Neurovascular, en enfermedades inflamatorias, enfermedades heredo-degenerativas y en cefalea.³

En la Subdirección de Neurología se encuentra inmerso el Servicio de Neuroinfectología del que se hace mención a continuación.

¹ Corona, Teresa, Escobedo, Francisco. **40 años de Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez**, 2004, pag. 26

² Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, **Cuarenta Años de Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez**, Ed. INNN – MVS, Dirección de Enseñanza, México, 2004, pag. 134

³ **Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez**. Publicación Institucional a cargo de la Dirección de Enseñanza. 2003 pag. 15

3.3 Servicio de Neuroinfectología

A partir de 1985 el Instituto participa bajo la dirección del Dr. Alfredo Gómez Aviña en un programa piloto de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de los Institutos Nacionales de Salud, en 1989 se designó al Dr. José Luis Soto Hernández como coordinador del Comité de Infecciones Hospitalarias, en 1993 se inauguró un área en el tercer piso de hospitalización que cuenta con cuatro cubículos, remodelada para tener un sector de pacientes aislados que padecen alguna enfermedad transmisible, esta unidad se designó como Neuroinfectología, que cumple como área de enseñanza de gran valor para los residentes de neurología clínica, y donde tres enfermeras neurólogas, con formación y vocación en infectología, realizan actividades de vigilancia de infecciones nosocomiales para la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), la atención está a cargo de siete neurólogos adscritos y tres médicos infectólogos.

En este departamento se tienen protocolos de investigación en: tuberculosis meníngea y tuberculoma, criptococosis murina experimental, infecciones nosocomiales neurológicas, infecciones asociadas a neurocirugía, manifestaciones neurológicas de VIH y encefalitis viral aguda. De 1988 a la fecha se han publicado 30 trabajos en revistas médicas y se coeditó el libro Infecciones Intrahospitalarias, publicado en 1996.⁴

3.4 Departamento de Trabajo Social

El Departamento de Trabajo Social es considerado de vital importancia dentro del Instituto. Los servicios en que interviene son: Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, Radioneurocirugía, Neuroinfectología, Consulta Externa y Terapia Endovascular.

Su objetivo es:

Indagar las condiciones económicas y el entorno social del paciente atendido en el Instituto.

Para lograr el objetivo del Departamento, se ha elaborado el “Manual de Procedimientos” de Trabajo Social, cuyo objetivo principal es, establecer las políticas, normas y mecanismos para el desarrollo de las actividades del Departamento de Trabajo Social en un documento técnico administrativo conforme a las normas y reglamentos vigentes.

⁴ Corona, Teresa y Escobedo, Francisco **40 años de Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.**, 2004 pag. 66-67

Los procedimientos que contiene el Manual son que se mencionan a continuación:
a) asignación del nivel socioeconómico b) ingreso hospitalario c) egreso hospitalario d) apoyo institucional e) reclasificación socioeconómica f) exención de pago g) visita domiciliaria h) interconsulta de pacientes hospitalizados a otras instituciones de salud i) caso médico legal j) promoción de banco de sangre k) promoción de donación de órganos l) coordinación con instituciones de asistencia social m) enseñanza en el área de trabajo social n) investigación social.

Dentro de las normas y lineamientos, se incluirán siete niveles para la clasificación socioeconómica de la población usuaria, incluyendo el de exentos.

La asignación de clasificación socioeconómica a los usuarios de los INSALUD se sujetará al siguiente procedimiento:

Con el propósito de ubicar con objetividad y equidad a los usuarios de los Institutos Nacionales de Salud dentro de alguno de los niveles socioeconómicos y asignarles la cuota de recuperación correspondiente, se consideran los siguientes cinco indicadores a los que se otorgan los valores porcentuales anotados para conformar el 100% de la calificación.

1. Ingreso familiar	55%
2. Ocupación	10%
3. Alimentación	10%
4. Tipo de vivienda	18%
5. Lugar de residencia	5%
6. Estado de salud familiar	2%

Para la realización de esta investigación fue necesario llevar a cabo un procedimiento muy importante, la visita domiciliaria, que tiene como propósito valorar objetivamente la situación socioeconómica y determinar el tipo de apoyo institucional que requiera el paciente.

3.4.1 Funciones y Actividades

“Las funciones del Departamento de Trabajo Social son:

a) Atención de casos, grupo y comunidad, a fin de analizar y determinar las acciones concretas, para ayudar en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, con el propósito de orientarlos y ayudarlos, en la natural carga emocional y preocupación.

b) Enseñanza e investigación con tesis de servicio social, cursos, seminarios.

c) Participación en sesiones académicas y con pacientes de psiquiatría en programas de rehabilitación psicosocial (motivación e integración familiar y social).

- d) Participación en aspectos de donación de órganos.
- e) Seguimiento de pacientes en visitas domiciliarias.
- f) Estudios comunitarios de campo y de epidemiología (epilepsia, cisticercosis, depresión y colaboración directa con promotores voluntarios)⁵.

Las actividades que desarrolla el Departamento de Trabajo Social son:

- ❑ Orientar respecto a los trámites administrativos y asistenciales.
- ❑ Colaborar con el equipo de salud en el restablecimiento integral del paciente e incorporarlo a su núcleo familiar.
- ❑ Determina el nivel socioeconómico que se asigna para efecto de cuotas de recuperación.
- ❑ Visitas domiciliarias cuando el caso lo amerita.
- ❑ En el ingreso del paciente, proporciona y explica el reglamento de internamiento que rige en el Instituto.
- ❑ Forma parte del programa de donación de órganos.
- ❑ Interviene en las sesiones que se imparten a familiares de pacientes que se atienden en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ❑ Participa en las estrategias de educación para la salud en Neuropsiquiatría, Neurología, Neurocirugía, Urgencias y Consulta Externa.

3.4.2 Procedimiento para la Asignación de Cuotas de Recuperación

Para entender este procedimiento, es necesario conocer algunos conceptos referentes al mismo.

Nivel socioeconómico criterio establecido por la coordinación general de institutos nacionales de salud, para identificar las cuotas de recuperación que cubrirá el usuario para el pago de servicios de salud.

Estudio socioeconómico instrumento utilizado por el trabajador social para conocer la situación socioeconómica de una familia y asignar una clasificación con base en la cual se aplican las cuotas para los pagos de servicios en el Instituto.

⁵ Op. Cit.

Visita domiciliaria acudir al hogar del usuario con la estrategia de intervención social mediante la observación, tomar contacto directo con la persona y/o su familia en el lugar donde vive y realizar una entrevista, con fines de investigación, planeación, apoyo o asesoramiento social.

Apoyo Institucional: Es todo aquel procedimiento que se efectúa cuando la familia no cuenta con los recursos económicos, redes familiares e institucionales para cubrir en su totalidad o parcialmente la prestación de servicios de salud.⁶

Redes Sociales: se dividen en dos, las cuales pueden ser primarias o secundarias:

- Redes Sociales Primarias: Son conjuntos de personas que se conocen entre sí, unidos por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio. Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva – positiva o negativa – más que por su carácter funcional. La contingencia de cambios en su localización temporal y geográfica no les impide mantener su carácter de territorio psíquico, afectiva, cultural e históricamente significativo. La naturaleza de las relaciones que se dan en su interior esta basada en la reciprocidad mediata o inmediata y casi nunca son ni simétricas ni equivalentes en intensidad y contenidos.

En este tipo de redes los intercambios están caracterizados por la gratuidad. Lo que sus miembros truecan (intercambian), no puede ser sustituido mediante una adquisición económica ni ser prescripto por derecho.⁷

- Redes Sociales Secundarias: Son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio, hospital, juzgados, etc.), que se le reconocen socialmente como propias. Quienes las integran cumplen roles predeterminados y los intercambios que en ellas se concretan, están fundados en el derecho o en el dinero.⁸

Los INSALUD, asignan al usuario de los servicios un nivel socioeconómico para el pago de las cuotas de recuperación que corresponde a su situación económica al momento de realizar la entrevista.

Una vez obtenido el valor de cada uno de los indicadores, se procederá a la suma de los mismos para obtener la puntuación final y determinar a cuál de los seis niveles de clasificación socioeconómica corresponde el usuario.

⁶ **Manual de Procedimientos de Trabajo Social del INNN – MVS**, INNN – MVS, México, 2006.

⁷ Taucar, Nadia, **La Perspectiva de Redes naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social**, Grupo E. I. E. M. Sub Equipo: S. S. Con Redes, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1998, pag. 36

⁸ *Ibidem*, pag. 37

Tabla No. 7
Puntuación para clasificación socioeconómica

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA EVALUACION SOCIOECONÓMICA	CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA
0-12	1X
13-24	1
25-36	2
37-52	3
53-68	4
69-84	5
85-100	6

Fuente:
Manual de Procedimientos para la Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación, 2006 2008

Cabe mencionar que las cuotas de recuperación están subordinadas a las políticas que la Dirección General de Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, aplique.

La asignación del NSE, contempla seis indicadores, que ya se mencionaron anteriormente a estos se le dan valores porcentuales, mismos que al sumarlos, se obtiene el 100% de la calificación.

Con estos porcentajes, el ingreso familiar se constituye en el indicador básico. El resto de los indicadores afectan a la calificación en forma secundaria, pero permiten tener una idea de la condición social y económica del paciente y su familia.”⁹

Para asignar el Nivel Socioeconómico, el trabajador social realiza las siguientes actividades:

1. Recibe el Carnet e investiga los datos socioeconómicos, ya sea con el paciente o el responsable legal, esto por medio de un instrumento llamado Estudio Socioeconómico.
2. Posteriormente, solicita al entrevistado, la documentación siguiente:
3. Identificación oficial.
4. Comprobante de domicilio.
5. Datos de ingresos económicos del Responsable Legal.

⁹ Manual de Procedimientos para la Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación, INNN – MVS, México, 2000, pag. 94

En caso de ser foráneo y no tener en su totalidad la documentación solicitada, se omite por razones de tiempo y recursos económicos que ocasionaría enviarlo a su lugar de origen por la documentación restante. Una vez aplicado el Estudio Socioeconómico, se procede a sumar cada uno de los indicadores a fin de asignar un nivel socioeconómico, mismo que se incluirá en el Carnet.

La reclasificación va a proporcionar una nueva clasificación socioeconómica con base en el Estudio Socioeconómico y la Visita Domiciliaria, a fin de que avalen su insolvencia para pagar el servicio médico proporcionado con el Nivel anterior.

La reclasificación es autorizada por la Dirección General o Dirección Médica a excepción de aquellos reasignados por actualización del Estudio Socioeconómico.

La reclasificación de Nivel Socioeconómico se aplicará de acuerdo a la valoración del Departamento de Trabajo Social.

La Reclasificación del Nivel Socioeconómico de usuarios residentes en el DF y área conurbada incluirá un reporte de Visita Domiciliaria.

En el caso de personas foráneas se mantendrá coordinación constante con (DIF) Desarrollo Integral de la Familia o Presidencia Municipal, a fin de que se envíe un reporte de Visita Domiciliaria.¹⁰, se requiere mayor coordinación de la Secretaría de Salud para que intervenga en el control y servicios de salud de la familia.

3.4.3 Visita domiciliaria

Visita domiciliaria acudir al hogar del usuario con la estrategia de intervención social mediante la observación, tomar contacto directo con la persona y su familia en el lugar donde vive y realizar una entrevista, con fines de investigación, planeación, apoyo o asesoramiento social.

Siendo esta una investigación de tipo retrospectivo, transversal, descriptiva y observacional, uno de los objetivos fue, analizar los resultados obtenidos de la visita domiciliaria realizada a los pacientes residentes del Distrito Federal y área conurbada que acudieron al Servicio de Neuroinfectología del INNN - MVS en el año 2004-2006, para determinar un perfil social de los mismos.

Al momento de realizar la Visita Domiciliaria, la actitud del entrevistado fue cooperador con una frecuencia de 56; la información se obtuvo directamente del paciente 45, seguido de 5 casos donde fue la madre con quien se realizó la entrevista, en 3 visitas la persona que proporcionó la información fue su cónyuge, en uno fue la hermana del paciente, así como otro pariente del usuario, 1 fueron hijas del paciente, esta misma frecuencia se observó en aquellos casos donde se obtuvo información por parte del padre.

¹⁰ Ibídem, pág. 30

Capítulo IV

PERFIL SOCIAL DE LOS PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ, EN EL SERVICIO DE NEUROINFECTOLOGÍA CON PADECIMIENTO DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

4.1 Concepto de Perfil Social

No existe una definición específica de perfil social, sin embargo, por perfil y social se entiende lo siguiente:

Perfil

El Diccionario de la Lengua Española define perfil como: "(Del ant. Occitano perfil, dobladillo).m.2. Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan a una persona o cosa."¹

La definición que da el Diccionario del Español usual en México a perfil es: "Conjunto de los rasgos que caracterizan o distinguen a algo o a alguien. / Caracterización o estudio breve que se ocupa de los rasgos principales de algo"²

López. et. al, citan a la Revista de Ciencias Sociales editada por la universidad de Costa Rica donde se define el término de la siguiente forma:

"Perfil se utiliza en el campo de la Investigación Social para referirse a un conjunto de datos sistematizados que caracterizan a un sujeto o una población. Es decir, un conjunto de indicaciones que se utilizan para presentar en forma ordenada, las características, las variables, los rasgos propios de un grupo de personas. Se habla de perfiles económicos, estadísticos, sociales, culturales, etc."³.

A partir de estas definiciones es posible decir que el perfil es un conjunto de rasgos o datos ordenados que caracterizan a una persona o una población.

Social

En el Diccionario del Español usual en México, se encontró que social es: "adj. masculino y femenino. Que pertenece o se relaciona con las sociedades humanas o animales: Organización social, vida social, fenómeno social, actividad social, ciencias sociales, justicia social, seguridad social, etc."⁴

¹ Real Academia de la Lengua Española, 1992 Tomo II pag. 1575

² Lara Diccionario del Español usual en México, 1998 pag. 692

³ López C.M.V. Un acercamiento al perfil social de la menor trabajadora en situación de riesgo a la prostitución en la zona de la Merced. Tesis. México 1996 pag. 63

⁴ Ibidem, Lara, (1998) p. 829

El Diccionario Enciclopédico Quillet, dice que social es "(Ff. socio) adj. Perteneciente o relativo a la sociedad o a las contiendas entre unas y otras clases. Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios, compañeros o aliados"⁵.

"Perfil Social de la mujer maltratada en México", en donde dice que "se entiende por perfil social a las características personales, económicas y sociales de los grupos humanos, y las cuales permiten percibir el entorno personal y social de esos grupos"⁶.

Para esta investigación, se tomará en cuenta el siguiente concepto, de acuerdo a lo investigado.

Perfil Social "Es el conjunto de datos sistemáticos, que permiten identificar a un sujeto o a una población, con características y rasgos propios".

4.2 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se realizaron los siguientes pasos.

Diseño de la Investigación.

El diseño de la investigación fue de tipo transversal, no experimental, exploratorio y descriptivo, se siguieron los siguientes pasos.

- a) Investigación bibliográfica, hemerográfica y electrónica.
- b) Detección de pacientes con VIH/SIDA del servicio de Neuroinfectología del INNN.
- c) Diseño de instrumento para medir las variables propuestas, que contiene 26 preguntas abiertas y 19 cerradas, utilizado como guía de entrevista, el instrumento que se diseñó para tal efecto.
- d) Aplicación del instrumento, mediante entrevista y visita domiciliaria a cada uno de los pacientes que ingresan al servicio de Neuroinfectología con padecimiento de VIH.
- e) Análisis de los resultados.

⁵ Diccionario Enciclopédico Quillet, 1987 Tomo XI, pag. 257

⁶ García, Ramírez. M **Perfil Social de la Mujer Maltratada en México**, Tesis. México. 1995 pag.28

4.3 Planteamiento del Problema

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es considerada una enfermedad que se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública complejo con múltiples repercusiones que rebasan el ámbito de la salud.

Se considera que esta enfermedad afecta a un gran número de personas que se enfrentan a diversos problemas psicológicos, sociales y económicos mismos que repercuten en su núcleo familiar, en la calidad de vida y el nivel socioeconómico; desde el momento en que es necesaria la atención médica se va limitando día con día la economía del paciente, debido a que el costo del medicamento es muy alto, esto lleva al paciente a tener un deficiente calidad de vida.

4.4 Hipótesis

Por lo anterior descrito es importante conocer:

Qué determina y cuál es el perfil social de los pacientes del INNN, infectados con VIH, las relaciones familiares, condiciones económicas, educativas y socioculturales presencia del VIH/SIDA del paciente que ingresa servicio de Neuroinfectología del INNN del D.F. y área conurbada.

4.5 Objetivos

Objetivo General:

Definir el perfil social, de los pacientes ingresados al servicio de Neuroinfectología del INNNMVS, con padecimiento de VIH, de mayo de 2004 a mayo de 2006.

Objetivos Específicos:

Determinar el perfil sociodemográfico y la condición social del paciente

Conocer la estructura y las relaciones familiares del paciente que ingresa al servicio de Neuroinfectología con padecimiento de VIH.

Identificar si saben o no que tienen VIH/SIDA.

4.6 Variables

Variables independientes

Relaciones familiares, condiciones económicas, demográficas y socioculturales.

Variables dependientes

Perfil social y presencia del VIH/SIDA.

4.7 Muestra

La muestra fue, no probabilística intencional, considerando a pacientes con VIH-SIDA, de sexo masculino y femenino, que acudieron al servicio de Neuroinfectología de mayo de 2004 a mayo 2006.

Para seleccionar la muestra, se consideraron, los siguientes criterios.

Consideraciones éticas

Confidencialidad de la información.

Respeto al usuario y su familia en cuanto a la participación en el protocolo.

Carta de consentimiento informado.

Capítulo V

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE PERFIL SOCIAL, POR MEDIO DEL INSTRUMENTO Y LA VISITA DOMICILIARIA APLICADOS A LOS PACIENTES QUE SE ATENDIERON EN EL SERVICIO DE NEUROINFECTOLOGÍA

Durante el tiempo que se llevó a cabo esta investigación, que duro 2 años de mayo de 2004 a mayo de 2006, el total de pacientes que se consideraron para este trabajo, fue de 56, el total de pacientes que ingresaron al Servicio fue de 74, por lo límites de la investigación solamente se consideraron los que vivían en el Distrito Federal y área conurbada, por no contar con los recursos suficientes para hacer la visita domiciliaria de cada uno de los pacientes que residían en el interior de la República.

5.1 Índice de Población con Diagnóstico de VIH/SIDA en el Servicio de Neuroinfectología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Durante el periodo en el que se realizó la investigación, de mayo 2004 a mayo 2006, solo se consideró a 56 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, aunque fueron más los casos identificados, esto de acuerdo a los criterios considerados para este trabajo.

Los criterios para incluir a un paciente fueron: Todos aquellos pacientes de género masculino y femenino que ingresen al servicio de Neuroinfectología, del Distrito Federal. y área conurbada, atendidos en el (INNNMVS), con padecimiento de VIH; por lo que fueron excluidos los pacientes que ingresan, originarios de algún estado de la República, aquellos que no tenían padecimiento de VIH, los que no aceptaron integrarse al protocolo de investigación y los que fallecieron antes de la aplicación del instrumento.

El Servicio de Neuroinfectología cuenta con 4 cubículos, y como se demostrará en los resultados, algunos de ellos, permanecían hospitalizados hasta por 3 meses o más, otros eran dados de alta, y reingresaban en un periodo corto de tiempo.

Es importante mencionar que un porcentaje considerable, de los que ingresaban al Servicio, padecían VIH/SIDA y alguna otra manifestación neurológica.

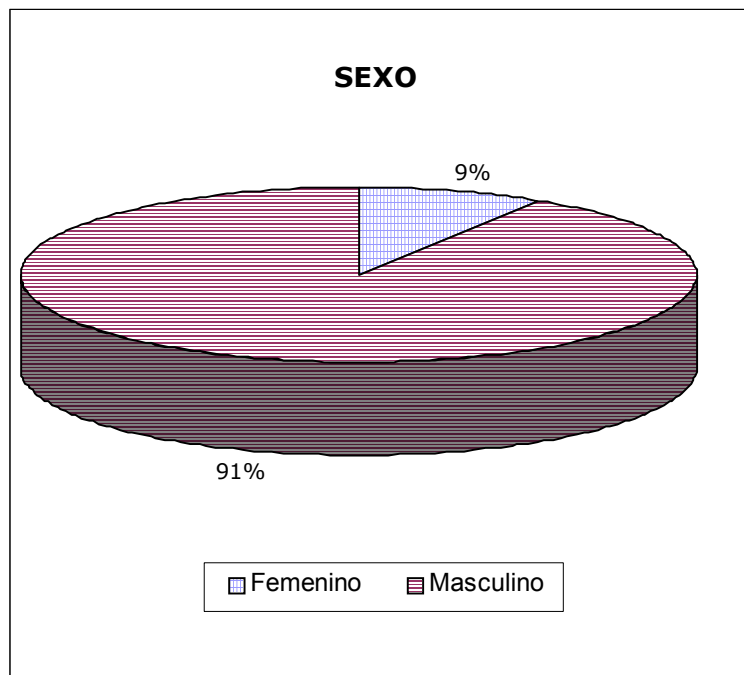
5.2 Análisis Cualitativo y Cuantitativo

A continuación se presentan los resultados a los que se llegó al término del trabajo.

Para una mejor claridad, las gráficas se presentan por apartados, esto de acuerdo al instrumento que se aplicó, y se interpretan del centro superior de arriba hacia la derecha, en dirección a las manecillas del reloj.

I. Datos generales del paciente

Gráfica 1

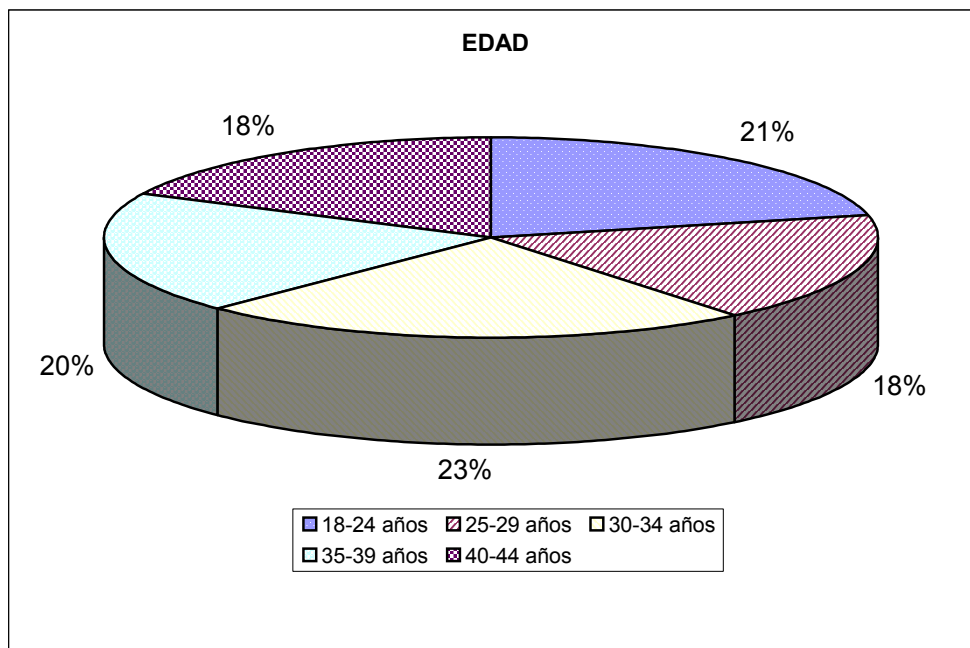


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

De los casos entrevistados con padecimiento de VIH/SIDA, el 91% son del sexo masculino y el 9% del sexo femenino, lo que demuestra que son los hombres, quienes se están viendo más afectados por este padecimiento.

Gráfica 2



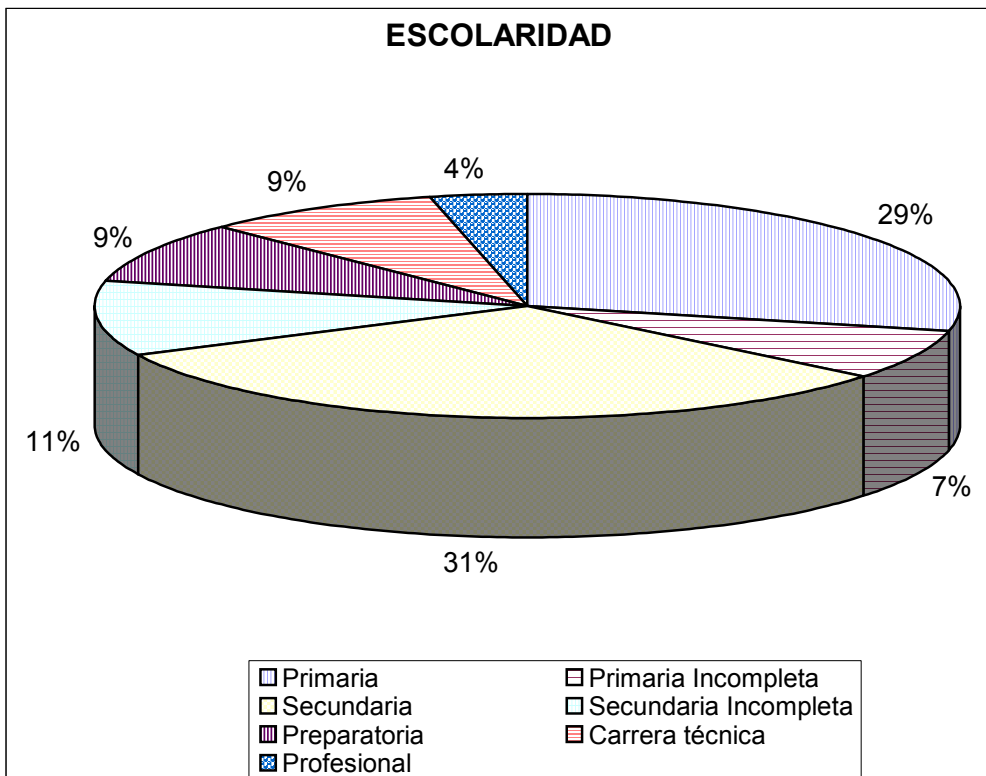
$x = 31.53$

Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

$n = 56$

La media de edad es de 31.53, el 21% de ellos se encuentran en un rango de edad, entre los 18 y 24 años, el 18% entre los 25 y 29 años, un 23% tiene entre 30 y 34 años, el 20%, entre 35 y 39 años, así como otro 18% su edad oscila entre 40 y 44 años, el 100% de las personas entrevistadas esta en edad productiva y reproductiva.

Gráfica 3

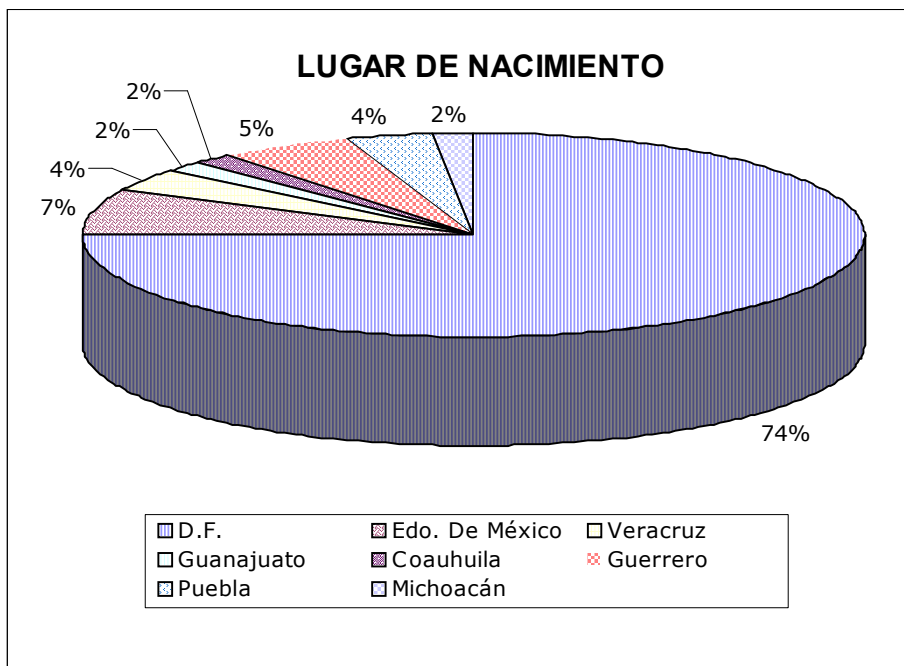


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El mayor porcentaje que representa el 31%, cuenta con estudios de secundaria, el 11% no completó la educación básica, el 29% con primaria, con el 9% esta representado en igual porcentaje el nivel medio superior y carrera técnica, solo un 4% tiene una profesión.

Gráfica 4

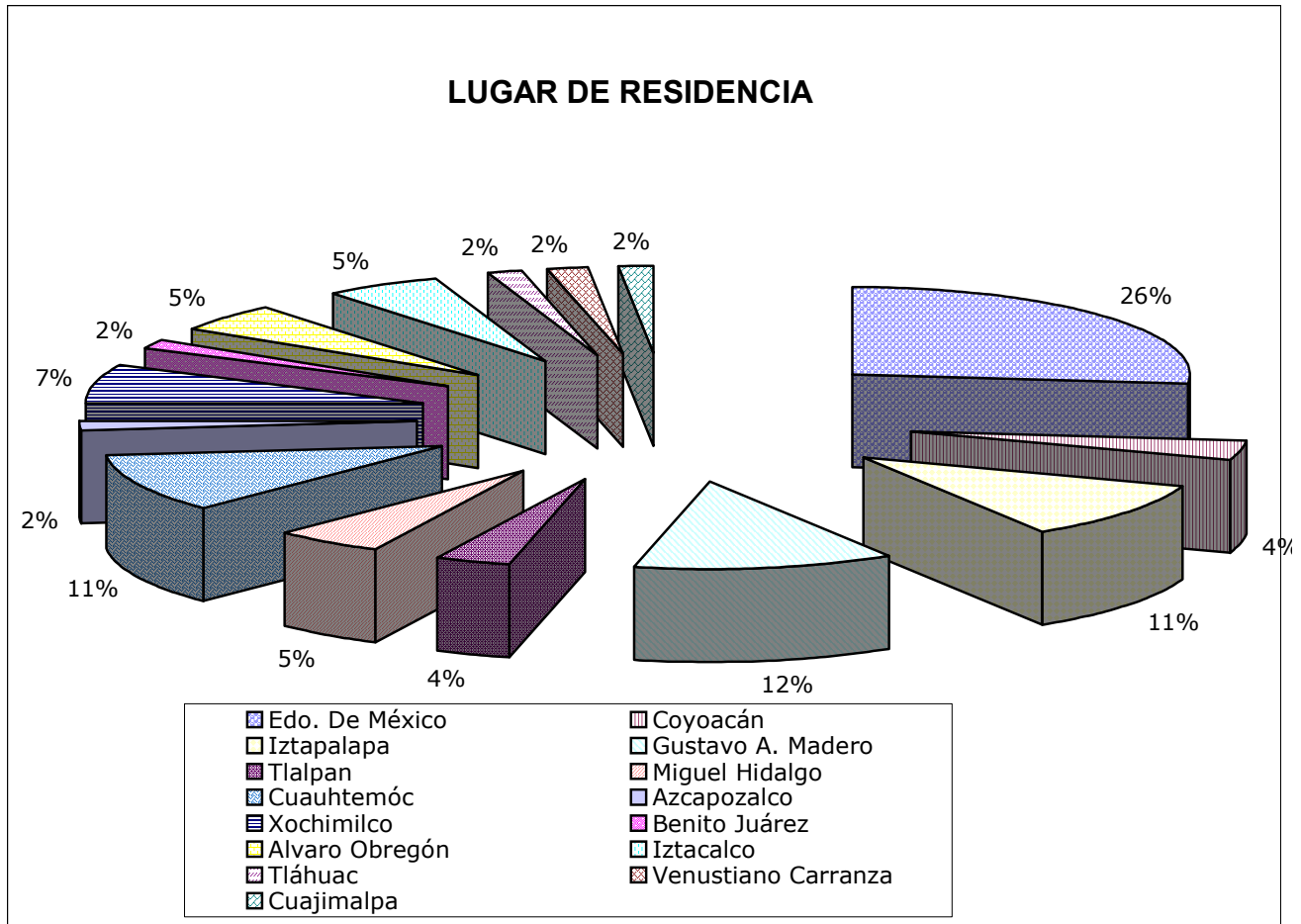


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

Como se puede observar en la gráfica de los pacientes encuestados el 74% nació en el D.F., le sigue el Estado de México con un 7%, el 5% nació en Guerrero, 4% en igual porcentaje en Puebla y Veracruz, son los más representativos.

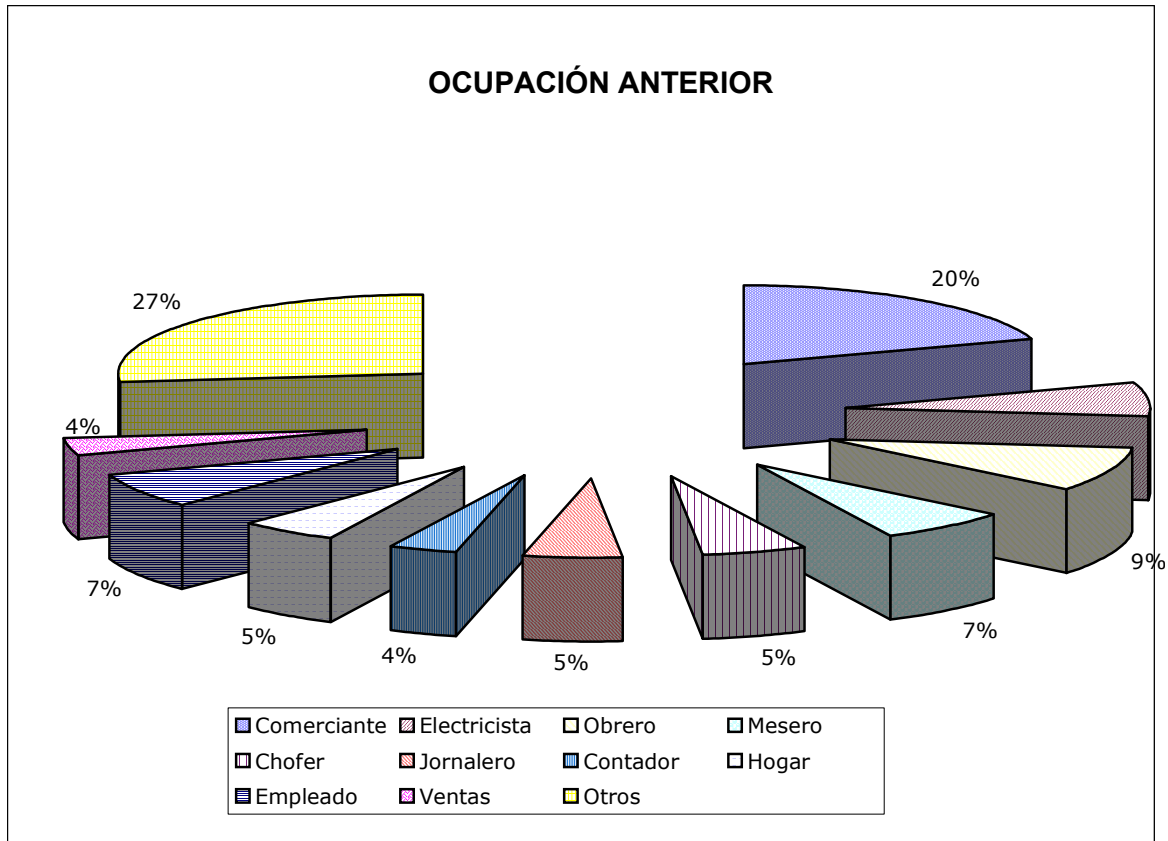
Gráfica 5



Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
n=56

El lugar de residencia de los casos en mayor porcentaje provienen del Estado de México con un 26%, en lo que se refiere al Distrito Federal el 12% son de la Delegación Gustavo A. Madero, un 11% de Iztapalapa y Cuauhtémoc, en igual proporción, para el resto de las Delegaciones el 40%.

Gráfica 6

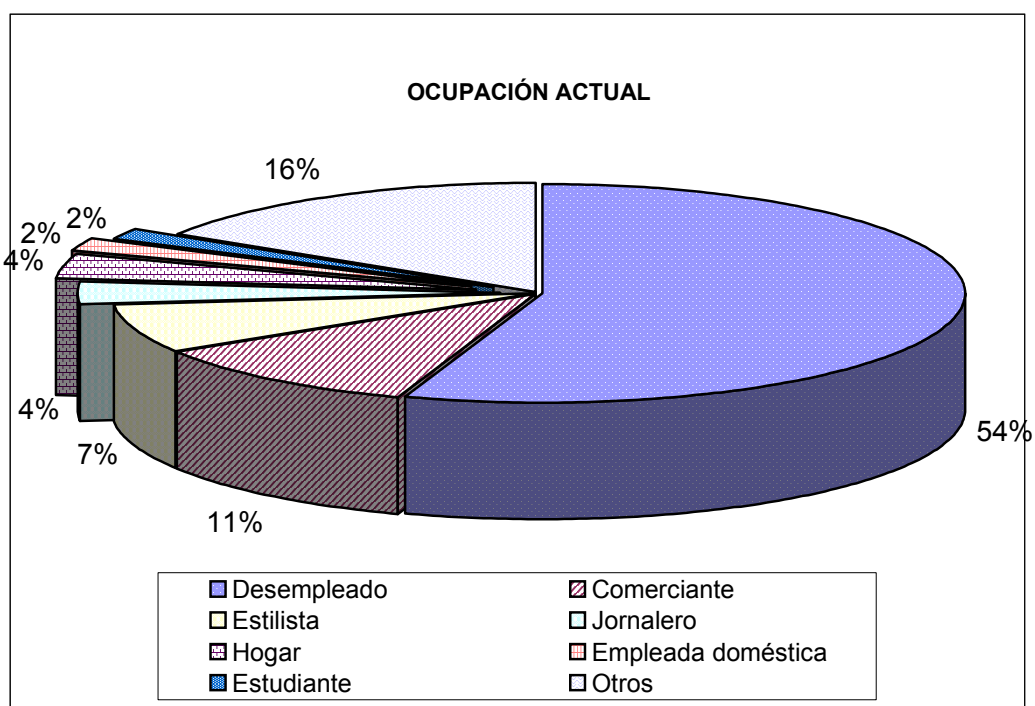


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

Las actividades a las que se dedicaban los pacientes hasta antes de la enfermedad en el mayor porcentaje esta representado por otros el 27%, que incluye a pintor, hojalatero, lava autos, dependiente de tortillería, desempeñaban actividades de empleo informal, tenían como actividad comercial el 24% , 7% electricista y el 5% por jornaleros.

Gráfica 7



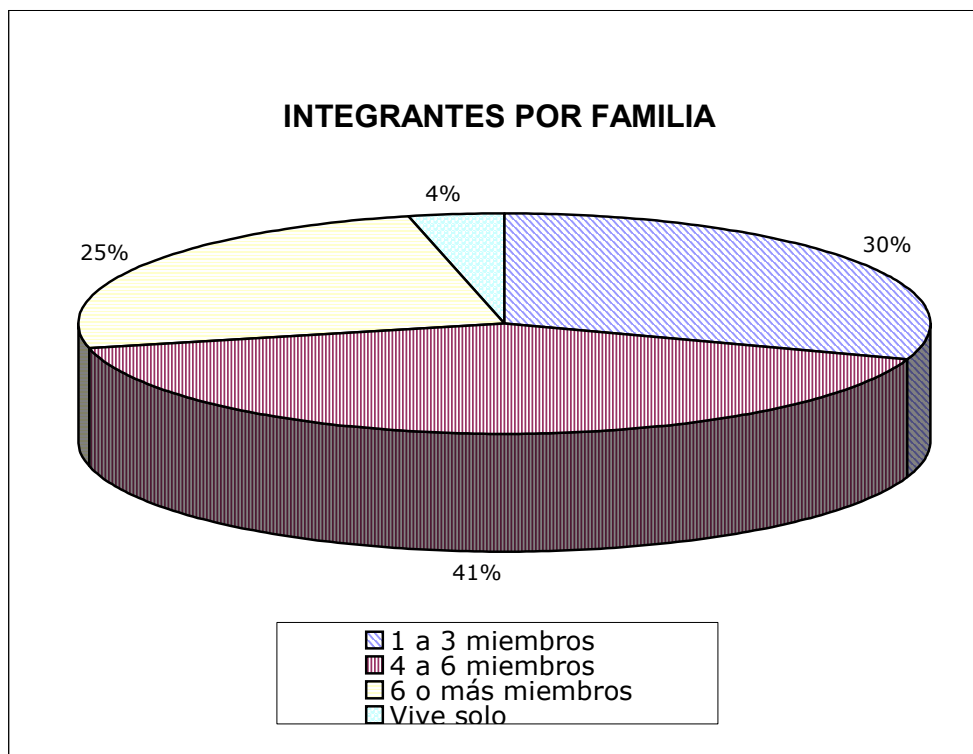
Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

Al momento de aplicar el instrumento, el 54% estaban desempleados, solo un 16% se desempeñaba en algún oficio como electricista, lava autos, etc. y el 11% como comerciantes.

II. Estructura y relaciones familiares

Gráfica 8

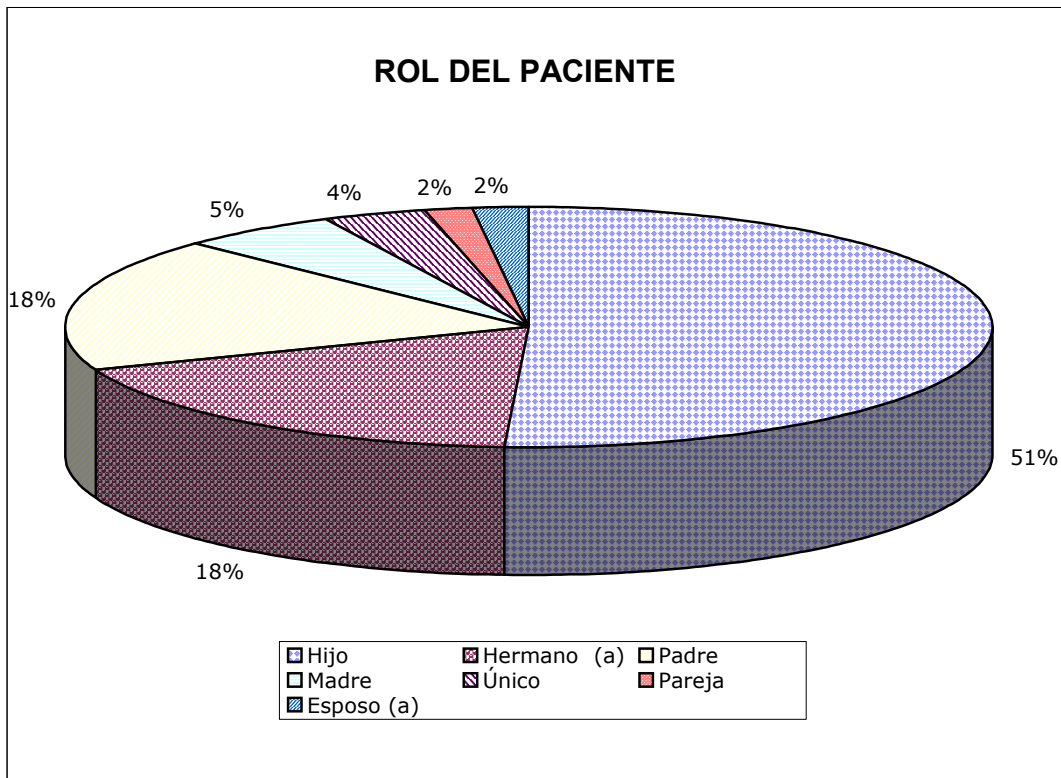


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 41% de las familias de los pacientes entrevistados, la integran de 4 a 6 miembros, de 1 a 3 el 30%, más de 6 miembros el 25% y el 4% vive solo.

Gráfica 9

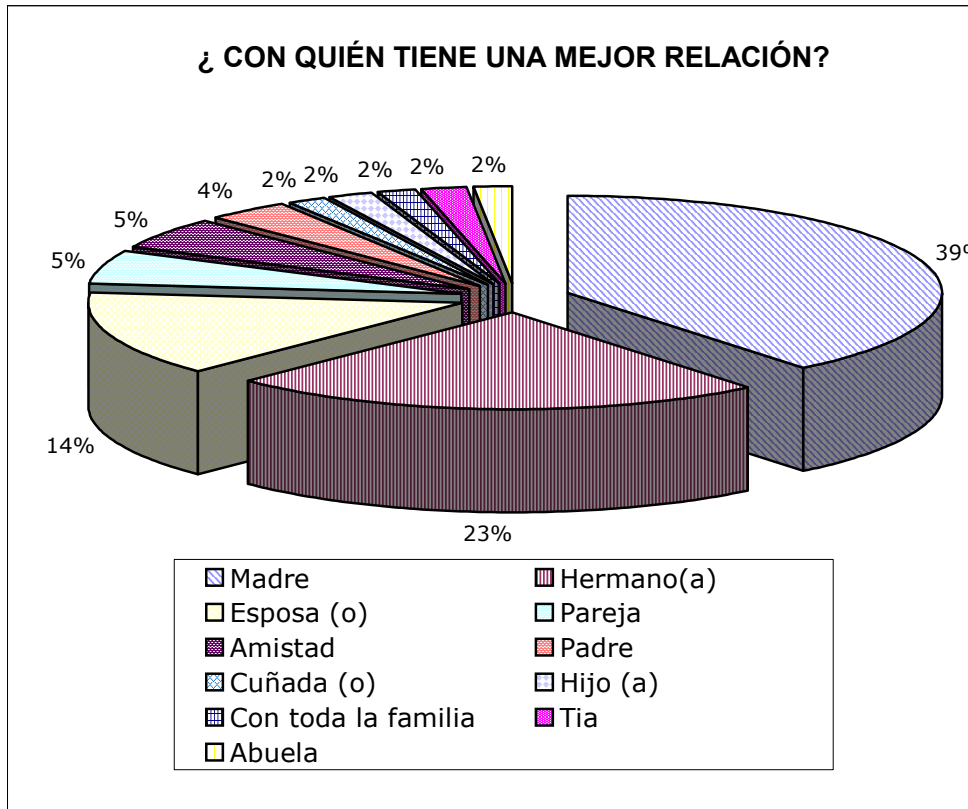


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

Al momento de la entrevista más de la mitad de los pacientes (51%) se encontraban en el rol de hijos, debido a que se habían mudado con la familia primaria, para ser cuidados, y apoyados, un 18% tenían el rol de hermano, en igual porcentaje el de padres 18%, el 5% es representado por las madres y un 4% de ellos vivían solos.

Gráfica 10

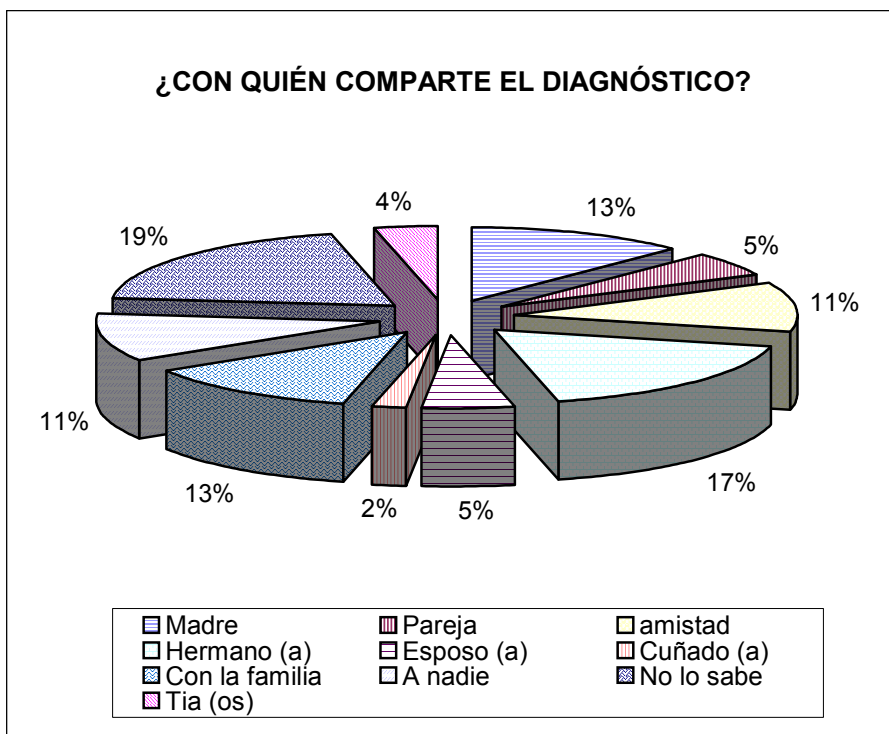


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 39% refieren que tenían una mejor relación con la madre, el 23% con los hermanos, el 14% con la esposa, el 5% con la pareja y con amistades, y solo el 4% refirió tener una mejor relación con el padre.

Gráfica 11



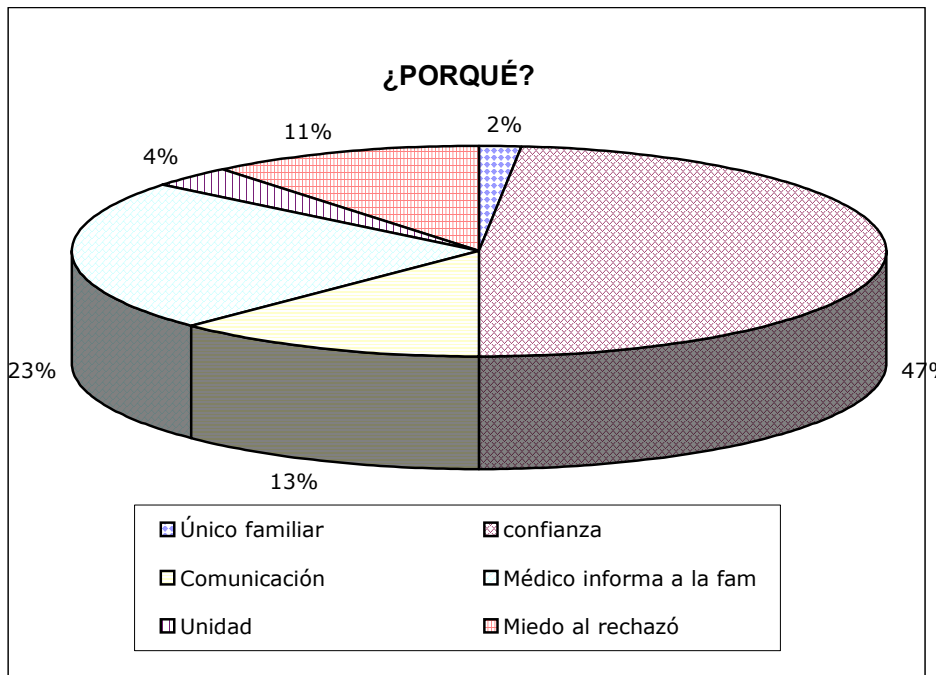
Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 17% informa a los hermanos respecto a su padecimiento, el 13% informa a la madre, en igual porcentaje a la familia, un 11% lo comparte con las amistades y también en un mismo porcentaje no lo comparte con nadie, el 19% no conocían su diagnóstico, 5% informa a su pareja, 5% al esposo (a), 2% a los cuñados, 13% con toda la familia, 11% desconocen su padecimiento, el 4% lo comparten con los tíos.

Cabe mencionar que la diferencia entre esposo(a) y pareja es en el primer caso, unión hombre-mujer y en el segundo, la unión de 2 personas del mismo sexo.

Gráfica 12

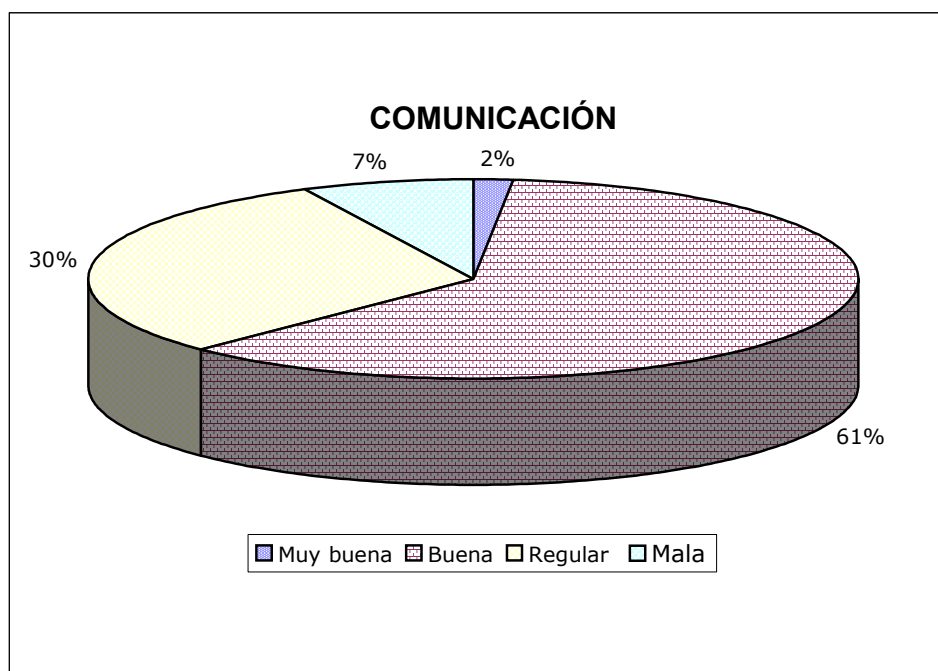


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

Al cuestionar la razón el 47% informan a otros respecto a su padecimiento por la confianza que existe y la comunicación 13%, en el 23% de los casos es el médico quien informa a la familia y el 11% no lo informa a nadie por miedo al rechazo.

Gráfica 13

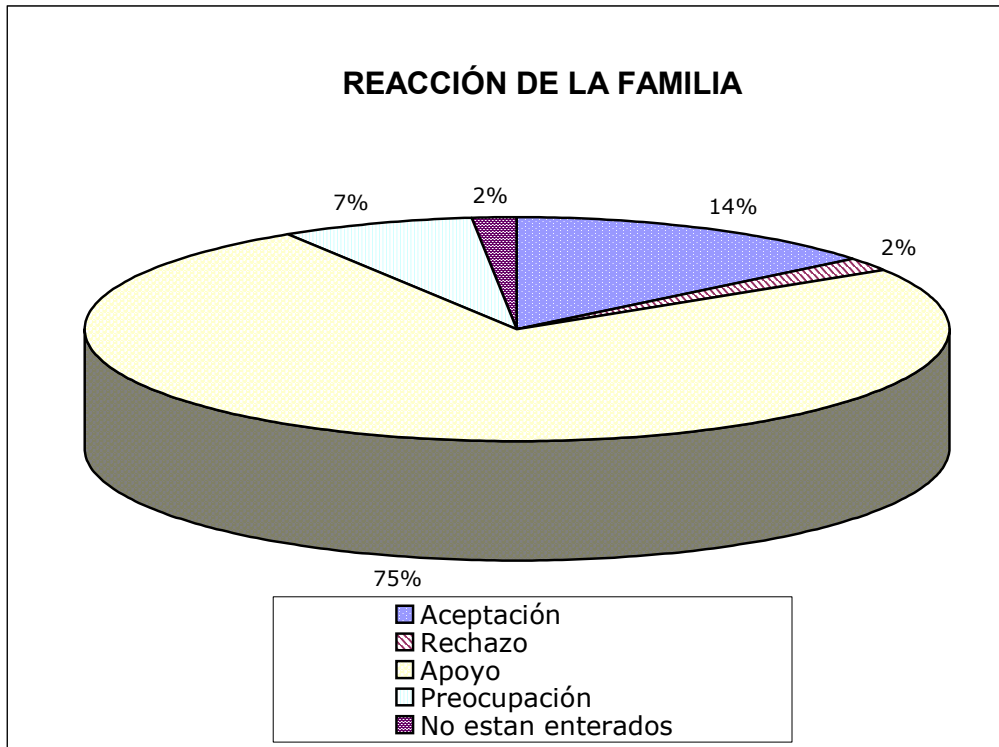


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

De los pacientes entrevistados el 61% informa que la comunicación en la familia es buena, el 30% regular, el 7% mala y el 2% muy buena.

Gráfica 14



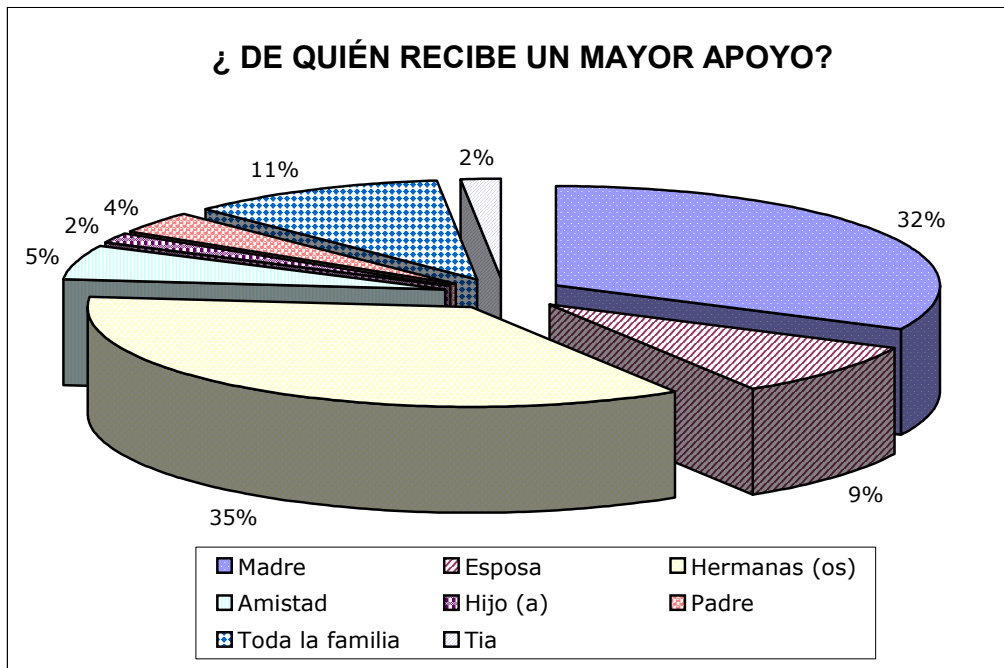
Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

De los casos entrevistados el 14% es aceptado por la familia al conocer el diagnóstico, el 75% recibe apoyo moral y económico, el 7% muestra preocupación y el 2% no están enterados, el 100% de los casos recibe por lo menos un tipo de apoyo, de los que menciona antes, o los dos, es diferente la aceptación y tipo de apoyo, porque lo aceptan, sus familiares en general, sus amigos, etc., y el apoyo lo reciben solo de sus familiares más cercanos.

III. Situación económica

Gráfica 15

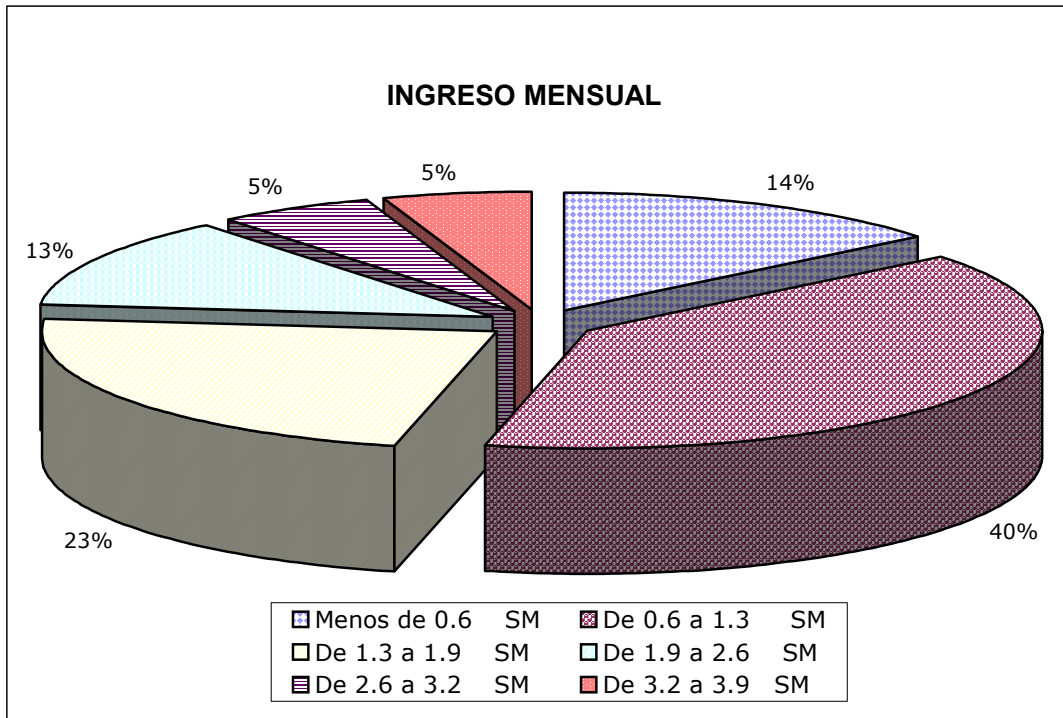


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El mayor apoyo es de la familia primaria madre y hermanos en un 32% y 35% respectivamente, el 11% lo reciben de toda la familia y el 9% de la esposa.

Gráfica 16

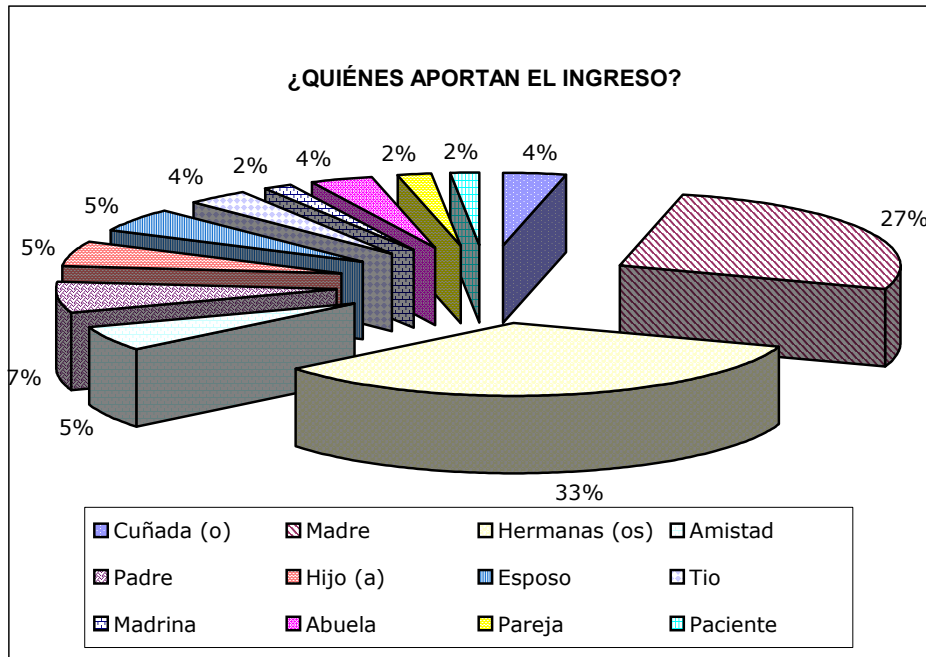


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 14% de las familias recibe menos de un salario mínimo, el 40% menos de 1.3 salarios, el 23% menos de 1.9 salarios y el 13% menos de 2.6 salarios mínimos, 5% reciben de 2.6 a 3.2 salarios y el otro 5% reciben de 3.2 a 3.9 salarios, este ingreso resulta insuficiente para cubrir las necesidades básicas de la familia.

Gráfica 17



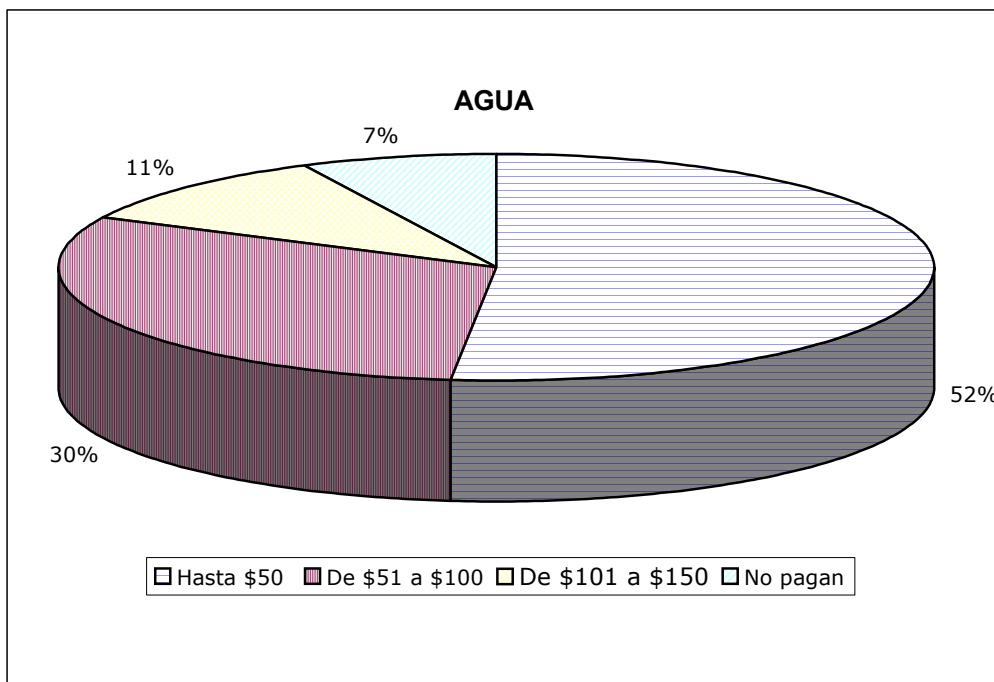
Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

En el 33% de las familias, el ingreso es aportado por los hermanos, en el 27% es la madre, quien aporta el mayor ingreso a la economía del hogar, el padre en un 7%, en el 5% los hijos y el esposo, con el 4%, es la cuñada, la abuela, o los tíos, quienes aportan el mayor ingreso.

Calculado de acuerdo al salario mínimo diario \$46.80 11 de febrero de 2004, Diario Oficial de Diciembre 2005.

Gráfica 18

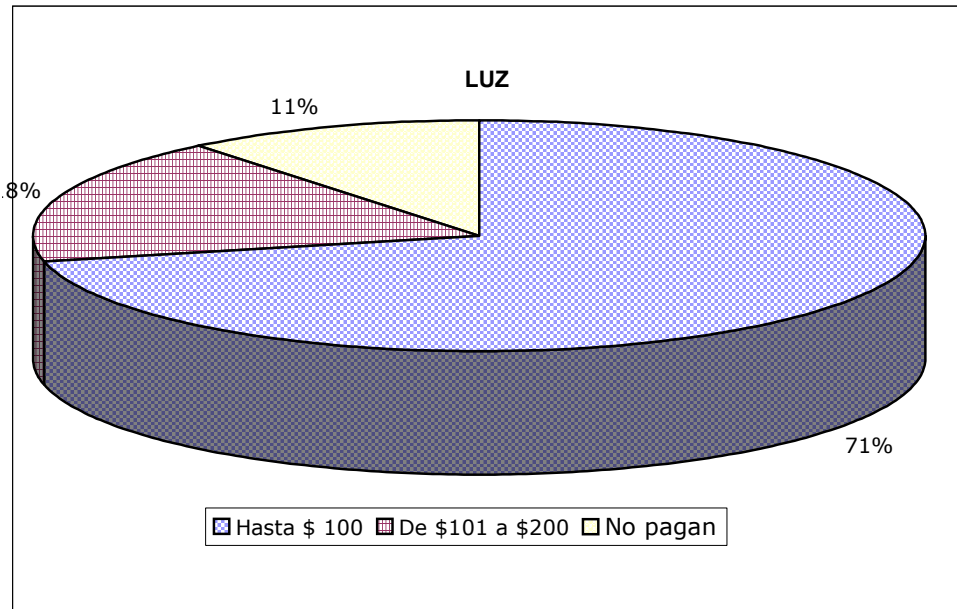


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 52% de los entrevistados pagan hasta \$ 50.00 de agua cada 2 mes, hasta \$100.00 el 30%, el 11% pagan hasta \$150.00 y el 7% no pagan.

Gráfica 19

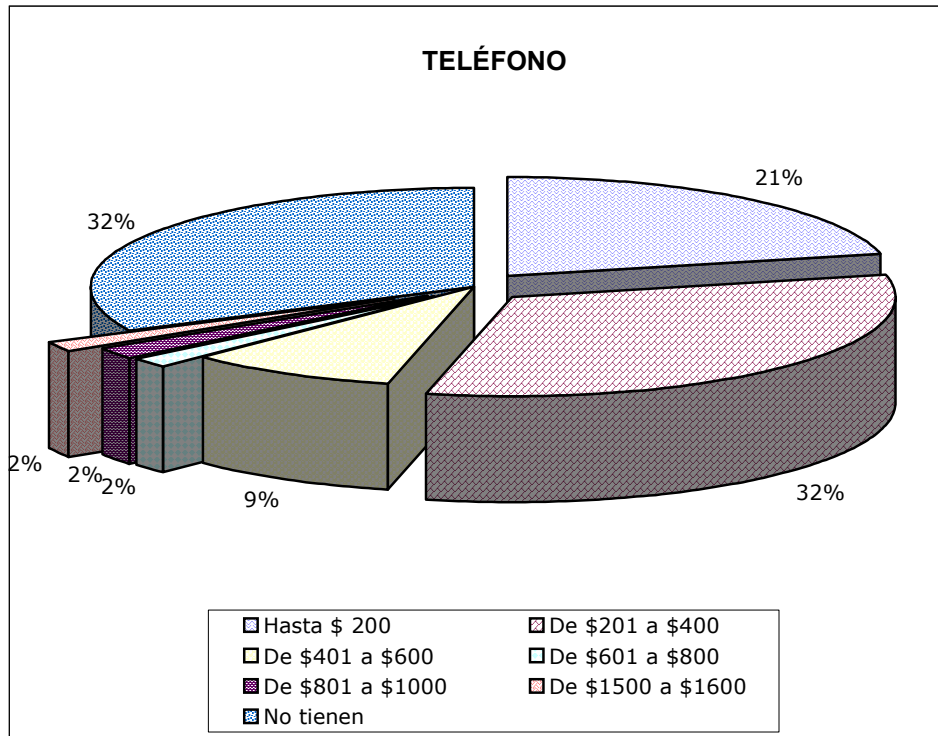


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

Se dividió el gasto bimestral y se considero de forma mensual, de los casos entrevistados el 71% informó pagar hasta \$100.00 de luz cada mes, el 18% pagan hasta \$200.00 y el 11% no pagan, por encontrarse viviendo con algún familiar.

Gráfica 20

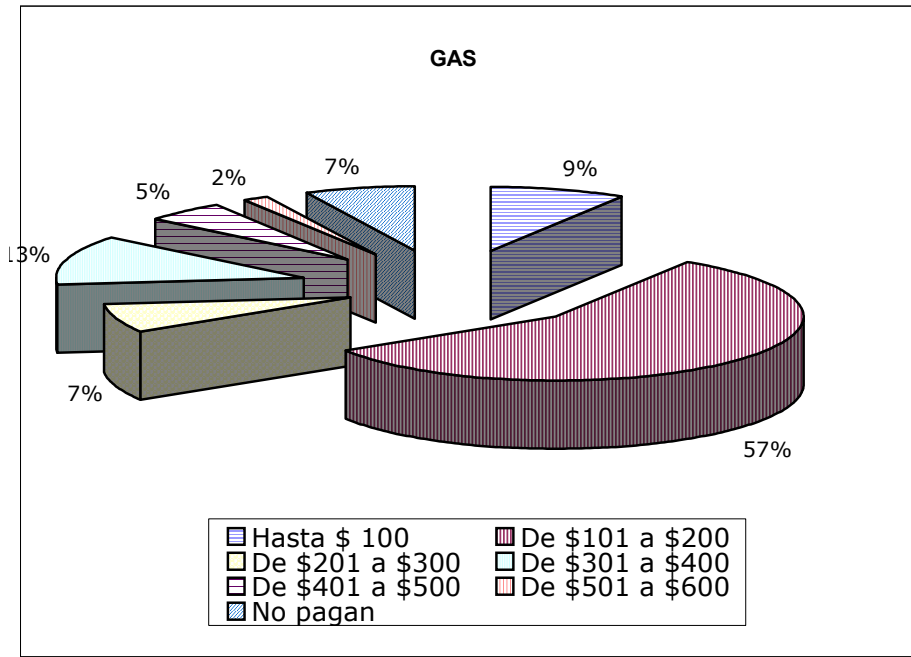


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 32% pagan entre \$201.00 y \$400.00 de teléfono y otro porcentaje igual no tienen teléfono, el 21% de ellos pagan hasta \$200.00, el 9% pagan de \$401.00 a \$600.00.

Gráfica 21

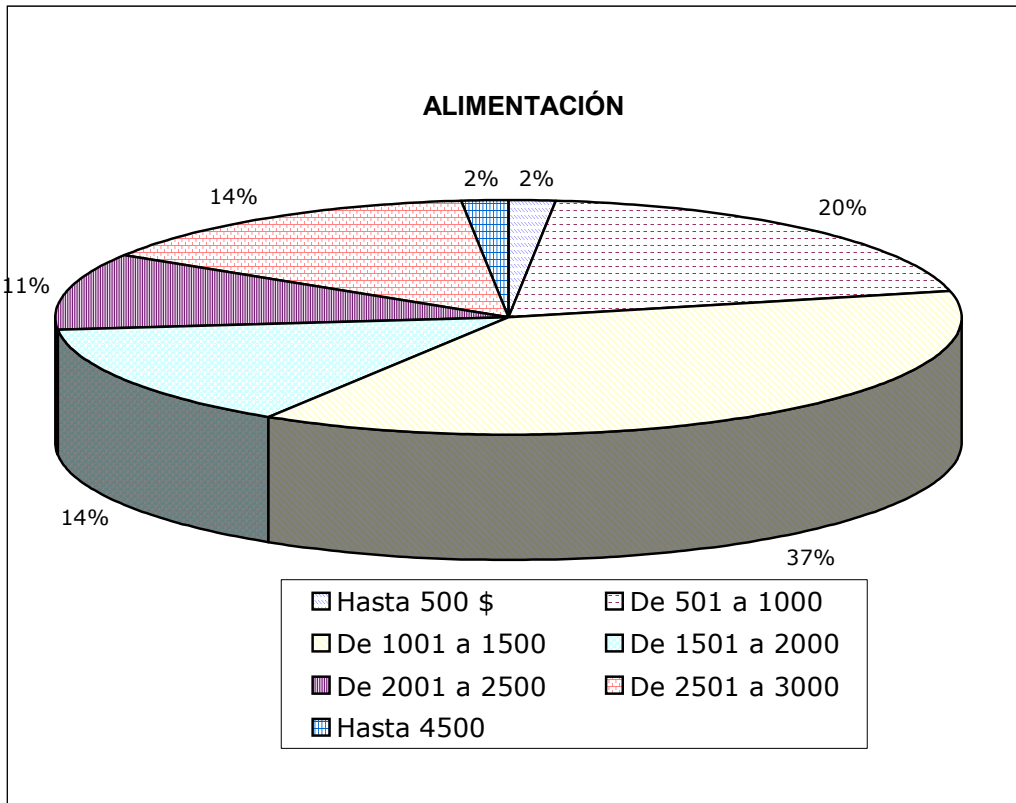


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

De los pacientes entrevistados el 57% pagan de gas de \$101.00 a \$200.00, el 13% de ellos pagan hasta \$400.00, el 9% pagan hasta \$100.00, un 7% no pagan y el otro 7% de \$201.00 a \$300.00, el 5% pagan de \$ 401.00 a \$ 500.00 y el 2% restante paga de \$ 501.00 a \$ 600.00.

Gráfica 22

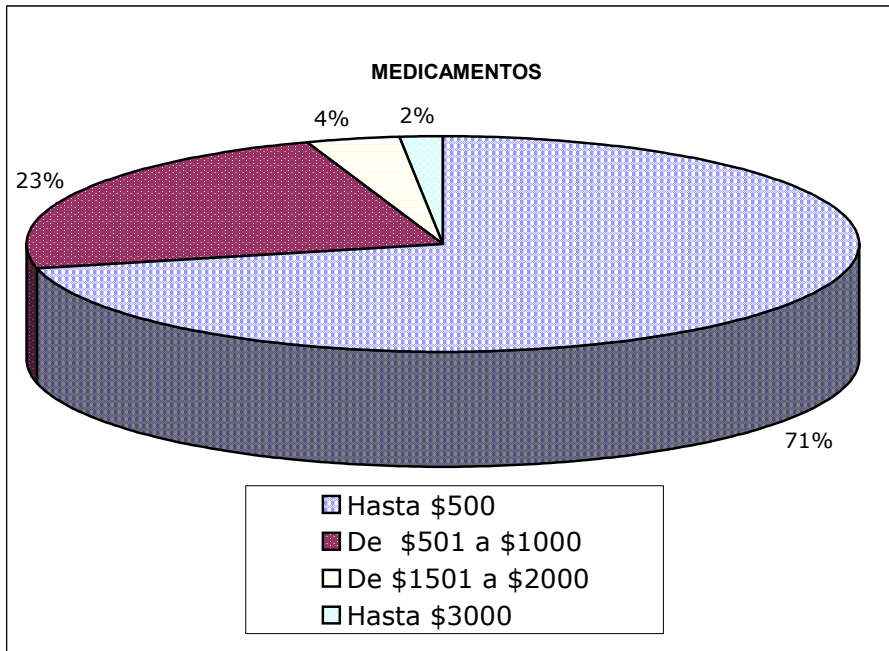


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

De los casos entrevistados el 37% gastan en alimentos entre \$1001.00 y \$1,500.00, el 20% hasta \$1000.00, el 14% hasta \$2,000.00 y el otro 14% hasta \$3,000.00, el 2% gasta tan solo \$ 500.00, esto por vivir en la casa de algún familiar, el 11% de \$ 2,001.00 a \$ 2,500.00 y otro 2% hasta \$ 4,500.00.

Gráfica 23

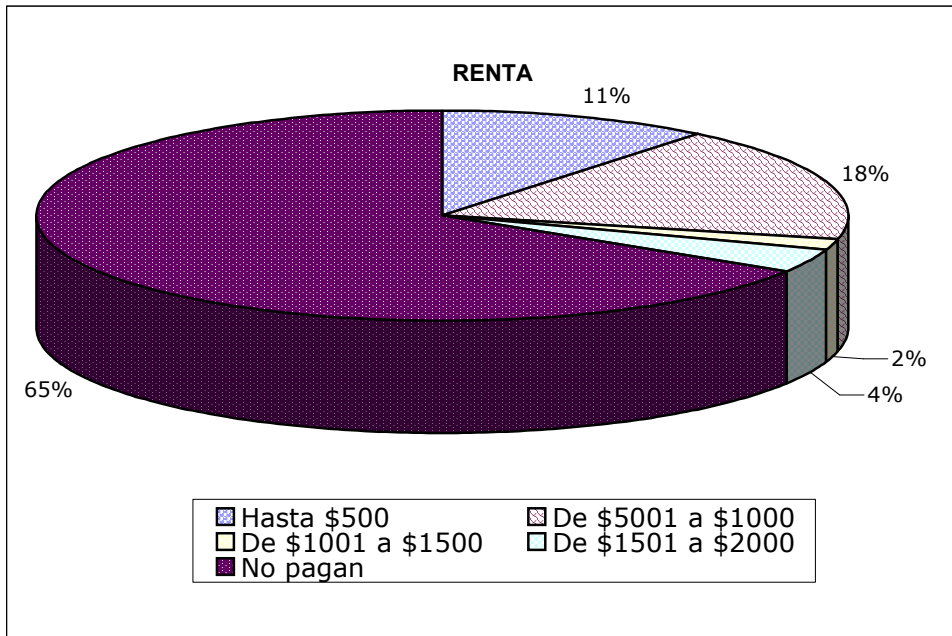


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 71% de los pacientes gastan en medicamento hasta \$500.00, el 23% de \$ 501.00 a \$ 1,000.00, el 4% hasta \$2,000.00, el 2% hasta \$ 3,000.00.

Gráfica 24

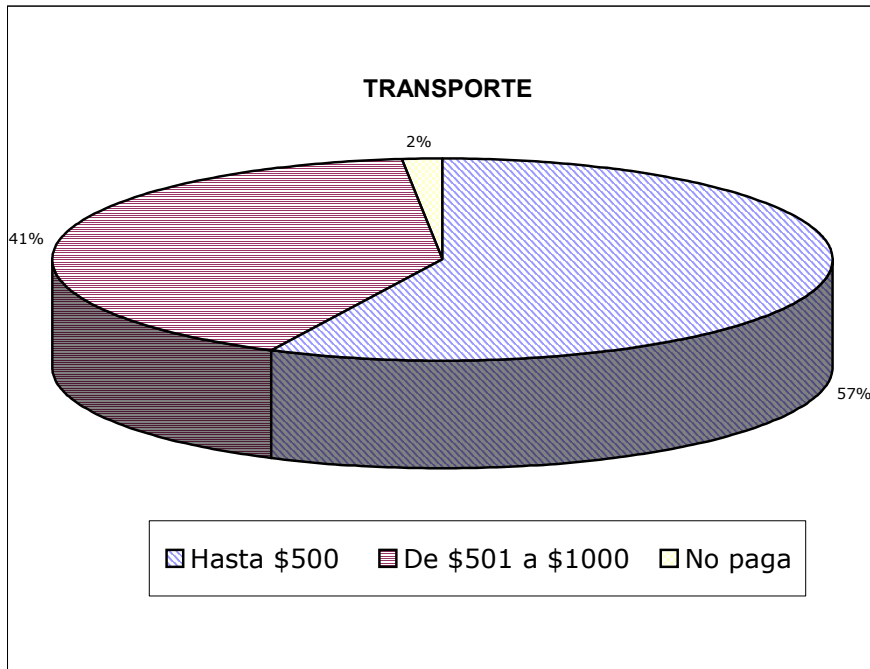


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 65% de los casos, no pagan renta, el 18% pagan hasta \$1,000.00, el 11% hasta \$500.00, el 2% hasta \$ 1,500.00, y el 4% paga hasta \$2,000.00.

Gráfica 25

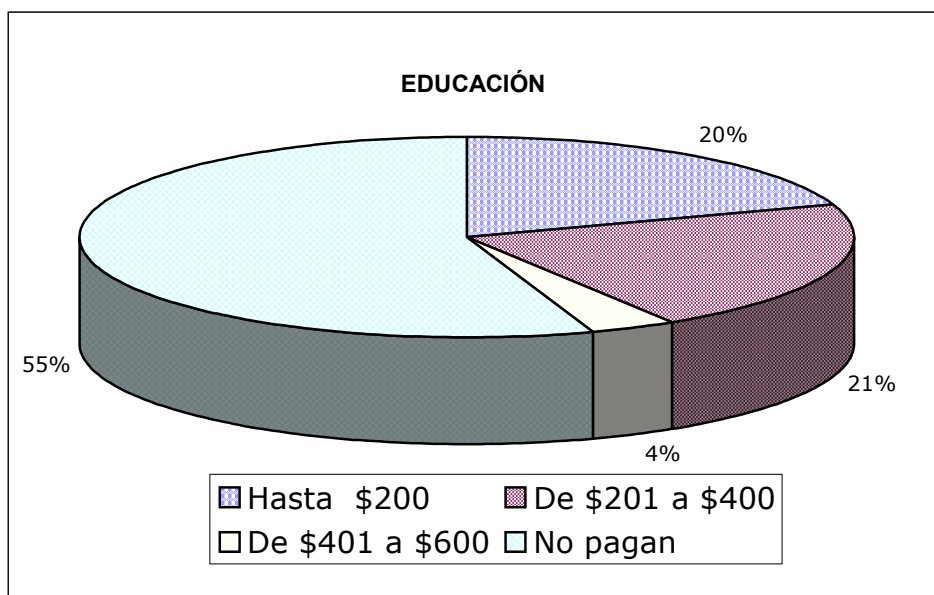


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

N=56

Esto es lo que gastan para trasladarse de su casa al INNN y viceversa, el 57% pagan hasta \$500.00 en transporte, el 41% paga hasta \$1,000.00, y el 2% restante, informó no pagar transporte.

Gráfica 26

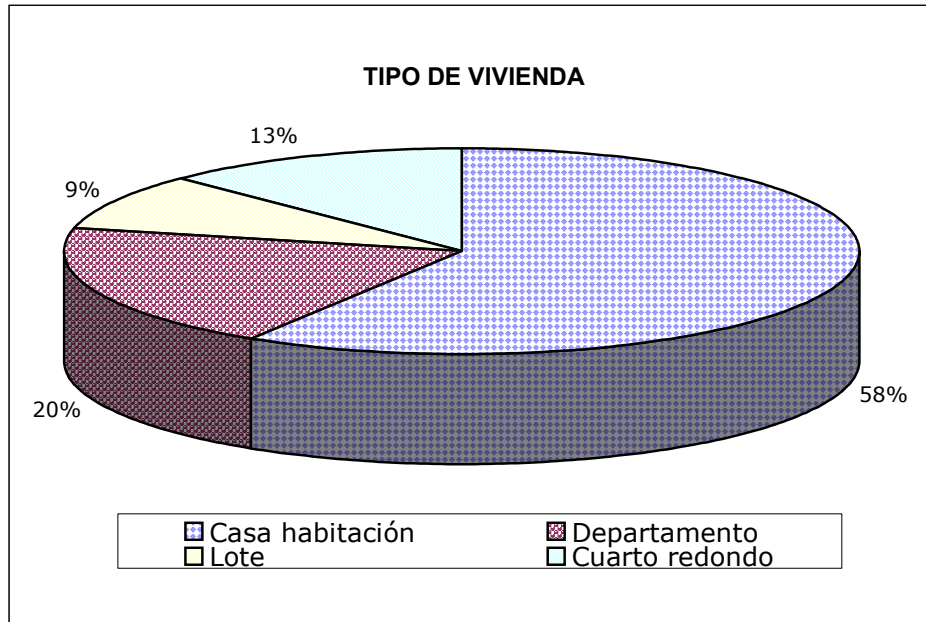


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 55% de los entrevistados, no pagan gastos de educación, el 20% hasta \$200.00, el 21% paga hasta \$400.00, el 4% paga entre \$ 401.00 y \$ 600.00.

Gráfica 27

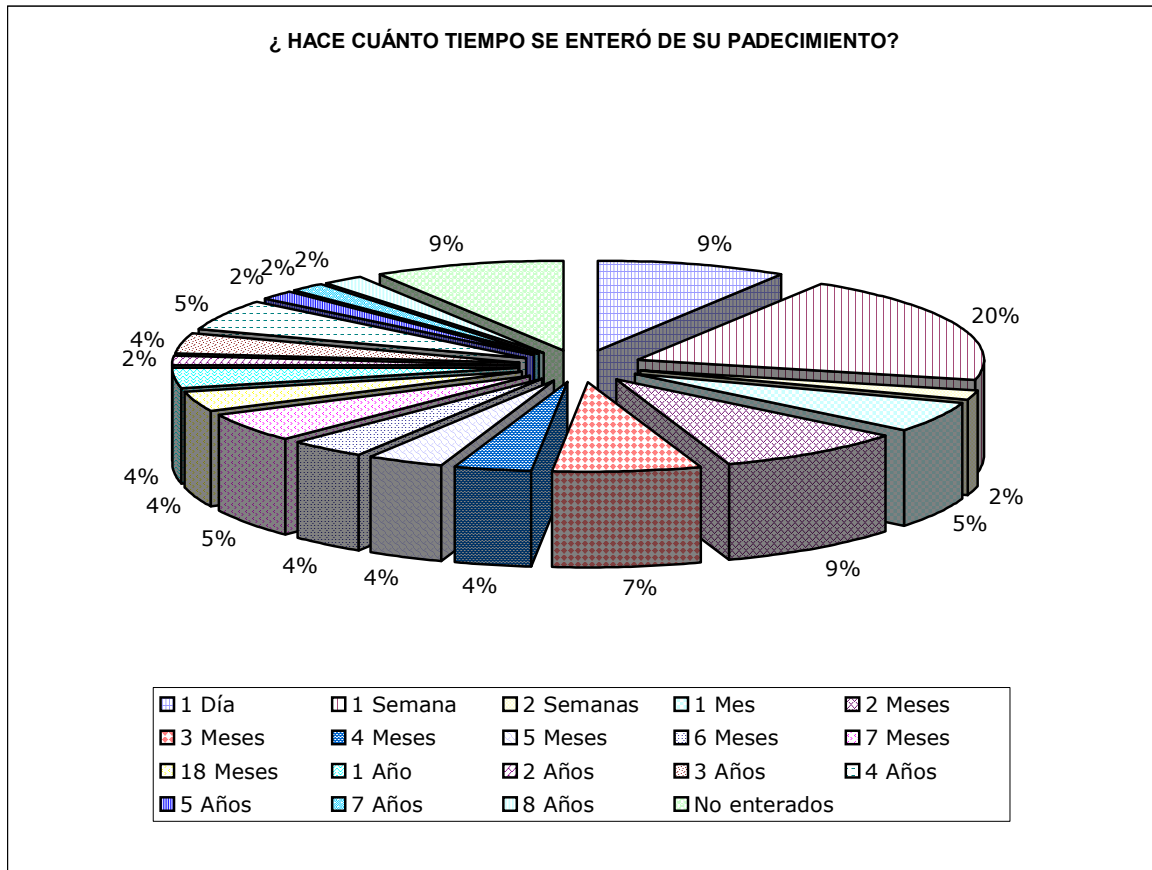


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 58% tienen casa habitación, el 20% departamento, el 9% Lote y el 13% habitan un cuarto, cabe destacar que en el momento de la entrevista el 51% vivían con sus familias primarias, por lo que el tipo de vivienda, no era de su propiedad, el análisis del ingreso se hizo respecto a su familia, con la que vivía en ese momento y no respecto a la de el paciente, por lo que en un 5% de los casos el ingreso se eleva a casi, 4 salarios mínimos.

Gráfica 28

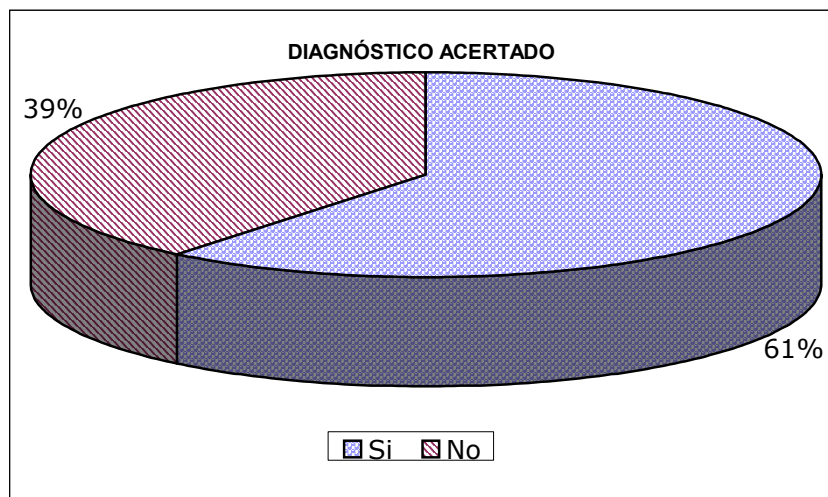


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 9% de los pacientes entrevistados no estaban enterados que tenían VIH, por lo que ellos hasta antes de este momento continuaron teniendo relaciones sexuales con sus parejas, otro 9% hace un día que se enteraron, a ellos el personal de salud les recomienda no tener relaciones con sus parejas o utilizar condón, el otro 9% se entero hace 2 meses, a partir de este momento el médico recomienda no tener relaciones sexuales.

Gráfica 29

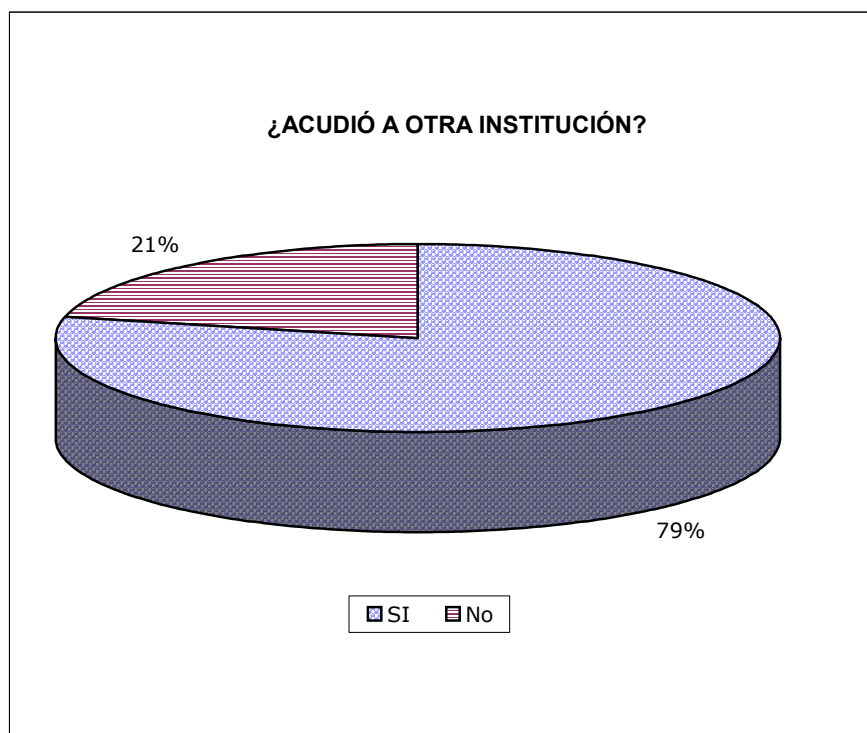


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 61% informa que su diagnóstico si fue acertado desde la primer consulta, el 39% restante, dice que no fue así.

Gráfica 30

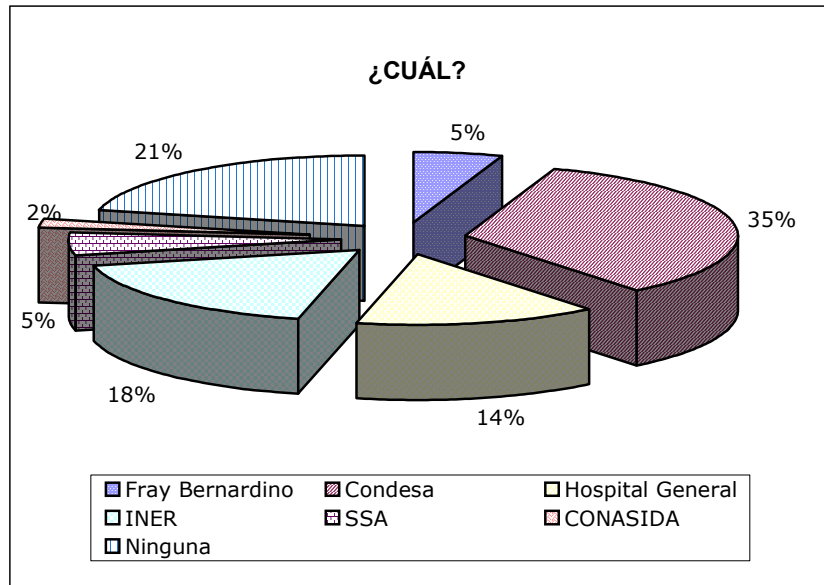


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

Como se puede observar el 73%, si acudió a otra institución, antes de ingresar al Instituto, el 27% no, estos últimos acudieron directamente.

Gráfica 31

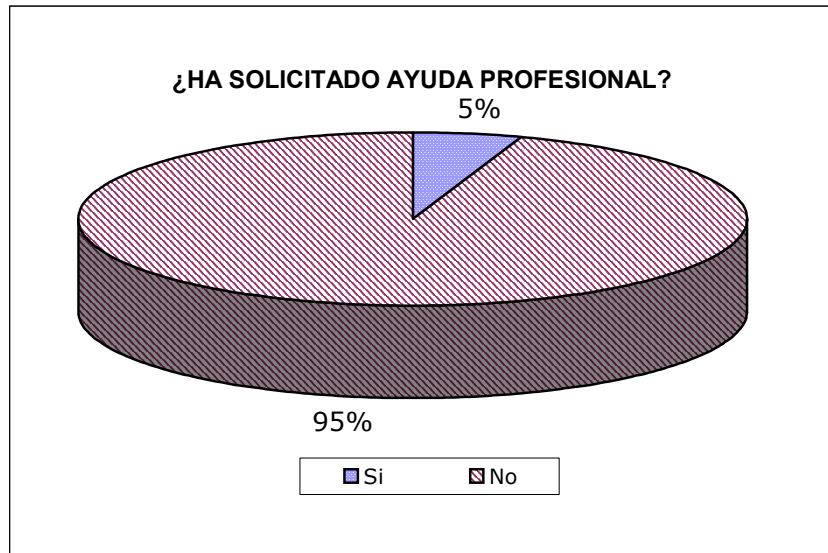


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

La procedencia de los pacientes en cuanto a la referencia médica, el 35% de los casos fueron enviados de la Clínica Condesa, el 14% de Hospital General Manuel G. González, el 18% del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el 21% acudieron por iniciativa propia, el 5% fueron remitidos del Hospital Fray Bernardino, el otro 5% de la Secretaría de Salud, y un 2% de CONASIDA.

Gráfica 32

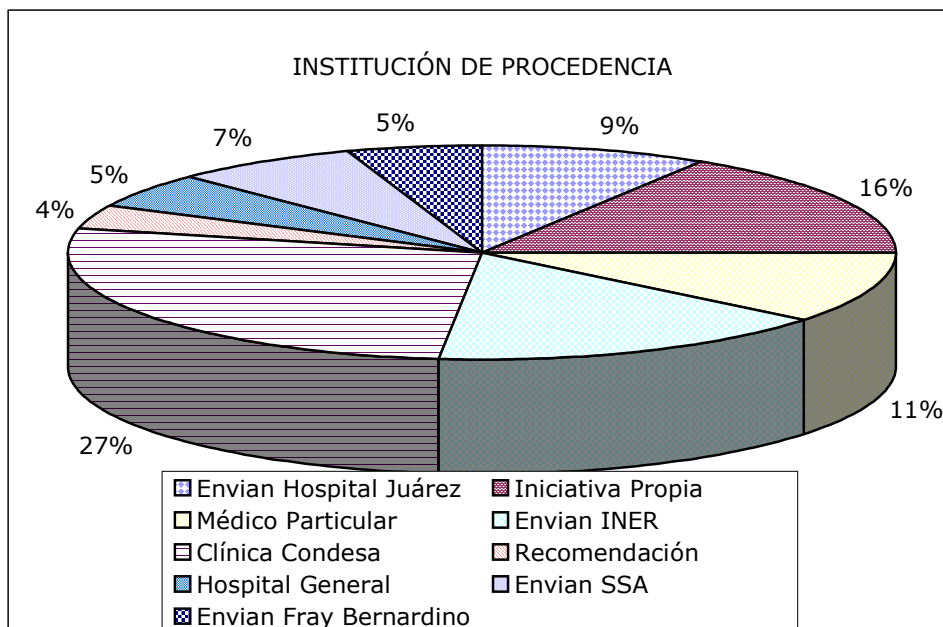


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

Solo el 5% informa haber solicitado ayuda psicológica, cabe señalar que es importante que estos pacientes reciban ayuda psicológica, para lograr un buen manejo de la enfermedad.

Gráfica 33

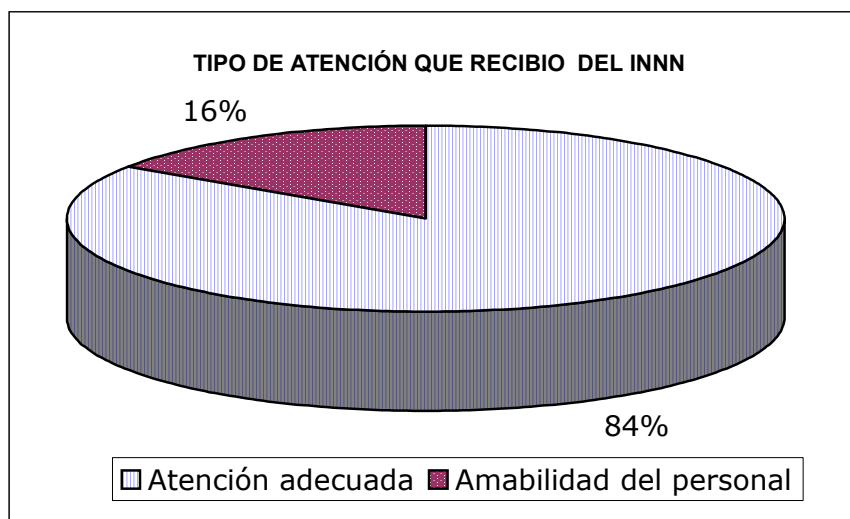


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El total de los casos son referidos de otras Instituciones, por su diagnóstico, el 27% de los casos, los envían de Clínica condesa, el 16% los envían del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y otro 16% acuden por iniciativa propia, un 11% los refiere un médico particular.

Gráfica 34

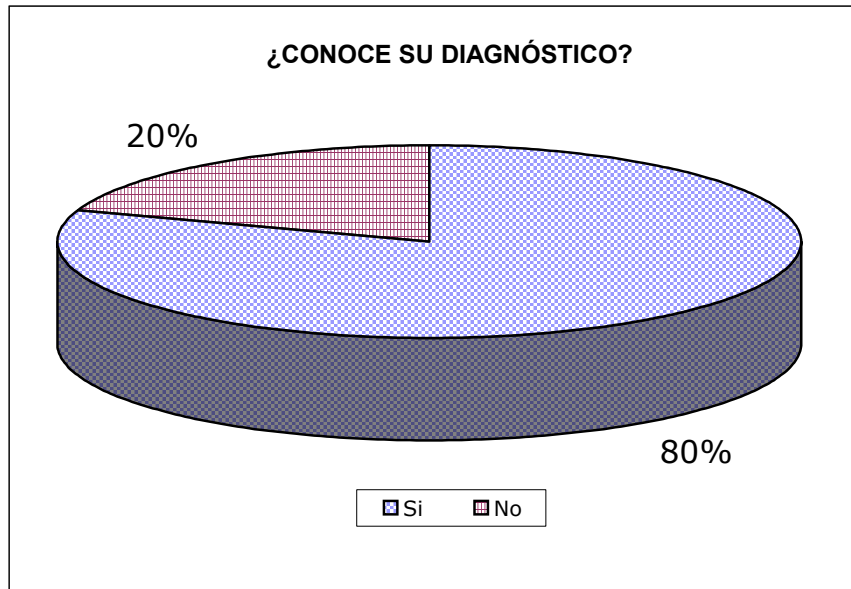


Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 94% acepta haber recibido una atención adecuada, y el 16% informa, que la atención del personal fue excelente.

Gráfica 35



Fuente: Blanca Adelfa Hernández González 2008 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

n=56

El 80% si sabe que tiene VIH y el 20% restante no lo conoce, esta es una situación grave, ya que estos pacientes continúan teniendo relaciones contagiando a otros, en tanto no exista un diagnóstico definitivo, el personal recomienda al paciente, no tener relaciones sexuales con sus parejas.

5.3 Perfil Social de la Población que Acudió al Servicio de Neuroinfectología con Padecimiento de VIH/SIDA

Del total de los casos aquí presentados el 91% corresponden al género masculino y el 9% al femenino, si se relaciona con la edad, en donde el 100% se encuentran en edad reproductiva y productiva, se concluye que afecta a la economía familiar ya que al ser hospitalizado, es la esposa, la madre o los hermanos son quienes asumen la responsabilidad económica de la familia y quienes también viven situaciones socioeconómicas deficientes, como bajos ingresos para cubrir las necesidades básicas, como alimentación, casa, vestido y salud, que en los resultados finales de esta investigación ya se corroboraron.

En lo que se refiere al rol del paciente es importante mencionar que algunos de ellos, siendo padres de familia, el 51% se han mudado con su familia primaria para ser atendidos por la madre, o por los hermanos, y han dejado a la esposa al cuidado de los hijos, por lo que en el momento de la aplicación del instrumento son considerados hijos de familia.

Se observa que el 54% están desempleados, alguno de ellos tienen meses sin laborar, esto debido a su padecimiento, algunos desempeñaban algunos oficios antes de la enfermedad como: obrero, campesino, mesero, chofer, etc. y que representan el 27%, durante el tiempo que permanecen internados no perciben ningún ingreso ya que no contaban con ninguna prestación en su trabajo.

El ingreso que percibe la familia, en el 14% de los casos es de menos de un salario mínimo, tomando en cuenta que el 41% tienen entre 4 y 6 miembros en la familia, y que el 35% paga renta, surge la pregunta, ¿Cómo cubren las necesidades más elementales? como son: alimentación, salud, educación y vestido.

En el 9% de estos casos, tienen solo una semana que se enteraron que su diagnóstico es de VIH, esto se puede interpretar con grave, ya que cualquier individuo puede tener una vida sexual normal y contagiar a otros sin saber que tiene el virus, este porcentaje se considera muy alto, porque de esta forma se propaga el virus, sin tomar las precauciones pertinentes.

El 39% informa no haber recibido un diagnóstico acertado en la primer consulta en algunos casos son los familiares los que contestan, ya que como se puede ver en la última parte el 9% de los pacientes no están enterados que tienen VIH. En algunos casos el paciente conoce su diagnóstico, pero no lo informan.

CONCLUSIONES

1.- De acuerdo a los resultados obtenidos, el problema del VIH-SIDA, afecta a la población de edades entre los 18 y 44 años de edad, no respetando posición social, como tampoco el nivel educativo de las personas, y afecta principalmente al género masculino, de acuerdo a la investigación que se realizó con estos pacientes, esto es complejo y presenta diversas repercusiones en el individuo que lo padece como son: psicológicas, sociales, éticas, económicas y familiares, un obstáculo para enfrentar estas repercusiones es el estigma y rechazo que reciben este tipo de pacientes, por parte incluso de su familia, algunos de ellos no informan que padecen la enfermedad, tal situación agudiza el fenómeno.

2.-Como se mencionó en el caso de las mujeres mexicanas que viven con el virus, algunos datos señalan que no acuden a los servicios de salud por temor a ser discriminadas, existen fuertes patrones culturales donde se dificulta la difusión de métodos de prevención, es importante fomentar la coordinación y vigilancia del uso del condón. En lo que se refiere a las mujeres que formaron parte de este trabajo, ignoraban que tenían el virus, cuando no recibieron atención a tiempo, por lo que existe la posibilidad de que hayan infectado a sus parejas sin saberlo.

3.-Los factores socioeconómicos y familiares del paciente son de suma importancia, ya que requieren de disfrutar de una excelente alimentación e higiene, el apoyo de la familia ayuda a tener una mejor calidad de vida, la población afectada es de nivel socioeconómico bajo ya que el 40% de los casos entrevistados, perciben menos de un salario mínimo mensual, aunque el 54% se encontraban desempleado, se debe considerar que es un padecimiento que afecta el núcleo familiar y la economía debido a que el costo del medicamento es alto, por lo que resulta insuficiente para cubrir las necesidades más elementales de la familia.

4.-En el mejor de los casos sí el paciente está laborando, devenga un ingreso, en otros casos se vuelve totalmente dependiente de sus familiares, los hermanos son los que brindan un mayor apoyo en el 33% de los casos, la madre, la esposa o los hijos, y si no cuenta con estos depende de las organizaciones civiles o gubernamentales.

5.-Las relaciones familiares se consideran estables, de acuerdo a lo investigado, aunque es importante resaltar que el apoyo, es únicamente moral, pues los familiares de los pacientes viven situaciones similares de ausencia de recursos económicos.

6.-Algunos de los pacientes que ingresan al servicio de Neuroinfectología, han sido internados hasta tres veces en un periodo de 9 meses, esto los lleva a perder toda perspectiva de una vida futura con calidad, el internamiento constante genera un desgaste mayor en las familias, el paciente en fase terminal está consciente de lo que pasa en su entorno, el dolor físico, aunado al dolor psicológico y la culpa llevan a este a un desenlace no deseado, como lo es el deterioro físico y emocional.

7.-La familia se une para brindar apoyo moral al miembro afectado, también recibe apoyo económico, ya que el 54% de los pacientes en este momento se encuentra desempleado, (ver gráfica 7) y en un 33% de los casos son los hermanos quienes aportan el ingreso a la economía del hogar, (ver gráfica 19).

8.-A partir de que el médico le informa al paciente su diagnóstico, continua su vida sexual tomando medidas de precaución, es importante resaltar que en el 20% de los casos desconocen que su padecimiento es Virus de Inmunodeficiencia Humana, (ver gráfica 37) estos pacientes continuaron teniendo relaciones con sus parejas, lo que significa que un gran número de personas con VIH, sin saber, que tienen el virus están contagiando a otros.

9.-Respecto a la opinión de su condición, algunos demostraron total desconocimiento del significado de tener VIH, la actitud de otros fue de resignación ante la enfermedad, algunos mas manifestaron decisión para luchar junto a su padecimiento.

10.-Las redes sociales funcionaron en lo que se refiere a las primarias, ya que solo en un caso, no recibió apoyo de estas redes, esto por no contar con ningún familiar.

11.-Al momento de la entrevista el 9% no estaban enterados de su padecimiento (ver gráfica 28), otro 9% se había enterado un día antes, el 20% se había enterado una semana antes, el 2% tan solo dos semanas antes, el 5% un mes antes, 9% tenían de entrados 2 meses, y el 7% 3 meses, se deduce que el 18% de los entrevistados continuaron teniendo relaciones sexuales, por no conocer su diagnóstico, al enterarse, empezaron a tomar precauciones.

12.-La experiencia que se vivió fue satisfactoria, ya que se logró tener comunicación continúa con todo el equipo del Departamento de Trabajo Social, recibiendo asesoría por parte de cada una de las personas que lo conforman, de esta forma el aprendizaje a cerca de las funciones y actividades del Departamento y de la forma de llevarlas a cabo fue mayor.

13.-Respecto al equipo multidisciplinario, en su momento se contó con el apoyo de médicos, enfermeras y personal del área administrativa, lo que ayudó a identificar los casos y un buen término de esta investigación.

14.-De toda la información se concluye que el Perfil Social es el mayor porcentaje de sexo masculino, se encuentran en edad productiva y reproductiva, el nivel de escolaridad que predomina es la secundaria, residen mayormente en el Estado de México, la mayoría de ellos no cuentan con un empleo, el mayor apoyo económico lo reciben de la familia primaria.

15.-Se insiste en que el contacto sexual debe ser con preservativo, en tanto se considera que hay posibilidad de trasmisión.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Destinar recursos humanos, para que todos los pacientes que ingresen al Servicio de Neuroinfectología con padecimiento de VIH, se les pueda realizar la Visita Domiciliaria, esto con la finalidad de obtener el apoyo Institucional.

Dar continuidad al seguimiento que se ha logrado hasta el momento para conocer las condiciones socioeconómicas de los pacientes con diagnóstico de VIH, sensibilizando a la familia y al paciente para que no interrumpa el tratamiento por la problemática socioeconómica.

Crear políticas públicas, en beneficio de las personas que padezcan esta enfermedad, como es el derecho a conservar su trabajo, el derecho a la no discriminación, el derecho a ser tratado igual que todos, derecho a la educación., etc.

Respecto a la asesoría por parte de las Trabajadoras Sociales del Instituto, se propone que dentro del periodo de Servicio Social de los pasantes, cada una de ellas, asesore a los pasantes con un tema que contribuya en la formación profesional de estos.

Impulsar fuertemente medidas educativas, del uso del condón en todo el país.

Intensifica la educación masiva por todos los medios, escuelas, centros de trabajo, medios de comunicación,.enterarlos de la prevención, para que la población este informada y todas las Instituciones del país deben optar medidas de prevención.

ANEXO # 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Objetivo: Recabar información que permita determinar el perfil social de los pacientes hospitalizados en el servicio de Neuroinfectología del INNN.

DATOS GENERALES	
Nombre: _____	
Edad: _____	Sexo. FEM () MAS ()
Escolaridad: _____	
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	
Ocupación actual: _____	Ocupación Anterior: _____
Lugar de residencia: _____	
Dirección: _____	
Fecha de Ingreso _____	Nivel _____ Registro _____

I. ESTRUCTURA Y RELACIONES FAMILIARES.

1. Integrar en el cuadro solo los miembros de la familia que comparten vivienda e ingresos.

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
2. ¿Qué rol juega el paciente dentro de la familia? a) Padre o Madre b) Hijo (a) c) Hermano (a) d) Otro. Especifique: _____			3. ¿Con qué integrante de la familia tiene una mejor relación?	
4. ¿Quién sabe de su condición de portador de VIH? 4 A. ¿Por qué?			5. ¿Cómo considera que es la comunicación dentro de la familia? 5 A. ¿Por qué?	
6. ¿Qué actividades comparten cotidianamente?			8 ¿En quién ha encontrado un mayor apoyo?	
7. Al enterarse la familia de la enfermedad del paciente como reaccionan: Aceptación () Rechazo () Apoyo () Otro. Especifique: _____			8 A. ¿De qué forma se da ese apoyo? a) Económico b) En especie c) Moral	

II. SITUACIÓN ECONÓMICA.

II A. Ingresos

<p>9. Aproximadamente, ¿a cuánto asciende el ingreso mensual de la familia?</p>	<p>10. ¿Quiénes aportan al ingreso familiar?</p> <table border="0"> <tr> <td>Parentesco:</td> <td>Monto.</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Parentesco:	Monto.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Parentesco:	Monto.								
_____	_____								
_____	_____								
_____	_____								
<p>11. ¿Tienen algún ingreso adicional? Si () No ()</p> <p>11 A. ¿Por qué concepto y con qué periodicidad?</p> <p>11 B. ¿A cuánto asciende?</p>	<p>12. Si actualmente no cuentan con un ingreso fijo, ¿cómo solventan los gastos familiares?</p>								

II B. Egresos

<p>13. ¿Cómo se distribuyen los ingresos de la familia?</p> <p>Pago de servicios:</p> <p>Agua (bimestral) _____</p> <p>Luz (bimestral) _____</p> <p>Teléfono (mensual) _____</p> <p>Gas: (mensual) _____</p> <p>Alimentación: _____</p> <p>Medicamentos: _____</p> <p>Televisión por cable _____</p> <p>Pago de créditos _____</p> <p>Internet _____</p> <p>Renta _____</p> <p>Otros. Especifique _____</p>	<p>14. ¿Cuánto paga por consulta médica?</p> <p>14 A. ¿Con qué periodicidad acude a consulta?</p> <p>14 B. ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado?</p> <p>14 C. ¿Qué tiempo de estancia ha tenido en el servicio?</p>
--	---

II C. Vivienda

<p>15. Tipo de vivienda</p> <p>Casa habitación ()</p> <p>Departamento ()</p> <p>Lote ()</p>	<p>16. Material de construcción:</p> <p>Paredes _____</p> <p>Pisos _____</p> <p>Techo _____</p> <p>Servicio sanitario _____</p>	<p>17. Condición social de la vivienda</p> <p>Propia ()</p> <p>Rentada ()</p> <p>Prestada ()</p> <p>Otro. Especifique _____</p>	<p>18. En caso de que sea prestada, y llegaran a pedirle que la desocupe, ¿cuentan con alguna otra opción para vivir?</p> <p>Si () No ()</p>
<p>19. Total de número de cuartos (sin contar baños)</p> <p>19 A. Distribución de los cuartos:</p> <p>Dormitorios _____</p> <p>Sala _____</p> <p>Comedor _____</p> <p>Cocina _____</p> <p>Otro. Especifique: _____</p>	<p>20. ¿Con qué aparatos cuenta la familia?</p> <p>Televisión _____</p> <p>Vídeo-casetera o DVD _____</p> <p>Refrigerador _____</p> <p>Microondas _____</p> <p>Estufa _____</p> <p>Estéreo _____</p> <p>Computadora _____</p> <p>Lavadora: _____</p> <p>Otro. Especifique: _____</p>		

III. AMISTADES, ARRAIGO Y PERTENENCIA.

III A. AMISTADES

<p>21. Una vez que el paciente se entera de su enfermedad, lo comparte con amigos Sí () No ()</p>	<p>22. Actualmente, ¿tiene relación con sus amistades?</p> <p>23. ¿Con qué periodicidad lo frecuentan?</p>
<p>24. ¿Cuál fue la reacción de sus amigos ante la enfermedad del paciente? Aceptación () Rechazo () Apoyo () Otro. Especifique: _____</p>	<p>25. ¿Ha recibido algún tipo de apoyo por parte de sus amigos? Sí () No ()</p> <p>25 A. ¿De qué tipo?</p>

III B. ARRAIGO Y PERTENENCIA

<p>26. ¿Cuánto tiempo tienen viviendo en el lugar?</p> <p>26 A. ¿Ha vivido en algún otro lugar en los últimos años?</p>	<p>27. ¿Cómo es la relación con sus vecinos?</p> <p>28. ¿Realizan alguna actividad con ellos?</p>
<p>29. La familia o el paciente pertenece a algún grupo o asociación? Sí () No () ¿De qué tipo? Social: _____ Civil: _____ Religiosa: _____ Deportiva: _____ Política: _____</p>	<p>30. ¿Recibe algún tipo de apoyo por parte de la organización a la que pertenece? Sí () No ()</p> <p>30 A. ¿De qué tipo?</p>

III C NIVEL SOCIO - CULTURAL

<p>31. Acostumbran festejar fechas importantes Sí () No ()</p> <p>31 A. ¿Cuáles?</p>	<p>32. ¿Qué religión profesan?</p> <p>33. ¿Cómo lo hace?</p>
<p>34. ¿Qué valores le han sido inculcados en el seno familiar?</p>	<p>35. ¿Qué valor considera usted más importante y le gustaría transmitir a su familia?</p>

36. ¿Qué acostumbran hacer en sus ratos libres?	37. ¿Qué tipo de programas ven en televisión?
---	---

IV. INFORMACIÓN QUE HA TENIDO EL PACIENTE RESPECTO A LA ENFERMEDAD.

38. ¿Hace cuánto tiempo se enteró de su enfermedad?	40. ¿Han acudido a alguna otra institución? Si () No ()
39. Fue el primer diagnóstico acertado Si () No ()	40 A. ¿Cuál es?
41. ¿Han buscado ayuda profesional además de la médica? Si () No ()	42. ¿Por qué acuden al Instituto?
41 a. ¿De qué tipo?	43. ¿Han encontrado el apoyo que requieren dentro de la institución? Si () No () 43 A. ¿Cómo ha sido la atención?
44. ¿Cuál es la enfermedad que padece?	45. ¿Conoce algún grupo de apoyo, organización o institución para la enfermedad que padece? Si () No () 45 A. ¿Cuál es?

V. CONCLUSIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

FECHA

Elaborado por la prestadora de Servicio Social Blanca Adelfa Hernández González.

ANEXO # 2



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

INSURGENTES SUR NO. 3877
C.P. 14269
EL. 56 06 38 22 EXT. 1028

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA *

1. DATOS GENERALES

NOMBRE _____ REG. _____
NIVEL _____ EDAD _____ EDO. CIVIL _____
ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____
DIAGNÓSTICO MEDICO _____
INFORMANTE _____ PARENTESCO _____

DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO _____ COLONIA _____
DELEGACIÓN _____ ESTADO _____ C.P. _____

1.- SE LOCALIZÓ EL DOMICILIO ()
)

1)SI 2)NO

¿POR QUÉ?

- 1) NO EXISTE LA CALLE
- 2) NO EXISTE EL NÚMERO
- 3) DOMICILIO FALSO
- 4) EL DOMICILIO ES DE FAMILIARES
- 5) DIRECCIÓN INCOMPLETA

II.- OBJETIVO DE LA VISITA

1.-¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA? ()

- 1) EXENTO
- 2) AJUSTE EN INSUMOS Y MEDICAMENTOS
- 3) CARTA COMPROMISO
- 4) RECLASIFICACIÓN
- 5) VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN
- 6) LOCALIZACIÓN Y/O RESCATE DE PACIENTES
- 7) INVESTIGAR CONDICIONES SOCIO AMBIENTALES
- 8) SEGUIMIENTO DE PACIENTES
- 9) OTROS _____

III.- ESTRUCTURA Y ECONOMÍA FAMILIAR

3.1 PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL	APORTACIÓN AL HOGAR

TOTAL_____

3.2 APORTADORES ECONÓMICOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL	APORTACIÓN AL HOGAR

1) ECONÓMICA 2) ESPECIE 3) AMBAS
TOTAL_____

3.3 OTRAS FUENTES DE INGRESO ¿CUÁL? ()

- 1) INTERESES BANCARIOS
- 2) ARRENDAMIENTO
- 3) APOYO INSTITUCIONAL
- 4) OTROS_____

3.4 SI EL PACIENTE O PRINCIPAL PROVEEDOR ECONÓMICO ES DESEMPLEADO, INDICAR DESDE CUANDO: ()

- 1) HACE UN MES
- 2) 1 A 3 MESES
- 3) 4 A 6 MESES
- 4) MAS DE 6 MESES

3.5 EGRESOS MENSUALES

ALIMENTACIÓN	_____
RENTA, MANTENIMIENTO O PREDIO	_____
LUZ	_____
AGUA	_____
TELÉFONO	_____
GAS	_____
EDUCACIÓN	_____
MÉDICO/MEDICAMENTOS	_____
DIVERSIONES	_____
TRANSPORTE	_____
SERVICIO DOMÉSTICO	_____
TARJETAS DE CREDITO	_____
TOTAL	_____

3.6 ENTREGÓ COMPROBANTES ()
 1) SÍ 2) NO

3.7 EN EL CASO DE DÉFICIT EN EL INGRESO INDICAR COMO SE CUBRE: ()

- 1) PRÉSTAMOS FAMILIARES
- 2) PRÉSTAMOS BANCARIOS
- 3) TARJETAS DE CRÉDITO
- 4) VENTAS DE MUEBLES
- 5) VENTA DE AUTOMÓVILES Y/O INMUEBLES
- 6) AHORROS
- 7) OTROS _____

IV. ESTADO DE SALUD DEL FAMILIAR

4.1 SERVICIO MÉDICO DEL PACIENTE: ()

- 1) IMSS
- 2) ISSSTE
- 3) SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
- 4) OTROS _____

4.2 INSTITUCIONES EN DONDE SE HA ATENDIDO ANTERIORMENTE ()

- 1) INSTITUCIÓN PRIVADA
- 2) INSTITUCIÓN OFICIAL
- 3) MÉDICO PARTICULAR
- 4) NINGUNA
- 5) OTROS _____

4.3 FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE AL INSTITUTO ()
 1) CADA 6 MESES

- 2) CADA 3 MESES
- 3) CADA MES
- 4) MAS DE 2 VECES AL AÑO

4.4 HA FALTADO A ALGUNA DE SUS CITAS EN EL INNN ()

- 1) SI
- 2) NO

4.5 ¿CUÁL FUE EL MOTIVO? ()

- 1) PROBLEMAS ECONÓMICOS
- 2) NO HUBO FAMILIARES QUE LO ACOMPAÑARAN
- 3) NO HAY TRANSPORTE ACCESIBLE
- 4) SE LE OLVIDÓ SU CITA
- 5) ADEUDOS PENDIENTES
- 6) SE ATENDIÓ EN OTRA INSTITUCIÓN
- 7) OTROS

4.6 ADEMÁS DEL PACIENTE ¿EXISTEN OTROS ENFERMOS EN LA FAMILIA? ()

- 1) SI
- 2) NO

4.6.1 PARENTESCO ()

- 1) CÓNYUGE
- 2) PADRE
- 3) MADRE
- 4) HIJOS
- 5) OTROS FAMILIARES
- 6) OTROS NO FAMILIARES

4.6.2 DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4.6.3 RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN: ()

- 1) INSTITUCIÓN OFICIAL
- 2) INSTITUCIÓN PRIVADA
- 3) MÉDICO PARTICULAR

V. CONDICIONES DE VIVIENDA

5.1 ZONA DE UBICACIÓN ()

- 1) URBANA
- 2) SUBURBANA
- 3) RURAL

TIPO DE VIVIENDA ()

- 1) CUARTO REDONDO
- 2) CUEVA
- 3) CHOZA
- 4) BARRANCA
- 5) TUGURIO
- 6) VECINDAD
- 7) DEPARTAMENTO RESIDENCIAL
- 8) CASA SOLA
- 9) INTERNADO
- 10) CASA RURAL
- 11) CUARTO DE SERVICIO
- 12) CASA PROLETARIA

5.2 TENENCIA ()

- 1) PROPIA
- 2) PRESTADA
- 3) RENTADA
- 4) COMPRA HIPOTECADA
- 5) OTROS _____

5.3 MATERIAL PREDOMINANTE EN: ()

MUROS

- 1) EMBARRO A PALMA
- 2) ADOBE
- 3) LAMINA DE CARTÓN, ASBESTO O SIMILARES
- 4) MADERA
- 5) TABIQUE, LADRILLO, BLOCK
- 6) OTROS _____

5.4 TECHOS ()

- 1) PAJA, PALMA O SIMILARES
- 2) LAMINA DE CARTÓN, ASBESTO O SIMILARES
- 3) MADERA
- 4) TEJA
- 5) CONCRETO
- 6) OTROS _____

5.5 PISOS ()

- 1) TIERRA
- 2) CEMENTO
- 3) MOSAICO O LOZETA
- 4) MADERA
- 5) ALFOMBRA
- 6) OTROS _____

5.6 NÚMERO DE HABITACIONES ()

DORMITORIOS__COCINA__BAÑO__SALA__SALA-COMEDOR_____
COMEDOR____CUARTO DE SERVICIO____OTROS_____

5.7 ¿TIENE?

JARDÍN____PATIO____COCHERA____OTROS_____
NÚMERO DE NIVELES DE CONSTRUCCIÓN_____

5.8 EL MANTENIMIENTO DE LA CASA ES: ()

- 1) ADECUADO
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE
- 4) NO EVALUABLE

5.9 ILUMINACIÓN ()

- 1) ADECUADA
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE
- 4) NO EVALUABLE

5.10 VENTILACIÓN ()

- 1) ADECUADA
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE
- 4) NO EVALUABLE

5.11 HIGIENE O SANEAMIENTO ()

- 1) ADECUADA
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE
- 4) NO EVALUABLE

5.12 MOBILIARIO ()

- 1) SUFICIENTE
- 2) INSUFICIENTE
- 3) EXTRA
- 4) NO EVALUABLE

5.13 CONDICIONES DEL MOBILIARIO ()

- 1) ADECUADO
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE

5.14 ¿CUENTA CON AUTOMÓVIL? ()

- 1) SI
- 2) NO

VI. ACTITUD DEL ENTREVISTADO

6.1 ¿CUÁL FUE LA ACTITUD DEL ENTREVISTADO? ()

- 1) COOPERADOR
- 2) POCO COOPERADOR
- 3) MANIPULADOR
- 4) NEGÓ INFORMACIÓN
- 5) DESCONOCE INFORMACIÓN
- 6) NO EVALUABLE

VII. CONCLUSIONES

7.1 AMERITA: ()

- 1) AJUSTE DE INSUMOS Y MEDICAMENTO
- 2) RECLASIFICACIÓN
- 3) CARTA COMPROMISO
- 4) EXENTO
- 5) NO REQUIERE APOYO

7.2 MOTIVO ()

- 1) SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
- 2) CONDICIONES DE VIVIENDA
- 3) TIPO DE PADECIMIENTO Y DIAGNÓSTICO MÉDICO
- 4) COMPRA DE IMPLEMENTOS MÉDICOS
- 5) HOSPITALIZACIONES FRECUENTES
- 6) CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIONES PRÓXIMAS
- 7) SE NEGARON A DAR INFORMACIÓN
- 8) FALSEO DE INFORMACIÓN
- 9) OTROS

7.3 TIPO DE RECLASIFICACIÓN

()

- 1) DEFINITIVA
- 2) PARA HOSPITALIZACIÓN
- 3) PARA ESTUDIO DE COSTO ELEVADO
- 4) TEMPORAL _____

VIII. OBSERVACIONES

FECHA: _____

TRABAJADORA SOCIAL _____

TIEMPO DE RECORRIDO _____

TIEMPO DE ENTREVISTA _____

1. Elaborado por el Departamento de Trabajo Social, del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

ANEXO # 3

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Candidiasis. Infección por hongos de las mucosas orofaríngeas. Es la *Candida albicans* que convive con nosotros y ahora aprovecha la baja defensa para reproducirse y formar placas blanquecinas en la cavidad oral, laringe e incluso esófago. Ahí es donde pueden plantear problemas para tragar.

Citomegalovirus. Considerado el 5to. Miembro de la familia de los virus herpes, que pueden afectar a muchos órganos, desde el cerebro a la retina. En ocasiones aparece un deterioro cerebral grave originado por el virus de las verrugas papada y se manifiesta como una encefalopatía que lleva a la muerte.

Criptococosis del Sistema Nervioso Central. Infección oportunista producida por un hongo llamado *Cryptococcus neoformans*. El se adquiere por las vías respiratorias, la mayoría de las personas han estado expuestas a este hongo, mismo que se encuentra en el suelo contaminado por las excreciones de los pájaros. Consiste en un foco primario pulmonar que puede diseminarse a las meninges, mediastino, riñones y piel. Sus principales síntomas son dolor de cabeza, mareo, visión doble, convulsiones y fiebre, aunque esta última es poco frecuente. Su forma de diagnóstico es por estudios de líquido cefalorraquídeo. Los fármacos empleados en su tratamiento son anfotericina B, 5 fluocitocina, itraconazol y fluconazol. Los efectos secundarios indeseables de estos medicamentos son gastritis, náusea, mareo, vómito, daño renal y neutropenia.

Diagnóstico. Proceso para determinar la naturaleza de una alteración considerando los signos y síntomas de un paciente, su historial médico, resultados de las pruebas de laboratorio y exploraciones radiológicas.

Encefalitis. Principal trastorno neurológico producido por el VIH, con curso progresivo a la demencia y atrofia cerebral.

Entrevista. Es uno de los procedimientos más utilizados en Trabajo Social, puede cumplir diferentes funciones: a) obtener información de individuos y/o grupos; b) facilitar información; c) influir sobre ciertos aspectos de la conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); d) ejercer un efecto terapéutico. Se usan diferentes tipos de entrevista, según el propósito profesional que se busca con su utilización; se pueden distinguir las siguientes modalidades: la entrevista estructurada toma la forma de un interrogatorio en el cual las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos. Se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado. La entrevista no estructurada, en cambio deja una mayor libertad a la iniciativa de la persona entrevistada y al entrevistador, tratándose, en general, de preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación y tienen como característica principal la ausencia de una estandarización formal de las preguntas. Este tipo de entrevistas pueden adoptar tres formas: 1) entrevista focalizada, 2) entrevista clínica, 3) entrevista no dirigida.¹

Neumonía. Es una complicación seria. Está causada por el *Pneumocystis carinii*, también compañero habitual que nuestro sistema inmunológico domina, pero que se reactiva con el descenso de inmunidad. Provoca la neumonía que llega a afectar a sesenta y cinco de cada cien enfermos y suele ser la causa de su fallecimiento.

Paciente. Persona que está enferma o bajo tratamiento por enfermedad.

Sarcoma de Kaposi. Es un tipo de cáncer cutáneo poco frecuente hasta ahora, se presenta como una proliferación de bultitos de distinta coloración que va desde el rosado al azul o morado, y que pueden evolucionar hacia la gangrena. Pueden originar, perforación intestinal, bloqueo cardiaco o hemorragias cerebrales debidas a metástasis.

Toxoplasmosis. Causada por el *Toxoplasma Gondii*, es una de las complicaciones de más impacto, ya que afecta al cerebro originando una serie de síntomas que varían según la parte enferma. Es muy frecuente que además cause agitación y convulsiones, asimismo pueden complicar otros agentes, como el que produce las diarreas (*criptosporidium*) que al ser adquirido por un paciente que tiene problema de desnutrición y pérdida de peso, puede agravar el cuadro.

¹ Modelo de Intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud (1999), p. 65

Tuberculosis. Es una de las enfermedades que con más frecuencia presenta el enfermo de VIH. No sólo es una tuberculosis pulmonar, incluso puede afectar a otras zonas o producir una meningitis tuberculosa. Su acción depende del sistema inmunitario del individuo. Al comienzo presenta los mismos síntomas que una tuberculosis normal: tos, fiebre, falta de apetito y las lesiones pulmonares del bacilo.

Varicela Zoster. Consiste en una erupción generalizada de carácter benigno, ocasiona lesiones vesiculares o ampollas muy dolorosas que terminan por formar una costra, es posible un herpes zoster crónica en el que las lesiones aparecen sobre otras anteriores no curadas y se observa en pacientes con SIDA infectados por una cepa resistente al aciclovir.

Visita Domiciliaria. La que realiza el trabajador social a un hogar con la intención de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento.

BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg. (1995). Técnicas de investigación social. Lumen 24ª Ed. Buenos Aires

Apodaca Rangel M.L., Solís San Vicente Silvia. (1991). El Trabajo Social en el Perfil del México Actual. UNAM-ENTS. México.

Bartlett John G. (1996). M.D. Guía para vivir con VIH y SIDA. Diana. México.

Beatriz H. Hahn, George M. Show, et al., AIDS as a Zoonosis: Scientific and Public health Implications; Science, Vol. 287, No. 5453, pp. 607- 614, issue of 28 January 2000.

Blanco Carlos. Giacosa Jorge Luis. (1996) Sida Buenas Noticias. Era Naciente. Argentina.

Caillé Philippe. (1990). Familias y Terapeutas. Nueva Visión. Buenos Aires.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2000). IFE. México.

Díaz Lovin Rolando. (1999). Juventud y SIDA: una visión psicosocial. Porrúa. México.

Diccionario Enciclopédico Quillet. (1987). Tomo XI. Cumbre. México.

Domino M. Basso. (1991). El Sida responsabilidad de todos. Argentina. Buenos Aires.

Durham Jerry D. (1990). Pacientes con SIDA cuidados de enfermería. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México.

Fernández del Ganso Carlos. (2000). Sida Stress Depresión tratamiento psicoanalítico. Grupo Cero. España.

Ford Thomas Michael. (1993). ¿Qué onda con el SIDA?. Selector. México.

Fuentes Mario Luis y Leñero Otero Luis. (1996). La familia: investigación y política pública. El Colegio de México. México.

García Ramírez Maricela (1995). Perfil social de la mujer maltratada en la Ciudad de México. Tesis. ENTS-UNAM México.

Gerpe de Bellin Nibya. (1980). Elementos para un perfil profesional del trabajo social. CELATS. Uruguay

Izazola Licea José Antonio. (1996). Sida: Estado actual del conocimiento. Noriega. México.

Lacing Ronald D y Peter Lomas compilador. (2002). "La crisis de la familia" Simposio psicoanalítico. Coyoacán. México.

Lara Luis Fernando. (1996). Diccionario del Español Usual en México. El Colegio de México. México.

Ley General de Salud. (2004) Ediciones Fiscales ISEF, S.A. México.

López C. Ma. Verónica. (1996). Un acercamiento al perfil social de la menor trabajadora en situación de riesgo a la prostitución en la zona de la Merced. Tesis. ENTS-UNAM. México.

Luhmann Niklas. (1998). Sistemas sociales, lineamientos para una teoría general. Centro editorial Javeiro. España.

Martín López Enrique. (2000). Familia y sociedad una introducción a la sociología de la familia. Instituto de ciencias para la familia Universidad de Navarra. España.

Modelo de intervención de Trabajo Social en los Institutos Nacionales de Salud. (1999). Coordinación de Institutos Nacionales de Salud.

Ortega Bebía Francisco J. (2001).Terapia Familiar Sistémica. Publicaciones Universidad de Sevilla. España.

Parsons Talcott. (1987).El Sistema de las sociedades modernas. Trillas. Colombia.

Plan Nacional de Desarrollo. (2001-2006).

Programa único para el servicio social de la carrera de Trabajo Social en Salud. (2005).Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Coordinación Nacional del Programa del Servicio Social de Trabajo Social. México.

Puente Sergio, Legorreta Jorge. (1988). Medio ambiente y calidad de vida. Plaza Valdés. México.

Real Academia de la Lengua Española. (1992). Diccionario de la Lengua Española. Tomo II. Espasa calpe. Madrid.

Rojas Soriano Raúl (1987). Guía para realizar investigaciones sociales. Plaza y Valdés. México.

Sánchez Ocaña Ramón. (2001). SIDA Lo que debes Saber. Editorial Nihil Obstat Barcelona.

Schalock Robert L. y Verdugo Miguel Ángel. (2003). Calidad de Vida, Manual para Profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales. Alianza. Madrid.

Seco Manuel. et. al. (1999). Diccionario del Español Actual. Vol. II. Aguilar. España

Silva Arciniega Ma. del Rosario. Apuntes para la realización de un proyecto de investigación social. UNAM-ENTS. México.

Solís Ponto Leticia. (1997). La familia en la Ciudad de México. Porrúa. México.

Taucar, Nadia, La Perspectiva de Redes naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social, Grupo E. I. E. M. Sub Equipo: S. S. Con Redes, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1998, pag. 36

Tello Peón, Nelía (1998) "Modelo de Trabajo Hospitalario". México: ENTS-UNAM

Tello Peón, Nelía E., Modelo de Intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud, Ed. ENTS / UNAM, Mayo, 1999, pag. 44

Valdespino Gómez José Luis. (1989). SIDA. Perfil de una epidemia. Publicación científica No. 514, Organización Panamericana de la Salud. Washington.

Fuentes Hemerográficas

Cuaderno de ingresos del Servicio de neuroinfectología del INNNMVS 2004-2006

40 Años de Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, (2004) Dra. Teresa Corona y Dr. Francisco Escobedo México

Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud, Número 30, Enero 2005

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Publicación Institucional a cargo de la Dirección de Enseñanza. Primera Edición (2003) México

Manual de Procedimientos para la Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación, INNN – MVS, México, 2000, pag. 94

Quezada de los Santos Ma. Angelina, Programa de servicio social INNNMVS
Año 2004-2005

Fuentes mesográficas

http://www.biocab.org/VIH_SIDA.html#anchor_1006 22 diciembre 2007 7:54 pm
<http://es.wikipedia.org/wiki/SIDA> 22 febrero 08 9:30 am
<http://html.rincondelvago.com/sida-en-peru.html> 22 febrero 08 10:05 am
ONUSIDA/OMS Noviembre 2007 5:20 pm
<http://www.avert.org/estadisticas-sida.htm> 13 febrero 08 11:08 am
<http://pnd.presidencia.gob.mx/> 2007-2012, 20 Febrero 08 6:56 PM
<http://www.cnnexpansion.com/actualidad/2007/7/13/60-000-fallecidos-por-sida-en-mexico/view>
<http://www.ssa.gob.mx/conasida> 17 noviembre 07 2:40 pm
<http://www.cnnexpansion.com/actualidad/2007/9/28/buscan-reducir-costos-del-vih-sida/view>
http://www.indetectable.org/pages/vih_sida.htm 12 septiembre 2007 8:20 am
<http://www.monografias.com/trabajos5/sida/sida2.shtml> 14 septiembre 07 10:53 am
<http://www.msd.com.mx/msdmexico/patients/sida/teprueba.html> 3 marzo 2008 8:56 am
http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=340524 Agosto 12 2007 3:20 pm
http://hivcommission-la.info/cms1_065116.pdf, Grupo de personas de Los angeles con VIH/SIDA 18 Noviembre 2007
http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=1134&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html 7 Octubre 2007 1:20 pm
ONU Mensaje sobre el día Internacional de la familia 15 mayo de 2005
<http://www.un.org/spanish/aboutun/sg/mensajes/family05.html> 1:25 pm
Discurso del Dr. Gustavo Reyes Terán Día Mundial del SIDA. 1 de diciembre del 2002
<http://www.iner.com/cumple.htm> 11:28 am
<http://www.undp.org/hiv/publications/issues/spanish/issue01s.htm> 25 septiembre 2007 4:28 pm
http://bvssida.insp.mx/harticulo.php?id_art=3997&seltabla=1 21 febrero 2008 4:22 pm