

883129



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL "IN VIA" 8831-29

**DIAGNOSTICO SOCIAL EN INTERNOS
PORTADORES DE VIH-SIDA, EN EL
CENTRO DE READAPTACION
SOCIAL DE SAN MIGUEL, PUEBLA.**

TRABAJO PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

**P R E S E N T A
ALEJANDRA BARREDA GUTIÉRREZ**

PUEBLA, PUE.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

DEDICATORIAS

A DIOS:

Ese ser supremo que permitió mi existencia, otorgandome la fe para salir adelante.

A MIS PADRES:

Gracias por acompañarme a lo largo de mi camino, en todo momento en mis aciertos y desaciertos, proporcionándome los medios necesarios para enfrentar la vida y ayudándome a lograr mis objetivos, esta parte de mi vida concluyó, este triunfo es también suyo, gracias por dejarme formar parte de sus vidas.

A MI HIJO:

Rodri, eres la luz que guía mi camino, la personita que más me motiva a salir adelante gracias por existir, con tu presencia me siento feliz y me has permitido realizarme como madre, Te Amo y haré lo necesario para hacerte feliz.

A MI NOVIO:

Lic. Eduardo Badillo Perez gracias por estar a mi lado, con tu apoyo y confianza pude realizar este objetivo, así como me acompañaste en este recorrido quisiera que estes a lo largo de mi vida, porque tu presencia me hace falta para lograr todos aquellos sueños e ilusiones que hemos planeado y que aun no culminan, Te Amo.

A MIS HERMANOS:

Que son parte fundamental de mi vida por que sin ellos mi existencia no hubiera sido la misma; Pepe, Toño y Ricardo los quiero mucho, cada uno de ustedes dejo y plasmó en mi forma de ser una parte importante. A Gina y Chary por todos sus consejos y aliento en todo momento las Quiero mucho.

A MI ESCUELA:

Licenciatura en Trabajo Social "IN-VIA", porque me proporcionó los conocimientos necesarios para llegar a ser profesionista, a los directivos, profesores y compañeras por compartir y concluir esta etapa de mi vida como estudiante. Tere Becerril y Paty Rojas gracias por ser mis amigas este triunfo lo comparto con ustedes, por todos los momentos que pasamos juntas.

A LAS TRABAJADORAS SOCIALES:

Que he conocido en mi trayectoria como profesionista gracias al departamento de trabajo Social del CERESO, por que con su apoyo y ayuda adquirí la experiencia en esta área, en especial a Tere Andrade, gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I LA PANDEMIA DEL VIH/SIDA	2
1.1 Los Angeles los primeros indicios de SIDA	5
1.2 Nueva York y San Francisco ante la presencia del SIDA	8
1.3 Los primeros indicios en Europa	13
1.4 La fuente Africana, posible cura del SIDA	16
1.5 Los Haitianos un grupo de alto riesgo	18
1.6 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA (SIDA)	21
CAPITULO II EL VIH/SIDA EN MÉXICO.	28
2.1 Evolución de VIH/SIDA en México	28
2.2 Estrategia de México ante el VIH/SIDA	35
2.2.1 La cooperación de México con los organismos Internacionales para la prevención y tratamiento de VIH/SIDA.	35
2.2.2 Políticas del Sector Salud en México	37
2.2.3 Presupuesto público en la lucha contra el VIH/SIDA	43
2.3 El VIH/SIDA en el estado de Puebla	44
2.4 El VIH/SIDA en la política de Salud en el estado de Puebla	48
2.5 Los Derechos Humanos de los portadores de VIH/SIDA	49
CAPITULO III FORMAS DE TRANSMISIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN	
3.1 Sexual	52
3.2 El problema sanguíneo y otros contaminantes de VIH/SIDA	53
3.3 Pruebas de detección	55
3.3.1 ELISA	57
3.3.2 WESTRN BLOT	58
CAPITULO VI DIAGNÓSTICO SOCIAL	59
5.1 Seguimiento de cédula de caso (instrumento para recolección de datos).	63
5.2 Diagnóstico	95
PROPUESTAS DE MODELO DIAGNÓSTICO	100
CONCLUSIONES	106
BIBLIOGRAFIA	108
ANEXOS	111

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo es el resultado de la inquietud por conocer la situación actual de los de los portadores de VIH/SIDA que se encuentran reclusos en el Centro de Readaptación Social (CERESO) del Estado de Puebla; desde su forma de vida como portadores y las limitaciones a las que se enfrentan por encontrarse reclusos en esta institución, además de la marginación y rechazo en el que se desenvuelven tanto en su medio familiar como con sus compañeros internos; persiguiendo como principal finalidad proporcionar y promover la prevención del VIH/SIDA y de las diferentes enfermedades de transmisión sexual, debido a que no basta ofrecer orientación o información a los internos, sino hacer un trabajo más profundo, en el que se involucre a la población en general, al interno portador del VIH, a su familia, pareja, pero sobre todo a sus compañeros de dormitorio; ya que convive con ellos las 24 horas del día, y no pasan desapercibidas sus relaciones interpersonales y sexuales con o sin pareja externa.

En el Centro de Readaptación Social del Estado de Puebla han fallecido de agosto del año de 1996 a la fecha 9 internos mismos que se les detecto el virus del VIH cuando ya cursaban la fase terminal de SIDA. Todos ellos relativamente jóvenes menores de 35 años de edad, con diferentes expectativas para su vida futura, al obtener su libertad tan deseada. Actualmente tenemos 24 casos de internos detectados como seropositivos, algunos están asintomáticos, otros con algunas enfermedades oportunistas. En su mayoría se trata de personas adolescentes y jóvenes.

La población interna que vive en el Centro de Readaptación Social, supera los 2,500 internos, y más del 50% son personas carentes de información y orientación acerca de su sexualidad, sin cuidado de su persona y a la responsabilidad para llevar sus relaciones sexuales adecuadamente. Por lo tanto, la importancia del desarrollo Profesional del Trabajador Social para llevar a cabo distintas funciones y actividades como planes, programas, proyectos, etc. para colaborar al tratamiento y distintas formas de intervención de tipo personal, familiar, social y medio circundante en el que se desenvuelven, para contribuir y proporcionar de esta forma los elementos necesarios para el mejoramiento en la calidad de vida de los internos portadores de VIH/SIDA y la prevención de esta enfermedad a la población en general, así como las enfermedades de transmisión sexual, teniendo como principal objetivo la información, para que de esta forma se proporcionen los elementos necesarios para contribuir a la prevención de dicha patología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I LA PANDEMIA DEL VIH/SIDA

Las enfermedades de transmisión sexual comúnmente son llamadas enfermedades venéreas, son contagiosas que se adquieren durante el acto sexual cuando alguna de las personas involucradas previamente la ha adquirido de la misma forma.

La difusión de las enfermedades de transmisión sexual también se ha visto propiciada por la creciente movilidad de las personas que encuentran trabajo en lugares distantes de su hogar. Hoy en día, son muchos los países europeos o norteamericanos a los que ha afluído mano de obra extranjera. Son hombres generalmente jóvenes y solteros, que proceden de las naciones más pobres o países subdesarrollados como México y Haití, viviendo en grupos en las grandes ciudades, en busca de mejores oportunidades o condiciones de vida. Por lo tanto el impacto de las enfermedades de transmisión sexual se ha modificado, a consecuencia de la emigración. Las enfermedades de transmisión sexual en general y las úlceras genitales en particular, son facilitadores de la transmisión del VIH, existiendo cambios importantes en la epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual.

Los efectos sociales y psicológicos del SIDA afectan profundamente la conciencia colectiva. Se enfrenta a un fenómeno que suscita reacciones irracionales a tal punto que los enfermos son marginados o excluidos de la vida social e incluso familiar.

El contacto directo con los pacientes afectados por el SIDA, médicos, personal hospitalario y trabajadores sociales se encuentran con frecuencia frente a problemas graves, tanto prácticos como teóricos. Esos problemas exigen soluciones acordes con la dignidad humana y con responsabilidad personal y colectiva de los profesionales de la salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el año de 1980, observaron la existencia de una enfermedad que les pareció distinta, porque aparentemente nunca antes se había visto y porque para comprenderla debían recurrir a modelos desconocidos en la patología y epidemiología. Desde que se supo que la transmisión de esa enfermedad estaba ligada a la sexualidad, a la sangre y a las drogas, se produjeron reacciones de rechazo y marginación. La enfermedad fue vista no sólo como "extraña", debido a sus singulares características epidemiológicas y clínicas, sino también como esencialmente "extranjera" porque irrumpía en un mundo desordenado, procedente de los países subdesarrollados y por intermedio de grupos marginados.

"Entre 1969 y 1981, las informaciones sobre esa nueva enfermedad de los monos, publicadas a comienzos de 1983, atrajeron inmediatamente la atención de los investigadores que se ocupaban del sida. Esa afección, pronto bautizada SAIDS (SIMIAN), era interesante por dos razones; podía servir para apoyar la hipótesis sobre el papel de los monos en el origen del sida y además ofrecía un modelo animal que permitía el estudio experimental de la enfermedad urbana. Al virus del sida mono puede ser transmitido a los chimpancés ya sea por inoculación directa en la sangre o introduciéndolo en la vagina". (1)

Según la hipótesis que se refiere a los simios, entre los monos africanos, habría sido transmitido al hombre en algún lugar de África occidental y habría dado nacimiento por la adaptación a su nuevo huésped al actual germen del sida humano. El virus de la pandemia actual podría provenir de la contaminación interhumana. Según la hipótesis "afro-africana", resumida por Luc Montagnier, el virus existía desde hace mucho tiempo en el seno de ciertas poblaciones africanas que viven aisladas sin provocar en ellas el menor daño; no había sida porque la población se había adaptado genéticamente al virus y lo toleraba, lo transmitía desde hace muchas generaciones.

(1) CFR Mirko D. Gemenk, Historia del SIDA, siglo XXI 1992 Pag. 216

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El virus del SIDA es probablemente originario de África, esta presente en este continente desde hace mucho tiempo y se mantiene ahí en un estado de patogenia equilibrada. Proviene ya sea de los animales nativos de África central o de poblaciones humanas que desarrollaron una resistencia hacia su defecto patológico y pueden estar infectadas sin sufrir mayores daños. El virus recientemente paso a otras poblaciones africanas muchos más sensibles a él. Y ahí apareció la enfermedad. El principal enigma histórico –epidemiológico reside en la relación entre el SIDA africano y el SIDA norteamericano. En principio no hay mas que tres respuestas posibles; primero uno de los continentes encendió el foco del otro, segundo los dos grandes estallidos son independientes y la tercera parecía excluida desde el momento en que se creía en una aparición nueva de esa enfermedad, por mutación biológica única del germen o por su pasaje muy reciente del mono al hombre.

"Un investigador norteamericano, Ernest Stirn Glass, sostiene que el sida proviene de una mutación viral provocada nada menos que por las explosiones atómicas experimentales. Según él, el inicio de la epidemia en África central y la actual prevalencia en esa parte del mundo se deberían al aumento de la radiactividad en la zona ecuatorial. A pesar de su apariencia científica, esa hipótesis no es seria". (2)

Aun cuando el SIDA sea originario de África y éste sea más antiguo que el foco norteamericano, eso no excluye la posibilidad de la reintroducción en África de una cepa autóctona y particularmente virulentas, es preciso no olvidar dos hechos epidemiológicos de mayor importancia, el sida en su forma epidémica es una enfermedad tan nueva en África como en América, en la segunda fase de la pandemia actual, el mundo entero se infecto esencialmente a partir de la cepas norteamericanas. Antes de la aparición del sida entre los homosexuales norteamericanos, las cepas africanas del sida fueron introducidas en Europa en el año de 1977, y no dieron lugar mas que a infecciones esporádicas.

(2) CFR Mirko D. Germenik, Historia del SIDA, siglo XXI 1992 Pag. 224

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1 LOS ANGELES, (PRIMEROS INDICIOS DE SIDA)

Los primeros casos relacionados con el SIDA en los Angeles California, fueron observados entre homosexuales con ciertos padecimientos muy específicos, que atrajeron la atención de la comunidad médica para el estudio de los casos presentados. Los enfermos eran hombres jóvenes que pertenecían al movimiento gay, que entonces estaba en plena expansión en las ciudades de California.

"Desde el fin de 1979, el doctor Joel Weisman, medico de Los Ángeles conocido por su actitud benevolente hacia los homosexuales, había observado entre sus pacientes el incremento de los casos del síndrome mononucleico, con lapsos febriles, adelgazamiento y tumefacciones linfáticas". (3)

A partir de 1980 surgen los primeros casos de pacientes con síntomas muy específicos que atraen la atención de médicos dedicados a la inmunología, debido a que en los casos presentados se observa una disminución o falla del sistema inmunológico, que trae como consecuencia el fallecimiento de estos pacientes en un tiempo relativamente corto.

Los análisis clínicos mostraban que la mayor parte de los homosexuales norteamericanos estaban infectados. Se atribuía a ese virus un síndrome mononucleico febril. No había tratamiento eficaz, pero en general los enfermos sanaban espontáneamente.

En un primer momento, la enfermedad es definida como un misterio médico. En diversas revistas médicas internacionales se empieza a hablar de ciertos fenómenos "misteriosos", ocurridos en Estados Unidos durante la primavera de 1981.

(3) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 25

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

" En octubre de 1980 en los Angeles California Michael Gottlieb, de 34 años de edad dedicado a la inmunología, era consultado por sus colegas para que opinara sobre un caso muy extraño que representaba un joven homosexual. Entre 1980 y mayo de 1981 Gottlieb atendió a otros cuatro pacientes con los mismos síntomas, y también homosexuales, los que, al igual que el primero, murieron al cabo de un periodo más o menos corto. Entonces este inmunologo comprendió que se hallaba ante algo nunca visto hasta este momento y decidió llamar la atención de sus colegas publicando el hallazgo, en el informe semanal de los Centros de Control de enfermedades de Atlantan del 5 de junio de 1981, bajo el título Casos de Neumocitosis". (4)

Desde los primeros casos detectados de SIDA, antes de que se determinara como tal infección, se observo fallas en el sistema inmunológico determinado por ciertas características patologicas o padecimientos que se presentaban entre los homosexuales o comunidad gay. La enfermedad ataca a hombres jóvenes y homosexuales, se transmite por vía sexual y sanguínea.

"Evidentemente, en el origen de semejante cuadro clínico tenia que haber una falla del sistema inmunológico. Dos de esos pacientes en tratamiento desde el otoño de 1980, iban de mal en peor. Uno perdía peso y empezó a tener dificultades respiratorias. Fue hospitalizado en febrero de 1981 en el servicio de inmunologia clínica de la escuela de medicina de la UCLA (Universidad de California en Los Ángeles), donde el doctor Michael Gottlieb relaciono el caso con una observación hecha en el mismo servicio en diciembre de 1980, en un paciente con sintomas similares, el examen de sangre había revelado una disminución del numero de linfocitos, debido principalmente a la desaparición casi total de los linfocitos T auxiliares. Además los dos pacientes tenían en común la pertenencia al movimiento gay". (5)

(4) Cris Jennings, Qué es el SIDA y cómo prevenirlo, Colombia 1995. Pag. 2

(5) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En mayo de 1981, el número de pacientes similares hospitalizados en Los Ángeles y estudiados con precisión científica paso a cinco, y se dio una señal de alarma, la primera exposición oficial sobre casos de neumonía fue en 1981 por la agencia epidemiológica federal de Atlanta, en donde se mencionaba que se trataba de 5 jóvenes homosexuales con determinadas patologías, que mostraban deficiencias en el sistema inmunológico.

A principios de los ochenta, los primeros casos de lo que todavía no se llamaba SIDA comienza a reportarse. La aparición de esta nueva enfermedad, desconocida en el mundo, despierta la inquietud por todas partes. Por primera vez esta enfermedad se mencionó, en informes preparados por el Centro de Control de Enfermedades en Atlanta. Se referían a los decesos frecuentes y de difícil explicación entre jóvenes homosexuales. La aparición de esta enfermedad despierta la inquietud en todas partes, así creando diferentes tipos de problemas, de orden social, médico, político, etc.

"El primer anuncio oficial fue publicado el 5 de junio de 1981 por la agencia epidemiológica federal llamada Centers for Disease Control (CDC), de Atlanta, Georgia. El boletín semanal de esa agencia, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), dio la descripción de cinco casos graves de neumonía observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales de Los Ángeles. Dos hechos insólitos justificaban esa alerta, todos los enfermos eran hombres jóvenes (entre 29 y 36 años) y homosexuales, sus neumonías se atribuían al *Pneumocystis carinii*. Vive como parásito en numerosos animales. Se encuentra con frecuencia en el cuerpo humano pero no provoca perturbaciones serias a menos que se vea favorecido por una deficiencia inmunológica, ya sea en niños de pecho o en adultos sometidos a tratamientos inmunodepresores. El diagnóstico de neumocistosis había sido confirmado por la biopsia pulmonar (estudio de muestras obtenidas ya sea por vía transbronquial o por intervención quirúrgica en los pulmones)" . (6)

(6) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pág. 27

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 NUEVA YORK Y SAN FRANCISCO (ANTE LA PRESENCIA DE SIDA).

En 1980 se habían observado en la ciudad de Nueva York algunos casos relacionados a la falla del sistema inmunológico. Para los médicos de esa ciudad, era difícil ver la característica común, el patrón particular, de los diversos casos clínicos debidos a la inmunodepresión brusca en adultos jóvenes sin antecedentes patológicos.

En marzo de 1980, un joven homosexual neoyorquino llamado Nick empezó a sufrir una afección sumamente molesta. El enfermo y su amante recorrieron varias ciudades norteamericanas buscando una cura y a la vez, sin saberlo distribuyendo a su paso su esperma patógena. La sospecha de un factor infeccioso surgió cuando un amigo neoyorquino de la pareja cayó enfermo con síntomas similares.

Los casos severos de neumocistosis aparecieron en Nueva York a partir de 1980. Los servicios federales de Atlanta los señalaron debido al aumento de la demanda de un medicamento particular, la pentamidina, que se utilizaba entonces en los casos de neumocistosis que resistían a los antibióticos corrientes. Como su uso era muy raro el medicamento era distribuido por el estado, fuera de los circuitos comerciales habituales.

Se difundieron en estos dos estados informaciones oficiales según las cuales en la comunidad homosexual de Nueva York habría aparecido una enfermedad cancerosa rarísima. En el otoño de 1979 a un hombre que padecía del sarcoma de Kaposi, un colega le aviso de un caso similar en el Brooklyn. Los dos pacientes eran jóvenes, homosexuales, que tenían amigos comunes. En marzo de 1981, se conocían ya por lo menos ocho casos agresivos de ese sarcoma, entre los pacientes de tres hospitales de Nueva York.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El sarcoma de Kaposi es una grave enfermedad de la piel. Es sumamente rara, pero no tanto como para que la aparición simultanea de varios casos en una gran ciudad de población tan variada pueda atraer particularmente la atención de los epidemiólogos. Pero había algo más. El perfil general de esos ocho enfermos no correspondía al de las víctimas habituales.

"El sarcoma de Kaposi se describe como una afección crónica, relativamente benigna y limitada a las personas de edad, de sexo masculino (nueve enfermos de cada diez) y de pertenencia étnica bien definida, judíos o por los menos de origen centroeuropeo, hombres de piel oscura de las márgenes septentrionales del Mediterráneo, ciertas tribus negras de África, especialmente los bantues".(7)

Los enfermos de Nueva York no poseían tales características "raciales" y, además, eran relativamente jóvenes. De los ocho primeros homosexuales neoyorquinos afectados por ese sarcoma, en marzo de 1981 ya habían muerto cuatro. Se informaba a la comunidad médica que, durante los últimos treinta meses (es decir desde el comienzo de 1979), se había diagnosticado el sarcoma de Kaposi en 26 hombres, 20 de ellos en Nueva York y seis en California. Ocho de esos enfermos habían muerto, todos en un plazo de menos de dos años. Unos solo de ellos era un hombre de color. Ninguno tenía más de 51 años. Todos eran homosexuales. Seis sufrían además de neumonía.

El sarcoma de Kaposi y de los neumocistosis se limita a homosexuales de género masculino, la gran mayoría de los casos recientes se ha observado en ese grupo. Los médicos deben estar alerta contra el sarcoma de Kaposi, la neumocistosis y otras infecciones oportunistas asociadas con la inmunosupresión entre los homosexuales. La causa de este mal es desconocida, todavía no hay prueba del contagio.

(7) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 30

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"El 28 de agosto de 1981, el Centers For Disease Control (CDC) de Atlanta anunciaban que el número de casos registrado superaba el centenar, 108 enfermos. Se trataba siempre de hombres jóvenes, en su gran mayoría homosexuales o bisexuales (94 %), con muy pocos negros y una sola mujer. La mortalidad era terrible, el 40 % de los afectados ya había muerto".(8)

Tres estados norteamericanos; Nueva York, Los Ángeles y San Francisco son los primeros lugares donde se manifestaron los primeros casos diagnósticos como SIDA. La investigación epidemiológica en torno a los enfermos de otras regiones establece el encadenamiento de los contactos que los ligan con las comunidades homosexuales de las tres ciudades. En Nueva York, se descubren neumocistosis rápidamente fatales en algunos heterosexuales. Entre esas víctimas de la droga hay una mujer, hasta entonces el primer caso conocido oficialmente de inmunodeficiencia adquirida, se transmite tanto por las jeringas infectadas como por el acto sexual. La enfermedad aun no tiene nombre científico.

"Frederick Siegal, médico del Mount Sinai Medical Center de Nueva York , y trece coautores, investigan la historia clínica de cuatro casos de herpes particularmente graves (tres pacientes muertos rápidamente y uno con sarcoma de Kaposi de pronostico nefasto sin la menor duda) observados en Nueva York entre julio de 1979 y julio de 1981. Todos esos enfermos eran homosexuales jóvenes". (9)

La limitación de la enfermedad a los homosexuales sugiere que la causa es un agente infeccioso sexualmente transmitido, en los primeros indicios de esta patología, se manifestó en personas que tenían prácticas homosexuales de forma promiscua.

(8) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 34

(9) Ibidem. pag. 36

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las investigaciones de laboratorio confirmaron la linfodepatía, en especial la espectacular caída de los linfocitos T auxiliares y mostraron la disminución de los anticuerpos. No se logró descubrir la presencia de ninguna sustancia química particular ni aislar ningún germen nuevo.

El segundo camino tuvo mejores resultados. Consistió en el estudio y control de caso, es decir en el establecimiento y la explotación estadística de todos los datos personales que pudieran tener alguna significación epidemiológica. La patología era precedida generalmente por algunos síntomas poco específicos y relativamente ligeros, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso y diarrea crónica, en enfermos que anteriormente no presentaban ningún padecimiento, aparentemente sanos y enfermaban sin motivo alguno, presentándose los primeros casos en personas que eran particularmente homosexuales y sus prácticas sexuales eran sin ninguna protección.

"El reconocimiento del sida, la identificación de su agente etiológico y la lucha contra ese flagelo se deben esencialmente a cuatro instituciones, dos norteamericanas, una francesa y una internacional, los CDC (Centres for Disease Control), los NIH (National Institutes of Health), el Instituto Pasteur de Francia y la OMS (Organización Mundial de la Salud). En la primera fase, la de la identificación clínica y la caracterización epidemiológica, la mayor parte de las responsabilidades y de los méritos corresponden a los CDC de Atlanta". (10)

Si bien en el momento de realizarse esa investigación la presencia de la enfermedad ya estaba confirmada en quince estados norteamericanos y dos países extranjeros Dinamarca y Haití, más de dos tercios de los enfermos conocidos residían en tres grandes ciudades Nueva York, Los Ángeles y San Francisco. Más de la mitad de todos los enfermos diagnosticados en esa primera etapa de la epidemia provenían de una sola aglomeración urbana Nueva York.

(10) Mirko D. Germerik. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 39

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La investigación se limitó a los homosexuales (es decir, por definición, a los hombres que habían tenido relaciones sexuales con otro hombre en el año anterior a la enfermedad), por que el número de heterosexuales afectados parecía ser insignificante. Los pacientes estaban distribuidos en blancos 70 %, hispanos 16 % y negros 14%. No se observó ninguna diferencia en la patología de los tres grupos, las edades oscilaban entre 15 y 57 años.

"Establecieron un grupo de control y estudiaron atentamente las circunstancias más variadas de la vida de los enfermos y de las personas sanas del mismo medio ambiente. Su informe, basado en el análisis de todos los casos detectados por los CDC entre junio y octubre de 1981, apareció en enero de 1982, y fue seguido por un examen más profundo de cincuenta casos representativos, cuyos resultados fueron publicados solamente en agosto de 1983, siempre con referencia a los enfermos registrados en 1981".(11)

En realidad, el único factor de riesgo fue la promiscuidad homosexual. Las variables más fuertemente asociadas con el sarcoma de Kaposi y la neumocistosis son el número de compañeros sexuales de género masculino.

(11) Jaffe Choi Thomas, et al 1983 pag. 50

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3 LOS PRIMEROS INDICIOS EN EUROPA

El primer caso detectado de VIH/SIDA, parece ser que se dio en un agrónomo de origen Danés, cercano a los 37 años de edad, el cual no presentaba antecedentes de esta patología, que contrajo como consecuencia de un viaje que realizó a Estados Unidos específicamente en Nueva York, en el año de 1977, llevando a cabo prácticas sexuales con personas de su mismo sexo, muriendo tragicamente en el año de 1980.

"La primera observación inglesa relacionada con SIDA, se publicó en el año de 1981 en Brompton Hospital de Londres, fue un caso de neumonía causada por *Pneumocystis carinii*, en un homosexual militante, el enfermo pasaba todos los años un tiempo en Miami Florida, la última vez que permaneció en dicho lugar fue durante nueve meses antes de presentar la enfermedad y morir." (12)

A partir de 1981 se observan varios casos en Suiza. Los tres primeros enfermos de ese país eran homosexuales, uno de los cuales había pasado algún tiempo en Estados Unidos, mientras que los otros dos habían pasado vacaciones en Haití. En Alemania Federal se diagnosticaron dos casos de 1976 y 1979. En 1982 aparecieron siete casos y Alemania Federal se colocó en uno de los países europeos más afectados la cabeza de ese pelotón estaban Francia y Bélgica, pero para esos dos países entraban en juego factores que no dependían de la red internacional de relaciones homosexuales.

"En España, un joven homosexual de Barcelona, hospitalizado en octubre de 1981, moría a consecuencia de un sarcoma de Kaposi. Había tenido relaciones sexuales en Nueva York, después de cierto tiempo presentó algunos síntomas relacionados con el VIH/SIDA." (13)

(12) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 PAG. 45

(13) Ibidem pag 49

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Según las notificaciones oficiales de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, a fines de 1981 había en Europa 36 casos reconocidos de ese síndrome sin nombre, 17 en Francia, 6 en Bélgica, 5 en Suiza, 3 en Dinamarca, 2 en el Reino Unido, 2 en Alemania Federal y 1 en España". (14)

Los casos europeos descritos parecían confirmar plenamente la hipótesis estadounidense inicial de una enfermedad propia de los homosexuales. En realidad era una especie de auto confirmación, puesto que inicialmente la homosexualidad misma era un criterio esencial de diagnóstico, en diciembre de 1977 había muerto en Copenhague una mujer en condiciones que correspondían con exactitud a las del cuadro clínico de la enfermedad de los gays, pero nadie se atrevió a establecer la conexión hasta 1983, es decir con un atraso significativo y después de la publicación de observaciones sobre pacientes heterosexuales en Estados Unidos, ese caso danés no reconocido fue el de una mujer que no era lesbiana ni se drogaba y nunca había estado en Estados Unidos. En cambio había trabajado como cirujana en África Central. La situación en Italia, el ministro de Salud afirmó en septiembre de 1984 que no había epidemia en su país y hasta entonces no se conocía ningún caso autóctono del síndrome. Sin embargo los tests serológicos retrospectivos demostraron que había personas infectadas desde febrero de 1979, y que su número empezó a aumentar en forma exponencial en 1981.

"En julio de 1981, apenas un mes después de la publicación de la primera advertencia de los CDC de Atlanta sobre la aparición de una forma insólita de neumonía oportunista entre los homosexuales, un hombre de 38 años, homosexual acababa de ser hospitalizado en el servicio de enfermedades infecciosas del hospital Claude Bernard de París. El enfermo abandonó el hospital pronto sin diagnóstico, pero fue hospitalizado nuevamente en agosto del mismo año al agravarse los síntomas." (15)

(14) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 52

(15) Ibidem pag. 54

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde que se diagnóstico la neumocistosis, asocio el caso con el síndrome inmunodepresivo de los homosexuales norteamericanos. En enero de 1982, los diarios franceses empezaron a hablar de los misteriosos cáncer de los homosexuales norteamericanos y señalaron que había un enfermo en observación en París. En el curso del primer semestre de 1982 ascendió a cinco el número de enfermos sospechosos hospitalizados en París. Entre el 31 de marzo y el 29 de diciembre de 1982, el grupo de trabajo francés sobre el SIDA registro algunos casos, cuyo cuadro clínico correspondía a la definición dada por CDC de Atlanta. La mayoría de los enfermos que no tenían mas que el sarcoma de Kaposi asociado con una infección oportunista, eran homosexuales, pero ocho de los trece pacientes que sufrían exclusivamente infecciones oportunistas eran hombres heterosexuales y mujeres. Cuatro pacientes heterosexuales con infecciones oportunistas, observados en 1976, en 1978 y en 1982. Habían estado en África ecuatorial, pero no en Estados Unidos. Dos de esos casos, diagnosticados, mostraron que para los europeos la infección de origen africano era anterior a la procedente de América del Norte.

"El 24 de julio de 1982 Le Figaro expresa inquietud, señala once casos en Francia de una enfermedad que todavía no tiene nombre y que en realidad podría llamarse síndrome gay. Los once enfermos registrados en Francia (3 con neumocistosis y con sarcoma de Kaposi) eran todos homosexuales, pero el grupo de trabajo sobre la enfermedad advertía a los periodistas que la amenaza se cernía ya sobre los heterosexuales también, e incluso sobre la mujeres". (16)

Un geólogo francés, de 31 años de edad, tuvo un accidente automovilístico en septiembre de 1978 en Haití, transportado en estado grave al hospital de Puerto Príncipe, fue operado de urgencia. Se le amputo el brazo izquierdo y se le hicieron transfusiones de sangre recién extraída de ocho voluntarios haitianos. En septiembre de 1981 empezó a sufrir de una diarrea crónica extenuante y vómitos, perdía peso. Atendiendo desde abril de 1982 en Saint-Lazare, en París, presento todos los síntomas clásicos de la inmunodeficiencia adquirida y murió en octubre.

(16) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 55

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. 4 LA FUENTE AFRICANA (POSIBLE CUNA DEL SIDA)

En África se detectaron tres enfermos, los cuales fueron enviados y hospitalizados en París en 1982 con síntomas innegables de inmunodeficiencia adquirida, vinculaciones con África, estos individuos no mencionaban ni prácticas homosexuales ni estadía en Estados Unidos. Además, dos de esos tres pacientes eran de sexo femenino. El hombre era un nativo de Zaire de 25 años de edad. Una de las dos mujeres era africana, residente de las Islas de Cabo Verde, frente a las costas senegalesas. La otra era de origen francés pero, casada con un nativo de Zaire, había pasado mucho tiempo en ese país antes de regresar a París y caer enfermos.

Una mujer de 47 años de edad en el momento de su muerte en Copenhague el 12 de diciembre de 1977, había regresado de África con una neumocistosis cuya gravedad sorprendió a sus colegas y en especial a un amigo. Había trabajado de 1972 a 1975 como cirujano en un hospital rural de Zaire septentrional, en Abumombazi, no lejos del lugar donde se manifestó la epidemia debida al virus Ebola, después de 1975 a 1977, en otro hospital mas importante en Kinshasa. Durante su estadía en África, había padecido diarreas recurrentes que cesaban después resistente al tratamiento, acompañada de fatiga, adelgazamiento y poco después, una linfadenopatía generalizada." (17)

En julio de 1977 viajo a África del sur para descansar, pero sobrevinieron graves dificultades respiratorias y regreso a Dinamarca. Se reconoció la infección por *Pneumocystis carinii*. Pese a un tratamiento enérgico, el estado de la enferma empeoro. Por su trabajo en África había estado expuesta a la sangre y los excrementos de los pacientes africanos.

(17) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 62

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Una mujer de 34 años de edad, secretaria de una compañía aérea, acudió en 1977 a Lovaina para hacer atender a su hija, bebe de tres meses, que sufría desde su nacimiento de una candidiasis de la boca. Después de tener tres hijos sanos de su primer marido, la mujer había dado a luz dos niños más, concebidos en un segundo matrimonio y fallecidos rápidamente a consecuencia de una infección respiratoria y de una septicemia." (18)

Los dos niños, igual que el tercero, habían sufrido de una enfermedad específica desde su nacimiento. Mientras ese tercer bebe estaba todavía hospitalizado en Bélgica, la madre se sintió mal y fue sometida a exámenes clínicos. Los médicos tuvieron la sorpresa de encontrar en su sangre toda una serie de gérmenes. Su estado se agravaba cada vez mas y la mujer decidió regresar a Kinshasa, donde murió en febrero de 1978. En el hospital universitario de Saint Pierre, en Bruselas, Nathan Clumeck y sus colegas atendieron en 1982 a cinco pacientes negros de buen nivel económico, procedentes de África central, que no eran ni homosexuales ni toxicómanos y sin embargo sufrían del síndrome de inmunodeficiencia, para los epidemiólogos esto era significativo ya que este padecimiento no sólo afectaba a la población antes mencionada, sino que traspasaba este tipo de personas afectando a cualquier persona.

"La hipótesis africana, formulada por el grupo de trabajo francés, fue presentada a Jacques Leibowitch en ocasión de un seminario celebrado en Boston en febrero de 1983, y luego por Jean Baptiste Brunet y Odile Picard durante un simposio en Nueva York, en marzo de 1983: sobre Europa se habrían abatido dos oleadas sucesivas de una nueva enfermedad infecciosa, una procedente de África que atacaba sin distinción de sexo, la segunda llegada de Estados Unidos y transmitida de preferencia por las relaciones homosexuales entre hombres." (19)

(18) Mirko D. Germerk. Historia del sida, siglo XXI 1992 Pag. 67

(19) ibidem pag. 69

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.5 LOS HAITIANOS (UN GRUPO DE ALTO RIESGO)

En cuanto a los haitianos considerados como un grupo de riesgo con respecto al VIH/SIDA. Se hizo un estudio prospectivo de todos los haitianos admitidos en el Jackson Memorial Hospital de Miami. El resultado fue impresionante por los menos veinte inmigrantes haitianos residentes en Florida padecían la nueva enfermedad.

Padecían tanto el sarcoma de Kaposi como toda la gama de las infecciones oportunistas con una frecuencia muy elevada de la tuberculosis y la toxoplasmosis cerebral. L a mitad de esos pacientes falleció antes del fin de la investigación. En nueve casos, el comienzo de la enfermedad era seguramente anterior a 1982. solo tres de dos hospitalizados en Miami hasta junio de 1982 no eran haitianos. Uno de ellos usaba drogas y los otros dos eran homosexuales.

"Desde comienzos de 1982, Arthur Pitchenik y sus colegas de la Universidad de Miami comprobaron que muchos habitantes de Miami presentaban indudablemente la sintomatología de la inmunodepresión adquirida, a pesar de no ser homosexuales, ni utilizar drogas intravenosas. Pero todos tenían otra particularidad; origen haitiano". (20)

Algunas observaciones realizadas sobre el sarcoma de Kaposi hacían pensar en un determinismo "racial " de las enfermedades de ese tipo, pero eso no concordaba con una causa puramente infecciosa. Los haitianos fueron declarados grupos de riesgo. Todos fueron estigmatizados como potenciales portadores de la contaminación e incluso se sospecho que algunos de ellos eran los importadores del sida, la verdadera fuente de la epidemia. Se había hallado un chivo expiatorio.

(20) Mirko D. Germerk, Historia del SIDA , siglo XXI 1992. Pag. 67.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En tres haitianos hospitalizados en Miami los síntomas del sida habían aparecido antes de su salida del país natal. Alertados por sus colegas estadounidenses, los médicos haitianos comprobaron que, en efecto, el sida estaba muy presente en la nación Isleña. El dermatólogo B. Liautaud y sus colegas describieron once casos de sarcoma de Kaposi agresivo observados en Puerto Príncipe.

En 1983 la Asociación de Médicos Haitianos. En interrogatorios conducidos por médicos locales, casi el 30% de los portadores de SIDA en Haití admitió haber tenido relaciones homosexuales, principalmente con extranjeros. Pero había sido por necesidad económica y no por gusto. No se consideraban homosexuales, eran prostitutos. En realidad eran bisexuales. Hombres prostituidos en su mayoría, seguían teniendo relaciones heterosexuales para su propio placer. Así transmitían la enfermedad en dos medios sociales diferentes.

Hasta el inicio de la década de 1980, Puerto Príncipe era un gran centro de turismo sexual. Hasta 1984 prácticamente todos los portadores registrados en Haití residían en lugares frecuentados por los turistas.

Una vez introducido en Puerto Príncipe, el germen del sida encontró allí condiciones propicias para su expansión fuera del círculo inicial. Los homosexuales de Nueva York y California formaban una comunidad relativamente cerrada, y el paso a la población general no era tan fácil como con la prostitución bisexual de Haití. Además se sumaron otros factores en particular la práctica de los "piquiristes", personas sin formación médica que tratan a los enfermos mediante inyecciones de diversas sustancias, utilizando agujas y jeringas viejas sin esterilizarlas debidamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Actualmente puede considerarse que la introducción del sida en el Caribe es posterior a 1972. EL virus provino probablemente de Estado Unidos, aunque no se puede excluir la posibilidad de que fuese de origen africano. En un segundo momento, los haitianos contribuyeron mucho a la diseminación mundial de la epidemia. En primer término por la comercialización internacional del sexo en su tierra, y luego por la emigración.

Las condiciones políticas y socioeconómicas del país obligaban a un numero considerable de sus habitantes a buscar refugio en Estados Unidos, en Canadá, en Sudamérica y en Europa occidental. En septiembre de 1983 había en Haití por lo menos 250 enfermos con SIDA, y varios miles de portadores aparentemente sanos.

Sabemos que el SIDA representa una pandemia, la enfermedad durante mucho tiempo sólo involucro a unos cientos de individuos, después a millones que se encontraban en lugares alejados unos de otros, para convertirse, por lo tanto, en uno de los elementos relevantes de nuestra realidad actual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.6 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) Y SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.).

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es el nombre dado al agente causal del SIDA. El VIH es un lentivirus, lo cual significa que permanece por mucho tiempo en estado latente, hasta llega un factor que lo activa, estudios recientes indican que el virus comienza a reproducirse desde el momento de su ingreso al organismo. El Virus de Inmunodeficiencia Humana destruye las células inmunológicas, llamadas linfocitos T (ayudadoras) que son las que coordinan la respuesta inmune, al afectarse los linfocitos y por lo tanto el sistema inmune, se favorece el desarrollo de infecciones oportunistas, neoplasias u otras patologías aquí mencionadas.

El VIH es transmitido de una persona a otra a través de fluidos específicos del cuerpo, como sangre o semen. La infección por VIH se transmite principalmente de dos formas: Relaciones sexuales sin protección (oral, vaginal o anal), con una persona infectada por el VIH o por compartir agujas o jeringas con una persona infectada por el VIH. El VIH puede también ser transmitido de una madre a su bebé durante el embarazo, durante el nacimiento o en la lactancia.

Antes de 1985 algunos casos de infecciones por VIH ocurrieron por transfusiones de sangre, pero a partir de ese año las donaciones de sangre han sido cuidadosamente monitoreadas en países industrializados y ahora en los países con un monitoreo activo es mínima la posibilidad de contagio de una infección por VIH a través de productos de la sangre.

Una vez que es portador de VIH, el virus se transporta a través de todo el cuerpo en la corriente sanguínea, donde ataca a un tipo de células de la sangre llamadas células CD4, que intervienen en el sistema inmune del cuerpo. El VIH entra en la célula CD4 donde se reproduce o duplica, destruyendo las células CD4 en su proceso. En tanto la cantidad de VIH esta aumentando

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en la corriente sanguínea, el número de células CD4 gradualmente va disminuyendo y la capacidad del sistema inmune para defender el cuerpo de enfermedades e infecciones se vuelve cada vez menos eficaz. Este debilitamiento del sistema inmune es llamado inmunodeficiencia.

Es importante conocer la evolución de la infección del VIH hasta llegar a SIDA:

Infección aguda o de contagio.- Comienza cuando el VIH entra en el organismo y el sistema inmunológico reacciona produciendo anticuerpos que combaten el virus. En la mayoría de las personas no hay síntomas, pero en algunos aparece generalmente fiebre, ganglios inflamados, dolor de garganta y síntomas de gripales. Estos síntomas son autolimitados y tienen una duración de una a dos semanas.

Período de ventana.- Se presenta entre las dos primeras etapas antes mencionadas de la infección, en promedio tienen una duración de 6 a 8 semanas o hasta tres meses, tiempo durante el cual no se genera ni se detecta anticuerpos contra el VIH. Es decir, es el periodo que transcurre entre el momento de la infección y aquel en el que es imposible detectar los anticuerpos generados en el organismo.

Infección asintomática.- Esta etapa puede durar años y es un periodo en el que el virus se encuentra latente dentro de las células, sin causar ninguna molestia, ni síntomas; lo cual no significa que no esté en capacidad de ser transmitido. En esta etapa los anticuerpos pueden ser detectados por medio de una prueba inmunológica de reacción antígeno-anticuerpo.

Fase terminal de la infección (SIDA).- Aparecen un conjunto de enfermedades debido a que el sistema inmunológico está disminuido y no es capaz de defender eficazmente al organismo contra el ataque de microorganismos. Se establece el diagnóstico de SIDA cuando una persona infectada por el VIH, tiene una cuenta de CD4 menor a 200 o cuando se manifiestan las

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermedades oportunistas. Entre la infección por VIH y el desarrollo de la enfermedad pueden transcurrir más de 10 años, el promedio de vida para una persona con diagnóstico de SIDA es de dos años.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es el conjunto de signos y síntomas específicos que ocurren como consecuencia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Después de haberse detectado el virus en el organismo, se considera que la persona es SEROPOSITIVA, es decir que el organismo reaccionó positivo ante los anticuerpos del VIH y por tanto es portadora y es capaz de transmitirlo. La persona es portadora de SIDA cuando se le detecta la presencia del VIH y además tiene las manifestaciones clínicas, inmonológicas y epidemiológicas específicas de la última etapa del VIH.

De la gran variedad de enfermedades que han atacado a la humanidad, el SIDA actualmente representa una de las grandes pandemias. El momento en el que el virus se presentó como agente patógeno en el hombre es también desconocido. Un gran número de investigadores admiten que los primeros casos de la enfermedad ya se habían presentado hace algunas décadas atrás y que es probable que los médicos se quedaban confusos ante el cuadro clínico que se les presentaba.

El SIDA es una enfermedad infecciosa, crónica y hasta ahora mortal e incurable, causada por el VIH, que afecta y debilita el sistema inmune del organismo, dejando al individuo afectado y desprotegido ante diversas enfermedades. Para comprender el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida analizaremos cada uno de los términos.

Síndrome.- grupo de condiciones o síntomas que muestran, o indican, que algo anda mal o es un grupo de síntomas clínicos que constituyen una enfermedad o una condición anormal. La palabra clínico, significa que es descubierto en un consultorio médico, no en pruebas de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

laboratorio. Las causas de un síndrome pueden ser muchas, pero en cuanto al SIDA, produce un defecto del sistema inmune.

Inmunodeficiencia.- Inmuno se refiere al sistema inmunológico del cuerpo. El sistema inmunológico es la parte del cuerpo que lucha contra las infecciones. Por lo tanto la inmunodeficiencia significa que el sistema inmunológico de una persona no ésta lo suficientemente fuerte para funcionar correctamente y falta de capacidad para rechazar a esos organismos causantes de enfermedades que, normalmente se destruirían con facilidad.

Adquirida.- Es algo que una persona recibe o adquiere de otra persona, es decir es una enfermedad que puede ser transmitida de una persona a otra.

El SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – es el nombre dado a la condición medica en que se desarrolla el número de células que luchan contra la infección (células CD4) llega a un número bajo debido a su destrucción por el VIH. Se considera también que se ha desarrollado el SIDA cuando una persona infectada por el VIH desarrolla otras enfermedades conocidas como "infecciones oportunistas ", debido a que el sistema inmune debilitado les da la "oportunidad " de desarrollarse. Del 50 al 70 % de las personas infectadas por VIH desarrollan ciertos síntomas entre la tercer y sexta semanas. Estos síntomas, los cuales pueden incluir fiebre, dolor de garganta, fatiga, perdida del apetito, nausea, vómito y diarrea, pueden confundirse con los síntomas de otras infecciones virales como gripe. Y como con otras infecciones virales, estos síntomas de infección por el VIH normalmente duran una o dos semanas y entonces gradualmente desaparecen. Más del 30 al 50 % de las personas infectadas por el VIH no experimentarían ningún síntoma hasta este momento.

Algunas personas son consideradas como de alto riesgo para contraer la infección por el VIH/SIDA, debido a ciertas conductas o factores predisponentes como los adictos que usan

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

drogas intravenosas con agujas contaminados por dicho virus, en cuanto homosexuales que tienen prácticas sexuales sin protección y promiscuidad, y en personas heterosexuales con varias parejas sexuales que no utilizan ningún medio de protección de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo no todos los que tienen estos síntomas de la infección por el VIH.

Después del primer periodo de síntomas agudos, la mayoría de la gente con infección por el VIH permanece libre de síntomas de la enfermedad por un largo periodo, hasta de 10 años o más. Esto es porque las células CD4 destruidas por el VIH continúan siendo reemplazadas por su cuerpo, y por años las células CD4 pueden mantener un buen nivel mientras luchan para mantener bajo el nivel del VIH en la sangre. Sin embargo en algún momento el balance de poder entre el sistema inmunológico y el VIH comenzara a cambiar a favor del VIH tiempo en el cual empezaran a aparecer síntomas de una infección más avanzada. A medida que el nivel de VIH aumenta en la sangre el número de células CD4 disminuye ya que estas son destruidas por el HIV. Cuando el nivel de células CD4 cae por debajo de cierto nivel, se presentan una variedad de síntomas. Estos pueden incluir inflamación de glándulas, puntos blancos en la lengua causados por una infección por hongos (infección de Cándida o algodoncillo), manchas blancas dentro de la boca, probablemente causados por infección por otro virus (el virus de Eptein-Barr), herpes, moretones de fácil aparición, o perdida de masa corporal.

Una de las infecciones oportunistas más comunes que define al SIDA es la neumonía causada por un organismo bacteriano llamado *Pneumocystis carinni*. En las primeras etapas de la enfermedad, muchos portadores del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) ni siquiera saben que están infectadas. Algunos estudios médicos recientes han mostrado que muchos portadores del VIH pueden vivir diez años o más sin presentar ninguna de las llamadas enfermedades definidoras del SIDA. Aunque intervienen muchos otros factores, al parecer las personas con un sistema inmunitario potente pueden permanecer libres de esas enfermedades durante más tiempo que las que tiene un sistema inmunitario más débil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aunque puede parecer que no pasa nada, la infección por el VIH va debilitando el sistema de defensa inmunitario del organismo. En el portador puede seguir disminuyendo el número de células CD4, un tipo de células sanguíneas que forman parte del sistema inmunitario, aunque posiblemente no aumente la cantidad de VIH en la sangre debido a que el organismo y el virus están enfrentándose en una ruda batalla. En el proceso de combatir al virus, cada día se forman y se destruyen miles de millones de células CD4. Desafortunadamente, el número de células CD4 que se destruyen cada día es ligeramente mayor que el de las que se producen, por lo que al paso del tiempo la balanza se inclina a favor del HIV.

Después de cierto tiempo, diversas enfermedades pueden atacar a los pacientes cuyo sistema inmunitario esta debilitado, incluyendo ciertas infecciones específicas y otros trastornos. La aparición de éstas es un claro indicio de que el paciente esta llegando a la etapa avanzada de la infección por el VIH y que esta desarrollando el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), esas enfermedades casi nunca constituyen un problema en las personas que tienen un sistema inmunitario sano. A esas enfermedades se les llama "enfermedades definidoras del SIDA", su aparición significa que la situación esta empeorando. Muchos portadores del VIH se enteran de que están infectadas cuando presentan algún trastorno que resulta alguna de las enfermedades definidoras del SIDA.

Existen cuatro enfermedades que pueden empezar a aparecer en las etapas avanzadas de la enfermedad por el VIH:

- 1) Infecciones oportunistas
- 2) Enfermedades que afectan el cerebro y los nervios
- 3) Cánceres
- 4) La consunción

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1) Estas infecciones se llaman oportunistas porque sólo constituyen un problema cuando el sistema inmunitario está debilitado, lo cual da a la infección la "oportunidad" de desarrollarse. Usualmente, las persona que tienen un sistema inmunitario sano pueden vencer esas infecciones.

2) Muchos de los portadores del VIH o con SIDA sufren en algún momento una enfermedad que afecte su cerebro y sus nervios. La forma más común de daño cerebral y neurológico en la infección por el VIH o el SIDA se llama complejo demencial del SIDA, y es mas frecuente en las personas que han estado infectadas durante mucho tiempo. Cuando se desarrolla el complejo demencial del SIDA el paciente siente que empeora su capacidad para concentrarse, pensar y recordar cosas. Mas adelante puede tener dificultad para controlar sus músculos al andar y pueden cambiar su conducta y su personalidad.

3) Estas enfermedades que incluyen el sarcoma de Kaposi, ocurren cuando el organismo no puede mantener controlado el crecimiento de determinado tipo de células, y constituyen problemas para los portadores del HIV o con SIDA. El sarcoma de Kaposi puede aparecer en muchas formas diferentes, en distintas regiones del cuerpo y en cualquier etapa de la infección por el VIH. Puede aparecer como pequeños abultamientos de color morado rojizo en la piel, como una mancha en la cavidad bucal, o como un pequeño bulto bajo la piel.

4) La consunción es un trastorno médico en el que el portador pierde mas de 10% de su peso sin hacer dietas ni ejercicio físico adicional. En una persona infectada con el HIV es un indicio de que su enfermedad empieza a avanzar hacia el SIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II EL VIH/SIDA EN MÉXICO.

Desde los primeros casos de VIH/SIDA comunicados apartir de 1981 en Estados Unidos, Europa y el resto del mundo, esta enfermedad ha pasado de ser un fenómeno relativamente aislado, a uno que afecta a una parte importante de la población mundial y de México. Actualmente existen 34. 3 millones de personas portadores de VIH/SIDA en todo el mundo, según informe de la Organización de las Naciones Unidas para la prevención y atención del VIH/SIDA (ONUSIDA) emitido a través de la Dirección General de Epidemiología en México en el año 2000, hecho que se público en Ginebra, la mayoría de esas personas moriran en los próximos 10 años.

La cantidad de muertes desde que comenzo la pandemia asciende a 18.8 millones de personas, sin olvidar que dejo de ser una epidemia que afecto a un país o región, recordando que al principio sólo se vieron afectados personas homosexuales o que se drogaban vía intravenosa, posteriormente se manifesto dicho padecimiento en algunas personas que recibieron transfusion sanguinea, para que despúes de investigaciones por diferentes epidemiólogos de Estados Unidos y Europa se comprobara que el virus del VIH/SIDA, se transmite de una persona a otra por diferentes vías tales como: la sexual, transfusión sanguinea, vía intravenosa, etc. entre las más predominantes sin olvidar el posible contagio de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna.

2.1 EVOLUCION DEL VIH/SIDA EN MÉXICO

México se encuentra dentro de los 10 primeros países con personas portadoras de VIH/SIDA, según datos la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, notificación inmediata de casos de SIDA, hasta el año 2000; la medición de dicha enfermedad inició en México en 1983, sin embargo los primeros casos comenzaron a mostrar síntomas en 1981, por lo que se considera que el VIH fue introducido en México a mediados de la década de los setentas y los primeros casos fueron detectados en 1983.

El número de casos acumulados hasta el año de 1998 asciende a 48 994. La distribución de las notificaciones según su evolución muestra que el 54.5% han fallecido, el 38.6% aún vive y del 6.9% se desconoce su según informes obtenidos de la Dirección General de Epidemiología sobre VIH/SIDA en el año 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En México cómo en otros países, la forma predominante de transmisión de infección por VIH/SIDA; es la sexual, esta forma de contagio, es la más importante en el país; dentro de ésta, en los homosexuales y bisexuales ha disminuído el contagio. Recordemos que cuando se manifiesto esta patología, inicio predominantemente entre personas con prácticas sexuales con parejas de su mismo sexo (homosexuales) o que mantenían relaciones sexuales tanto con personas de su mismo sexo o distinto (bisexuales).

La disminuíción del contagio entre homosexuales y bisexuales se debe a que se protegen del contagio de esta enfermedad. Esto es importante por que las primeras manifestaciones de VIH/SIDA se detectaron en homosexuales considerandola como una enfermedad propia de los homosexuales.

Actualmente ha disminuído el contagio entre estas personas como lo representan los casos detectados en el año de 1990 entre homosexuales y bisexuales que en ese año representaban el 73%, y en 1992 se redujo a 65% del total de casos detectados, en 1997 se redujo aún más ubicandose en 57.4%. En cambio entre los heterosexuales aumento de 34.9% en 1992 a 40.9% en 1997, según datos obtenidos de la Coordinación General del Programa IMSS, Manual para la Vigilancia Epidemiológica sobre VIH/SIDA. La realidad actual de esta patología es que afecta a cualquier persona independientemente de su preferencia sexual, con los porcentajes mencionados se observa que los heterosexuales cada vez se ven más afectados, esto se puede explicar de la siguiente manera: que las personas siguen creyendo que es una enfermedad que sólo afecta a homosexuales y no recurren a ningún medio de prevención o protección.

El estado con mayor porcentaje de heterosexuales hombres adultos portadores de VIH/SIDA es Puebla, según datos obtenidos de la Coordinación General del Programa IMSS, manual para la Vigilancia Epidemiológica sobre VIH/SIDA correspondiente al año 2000. Esta situación es alarmante en este estado, siendo sus posibles causas el descuido, la ignorancia de la realidad de dicho padecimiento, la promiscuidad; hechos que perfilan a Puebla como el estado con más afectados de hombres heterosexuales, sin dejar atrás la posible creencia de que este padecimiento afecta sólo a personas homosexuales y bisexuales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como se aprecia en el cuadro No. 1, en relación a los casos diagnósticados en las entidades federativas con mayor tasa de casos acumulados hasta el tercer trimestre del año 2000 se encuentra en primer lugar el estado de Veracruz con 97, en segundo lugar se encuentra el estado de Puebla con 77 y el tercer lugar lo ocupa el Distrito Federal con 60 casos acumulados, según datos obtenidos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, acerca de la notificación inmediata de casos de SIDA hasta el tercer trimestre del año 2000.

Es importante conocer la situación de cada una de las entidades de nuestro país y sobre todo el lugar que ocupa el Estado de Puebla para analizar la situación actual sobre el padecimiento, ya que a través de tal conocimiento podemos comprender la situación actual por la que atraviesa la población en general y la Penitenciaria de San Miguel, con respecto a los internos portadores de VIH/SIDA, y las medidas preventivas y de información correspondientes para dejar de ocupar los primeros lugares en este padecimiento.

No sólo se habla de los aspectos negativos de esta patología, sino por el contrario observamos que en algunos estados de la República Mexicana existen regiones que hasta el primer trimestre del año 2000 no han presentado ningún caso de VIH/SIDA, como en Baja California Norte, Colima, Nuevo León y Tabasco.

Esto se puede comprender a partir de la premisa de que cada uno de estos estados a implementado las políticas de Salud necesarias o adecuadas para la prevención del VIH/SIDA, además de información, encaminadas a la reducción de contagio, obteniendo como resultado cero casos de SIDA, diagnósticados en el tercer trimestre del año 2000, según datos obtenidos de la Dirección General de Epidemiología, notificación inmediata de casos de SIDA.

También se puede entender que los casos detectados sobre VIH/SIDA, se relacionan con el número de habitantes de cada estado, ya que pueden existir grandes variaciones con respecto a la población de cada entidad Federativa.

TESIS CON
TALLA DE ORIGEN

CUADRO NO. 1
Casos de SIDA diagnosticados en el año según entidad (3er. trimestre del 2000)

Entidad Federativa	En el 3er. trimestre en el año 2000	Acumulados
Aguascalientes	6	13
Baja California	-	-
Baja California Sur	3	4
Campeche	-	3
Coahuila	14	23
Colima	-	-
Chiapas	1	1
Chihuahua	1	19
Distrito Federal	41	60
Durango	1	4
Guanajuato	20	38
Guerrero	1	14
Hidalgo	6	13
Jalisco	22	29
México	1	2
Michoacán	15	33
Morelos	-	24
Nayarit	-	8
Nuevo León	-	-
Oaxaca	2	10
Puebla	47	77
Querétaro	5	11
Quintana Roo	-	1
San Luis Potosí	5	8
Sinaloa	-	10
Sonora	25	31
Tabasco	-	-
Tamaulipas	17	34
Tlaxcala	14	17
Veracruz	51	97
Yucatán	9	13
Zacatecas	6	11
Total*	313	608

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, AÑO 2000.

NOTIFICACION INMEDIATA DE CASOS DE SIDA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Con respecto al cuadro No. 2 acerca de los casos registrados por año de notificación en México, se observa que en 1983 se notificaron 6 casos y en 1984 la misma cantidad, en 1985 se registraron 29 casos, incremento notable en comparación a los años anteriores, siendo su variación porcentual de 383.33%. Para el año de 1986 es alarmante los casos notificados 246, su incremento porcentual fue del 748.3%, año en el que se denotan mayor número de casos apartir de que se presentan los primeros registros de SIDA hasta la actualidad en México. En los años de 1987 a 1991 existe un incremento menor al 100% en el número de casos detectados en cada año. El registro de VIH/SIDA en cualquiera de las instituciones o dependencia ya sea pública o privada, deben ser notificados inmediatamente a la Dirección General de Epidemiología sobre SIDA, para que de tal manera se lleve un control, de dicho padecimiento.

En 1992, según informes de la Dirección General de Epidemiología hubo un incremento del 1.7% respecto a 1991 en el numero de casos notificados, en 1993 existen 5 058 casos notificados, con una variación porcentual del 57.6% con respecto a 1992, en 1994 se notificaron 4111 con una variación porcentual negativa de -18.7% respecto a 1993, lo que indica que apartir de 1994 hasta el año de 1999 los casos notificados tienen una importante disminución en base a los casos notificados en 1993. En 1998 hay un aumento considerable con respecto a 1997, ya que en este año se aprecia un aumento negativo del 12.9, a diferencia de 1998 en el que se presenta un incremento del 29.6%.

La reducción que se observa en el cuadro No. 2 apartir de 1994, hasta 1999 de casos de SIDA registrados por año de notificación en México, se puede entender de diversas maneras, con respecto a la eficacia del Estado, partiendo de las políticas de salud empleadas para la prevención e información del VIH/SIDA, con los datos obtenidos podriamos considerarlas eficientes, ya que estamos observando una disminución, o de otra manera se prodria considerar que la población a tomado conciencia de lo que representa el contraer el virus, las complicaciones y decenlace mortal al que se enfrenta el portador, de que esta pasando de ser un mito la sexualidad, a una realidad que debe ser tratada con apertura desde el seno familiar, escuela y sociedad. Otra forma de explicación para comprender tal disminución, puede ser que por temor a un resultado positivo, la población no acude a la realización de tales pruebas, para de esta forma negarse a obtener un diagnóstico positivo y ante su incapacidad para comprender y vivir con dicho padecimiento, prefieren ignorar su enfermedad y no hacer frente a tal patologia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CUADRO NO. 2
CASOS DE SIDA REGISTRADOS POR AÑO DE
NOTIFICACION EN MEXICO**

AÑO	CASOS NOTIFICADOS	VARIACION PORCENTUAL
1983	6	
1984	6	0
1985	29	283.3
1986	246	748.2
1987	518	110.5
1988	905	74.7
1989	1605	77.3
1990	2587	61.1
1991	3155	21.9
1992	3210	1.7
1993	5058	57.6
1994	4111	-18.7
1995	4310	4.8
1996	4216	-2.2
1997	3670	-12.9
1998	4758	29.6
1999	4372	-8.1

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
NOTIFICACION INMEDIATA DE CASOS DE
SIDA, AÑO 2000.

En cuanto a los casos registrados por diagnóstico en México en el cuadro No. 3, se observa que apartir de 1983 se diagnosticaron 60 casos, para 1984 se diagnosticaron 198 siendo su variación porcentual del 230% incremento alarmante considerado como el año en el que se manifesto el mayor número de casos diagnosticados desde que inicio esta pandemia. Para el año de 1985 son 349 casos con una variación porcentual de 76.2% cifra tambien muy elevada; en 1986 son 673 casos diagnosticados con una variación porcentual del 92.8%, en el año de 1987 se diagnosticaron 1 485 casos, según datos obtenidos de la Dirección General de Epidemiología con una variación porcentual del 120.6%. Apartir del año de 1988 hasta 1999 existe una variación porcentual menor al 50%.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Apartir de 1993 hasta el año 1999 existe una variación porcentual menor con referencia al año de 1994, en algunos años la variación es negativa; durante el año de 1996, 1997, 1998 y 1999 por lo tanto el número de casos diagnosticados fue menor durante estos años, esto lo podemos entender en base a las siguientes reflexiones tales como:

- A) Posible éxito de las campañas de prevención a través de la radio y televisión
- B) Temor ante un diagnóstico positivo y por tal motivo no realizarse pruebas de detección
- C) Cambio de conductas sexuales encaminadas a la prevención del contagio
- D) Informarse y conocer de manera adecuada esta enfermedad, a través de CISIDA (Centro de Información y prevención de VIH/SIDA).

CUADRO NO. 3
CASOS DE SIDA POR AÑO DE DIAGNOSTICO
EN MEXICO

AÑO	DIAGNOSTICO EN EL AÑO	VARIACION PORCENTUAL
1983	60	
1984	198	230
1985	349	76.3
1986	673	92.8
1987	1485	120.6
1988	2069	39.3
1989	2661	28.6
1990	3517	32.2
1991	3625	3.1
1992	3988	10.0
1993	3950	-0.9
1994	4129	4.5
1995	4252	3.0
1996	4142	-2.6
1997	4054	-2.1
1998	4014	-1.0
1999	3094	-22.9

FUENTE: DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
NOTIFICACION INMEDIATA DE CASOS DE SIDA AÑO 2000.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.2 ESTRATEGIA DE MÉXICO ANTE VIH/SIDA.

Es importante saber que las personas con infección por el VIH/SIDA, o las personas que están preocupadas al respecto, conozcan que existen grupos de apoyo, servicios de asesoría y agrupaciones de ayuda en la mayoría de las ciudades.

En estos centros de información y asesoría tanto los pacientes con infección por VIH/SIDA como sus familiares, amigos o personas interesados sobre el tema, podrán obtener información en estas instituciones o agrupaciones. Actualmente podemos considerar a esta patología, como una enfermedad tanto de salud pública, como de orden social y familiar, debido a que si el Estado no proporciona la información necesaria y adecuada sobre este padecimiento, a través de diferentes espacios, tanto la familia como la sociedad deben tomar conciencia sobre VIH/SIDA, ya que es una realidad a la que nos enfrentamos y que podemos combatir, proporcionando los elementos necesarios como lo es la prevención a través de la información fidedigna y adecuada a los diferentes estratos de la sociedad, para que de esta forma delimitemos tal padecimiento, además de contar con diferentes instituciones de apoyo a nivel mundial para la prevención y tratamiento de VIH/SIDA.

2.2.1 LA COOPERACION DE MÉXICO CON LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE VIH/SIDA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo que se refiere al padecimiento de VIH/SIDA, ayuda y coopera con la ONU y con las agencias especializadas para desarrollar programas internacionales coordinados por los servicios de salud y prevención del SIDA. Como consecuencia se creó el Programa Global sobre el SIDA.

"La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en 1983, 5 077 casos notificados de VIH-SIDA y 12,174 al terminar 1984"⁽²¹⁾.

(21) GERMEK. Mirko. Historia del SIDA, México, siglo XXI, 1990, pag. 80

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El programa global sobre el SIDA de la Organización Mundial de la salud es responsable de la conducción y la coordinación global de las actividades relacionadas con la prevención y el control del SIDA, a través del desarrollo y la implementación de estrategias, cuyo principal objetivo es:

- A) "Prevenir la infección del VIH
- B) Reducir el impacto personal y social del VIH/SIDA
- C) Unificar los esfuerzos nacionales e internacionales contra el SIDA". (22)

Ante el aumento de casos de VIH-SIDA, este se vislumbraba como pandemia, ya que dicho padecimiento se extiende a todo el mundo, por lo tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 hizo un llamado para que todos los países establecieran comités de lucha contra el SIDA. El Gobierno mexicano en febrero de 1988 creó el Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA) constituido como grupo interinstitucional y cuyos objetivos fueron:

- Evaluar la situación nacional en lo concerniente a la infección por el VIH y SIDA.
- Establecer criterios para su diagnóstico, tratamiento, prevención y control
- Coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control.

En 1988 por decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de ese año, el Comité adoptó el carácter de Consejo Nacional para la prevención y Control del SIDA (CONASIDA).

"A partir de ese momento se destinaron recursos propios para su funcionamiento, pero la mayoría de sus actividades se realizaron con financiamiento internacional principalmente con fondos del Programa Global de SIDA de la OMS; esta situación se mantuvo hasta 1991 en que se dispuso de presupuesto federal dentro de la Secretaría de Salud (SSA)".(23)

(22) Boletín Internacional sobre control y prevención del SIDA. Julio 1991, no. 12 pag. 6

(23) CFR Ibidem pag. 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para 1997, el CONASIDA se consolidó como órgano desconcentrado de la SSA. Aún cuando CONASIDA no fue programado originalmente como entidad asistencial, sino que se trataba de un órgano normativo destinado a evaluar la situación nacional de esta patología, pautas y actividades de control, ha venido prestando servicios de consejería, apoyo Psicológico y social concretándose al tratamiento y medios de prevención, a través de terapia individual, de pareja y familiar, además de pruebas de laboratorio para diagnóstico del VIH, así como atención médica ambulatoria en la Ciudad de México.

La creación de CONASIDA pareció, en su momento, representar la respuesta responsable del Estado ante una previsible catastrofe de salud pública y pareció vislumbrarse con ello una posible salida institucional al caos, la apatía o la franca desatención prevalencientes en materia de VIH-SIDA en México.

2.2.2 POLITICAS DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO.

En cuanto al Sistema de Salud en nuestro país este es un derecho social, las acciones se orientan a contrarrestar los efectos de las crisis económicas de 1995 por las cuales a atravesado nuestro país, tratando de contribuir en el bienestar de la mayoría de la población, llevando a cabo planes estructurales, reforma del sector salud, que permitan ampliar la cobertura de los servicios de salud y elevar su calidad.

Como una de las principales responsabilidades del Gobierno se encuentra el procurar un desarrollo social para toda la sociedad y para ello plasma en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) del Dr. Ernesto Zedillo, la política a seguir en cuanto a desarrollo social del Gobierno de la República para la gestión 1995-2000, tiene los objetivos; Propiciar la igualdad de oportunidades y de condiciones que promuevan el cumplimiento de los derechos individuales y sociales consagrados en la Constitución a fin de elevar los niveles de bienestar y la calidad de vida de la población.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece:

- Educacion
- Vivienda
- Desarrollo Democratico
- Desarrollo Social

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El entonces el Presidente de México, Dr. Ernesto Zedillo, "en marzo de 1996, puso en marcha el programa de Reforma del Sector Salud instrumento a través del cual el Gobierno se propone alcanzar los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND), Una reforma del Sistema Nacional de Salud y Descentralización de los Servicios de Atención a la población no asegurada, a partir de cuatro puntos básicos:

- a) La descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud a población abierta.
- b) El establecimiento de los sistemas de salud.
- c) La ampliación de la cobertura y
- d) El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios". (24)

La descentralización y federalización de las funciones de la Secretaria de Salud y la Reforma de la Seguridad Social, se han convertido en piezas básicas en la tarea fundamental para dismantelar el estado de bienestar. Todo ello obedece a la concepción Neoliberal que poco a poco busca restringir la intervención del Estado hasta liberarlo de las responsabilidades que debe asumir para garantizar los mínimos de bienestar, al mismo tiempo que busca la privatización de lo público.

El Programa de Reforma del Sector Salud contiene un apartado para la Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, el cual tiene como objetivos:

. Disminuir la morbilidad y mortalidad en el país debido a esta patología.

. Propone difundir información adecuada para prevenir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Así mismo señala la importancia de capacitar a personal médico y paramédico y detectar y proporcionar atención oportuna y adecuada al 80 por ciento de las personas infectadas con VIH.

(24) Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, pag. 84

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El sistema nacional de salud está conformado por instituciones de asistencia pública como lo son la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Médicos del Gobierno del Distrito Federal DDF, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para trabajadores de empresas privadas, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para trabajadores del Estado y otro tipo de atención médica que atiende a diferentes sectores de trabajadores como lo son: petroleros, el ejército, la marina, etc.

Como resultado del proceso de descentralización y de reforma del Sector Salud y ante la necesidad de reorientar y fortalecer acciones específicas para la prevención y el control del VIH/SIDA, la Secretaría de Salud elaboró a través de CONASIDA, el Programa de Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual 1997 - 2000, que es el documento rector para organizar y coordinar las acciones que diversos sectores realizan en favor de la prevención y control de estas enfermedades.

Los componentes básicos son:

- a) Prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal del VIH/SIDA, sífilis y gonorrea.
- b) Reducción del impacto por VIH en individuos, grupos y sociedades.
- c) Coordinación y unificación de esfuerzos nacionales contra el VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Aún así, realmente no existe un programa específico de atención a los enfermos de SIDA en el sexenio actual que refleje una política del Gobierno coherente y la asignación clara de recursos, ya que según la experiencia de algunos portadores manifiestan el rechazo y marginación a la que están expuestos continuamente en las instituciones como el IMSS, ISSTEP, ISSTE, etc. que sólo fungen o proporcionan sus servicios como paleativos ante las distintas enfermedades oportunistas a las que se enfrentan dichos pacientes y no proporcionan tratamientos eficaces de control ante dicho virus, por lo que ante su alto costo y no están disponibles en las instituciones de salud.

El Neoliberalismo como corriente económica ha "contagiado" al Sistema Nacional de Salud, todo lo ha resumido en una relación costo-beneficio. Todo tiene un precio y únicamente el que tiene los medios para asumir el costo, tiene el beneficio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En éste contexto el SIDA en términos económicos ha tenido un gran impacto. Por un lado el tratamiento implica un elevado costo, ya que se requiere de una gran variedad de antivirales de control ante el padecimiento, "el costo va de \$2 500.00 hasta \$5 000.00 mensuales"⁽²⁵⁾ para tener un tratamiento adecuado, además necesitan de una gran cantidad de pruebas de laboratorio, de medicamentos y hospitalizaciones periódicas, esto puede variar de un paciente a otro debido a la calidad de vida y cuidados a los que se sometan. El avance en el manejo del paciente ha permitido retrasar su muerte por lo que el gasto para mantenerse estable ha aumentado significativamente.

A estos costos directos se le agregan los costos indirectos, es decir, aquellos que son provocados por la pérdida humana, debido a la morbilidad y mortalidad que se presenta y que repercute directamente en el proceso productivo del país.

"El hecho de que el VIH-SIDA se presente principalmente en la población adulta en sus años más productivos, ("el 75% de los casos notificados de SIDA en México, pertenecen al grupo de edad de 20 a 44 años") representa efectos sociales y económicos de gran significación. Lo anterior lesiona severamente a una importante fuente de ingresos de los hogares mexicanos y por lo tanto el impacto sobre el aparato productivo es mayor." ⁽²⁶⁾

Mientras el Estado siga destinando un porcentaje insuficiente de recursos para la prevención y atención de la pandemia del VIH/SIDA, en esa medida su costo indirecto será mayor, que consiste en gastos funerarios y de atención. Sin duda la situación económica del país no es ajena a las personas que viven con VIH-SIDA, ya que la crisis económica profundiza la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y pone en riesgo los sistemas de seguridad del Estado y lo más importante, la calidad de vida de quienes viven con VIH-SIDA.

Dentro del modelo de salud en México existen la atención médica privada y pública. El mercado se ha desarrollado al margen de las políticas oficiales, si consideramos los dos puntos tratados en el Plan Nacional de Desarrollo en lo que se refiere al Sector Salud, brindando atención tanto a población sin seguridad social como a población asegurada que prefiere utilizar este sistema.

(25) Esta información la proporciono un interno portador de VIH/SIDA. 4 de enero del año 2001.

(26) CONASIDA Y EPIDEMIOLOGIA, Separata de la revista SIDA-ETS, Situación epidemiológica del sida, 1997. vol.2 np.4

La Estructura del Sector Salud está determinada por las diferencias entre población asalariada y no asalariada, lo cual da lugar a diferentes tipos de coberturas. La denominada población derechohabiente, es aquella que tiene acceso a las instituciones de seguridad social y pertenecen a ella los trabajadores de los sectores formales público y privado, y el resto se constituye en población no derechohabiente, llamada también población "abierta", que es objeto de los programas asistenciales de la SSA.

Las instituciones que conforman la seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) ofrecen servicios médicos a sus asegurados en unidades conformadas por tres niveles de atención: unidades de medicina familiar (primer nivel), hospitales generales (segundo nivel) y hospitales especializados (tercer nivel), a través del sistema tripartita, por medio de cuotas al patron, al trabajador y gobierno.

En el caso específico de los asegurados con VIH-SIDA normalmente son referidos para su atención con especialistas localizados en hospitales de tercer nivel. Para que un medicamento pueda ser proporcionado por una institución de seguridad social, como tratamiento y control del SIDA, debe encontrarse dentro del Catálogo de Medicamentos. Sin embargo sólo algunos medicamentos para el tratamiento del SIDA están incluidos en el catálogo, de tal manera que cuando los medicamentos no están disponibles el tratamiento no es adecuado debido a la falta de recursos.

Sin embargo, actualmente el acceso y abasto de medicamentos dentro de estas instituciones se ha convertido en un grave problema, el cual repercute más en la población con VIH-SIDA, ya que el elevado incremento al costo del tratamiento y su desabasto es consecuencia de la reducción presupuestal que dichas Instituciones sufrieron a raíz de la crisis económica y que en el Sector Salud tuvo un impacto mayor debido a que la mayoría de los insumos y equipo médico son de importación.

En el caso de las instituciones de atención a población no asegurada, también llamadas de asistencia social o de atención a población abierta, principalmente la SSA, normalmente proporcionan atención en Centros de Salud y Unidades Médicas Rurales (primer nivel), Hospitales Generales y regionales (segundo nivel) y Hospitales de Alta especialidad (Institutos Nacionales de Salud de la SSA).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las unidades de la SSA suelen cobrar cuotas de recuperación y realizan descuentos que pueden llegar hasta 100% en el caso de pacientes de muy bajos ingresos. Estos servicios para población no asegurada generalmente disponen de un acervo muy limitado de medicamentos que venden con ciertos porcentajes de descuento.

Los pacientes con VIH-SIDA no asegurados suelen ser referidos para su manejo a unidades de segundo y tercer nivel de la SSA, a centros de atención de CONASIDA, a médicos particulares o a unidades de atención médica creadas por organismos no gubernamentales. Sin embargo, los pacientes normalmente no reciben medicamentos anti-retrovirales de parte de la institución y en el caso de que les sean prescritos debe de adquirirlos mediante sus propios recursos.

La creación de CONASIDA pareció, en su momento, representar la respuesta responsable del Estado ante una previsible catastrofe de salud pública y pareció vislumbrarse con ello una posible salida institucional al caos, la apatía o la franca desatención prevalencientes en materia de VIH-SIDA en México. Pero, al transcurrir 12 años desde su creación, su actuar se ha visto poco eficiente ya que no ha podido dar respuesta eficaz a las necesidades surgidas del VIH/SIDA, ya que se ha avanzado más en la reducción de esta enfermedad por la disminución de los casos detectados y diagnósticados pero en materia de tratamiento no se observa un progreso notable.

FONSIDA.

"A fines de 1996 y por iniciativa del Secretario de Salud, se inició la elaboración, por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM) de un proyecto denominado FONSIDA A.C el cual es un fideicomiso que representa una alternativa de apoyo a las personas con VIH-SIDA que no cuenten con los recursos suficientes para cubrir el monto de los medicamentos y no sean derechohabientes de seguridad social. El proyecto fue estructurado por el doctor Antonio Caso Marasco, director de posgrado de medicina de la UNAM. Dicho fideicomiso se basa en un seguro solvente y autónomo en el cual los contribuyentes son instituciones privadas, particulares y empresas, instituciones del sector salud y otras dependencias gubernamentales y no gubernamentales. El 26 de febrero de 1998 se puso en marcha el FONSIDA A.C, cuyo objetivo es obtener fondos para personas con VIH-SIDA sin seguridad social."(27)

(27) Informe sobre la epidemia en México del VIH/SIDA, mayo de 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El fideicomiso arrancó con un fondo de 30 millones de pesos proporcionados por la SSA, además de recursos económicos y tratamientos completos otorgados por la iniciativa privada. Se considero iniciar con la integración de 5 mil personas con VIH-SIDA que no cuenten con seguridad social o recursos para solventar los costos de medicamentos, aumentando a 2500 personas cada año; en una primera etapa se proporcionarían medicamentos a mujeres embarazadas y niños menores de 15 años.

2.2.3 PRESUPUESTO PUBLICO EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA.

Para 1998, los recursos que el Estado destino a la Secretaría de Salud para la lucha contra el SIDA, representaron sólo el 1.6% del total del presupuesto público, como se observa a continuación:

CUADRO NO. 4

Presupuesto Público para 1998 871,568 millones de pesos	
Secretarías de la Defensa y marina	20 100 millones
Programas de saneamiento Financiero	17 119 millones
Secretaría de Salud	15 768 millones
Porcentaje del Presupuesto de Salud destinado a combatir el SIDA	47 millones
Presupuesto destinado al rescate De la Banca	4 500 millones

FUENTE: PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACION 1998

La Jornada, enero 8, 1998 pag. 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En comparación con los 14,064 millones que el Estado destinó a la Secretaría de Salud durante 1997, en 1998 estos recursos implicarán un incremento mínimo para sumar un total de 15,768 millones de pesos. Del monto del presupuesto de la Secretaría de Salud, sólo una mínima parte, calculada entre 0.2 y 0.4 por ciento equivalentes a 47 millones de pesos aproximadamente del presupuesto se destino al combate y prevención del SIDA, según los informes de las comisiones de Salud y Presupuesto de la Cámara de Diputados.

El Presupuesto del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fue de 85.828 millones de pesos, de los cuales solo una mínima parte se destino al abasto mensual de 32 mil toneladas de medicamentos, incluyendo los relacionados con el combate al VIH-SIDA.

El impacto económico del VIH/SIDA en el sector público institucional de México se esta presentando y afectando a toda la población. En el gasto público total del Gobierno e incluso en el que se destina al sector salud. Sin embargo, el mayor impacto de los costos directos de atención, recae fundamentalmente sobre el individuo con VIH-SIDA y su familia.

2.3 EL VIH/SIDA EN EL ESTADO DE PUEBLA

Según registros nacionales en relación al cuadro No. 1, Puebla se ubica en el segundo lugar con más casos diagnósticados de VIH/SIDA, hasta el tercer trimestre del año 2000, con los datos obtenidos observamos que este estado a nivel nacional representa uno de las entidades con mayor número de portadores, situación que es alarmante y digna de investigación para entender y poder colaborar a este respecto. El pensar que existe un número elevado de centros nocturnos, en donde se relacionan hombres y mujeres con sexoservidoras sin ningún medio de protección, es tal el grado de promiscuidad que se han visto afectados y contagiados por el VIH/SIDA. En el estado a la fecha se ha presentado un incremento preocupante, preferentemente en la población masculina, aunque repuntan los casos en donde se ven involucradas las mujeres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hasta el mes de julio del año 2000 se notificaron 2 684 casos de VIH/SIDA en el estado de Puebla, acumulados de 1988 a julio del año 2000, reportó la Subdirección de Epidemiología de la SSA. El total de casos de VIH/SIDA que se han presentado de enero a julio del año 2000 es de 153 casos de portadores, se les considera así ya que a través de algunas pruebas se confirmó que portan SIDA y por lo consiguiente su diagnóstico fue positivo, según reportes del Departamanto de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, el año 2000 fue un mal año para la lucha contra el SIDA.

La incidencia de este tipo de casos ha presentado una tendencia importante de aumento, es decir en 1986 año de incursión en el territorio poblano se presentaron sólo 3 casos, para el siguiente año fueron 7, para 1988 son 47 casos notificados lo que indica que dicha incidencia se elevó en más del 571% dando un salto e incremento importante; en 1989 son 98 portadores siendo su variación porcentual del 108.5%, en 1990 son 112 portadores con una variación porcentual de 14.2%.

En 1991 el número de personas infectadas se incrementó siendo 143 portadores con una variación porcentual de 27.6%, en 1992 se incremento casi al doble con 262 infectados, con una variación porcentual de 83.2%, para 1993 aumento a 297 portadores con una variación porcentual de 13.3%, en 1994 se presentan 232 casos con una variación porcentual negativa de -21.9 respecto a 1993, en el año de 1995 nuevamente se presenta una disminución con una variación negativa de -17.2% y es en el año de 1996 en donde se presenta un incremento, con 296 casos y su variación porcentual de 54.2%, en 1997 se presentaron 254 portadores con una variación porcentual negativa de 14.2%, en el año de 1998 se registran 332 casos con una variación porcentual de 30.7%; en 1999 se presentan 256 casos, presentandose de esta forma una variación porcentual negativa de -22.8%.

De enero a julio del año 2000 se presentaron 153 casos de SIDA en el Estado de Puebla, por lo que se prevé que este pudiera ser un mal año para la lucha contra esta enfermedad, según reportes del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En total se han presentado en Puebla 2 684 casos de SIDA de los cuales 1 998 son hombres, lo que representa el 74.4% del total y 686 mujeres representando el 25.6%

CUADRO NO. 5

INCIDENCIA DE SIDA, CASOS POR AÑO EN PUEBLA

AÑO	NOTIFICADO EN EL AÑO	VARIACION PORCENTUAL
1986	3	
1987	7	133.3
1988	47	571.4
1989	98	108.5
1990	112	14.2
1991	143	27.6
1992	262	83.2
1993	297	13.3
1994	232	-21.9
1995	192	-17.2
1996	296	54.2
1997	254	-14.2
1998	332	30.7
1999	256	-22.8

FUENTE: SUBDIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA DE LA SSA AÑO 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo que se refiere a la distribución geográfica de la enfermedad, los municipios más afectados por el VIH/SIDA son el municipio de Puebla con 1 735 infectados, Huejotzingo presenta 285 portadores y Tehuacan registra 133, según casos notificados por jurisdicción sanitaria.

CUADRO NO. 6
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL VIH/SIDA EN EL ESTADO

JURISDICCION	NO. DE CASOS	PARTICIPACION %
PUEBLA	1 735	64
HUEJOTZINGO	285	10
TEHUACAN	133	5
IZUCAR DE MATAMOROS	117	4
TEPEXI DE RODRIGUEZ	98	4
ACATLAN	45	2
ZACAPOAXTLA	48	2
HUAUCHINANGO	47	2
EL SECO	35	1
CHIGNAHUAPAN	17	1
FORANEOS	124	5
TOTAL	2684	100

*FUENTE: SUBDIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA Y ATENCION PREVENTIVA , SSA AÑO 2000.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.4 EL VIH/SIDA EN LA POLITICA DE SALUD EN EL ESTADO, PUEBLA

Para conocer la estrategia del gobierno del estado de Puebla en cuestión de Salud, se consultó el programa Estatal de desarrollo del gobierno del Lic. Melquiades Morales Flores, el cual tiene como primordial objetivo mejorar la calidad y cobertura de los servicios, enfocándose a las zonas marginadas, de la ciudad como del Estado, con énfasis en las actividades de prevención de enfermedades, teniendo como principal labor promover un sistema de salud y seguridad social que proteja a la población de acuerdo a sus necesidades, y que preste servicios con mayor equidad para coadyuvar al mejoramiento constante del nivel de vida de la población.

En relación a la estrategia y líneas de acción de éste programa dice: "Descentralización y aumento de cobertura: Impulsar el programa de descentralización, reforzando el esquema administrativo de grupos de municipios aledaños similares entre sí que concerten acuerdos intermunicipales con el fin de garantizar los servicios y atención que en este rubro debiera disfrutar toda la población del Estado." (28)

En cuanto al VIH/SIDA en el Programa Estatal de Salud del Lic. Melquiades Morales Flores hace referencia a éste en un apartado de cuatro renglones el cual dice: "Modernizar la legislación en salud, incorporando y adecuando las disposiciones de salud en materia de trasplantes, enfermedades transmisibles como el SIDA, etc. para lo cual sera necesaria la participación de los diversos sectores." (29)

En el sector salud es determinante ampliar la cobertura de las unidades médicas, hacer un uso racional de los recursos del sector, apoyar a las familias mediante la dotación de despensas, mejorar la calidad de los servicios médicos que se proporcionan a la población, proporcionar una cultura de salud, promover la salud pública por medio de la detección y control de las enfermedades y epidemias, según el primer informe del actual gobernador de Puebla.

(28) PROGRAMA ESTATAL DE SALUD pag. 128

(29) Ibidem pag. 130

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"En 1999 las dependencias y organismos que integran el sistema de salud y asistencia social ejercieron un presupuesto de 5 mil 361 millones 162 mil pesos, este monto incluye aportaciones federales, estatales y municipales, ingresos propios y créditos externos, así como los recursos del IMSS-Solidaridad e ISSSTE."⁽³⁰⁾

En este mismo año según el primer informe de gobierno del Lic. Melquiades Morales Flores fueron contactadas 7 radiodifusoras para difundir acciones de prevención de salud pública como el SIDA, por lo tanto se hace necesaria la vinculación del sistema de salud con los medios masivos de comunicación, ya que juega un papel primordial en los cambios de conducta de la población. Aunque estas acciones son determinantes, no son formas de control o prevención de la patología del SIDA. A pesar de que las enfermedades de transmisión sexual son reconocidas desde la antigüedad como un problema de salud pública, su control aún está lejos de alcanzarse, sobre todo a causa del impacto que provoca la infección del virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Dentro de las estrategias y objetivos planteados por el actual gobierno estatal esta modernizar la legislación en salud, en materia de trasplantes, y enfermedades transmisibles como lo es el SIDA, por lo tanto podemos considerar que no existe una adecuada estrategia para los problemas que actualmente se enfrentan como la enfermedad de SIDA.

2.5 DERECHOS HUMANOS DE LOS PORTADORES DE VIH/SIDA.

Es necesario comprender la situación por la que atraviesa nuestro país en cuanto a la infección de VIH/SIDA, además de conocer los problemas jurídicos relacionados con la enfermedad y los Derechos Humanos de los portadores de conservar su dignidad y respeto. En el mundo la epidemia del VIH/SIDA ha ido acompañada de protestas muy fuertes en contra de los portadores de VIH/SIDA, señalando, estigmatizando y discriminándolos, por lo tanto se hace necesaria la protección de los derechos humanos de los afectados como parte fundamental, los cuales se refieren a:

(30) PROGRAMA ESTATAL DE SALUD pag. 128

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- A) EL DERECHO A LA VIDA PRIVADA
- B) EL DERECHO A LA LIBERTAD Y LA SEGURIDAD
- C) EL DERECHO A CIRCULAR LIBREMENTE
- D) EL DERECHO A CASARSE Y FORMAR UNA FAMILIA
- E) EL DERECHO AL TRABAJO
- F) EL DERECHO A LA EDUCACIÓN
- G) EL DERECHO A LA SEGURIDAD, ASISTENCIA Y PROTECCIÓN SOCIAL
- H) EL DERECHO A LA IGUALDAD ANTE LA LEY
- I) EL DERECHO A NO SER SOMETIDO A PENAS O TRATOS INHUMANOS.

En cuanto a los derechos Humanos de quienes viven con VIH/SIDA y se encuentran privados de su libertad, es interés de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos dar a conocer sus derechos humanos.

Los Derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA privados de su libertad:

1.- No debe de sufrir ningún tipo de discriminación. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia debe ser tratado con respeto.

2.- Si decide que se le practique la prueba de detección del VIH, tiene derecho a que los resultados sean manejados de manera confidencial.

3.- En ningún caso debe ser ubicado en un área específica por el solo hecho de ser portador del VIH o por padecer SIDA. Sin embargo, tiene derecho a que se le proporcione un lugar adecuado para su protección y para el control de la enfermedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.- Si desea contraer matrimonio no podrá ser obligado a someterse a ninguna prueba de detección del VIH.

5.- Tiene derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre el VIH y sobre el SIDA.

6.- No se debe impedir o limitar el derecho a visita íntima, vivir con VIH/SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad, siempre que se tomen las medidas necesarias para no contagiar a la pareja, y sea de común acuerdo.

7.- El hecho de vivir con VIH/SIDA tampoco podrá ser motivo para que se le niegue la participación en el trabajo, en las actividades educativas, deportivas o de cualquier índole.

8.- Debe recibir información sobre el padecimiento, sus consecuencias y los tratamientos a los que puede ser sometido.

9.- Puede asociarse libremente con otras personas o afiliarse a grupos que tengan como finalidad protección de los intereses de quienes viven con VIH/SIDA.

10.- Recibir atención médica, psicológica y social dignas, cuyo objetivo sea mejorar la calidad y el tiempo de vida, y que su expediente se maneje de forma confidencial.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III

FORMAS DE TRANSMISIÓN Y PRUEBAS DE DETECCIÓN DE VIH/SIDA.

La epidemia del SIDA se ha vuelto pandemia, lo cual significa que la enfermedad, ha afectado a un gran número de individuos, se ha propagado de una región a otra que abarca varios continentes. Desde los primeros casos de SIDA en África, Estados Unidos, Europa y el resto del mundo ha pasado de ser un fenómeno que afectaba a un conjunto de la población, a una enfermedad que afecta a cualquier ser humano independientemente de su preferencia sexual, edad, situación económica, social y cultural. Las diferentes formas de transmisión del VIH/SIDA son las siguientes:

3.1 POR CONTACTO SEXUAL

La infección de VIH/SIDA durante las relaciones sexuales, es a través de secreciones vaginales y semen. Las relaciones sexuales entre hombres o un hombre y una mujer se transmite el virus del SIDA en el semen. EL VIH/SIDA puede transmitirse cuando no se utiliza ningún medio de protección, el riesgo de contraer dicho padecimiento es menor cuando se utiliza algún medio de prevención. EL VIH/SIDA puede transmitirse por relaciones sexuales anales o vaginales, por contacto oral con eyaculación en la boca.

"El impacto total de la multiplicidad de compañeros sexuales ha sido amplificar la transmisión del agente del SIDA. La actividad sexual en un ambiente de relaciones casuales con múltiples compañeros, en ocasiones anónimos, ha originado la diseminación del SIDA con proporciones epidémicas." (31)

Con lo antes mencionado y debido a las prácticas sexuales de los individuos sin ningún medio de protección o prevención de cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual, se ha multiplicado con facilidad el VIH/SIDA.

(31) Boletín Internacional para el cambio de información sobre prevención y control de SIDA, Octubre 1990 NO. 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"Entre varones homosexuales existe mayor riesgo debido a sus relaciones sexuales anales, la pared del recto es delgada y la piel del pene frágil, las lesiones que provocan por esta práctica son leves ocasionando pequeñas fisuras que originan la salida de sangre y en consecuencia el paso del virus de un compañero sexual a otro".(32)

3.2 EL PROBLEMA SANGUINEO Y OTROS CONTAMINANTES DE VIH/SIDA

La aparición de casos de VIH/SIDA en receptores de productos sanguíneos y la incidencia de infección en los donadores fue uno de los indicadores de la naturaleza infecciosa de la enfermedad y de esta vía de transmisión.

"Se presume que la transmisión del VIH (el virus que provoca el SIDA) de una madre, infectada al feto (su hijo aún no nacido) a al bebé, ocurre entre un 20 ó 40% de los casos. Los datos obtenidos hasta ahora sugieren que las mujeres con síntomas de enfermedades relacionadas al VIH/SIDA son más propensas a transmitir el virus a sus hijos (antes o después del nacimiento) que las mujeres que presentan infección asintomática- esto es, que tienen el virus pero no muestran signos de la enfermedad."(33)

Al parecer la mayoría de bebés de mujeres portadoras de VIH/SIDA contraen infección durante el parto y no durante el embarazo; se cree que el tratamiento de medicamentos anti-VIH durante el embarazo reduce el riesgo de transmisión del VIH al bebé. La transmisión del VIH es a través de la placenta.

La transmisión de VIH de una madre infectada a su bebé puede ocurrir durante el parto, ya que el bebé se expone a una cantidad considerable de sangre y secreciones maternas infectadas de VIH, la madre portadora de VIH/SIDA debe contar con la información necesaria para proteger al producto de algún posible contagio, tomando como precaución no amamantar al recién nacido, para de esta forma protegerlo de contraer dicha enfermedad.

(32) CRIS JENNINGS. Qué es el SIDA y como prevenirlo. Colombia, 1994. Pág. 74.

(33) Boletín Internacional para el cambio de información sobre prevención y control de SIDA. Octubre 1990 NO. 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El riesgo de transmisión a través de la leche materna es aparentemente bajo. El riesgo por este medio es probablemente mayor si la madre contrae la infección después de dar a luz. Son bastante conocidos los beneficios inmunológicos, nutricionales, psicosociales y emocionales que recibe el niño al recibir alimento directamente del pecho de la madre. En bebés ya infectados, la leche materna también es importante para la prevención de enfermedades relacionadas con el VIH. En situaciones en que la madre está infectada por el VIH se deben comparar los beneficios de la lactancia con el riesgo, de que el bebé llegue a infectarse.

"El VIH/SIDA también puede transmitirse por medio de inyecciones a través de la piel. Este medio de transmisión representa un riesgo particular para las personas que se inyectan drogas y comparten agujas o jeringas con otros drogadictos. Al compartir jeringa infectada contribuye a la propagación del VIH ya sea para drogarse o realizarse tatuajes". (34)

Los trabajadores de la salud han contraído la infección de VIH al picarse accidentalmente con agujas contaminadas con sangre o con sustancias del cuerpo de personas infectadas. Un médico o enfermera con infección por el VIH sólo constituye un riesgo para el paciente si éste se somete a un procedimiento médico invasivo y se contamina accidentalmente con la sangre del médico o la enfermera.

Los trabajadores de la salud usan guantes para llevar a cabo procedimientos cirugía, por lo que el único riesgo es que el médico llegará a cortarse con algún instrumento durante la intervención quirúrgica. La mayoría de los dentistas se apegan a normas estrictas en lo que respecta a la esterilización de los instrumentos quirúrgicos.

Actualmente los médicos dentistas se enfrentan a la problemática de la desconfianza de la población, al llevar a cabo algún tratamiento odontológico, temiendo el posible contagio de VIH/SIDA por este medio, por tal motivo se debe contar con los medios necesarios para evitar esta situación, y disminuir en la propagación de esta patología.

(34) CRIS JENNINGS. Qué es el SIDA y cómo prevenirlo. Colombia, 1994. Pág. 74

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 PRUEBAS DE DETECCIÓN.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el virus que desencadena el SIDA. Después que una persona se infecta con el VIH, su cuerpo produce anticuerpos específicos como resultado de la infección. Las pruebas para detectar la presencia del VIH se desarrollaron en la década de los 80.

Los investigadores del Instituto Pasteur, miembros del equipo de Montagnier, realizaron algunos procedimientos, a través de reactivos capaces de detectar los anticuerpos específicos en una persona enferma o sospechosa de padecer dicha enfermedad, obteniendo resultados alentadores, por la técnica llamada ELISA (Enzyme-Linked Inmuno Sorbent Assay). Estos procedimientos confirman o niegan la presencia de anticuerpos dirigidos contra ciertas proteínas específicas del virus.

"Segun resultados publicados por el equipo Pasteur en junio de 1984, el test ELISA frances era positivo en 37.5% de los sidosos clinicamente declarados, en el 74.5% de los pacientes por linfadenopatía, en el 18% de los homosexuales aparentemente sanos y en el 1% de los donantes de sangre. Aplicado en Estados Unidos por los virologos de los CDC dio resultados similares: 41% de los seropositivos entre los sidosos, 72% entre los pacientes atacados de linfadenopatía y ninguna seropositividad en el grupo de control (70 individuos sanos). Al mismo tiempo el equipo de Gallo publicaba resultados netamente mejores, obtenidos por la técnica Western bbt: 100% de seropositividad entre los sidosos, 84% entre los enfermos de linfadenopatía y ninguna en el grupo de control".(35)

La mayoría de las pruebas se usan solo para detectar la presencia del VIH, al detectar anticuerpos al virus producidos por el sistema inmunológico del cuerpo, una vez que se contrajo este virus, despues de tres meses se puede realizar esta prueba obteniendo resultados certeros, sobre la presencia de anticuerpos contra el virus.

(35) CFR Mirko D. Germerik, Historia del SIDA. Siglo XXI 1992, pag. 122.

"La prueba del SIDA como tal no existe. El SIDA es un síndrome con un rango de infecciones oportunistas como la tuberculosis o la neumonía; resultado de un sistema inmunológico debilitado por el VIH. La prueba de detección de anticuerpos al VIH se usa en ocasiones para identificar las causas subyacentes de alguna infección oportunista, aunque la OMS ha desarrollado lineamientos para el diagnóstico clínico del SIDA que no dependen de la prueba del VIH". (36)

Los anticuerpos anti VIH, se producen de 4 a 12 semanas después de la infección. Puede pasar algún tiempo entre la infección por VIH en una persona y el momento en que su cuerpo empieza a producir anticuerpos detectables. Al tiempo que transcurre entre el momento de la infección y la producción de anticuerpos se le conoce periodo de la ventana.

Durante el periodo de ventana, es posible que una prueba de detección de anticuerpos al VIH resulte negativa aún si la persona ya está infectada, según el Centro de información y prevención de SIDA (CISIDA), a estas personas se les considera como falsos negativos, ya que su diagnóstico fue negativo, pero son ya portadores del VIH/SIDA, sin que esto se refleje en la prueba.

"Aunque haya pasado suficiente tiempo para que se desarrollen los anticuerpos al VIH ninguna prueba es 100% segura. Por ello, es necesario una serie de estrategias confirmatorias que involucran, por lo general, el uso de un segundo tipo de prueba de detección, diferente al primero para confirmar el resultado. Solo cuando ambos resultados indican la presencia de anticuerpos al VIH puede considerarse que una persona es VIH positiva o seropositiva". (37)

La presencia de los anticuerpos de VIH puede detectarse en gran variedad de líquidos corporales, incluyendo sangre, saliva, líquido cefalorraquídeo, semen y secreciones vaginales. La detección de anticuerpos anti VIH en la sangre es el método más sensible; la prueba del VIH habitualmente se realiza como un análisis de sangre.

La prueba tiene por objeto detectar los anticuerpos que produce el organismo como respuesta a la infección por VIH y constituye un método muy sensible específico para detectar la infección por el virus. El organismo no puede producir anticuerpos a menos que haya ocurrido una infección.

(36) Boletín Internacional sobre prevención y atención del SIDA número 22 abril-junio pag. 11.

(37) Ibidem

3.3.1 ELISA.

El tipo de exámen mas comunmente usado es un exámen de anticuerpos. Esta prueba busca en la sangre la presencia de anticuerpos al virus del SIDA, las proteínas que el sistema inmunológico fabrica cuando ha sido invadido por el VIH. La prueba de anticuerpos que se utiliza en la mayoría de los exámenes del VIH se llama prueba de ELISA.

"ELISA es la sigla en Inglés correspondiente a "ensayo de inmunoabsorción ligado a las enzimas" tambien conocido como EIA"⁽³⁸⁾

La prueba de ELISA detecta anticuerpos que van dirigidos contra la capa de proteina del VIH. Si con la prueba se encuentra evidencia de anticuerpos contra el VIH en la sangre, la persona se considera seropositiva (presencia positiva en la sangre).

"Las pruebas de tamizaje para la detección del VIH siempre deben de interpretarse de acuerdo a la historia clínica del paciente y a pruebas auxiliares de laboratorio como biometria hemática, cuenta de linfocitos, química sanguínea, PPD, etc. En pacientes sin manifestaciones clínicas ni otras pruebas disponibles, las pruebas de tamizaje siempre deben ser confirmadas".⁽³⁹⁾

Por lo que respecta a las pruebas o análisis para detectar la presencia de anticuerpos en contra del VIH/SIDA, se menciona la importancia de que antes de proporcionar el resultado al posible portador, se debe de realizar una prueba más para confirmar dicho resultado a través de la prueba WESTERN BLOT, a la que se le conoce como la confirmatoria, ya que por diversas circunstancias puede salir positiva la prueba de ELISA, el porque no se aplica la prueba desde el principio la de WESTERN BLOT debido a su alto costo, informes obtenidos en la Secretaría de Salud en CISIDA, el costo de esta prueba es muy elevado, por lo cual, en primera instancia se aplica la prueba de ELISA, si se obtiene un resultado positivo, se pasa a WESTERN BLOT para confirmar la presencia del padecimiento o virus en el organismo.

(38) CRIS JENNINGS. *Qué es el SIDA y como prevenirlo*. Colombia, 1994. Pág. 74.

(39) *Ibidem*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3.2 WESTERN BLOT

El Western Blot es una prueba suplementaria o confirmatorias, también es conocida como inmunoelectrotransferencia. Por lo consiguiente, el procedimiento normal consiste en verificar las muestras positivas por medio del Western blot. Esta prueba se reserva para confirmar el resultado porque es difícil y costosa.

La prueba de Western blot es muy específica, con ella se eliminan la mayoría de errores que produce la alta sensibilidad de la prueba de ELISA. La prueba del Western blot es interpretativa, osea que debe ser leída por un técnico con experiencia; por lo tanto existe la probabilidad de un error humano o de que la prueba sea indeterminada.

"La precisión de las dos pruebas combinadas para determinar si la persona es seropositiva es superior al 99.9% según estudios de investigación". (40)

Con lo antes mencionado debemos comprender que para proporcionar un resultado a la persona interesada o posible portador, debemos conocer el resultado de ambas pruebas o análisis y no provocar algun conflicto en el interesado.

Ya que según la bibliografía estudiada y en Centro de Información y prevención de SIDA, existen falsos negativos y falsos positivos, esto se entiende como posiblemente la prueba es negativa y la persona puede estar infectada, además de tomar en cuenta el periodo de ventana en el cual ya portan el virus y aún no se reproduce en el organismo. O en su defecto proporcionar un diagnóstico positivo y la persona no sea portadora del VIH.

(40) CRIS JENNINGS. Qué es el SIDA y como prevenirlo. Colombia, 1994. Pág. 75.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO IV DIAGNÓSTICO SOCIAL

El Centro de Readaptación Social del Estado de Puebla, San Miguel; entró en función en marzo de 1984 teniendo la doble función de cárcel preventiva y de cumplimiento de la pena, siendo el eje principal de 22 reclusorios distritales y de cabeceras municipales; cuenta con personal administrativo, técnico y de seguridad y custodia, teniendo como principal objetivo y responsabilidad la readaptación de los internos.

El sistema de Readaptación Social comprende tres aspectos básicos que deben cumplir los internos: El trabajo, la capacitación para el mismo y la educación; así como los medios necesarios para la readaptación social, lo que a la vez permite al interno acceder a algún tipo de libertad anticipada e integrarse a la vida en sociedad.

UNIVERSO DE TRABAJO

Población total	2466 internos
Hombres	2320
Mujeres	146

De acuerdo a su situación jurídica se encuentran de la siguiente manera:

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Internos procesados a disposición del fuero común	775	41	816
Internos procesados a disposición del fuero federal	16	62	78
Internos sentenciados a disposición del fuero común	1260	14	1274
Internos sentenciados a disposición del fuero federal	344	35	379

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo a su clasificación existen 14 dormitorios nombrados por orden alfabético de la letra A B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. Además de un Centro de Observación y Clasificación (C.O.C.). En este dormitorio se encuentra la población homosexual e internos con problemas Psiquiátricos que por seguridad deben estar aislados, ya que es un dormitorio que se debe mantener cerrado no esta permitido que nadie acuda a el. La población que habita se encuentra integrada por: 7 internos Homosexuales y 39 con problemas psiquiátricos.

En los dormitorios B, C, D, E, N se destinan para los internos procesados ya que la ley establece que deben estar separados los internos procesados y sentenciados.

"Las áreas de custodia para indiciados y procesados estarán debidamente separadas de las destinadas a sentenciados".(41)

Por lo tanto el dormitorio F, G, H, I, J, K, M. se encuentran los internos sentenciados y por lo que respecta al dormitorio A y L están clasificados como la población más conflictiva o que tiene problemas, que por algún motivo de seguridad personal no puede convivir con el resto de la población. En cuanto a la clasificación para distribución de dicha población, comprendiendo las características particulares del individuo las circunstancias del delito, los antecedentes de su vida y otros datos útiles para efectuar una evaluación inicial a cerca de la forma como debe ser tratado el individuo en su proceso de integración social, el objetivo de la clasificación pretende: La readaptación social de los internos, propiciar la convivencia armónica entre ellos, favorecer las medidas de tratamiento, evitar la contaminación criminología y coadyuvar a la seguridad de la institución.

(41) Reglamento Interior para los Establecimientos de Reclusión del Estado de Puebla. Art. 17, pag 12

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MUESTRA:

De 2456 internos se detecto que la población contaminada por VIH/SIDA son 24 CASOS DETECTADOS, lo que representa el 0.973% de la población, de los cuales se ha comprobado su padecimiento a través de análisis clínicos o pruebas serológicas, tales como ELISA O WESTERN BLOT.

Existen ciertos dormitorios a los que podríamos considerar como grupos de riesgo, entre los que podemos mencionar al dormitorio de procesados al "D" y "E", de los sentenciados al "J" y "K", sin olvidar al dormitorio "L" en el cual se presentan actualmente más casos detectados de VIH/SIDA, se considera el más conflictivo, el personal técnico y de custodia no tiene acceso al mismo, sólo a través de un enmallado debido a la falta de control y como medida de seguridad, ya que se han presentado conflictos tales como el secuestro del personal de custodia y continuas amenazas. El dormitorio "L" se encuentra ubicado en una área aparte del resto de los dormitorios, en el cual existen 10 casos más de VIH/SIDA, como consecuencia del uso de drogas intravenosas al que han recurrido y promiscuidad existente, como consecuencia del abandono y marginación que han sido objeto por pertenecer a este dormitorio que se encuentra aislado del resto de la población, actualmente existe una demanda de violación sexual de un interno que por algunos días permaneció en este dormitorio como castigo por haber infringido el reglamento, como sanción o castigo, fue ahí donde sufrió dicha agresión. En este dormitorio existe un líder el cual es portador de VIH/SIDA, manipulando a la población restante a realizar todo tipo de violaciones incluyendo sexuales y agresiones físicas a internos que llegan a este dormitorio como correctivo o castigo.

Por lo que respecta al resto de la población se puede calcular que existe un grupo al que podemos llamar latente, que puede ser portadores de VIH/SIDA, como consecuencia del uso indebido de drogas intravenosas con agujas que se encuentran contaminadas y prácticas sexuales sin protección, entre internos y prostitutas que prestan su servicio por tan sólo 30 o 40

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pesos, que acuden a este CERESO como sexoservidoras, o entre los mismos internos que ocultan sus relaciones sexuales ante el personal que labora en este centro por lo tanto podemos afirmar que existen algunos casos más de VIH/SIDA sin detectar y que se sigue propagando entre la población interna.

En cuanto a la investigación realizada a través de la cédula de caso se desarrollaron 6 indicadores para conocer la realidad actual de la población en estudio y son los siguientes:

1.- DATOS PERSONALES: en los que se incluye nombre o pseudonimo, fecha de nacimiento, edad, domicilio, teléfono, sexo, procedencia y escolaridad.

2.- ESTRUCTURA FAMILIAR: estado civil, familiares con los que cuenta, tipo de apoyo que recibe, así como la definición de sus relaciones interfamiliares, tanto con sus padres y hermanos como con su núcleo secundario.

3.- ENTORNO SOCIAL: que tipo de relación tiene con sus compañeros internos, como las determina y tienen conocimiento de su padecimiento.

4.- ESTADO DE SALUD: como se encuentra actualmente, cuenta con algún tipo de servicio médico, desde cuando se detecto como portador, a través de que prueba, como se contagio y si cuenta con tratamiento específico para su padecimiento. Además de analizar acerca de su conocimiento del VIH/SIDA desde su propio enfoque.

5.- SEXUALIDAD: a que edad mantuvo su primera relación sexual, con quien, actualmente cual es su preferencia sexual, cuantas parejas sexuales ha tenido desde que se detecto como portador, que método de planificación familiar y de protección sexual.

6.- ASPECTO ECONÓMICO: como cubre los gastos del hogar y de sí mismo, en que se empleaba antes de ser recluido y actualmente en que se desempeña.

Los resultados fueron los siguientes en cuanto a las gráficas y decodificación.

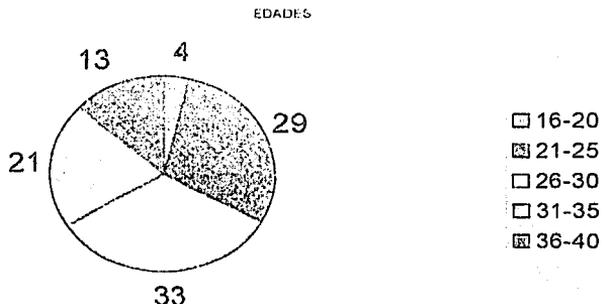
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DATOS PERSONALES
CUADRO NO. 1 EDAD DE LOS INTERNOS PORTADORES DE VIH/SIDA

EDAD	%
16-20	4
21-25	29
26-30	33
31-35	21
36-40	13
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH DE ACUERDO A SU EDAD



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

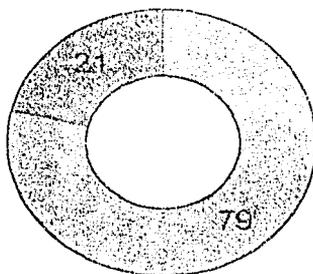
En la gráfica y análisis anterior se observa que de los casos detectados de VIH/SIDA, la edad predominante oscila entre los 26 y 30 años de edad, lo cual significa que representa el 33% del total de la población detectada. Podemos destacar que existen jóvenes de 16 a 20 años contagiados de VIH/SIDA, ya que en nuestro estado la mayoría de edad se considera a partir de los 16 años de edad y representa el 4.16% del total de la población portadora, otro dato importante es que no existen casos de diagnóstico sobre VIH / SIDA en internos con edad mayor a los 41 años. Los internos portadores con mayor porcentaje su edad oscila entre los 26-30 años, esta información se confirma con los datos obtenidos con la Coordinación General del programa IMSS en donde se refiere que Puebla tiene el mayor porcentaje de hombres adultos portadores de VIH/SIDA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SEXO	%
MASCULINO	79
FEMENINO	21
TOTAL	100

Fuente. Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH SEGUN SEXO



MASCULINO
 FEMENINO

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

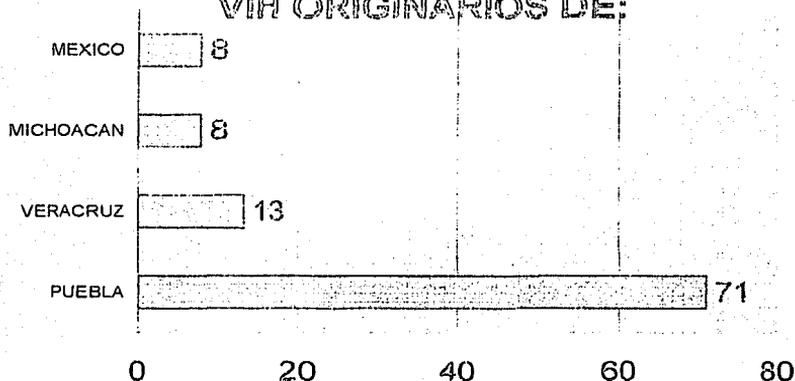
De la población estudiada, se observa que existe mayor número de casos detectados en la población masculina representando un 79% y la población femenina representa el 21% de casos detectados, esto es reflejo de que es mayor la población de internos siendo 2320 y la población femenina con un total de 146 mujeres, por lo tanto no se puede adivinar que es mayor el número de casos contagiados de sexo masculino, ya que la población femenina es menor en comparación del total de los internos.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

ESTADO	%
PUEBLA	71
VERACRUZ	13
MICHOACAN	8
MEXICO	8
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH ORIGINARIOS DE:



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

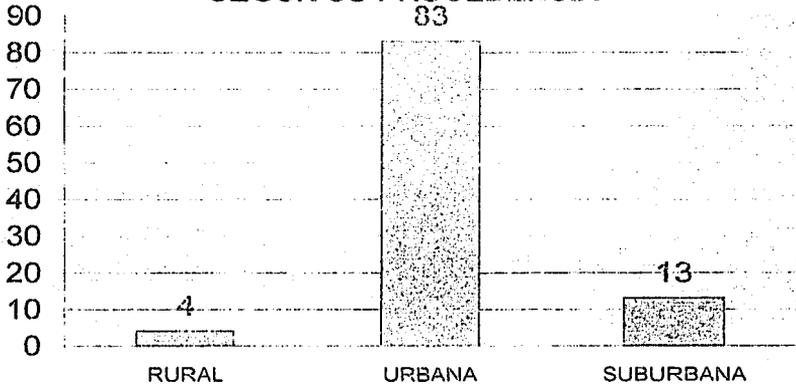
De los casos detectados de VIH/SIDA, el mayor porcentaje de acuerdo a su lugar de origen Puebla representa el 71 por ciento, procedentes del Estado de Veracruz es el 13 por ciento y Michoacan y México ambos con el mismo porcentaje de 8, esto se refiere al estado de origen, sin contemplar el lugar donde contrajeron dicho padecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDENCIA	%
RURAL	4
URBANA	83
SUBURBANA	13
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

**PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH
SEGUN SU PROCEDENCIA**



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

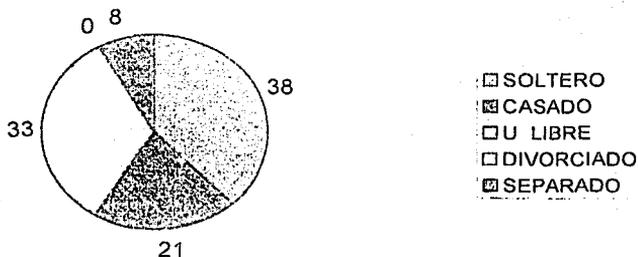
De acuerdo a la procedencia de la población detectada, observamos que la prevalencia se encuentra en internos de procedencia urbana con un 83 por ciento, el segundo lugar lo ocupa la suburbana con un 13% porcentaje y el rural un 4%. Podemos considerar y además aclarar que según los datos arrojados de la población en estudio, la forma de contagio es sexual, esto se deberá a que el mayor número de casos detectados son de procedencia urbana posiblemente como consecuencia de la prostitución y promiscuidad existente en la Cd. de Puebla.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

EDO. CIVIL	%
SOLTERO	38
CASADO	21
U. LIBRE	33
DIVORCIADO	0
SEPARADO	8
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH SEGUN SU ESTADO CIVIL



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

En relación a los casos observados de acuerdo a su actual estado civil, el mayor número se observó que son solteros representando un 38%, en unión libre un 33%, casados un 21% y separados un 8%, siendo que no existe alguno divorciado.

Es alarmante que el mayor número de casos detectados sean solteros, lo que implica que aún no mantengan una relación estable o específica lo que pudiera incrementar el número de personas infectadas debido a la promiscuidad.

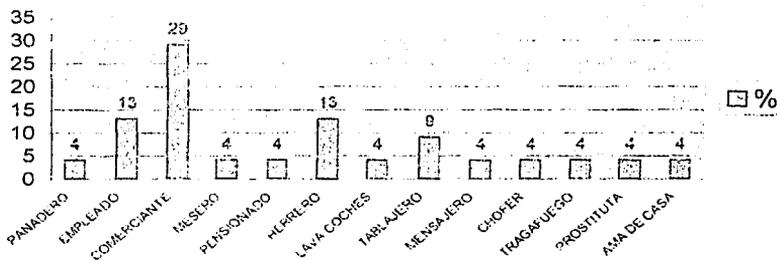
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 6 EMPLEO AL QUE SE DEDICABAN ANTES DE SER RECLUIDOS EN EL CERESO

OCUPACIÓN	%
PANADERO	4
EMPLEADO	13
COMERCIANTE	29
MESERO	4
PENSIONADO	4
HERRERO	13
LAVA COCHES	4
TALAJERO	9
MENSAJERO	4
CHOFER	4
TRAGAFUEGO	4
PROSTITUTA	4
AMA DE CASA	4
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH SEGUN SU OCUPACIÓN



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

En relación a los empleos u oficios a los que se dedicaba la población estudiada antes de encontrarse privado de su libertad, se observó que el mayor porcentaje se dedicaba al comercio con un 29%, en segundo lugar con el mismo porcentaje de 13, los empleados y herreros y los demás en oficios o subempleos. Considerando de suma importancia que representa el 4% quien se dedicaba a la prostitución, en tal caso puede ser posible que sea mayor el número de casos portadores de VIH/SIDA sin que sean aún diagnosticados. Además podemos considerar que la actividad a la que se dedicaban antes de ser recluidos son afición o subempleos, lo cual significa que carecen de estudios, para que al reintegrarse a la sociedad cuenten con un empleo fijo o tratamiento adecuado con su padecimiento.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 7 OCUPACIÓN ACTUAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO

OCUPACIÓN	%
ARTESANOS	29
COSTURERA	4
DESEMPLEADO O INACTIVO	59
COMERCIO AMBULANTE	4
CARPINTERO	4
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH SEGUN SU OCUPACIÓN



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

En relación a la ocupación actual (intramuros) observamos que la mayoría se encuentra desempleado ó inactivo representando el 59% del total de la población, ya que es importante aclarar que el sistema penitenciario no está diseñado para proporcionar empleos a la población interna debido a la falta de infraestructura y recursos económicos, el 29 se dedicaba a la elaboración de diferentes artesanías como repujado, tallado en madera, en recinado o elaboración de bolsas de plástico, y el resto representa el 4 % con el mismo porcentaje dedicado a la carpintería, comercio ambulante y costurera, se puede considerar que esta población no quiso aceptar en algunos casos que se encuentra inactivo actualmente.

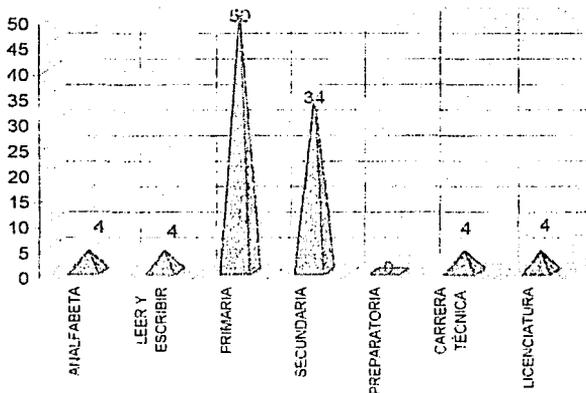
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 8 ESCOLARIDAD ACTUAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO

ESCOLARIDAD	%
ANALFABETA	4
LEER Y ESCRIBIR	4
PRIMARIA	50
SECUNDARIA	34
PREPARATORIA	0
CARRERA TECNICA	4
LICENCIATURA	4
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH SEGUN GRADO DE ESTUDIOS



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

De la población estudiada, el 4% resultó analfabeta, el mismo porcentaje para los que saben leer y escribir, de igual manera para los que estudiaron una carrera técnica y licenciatura; el mayor porcentaje se presentó con escolaridad de primaria representada con 50% de la población y el 34% de entrevistados que estudiaron la secundaria, esto nos hace concluir que el grado de estudios más frecuente solo cuentan con la secundaria, lo que va a influir en su desempeño en el área laboral al reintegrarse a la sociedad, lo que nos hace deducir que no va a contar con un tratamiento médico eficiente y suficiente para atender su padecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

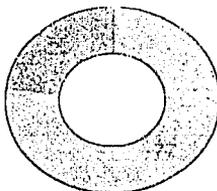
CUADRO No. 9 TIPO DE FAMILIA

TIPO DE FAMILIA	%
COMPLETA	77
INCOMPLETA	23
TOTAL	100

TIPO DE FAMILIA	%
INTEGRADA	83
DESINTEGRADA	17
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

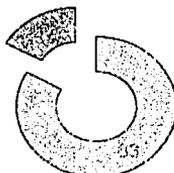
TIPO DE FAMILIA



%
 COMPLETA
 INCOMPLETA

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

TIPO DE FAMILIA



%
 INTEGRADA
 DESINTEGRADA

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

Se observa que el 23% pertenece a una familia incompleta por el fallecimiento de algún progenitor y el 77% tiene completa, aunque el 83% se encuentra desintegrada por la separación de algún o algunos integrantes de la familia y sólo el 17% esta integrada.

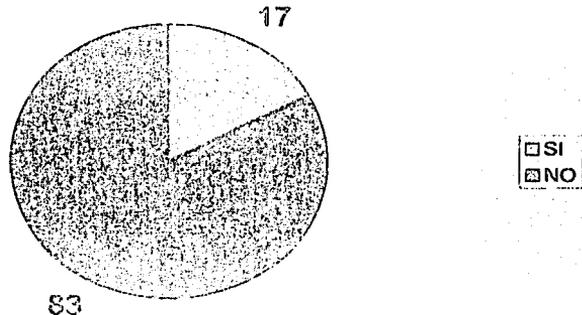
**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 10 SABEN LOS INTEGRANTES DE SU NUCLEO FAMILIAR QUE ES PORTADOR DE VIH/SIDA

SI	17
NO	83
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH QUE SU FAMILIA DESCONOCE QUE ES PORTADOR DE VIH/SIDA



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

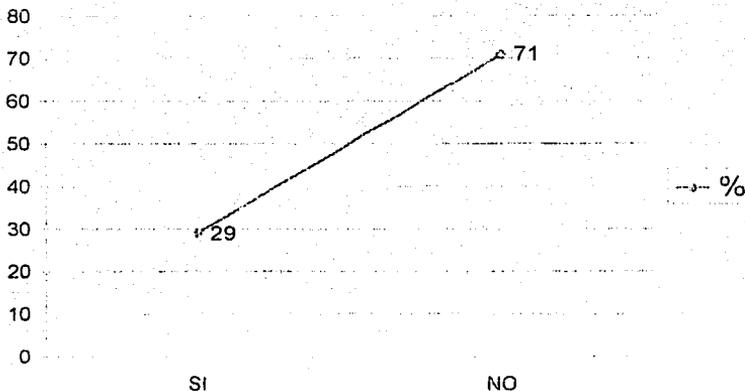
De los casos analizados, se observa que el 83% de los familiares primarios desconocen que los internos padecen de VIH/SIDA, esto se debe a la falta de información sobre dicho padecimiento o ignorancia, ya que sus familiares piensan que se pueden ver afectados o contagiados, por tal motivo, y ante el miedo de ser rechazados, prefieren mantener su enfermedad en secreto. VIH/SIDA, ya que consideran que los rechazarán y sólo 17% tiene conocimiento de que los internos padecen dicha patología.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	%
SI	29
NO	71
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH QUE TIENEN APOYO DE SU FAMILIA



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

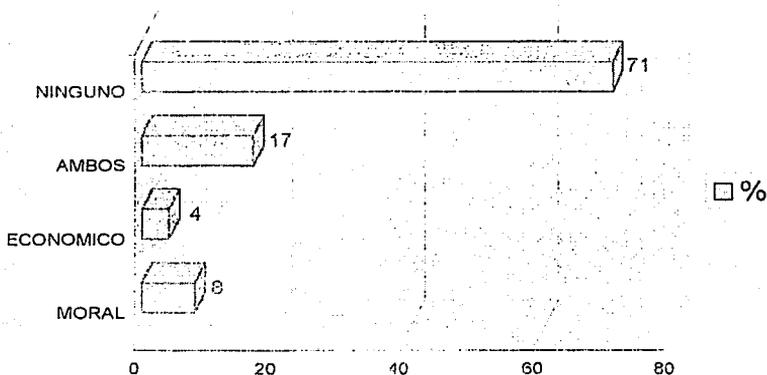
La mayor parte de los internos portadores de VIH/SIDA no tienen apoyo familiar y representan el 71%. esto se debe a que en algunos casos carecen de recursos económicos, además de que sus familiares desconocen su padecimiento debido a la desintegración familiar existente y el 29% que cuenta con apoyo de familiares o en ocasiones de amigos por solidaridad a su padecimiento, recordando que existen personas que se dedican a apoyar tanto económica, como moralmente a los portadores; estos en ocasiones aceleran su padecimiento debido a su mala alimentación y a la falta de apoyo moral, deprimiéndose y de esta forma dando oportunidad de que se desarrollen diversos padecimientos, teniendo como única probabilidad la muerte.

**ANÁLISIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DE QUE TIPO	%
MORAL	8
ECONOMICO	4
AMBOS	17
NINGUNO	71
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

**PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH QUE
RECIBEN ALGUN TIPO DE APOYO DE SU FAMILIA
PRIMARIA**



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

El apoyo familiar con el que cuentan los internos portadores es una minoría, ya que el 71% no tiene apoyo, sólo el 17% tiene apoyo moral y económico, el 8% tiene apoyo moral y sólo el 4% tiene apoyo económico, esto lo podríamos entender como escasez de solvencia económica y falta de entendimiento o desconocimiento de dicho padecimiento.

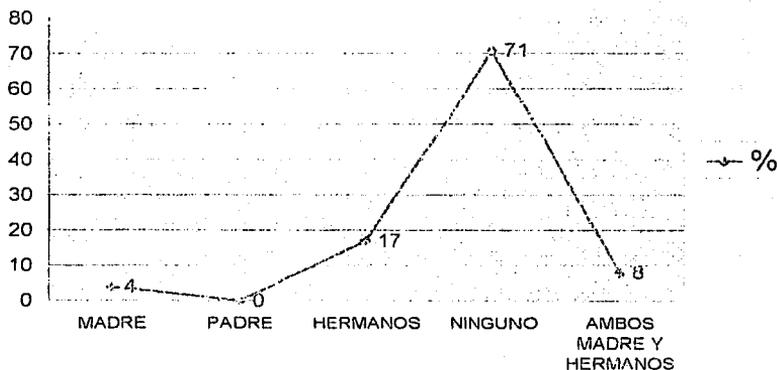
**TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 13 INTERNOS QUE RECIBEN APOYO DE SU NUCLEO FAMILIAR PRIMARIO

DE QUIEN	%
MADRE	4
PADRE	0
HERMANOS	17
NINGUNO	71
AMBOS MADRE Y HERMANOS	8
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS CON VIH QUE RECIBEN AYUDA DE:



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

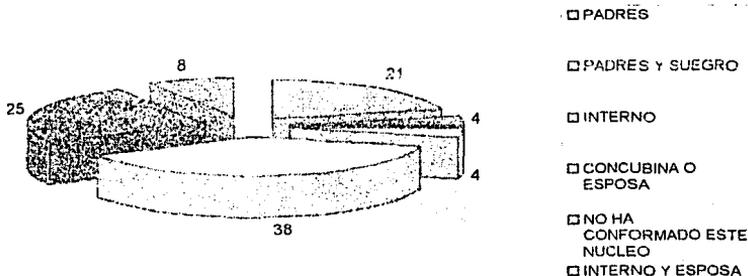
De acuerdo al tipo de apoyo de la familia primaria se detecta que en ningún caso el padre brinda el apoyo, además de recordar que el 71% no cuenta con ningún apoyo, los hermanos del interno asisten al CERESO a visita familiar a los internos portadores y representan un apoyo del 17% y la madre con un 4% en ambos casos de apoyo de la madre y hermanos representa el 8%. Con respecto a la falta de la presencia paterna, podríamos entender que vivimos matriarcales y ante la ignorancia o rechazo del padre se podría entender que dicho padecimiento lo relacionan con el homosexualismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DE QUIEN	%
PADRES	21
PADRES Y SUEGRO	4
INTERNO	4
CONCUBINA O ESPOSA	38
NO HA CONFORMADO ESTE NUCLEO	25
INTERNO Y ESPOSA	8
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS QUE LES CUBREN LOS GASTOS DE SU FAMILIA SECUNDARIA



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

En relación a determinar quien cubre los gastos de su núcleo secundario, el 38% la esposa o concubina aporta el gasto para este núcleo, en este caso el interno sufre abandono ya que la esposa o compañera asume ambos roles, además de proveer económicamente el gasto del hogar el 21 los padres del interno cubren los gastos de su esposa e hijos, el 8% entre el interno y la esposa o concubina, el 4% por parte de sus suegros y padres del interno, el mismo porcentaje lo cubre el interno y el 25% aún no conforma este núcleo.

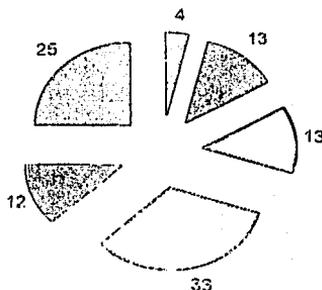
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 16 COMO SE DETERMINAN LAS RELACIONES INTERFAMILIARES DEL NUCLEO SECUNDARIO DE LA POBLACION EN ESTUDIO

RELACIONES INTERFAMILIARES DEL NUCLEO SECUNDARIO	100
LIMITADA	4
AFECTIVAS	13
RECHAZO	13
ABANDONO	33
APOYO	12
NO HA CONFORMADO NUCLEO	25
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

RELACIONES INTERFAMILIARES DE SU NUCLEO SECUNDARIO



- LIMITADA
- AFECTIVAS
- RECHAZO
- ABANDONO
- APOYO
- NO HA CONFORMADO NUCLEO

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

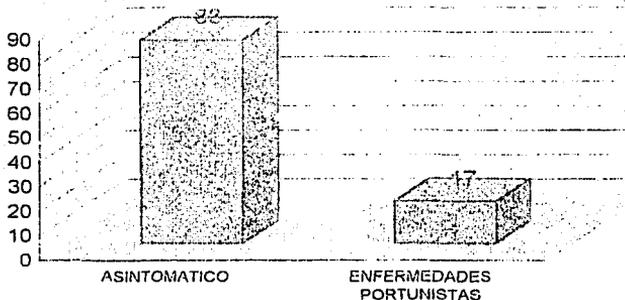
Las relaciones interfamiliares de los internos con su núcleo secundario son de la siguiente manera, el 4% son limitadas, esto se debe a que de alguna manera no cuentan con solvencia económica para visitarlos, el 13% son afectivas, con el mismo porcentaje se presenta con apoyo y rechazo, el 25% no ha conformado núcleo secundario y el 33% han sido abandonados por su esposa o concubina junto con sus hijos, ya que consideran que fueron los causantes de que estén viviendo dicho padecimiento.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	%
ASINTOMÁTICO	83
ENFERMEDADES PORTUNISTAS	17
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

ESTADO DE SALUD DE INTERNOS PORTADORES DE VIH



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

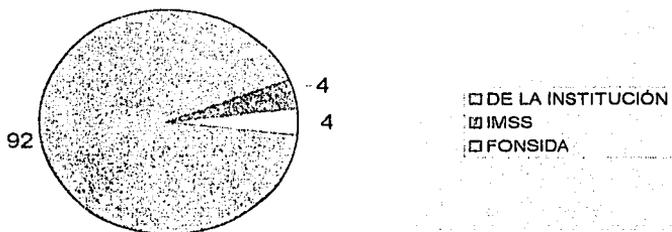
En relación al estado de salud actual de la población estudiada el 83% no presenta ninguna enfermedad, cosa que es un riesgo para ellos, situación que puede cambiar rápidamente, ya que no tienen la atención adecuada sobre su padecimiento y condiciones insalubres en las que viven y el 17% presenta enfermedades oportunistas, esto significa que el estado de salud va a ir empeorando debido a la falta de un tratamiento adecuado, y puede ser que a corto plazo aumenten sus enfermedades, como consecuencia del debilitamiento de sus sistema inmunológico y causarles hasta la muerte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SERVICIO MEDICO	%
DE LA INSTITUCION	92
IMSS	4
FONSIDA	4
TOTAL	100

Fuente. Cédula de caso aplicada en el CERESO

**PORCENTAJE DE INTERNOS QUE RECIBEN
SERVICIO MEDICO DE:**



Fuente. Cédula de caso aplicada en el CERESO

Por lo que respecta al servicio médico, el 92% de la población cuenta con el servicio de la institución y con el Hospital General de Puebla a través de un convenio que existe entre ambas instituciones, su tratamiento solo se enfoca al alivio de diferentes enfermedades que presente no a la provención, ya que en su mayoría no cuenta con un tratamiento adecuado para impedir la propagación del virus, como lo serían los antiretrovirales, ya que tienen un costo elevado y solo el 4% tiene asistencia al IMSS para tratamiento adecuado a su padecimiento, del mismo porcentaje acude a FONSIDA, ambos casos cuentan con tratamiento de prevención y control sobre VIH/SIDA. Acerca del VIH/SIDA es de suma importancia la prevención de diversas enfermedades para evitar que se desgaste el sistema inmunológico de los portadores.

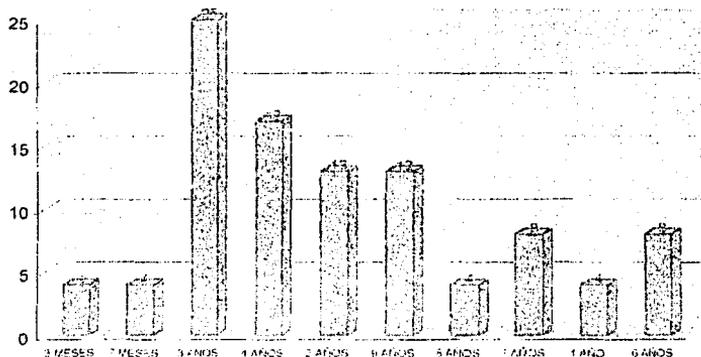
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

TIEMPO COMO PORTADOR	%
3 MESES	4
7 MESES	4
9 AÑOS	25
4 AÑOS	17
2 AÑOS	13
9 AÑOS	13
8 AÑOS	4
7 AÑOS	8
1 AÑO	4
6 AÑOS	8
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

TIEMPO EN QUE SE DETECTO COMO PORTADOR DE VIH



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

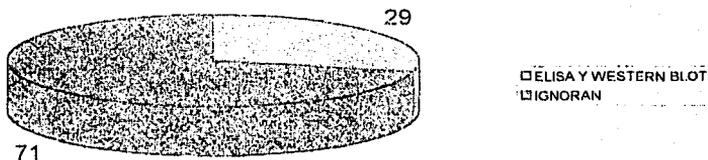
De acuerdo al tiempo en que se informó que era portador de VIH/SIDA el mayor número se presentó ya diagnosticado como tal, hace 3 años representando el 25% de la población estudiada; el 17% hace 4 años el 13% hace 2 años y con el mismo porcentaje el que se diagnosticó hace 9 años, el 8% hace 7 años, de igual manera el de hace 6 años y 4% los cuatro restantes casos, de 8 años, 1 año, 7 y 3 meses. Esto nos hace conocer que aunque hace 9 años en algunos casos se detectó como portador, actualmente se siguen presentando casos en los que podríamos aseverar que las campañas acerca de este padecimiento no han sido suficientes, y recordar que es una patología que de ser epidemia pasó a pandemia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE PRUEBA	%
ELISA Y WESTERN BLOT	29
IGNORAN	71
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS QUE SE LES DETECTO EL VIH CON LA PRUEBA:



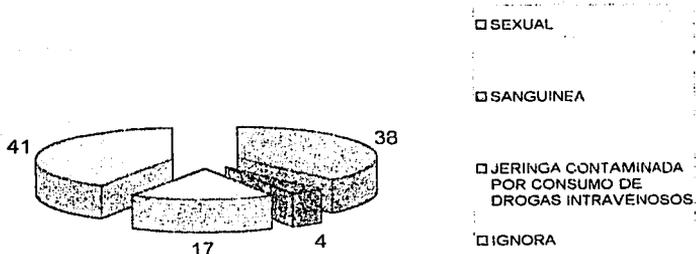
Fuente: Cedula de caso aplicada en el CERESO

En relación a las pruebas que se les aplicaron para detectarlos como portadores el 71% desconocen el tipo de prueba aplicada, esto se debe a la falta de conocimiento por parte de los portadores y a la poca explicación que realiza el personal médico para darles a conocer su padecimiento actual, recordando que un dx no se debe dar hasta realizar 2 pruebas, la primera, ELISA, que es una prueba de tamizaje que detecta la presencia en el organismo de anticuerpos contra el VIH y la segunda que es WESTERN BLOT que es la confirmatoria y solo de esta manera se podría dar este diagnóstico. Es importante señalar que para dar a conocer su diagnóstico se deba hacer a través del médico con apoyo de psicología y trabajo social, situación poco habitual, para evitar un estado de shock o confusión en el portador y evitar tendencias suicidas y colaborar en la comprensión de dicho padecimiento.

TRANSMISIÓN	%
SEXUAL	38
SANGUINEA	4
JERINGA CONTAMINADA POR CONSUMO DE DROGAS INTRAVENOSAS	17
IGNORA	41
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

FORMA DE CONTAGIO DE VIH/SIDA



Fuente. Cédula de caso aplicada en el CERESO

En relación a la forma en que se contagiaron de VIH, a través de transmisión sexual fue 38% que representa el mayor porcentaje, el 17% por utilización de jeringas contaminadas por consumo de drogas intravenosas, el 4% por transfusión sanguínea y el 42% ignora la forma de contagio. Este último dato nos arroja una importante interrogante en la que podríamos pensar en la promiscuidad de los portadores o que alternan con drogas intravenosas y se niegan a relatar su situación como portador.

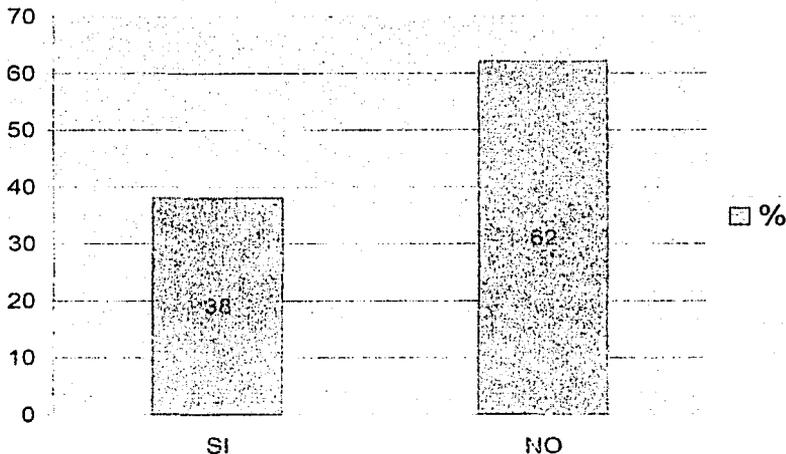
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 22 CUENTA CON ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO POR LA INSTITUCIÓN. 83

Tx	%
SI	38
NO	62
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

TIPO DE TRATAMIENTO CON EL QUE CUENTAN LOS PORTADORES



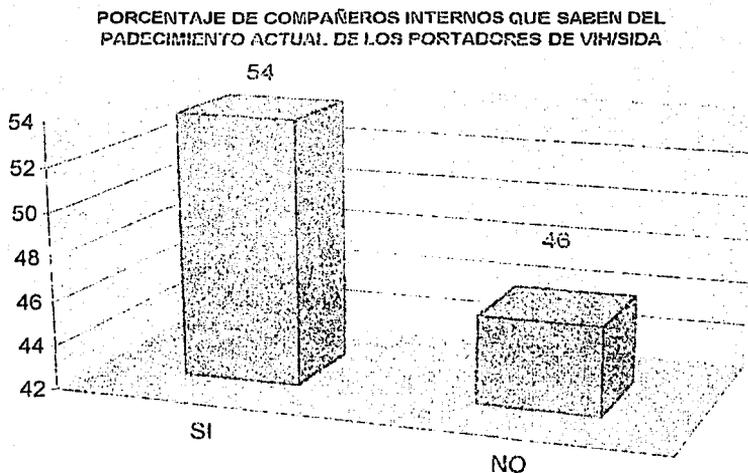
Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

Por lo que se refiere al tratamiento que reciben por parte de la institución el 38% recibe tratamiento social y participa de manera activa en un grupo creado por Trabajo Social, llamado de autoapoyo, el cual consiste en proporcionar los conocimientos elementales para mejorar su calidad de vida en cuanto a alimentación, ejercicio adecuado, y conocer a fondo lo que es el VIH/SIDA. El 62% restante no cuenta con apoyo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

	%
SI	54
NO	46
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

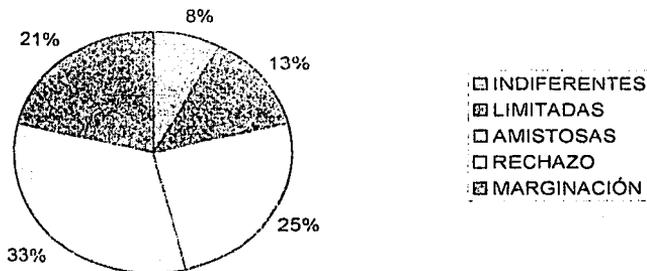
Los internos portadores de VIH/SIDA se niegan a comunicarles a sus compañeros internos su padecimiento, siendo el 54% que se niega a decirlo ó bien la oculta por miedo al rechazo o marginación y el 46% si les han comunicado a sus compañeros que son portadores, en ocasiones son rechazados por ignorancia acerca de VIH/SIDA por miedo a contraer dicha patología.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RELACIONES INTERPERSONALES	%
INDIFERENTES	8
LIMITADAS	13
AMISTOSAS	25
RECHAZO	33
MARGINACION	21
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

GRAFICO QUE DEFINE LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS PORTADORES DE VIH/SIDA



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

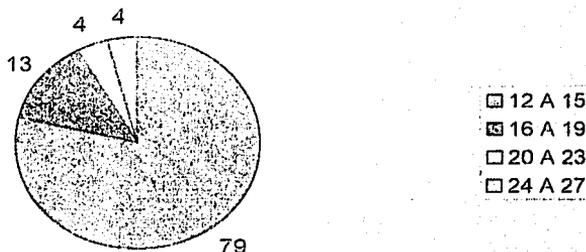
El tipo de relaciones interpersonales que manifiestan tener los portadores el 33% son de rechazo, el 25%, amistosas, el 21% de marginación, el 13% son limitadas y el 8% son indiferentes. La población estudiada manifiesta que es maltratada y rechazada por el personal de seguridad y custodia cuando saben de su padecimiento, estigmatizándolos como SIDOSOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EDAD	%
12 A 15	79
16 A 19	13
20 A 23	4
24 A 27	4
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

EDAD EN LA QUE EL INTERNO EXPERIMENTO SU PRIMER



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

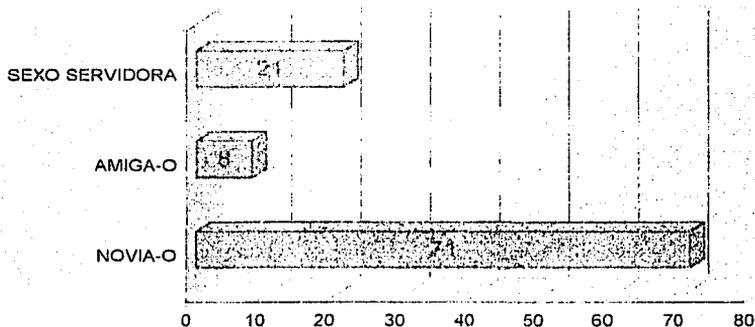
De acuerdo a la edad en que los portadores experimentaron su primera relación sexual, el 79% la tuvo entre los 12 y 15 años de edad, lo que implica que no tuvieron una orientación acerca de su sexualidad, ni problemas en los que pudieron ser implicados como enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, el 13% entre los 16 a 19 años, el 4% de los 20 a 23 años, y con el mismo porcentaje de los 24 a 27 años de edad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PERSONA	%
NOVIA-O	71
AMIGA-O	8
SEXO SERVIDORA	21
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PERSONA CON LA QUE EXPERIMENTO SU PRIMERA RELACION SEXUAL



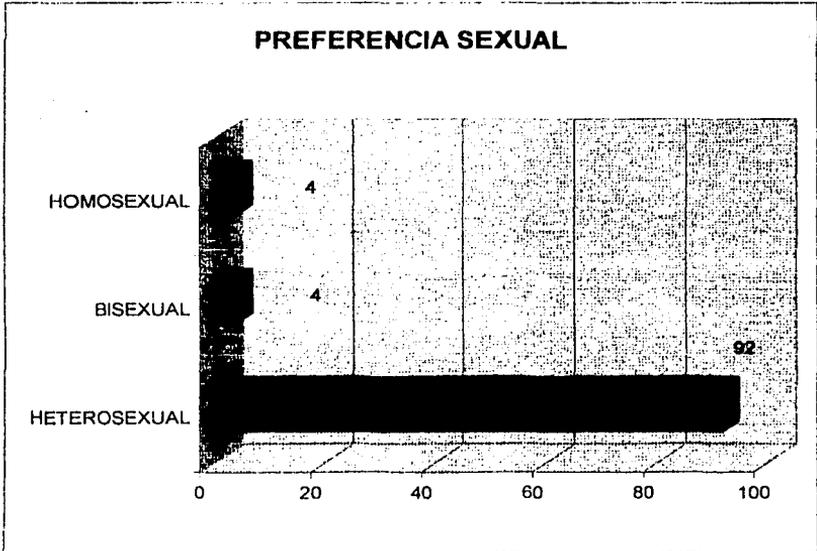
Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

La primera relación sexual experimentada manifestó que el 71% la tuvo con novio-a, el 8% con amiga-o, y el 21% fue con una sexo servidora, esto hace que este tipo de prácticas sexuales haga más susceptible a la población estudiada de contagio sobre su actual padecimiento.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PREFERENCIA SEXUAL	%
HETEROSEXUAL	92
BISEXUAL	4
HOMOSEXUAL	4
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

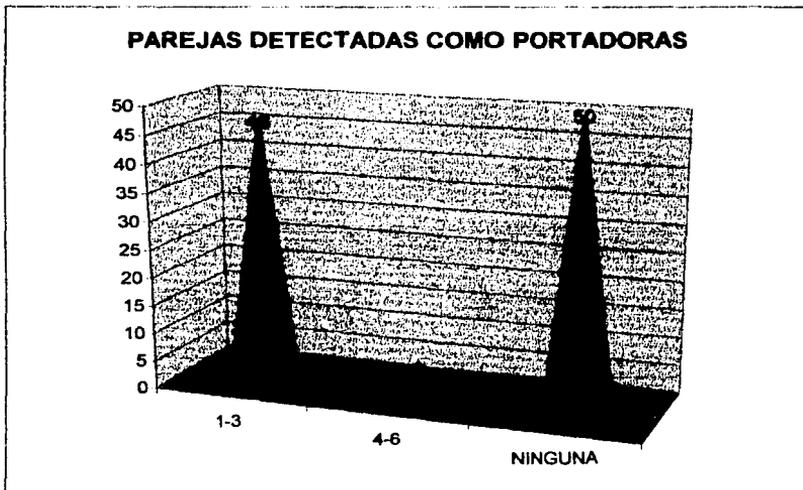
El 4% se manifestó bisexual y con el mismo porcentaje acepto ser homosexual, el 92% manifestó sus prácticas sexuales como heterosexuales, situación difícil de comprobar o creer, ya que en el medio penitenciario se observan casos de promiscuidad, lo que pudiera entenderse como protección a su familia, para no afectarlos o perderlos por las prácticas sexuales que realizan.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 28 NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DESDE QUE SE DETECTO COMO PORTADOR

No. DE PAREJAS	%
1-3	46
4-6	4
NINGUNA	50
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

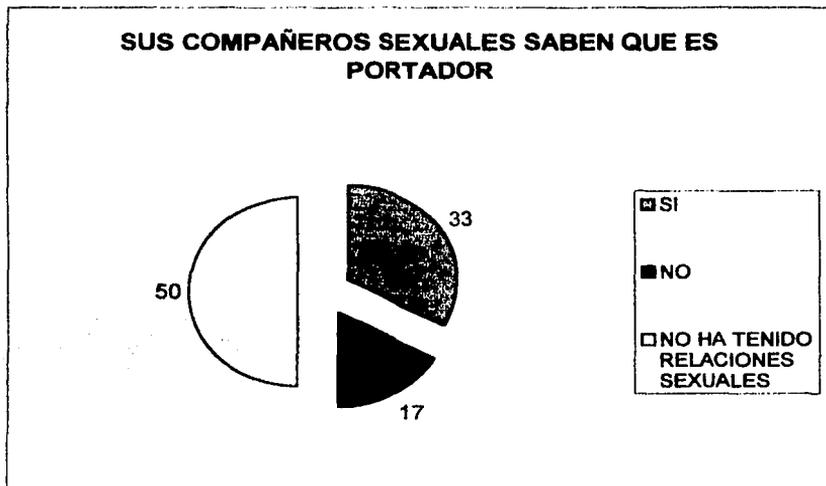
En relación a las parejas sexuales que han tenido desde que se detectaron como portadores el 50% manifiesta que no ha tenido relaciones sexuales, el 46% ha manifestado relación de 1 a 3 compañeras(os) sexuales y el 4% ha tenido de 4 a 6 compañeros sexuales. Según la SSA, refiere que por cada persona portadora existen alrededor de 10 a 15 personas portadoras no detectadas, lo que significa que si mantienen relaciones sexuales sin ninguna protección es mayor el número de personas contagiadas. Tomando en consideración los casos existentes en el CERESO, podríamos aseverar que existen de 240 a 360 casos de SIDA sin diagnóstico, tomando como punto de partida los casos existentes.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 29 SUS COMPAÑEROS SEXUALES SABEN QUE ES PORTADOR.

SABEN DE SU PADECIMIENTO	%
SI	33
NO	17
NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES	50
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

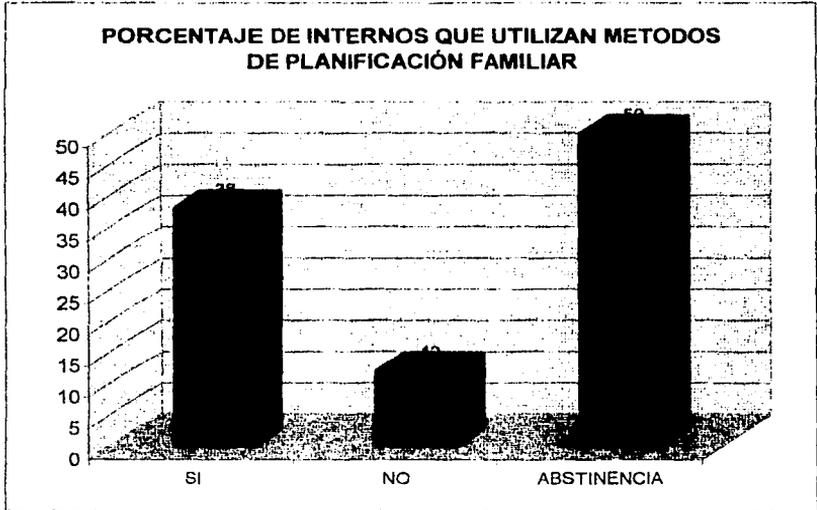
Acerca de que sus compañeros sexuales conocen de su padecimiento el 50% refiere abstinencia, el 33% que ha mantenido relaciones sexuales menciona que le ha informado a su compañero-a sexual de su cero positividad y el 17% no le ha comunicado a su compañera sexual de su patología.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 30 UTILIZACIÓN DE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

UTILIZAN METODO DE PLANIFICACION	%
SI	38
NO	12
ABSTINENCIA	50
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

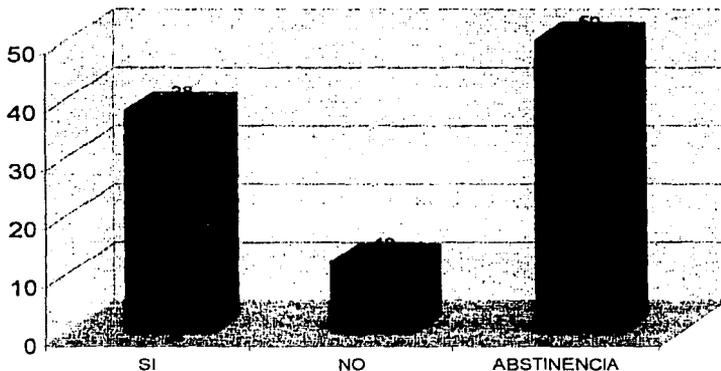
En relación a la utilización de algún método de planificación familiar el 50% se mantiene en abstinencia según los datos obtenidos, el 38% si mantienen algún método de planificación y el 12% respondió que no. En este punto nos referimos al control de la natalidad en cuanto que son portadores y por lo tanto durante el embarazo, post-parto o lactancia pueden llegar a ser portadores; he aquí la importancia del control de la natalidad de los portadores a través de algún método de planificación familiar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PROTECCIÓN SEXUAL	%
SI	38
NO	12
ABSTINENCIA	50
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

PORCENTAJE DE INTERNOS QUE UTILIZAN METODOS DE PROTECCIÓN SEXUAL



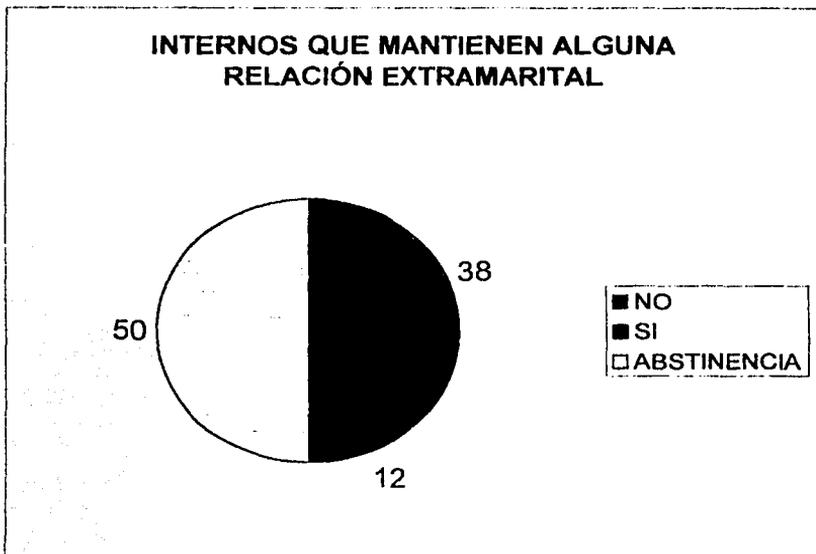
Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

De acuerdo a la utilización de algún medio de protección sexual el 50% no tiene relaciones sexuales, el 38% si se protege sexualmente a través de la utilización de preservativos, ya que el mantener relaciones sexuales entre personas portadoras el virus se activa rápidamente, y el 12% manifesto que no.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RELACION EXTRAMARITAL	%
NO	38
SI	12
ABSTINENCIA	50
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO



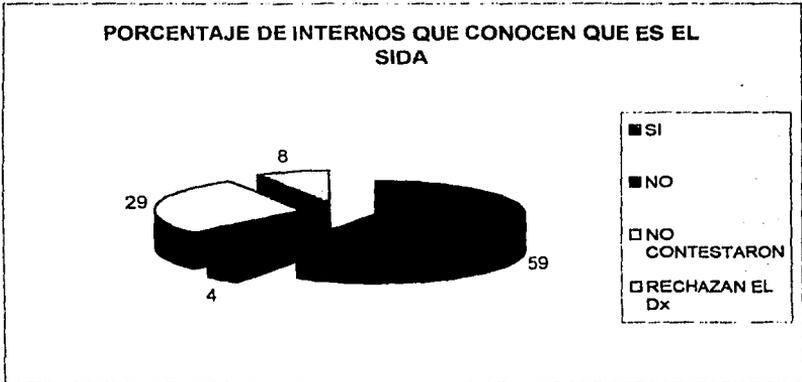
Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

Los entrevistados manifestaron que el 50% no mantiene ningún tipo de relación extramarital, ni se encuentran sexualmente activos, el 12% refiere que mantiene alguna relación extramarital y el 38% no mantiene ninguna relación fuera de su matrimonio.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SABE QUE ES EL SIDA	%
SI	59
NO	4
NO CONTESTARON	29
RECHAZAN EL Dx	8
TOTAL	100

Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO



Fuente: Cédula de caso aplicada en el CERESO

En relación al concepto que tienen acerca del VIH/SIDA, el 29% no contestó, el 59% definió el concepto con sus propias palabras relacionándolo con la muerte, el 8% rechazan ser portadores y el 4% no pudo definirlo argumentando que no sabe. La importancia de este punto radica que a través de las respuestas obtenidas en casi ningún caso lo relacionan con la prevención, todos se ven impactados ante tal pronóstico y se relacionan con la muerte, por lo tanto se detecta la falta de conocimiento real de tal patología que si no tienen un panorama profundo de su realidad, como se encontrara la demás población acerca de la infección.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.2 DIAGNOSTICO

Para conocer la realidad actual en la que viven los internos portadores de VIH/SIDA dentro de esta institución, acudimos al empleo y consulta de diferentes fuentes tanto documentales, de audio y video como de campo, en primera instancia el conocimiento de esta patología desde los primeros casos detectados en 1981 en Estados Unidos, hasta los avances más recientes sobre este padecimiento, en donde se analizó libros, revistas, periódicos, manuales, etc. así como material audiovisual e Internet. Además del Diario de Campo y la aplicación de la Cédula de Caso. Este instrumento se diseñó con el objetivo de identificar la situación actual de los portadores y diseñar algún procedimiento para contribuir a la prevención y atención de forma integral sobre este virus.

El trabajo de campo consistió en la aplicación de la cédula de caso, de tal manera que nos dio a conocer todo lo relacionado con su forma de vida y su enfermedad, conociendo la problemática a la que se enfrentan, para de esta forma determinar la magnitud del problema a través de los diferentes casos analizados.

Es importante señalar que en nuestro estado la mayoría de edad esta considerada a partir de los 16 años de edad, diferencia que existe con algunos otros estados de la república, la edad predominante con relación a la población en estudio oscila entre los 26 y 30 años de edad, representando el mayor porcentaje del total de la población, con un 33%, por lo tanto estamos hablando de personas relativamente jóvenes. El porcentaje de internos según su sexo el 79% esta representado por hombres y el 20% por mujeres, esto no quiere decir que sea mayor el número de portadores de sexo masculino, sino que la población recluida en este CERESO, es menor en comparación con la masculina.

Por lo que respecta a su lugar de origen el mayor porcentaje es de origen poblano representado por el 70% y el 13% con internos originarios del estado de Veracruz, datos que debemos recordar teniendo en cuenta que a nivel de entidad federativa este estado tiene el primer lugar de personas portadoras de VIH/SIDA, lo que significa que esto contribuye a la diseminación de la patología, con la emigración de estas personas en todo el país. Con relación a su procedencia observamos que la prevalencia se encuentra en internos de procedencia urbana, lo cual se debe relacionar con el nivel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de sexo servicio que existe en las comunidades urbanas o nivel de promiscuidad en el que se desarrolla nuestra sociedad.

Por lo que respecta al estado civil de los internos se observo, que el mayor porcentaje de la población en estudio se encuentra en unión libre con un 33% y el porcentaje que le sigue son los solteros con un 38%, por lo tanto es importante señalar con respecto a este punto, sería imprescindible si procrearan hijos, conque medidas de prevención y bajo que circunstancias. En el caso de los divorciados y separados, observamos que se debe a que la población en estudio contagio a su compañera o esposa, ya que mantuvo alguna relación extramarital.

En relación a los empleos en los cuales se desempeñaban antes de haber sido reclusos en este CERESO, se observo que en la mayoría de los casos carecían de un empleo estable, siendo que el mayor porcentaje representado por un 29% se dedicaba al comercio establecido y ambulante, el resto de la población se dedicaba a subempleos u oficios, destacando la presencia que el 4% se dedicaba a la prostitución. Actualmente dentro de esta institución denotamos la mayor parte de la población en estudio se encuentra desempleado o inactivo representada por un 59%, lo que indica que nuestro sistema de readaptación carece de las condiciones necesarias en cuanto a organización para establecer fuentes de trabajo, y el resto de la población trabaja en oficios en la que dependen de otra persona y son explotados con bajos sueldos y largas jornadas de trabajo, los que realizan actividades por su cuenta realizan diferentes artesanías en donde la ganancia es muy reducida.

Otro dato importante lo representa la escolaridad obtenida de la población en estudio, lo que podríamos relacionar con el nivel de comprensión o aceptación acerca de su patología, ya que el 4% es analfabeta, el mismo porcentaje para los que saben leer y escribir y el mayor porcentaje lo representa con 50% internos que terminaron la primaria.

De los casos analizados es alarmante el saber que el 83% le ha ocultado a sus familiares su padecimiento por miedo al rechazo y sólo el 17% de los familiares de los internos tienen conocimiento de su patología. Por lo tanto el impacto del interno sobre su enfermedad lo enfrenta sólo, en ocasiones con tendencias equivocadas como el suicidio o abandono por ellos mismos, sin encontrar alguna alternativa de solución o de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Del porcentaje que recibe apoyo familiar sólo el 17% lo apoyan tanto económicamente como moral, los demás casos reciben apoyo moral debido a que provienen de familias de escasos recursos económicos. Es importante señalar que en ningún caso en estudio reciben el apoyo o visita de su padre, siendo que la madre y hermanos lo visitan, esto podría entenderse que se debe a que en ocasiones relacionan al VIH/SIDA con la homosexualidad y debemos recordar que vivimos en una sociedad en donde aún no se superan estos mitos.

De acuerdo con los datos obtenidos observamos que para solventar los gastos del hogar recurren al apoyo tanto de familiares de él, como los de su esposa o concubina, ya que las fuentes de trabajo existentes en este CERESO son mal pagadas y además no son suficientes para esta población. Sus relaciones interfamiliares con su núcleo secundario las definen de abandono con un porcentaje del 33%, relacionadas con el rechazo y limitadas. Sólo el 12% refirió que se siente apoyado y podría definirlos como afectivos.

En cuanto al estado de salud de los internos portadores de VIH/SIDA, la mayor parte de ellos manifestaron que su estado de salud aún no ha sido afectado por ninguna enfermedad, en cambio el 17% padece enfermedades oportunistas que van desde una simple gripa hasta diarreas por más de 15 días consecutivos, de tal manera se ha visto afectado su sistema inmunológico, percibiendo cierto desgaste físico en estos internos y pérdida de peso, además de que no cuentan con un tratamiento adecuado, debido a que los recursos económicos de la institución son limitados para atender a la población sólo dos de los casos registrados cuentan con apoyo médico extramuros, en donde se les proporciona el tratamiento adecuado, uno es por parte del IMSS ya que el interno se encuentra pensionado por esta institución y el otro pertenece a FONSIDA atendido en el Hospital General de este Estado.

Acerca del tiempo en que se detectado como portadores varía demasiado, van desde los tres meses hasta los nueve años, en algunos casos refieren el haberse negado a someterse algún análisis por miedo a confirmar su sospecha de ser portadores y otros se confirma al realizarse dicho análisis como consecuencia de haber actuado sin responsabilidad y el interno lo reconoce claramente.

El 71% de la población en estudio ignora el tipo de análisis que se le realizó para detectarlo como portador, siendo alarmante que el 42% ignora la forma en que contrajo el VIH/SIDA, esto nos hace pensar en prácticas sexuales sin responsabilidad y protección, o en su defecto el no aceptar la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

utilización de drogas intravenosas y la forma de transmisión que prevalece entre los portadores es la sexual, por lo que se refiere al tratamiento que reciben por parte de este CERESO, sólo el 38% recibe tratamiento social, ya sea por parte del departamento de Psicología o de Trabajo Social a través de pláticas encaminadas al entendimiento del virus, elevando su autoestima, para el cambio de sus condiciones de vida y aceptación de dicha enfermedad.

El mayor temor de los internos es que el resto de la población se entere de que es portador, sólo el 54% le ha hecho saber a sus compañeros de su padecimiento, ya que el 33% manifiesta que es rechazado por tener dicho padecimiento, definiendo sus relaciones limitadas, indiferentes y en ocasiones de rechazo y sólo el 25% las define amistosas aclarando que se debe a que es un pequeño grupo que son los que conocen de su enfermedad como lo son sus compañeros de celda.

De acuerdo con la edad en que los portadores experimentaron su primera relación sexual, se detectó el mayor porcentaje con un 79% entre lo 12 y 15 años de edad, lo que determina que carecieron de orientación acerca de su sexualidad, la mayoría de ellos la experimentaron con una novia y el 21% con una sexoservidora, lo que hace más susceptible a la población en estudio de contagio de su actual padecimiento. Por lo que respecta a su preferencia sexual actual de los entrevistados la mayoría se manifestó como heterosexual y sólo dos casos se manifestaron uno como bisexual y el otro como homosexual.

En cuestión a las compañeras-os sexuales que han tenido desde que se detectó como portador el 50% refiere abstinencia, situación difícil de entender debido a la promiscuidad existente dentro de esta institución, el 46% ha tenido de una a tres compañeras sexuales, situación alarmante ya que según la SSA refiere que por cada caso diagnosticado de VIH/SIDA, existen alrededor de 10 a 15 personas portadoras no diagnosticadas, con referencia a este punto sólo el 33% de los infectados menciona el haber informado a su compañera sexual de su padecimiento, el 17% niega esta información.

De la población que se declaró sexualmente activa sólo el 38% utiliza algún método de planificación familiar, en lo referente al control de la natalidad, en cuestión de protección sexual, sólo el 38% utiliza preservativo refiriendo que esto se debe a que les han informado que al mantener relaciones sexuales entre personas portadoras el virus se activa rápidamente, deteriorando su sistema inmunológico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El 12% de los portadores manifestó haber mantenido alguna relación extramarital. Acerca del conocimiento de la que es el VIH/SIDA, el 59% tiene un concepto muy vago de la que es el SIDA, refiriéndola como una enfermedad ligada con la muerte, sin conocer o profundizar más acerca de su padecimiento, el 29% se negó a contestar, el 4% ignora su significado y el 8% se niega aceptar el diagnóstico.

Por lo tanto podemos afirmar que esta población carece de la información adecuada, tanto para la prevención como para el tratamiento, lo que indica que al conocer su padecimiento lo relacionan con la muerte.

El panorama en el que se desenvuelven los portadores de VIH/SIDA no es muy alentador ya que carecen o ignoran la realidad de su padecimiento, lo que intensifica dicha enfermedad, con ideas y acciones equivocadas de los portadores o salidas fáciles, con tendencias suicidas o abandono de ellos mismos. De tal manera se hace necesaria la intervención del Trabajador Social, tanto para la capacitación del personal, internos portadores y población en general, para que a través de distintas alternativas de acción, colaboremos en la prevención y en el caso de los ya detectados como portadores elevemos su calidad de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROPUESTA DE MODELO DIAGNÓSTICO.

El problema de infección por VIH/SIDA, es un fenómeno social, que afecta indistintamente a hombres, mujeres, niños, niñas; de cualquier edad, sexo, profesión, religión, situación socioeconómico y cultural. Primero se consideraba que las víctimas eran las personas de orientación o preferencia homosexual, posteriormente los casos fueron detectados en hemofílicos tratados con transfusiones sanguíneas. Finalmente la madre también transmite el virus de inmunodeficiencia humana a su hijo durante el embarazo y postparto. Este problema es intenso y no exclusivo de homosexuales.

Los Centros de Readaptación Social y las Cárceles de nuestro Estado de Puebla, no son la excepción. La población de estas instituciones se ha triplicado en los últimos años. Los internos son admitidos y puestos en libertad con mucha frecuencia, lo que les hace participes activos en la sociedad. Así como ellos entran y salen de la prisión; lo mismo ocurre con los problemas y enfermedades asociadas al encarcelamiento, como lo es el VIH, infección que pudieron haber contraído en algún momento de su vida, por el uso de drogas intravenosas o por haberse realizado algún tatuaje con agujas contaminadas, y el mayor riesgo que se ha presentado en las personas ha sido a través de sus relaciones sexuales independientemente de su preferencia sexual, intramuros o extramuros. Los portadores del VIH y los que no lo son, se han desarrollado en un seno familiar y social con ideas equivocadas respecto a su sexualidad y satisfacción de la misma, predominando más los mitos, tabúes y falacias

En el medio circundante penitenciario de los portadores de VIH/SIDA, predomina el rechazo afectivo y marginación social entre sus mismos compañeros de cuarto y en ocasiones del personal que labora en estos Centros, estigmatizándolos como enfermos de SIDA llamándoles SIDOSOS aún cuando únicamente sean portadores del VIH, o bien llamándolos homosexuales sin serlo. Los trastornos depresivos y tendencias suicidas del interno portador del VIH son latentes, buscando una salida inmediata a la realidad que enfrentan; aunado a la privación de su libertad, por haber infringido la Ley, algunos internos tienen sentencias hasta de 30 años. Por lo que es necesario también atender esta problemática de los pacientes portadores, ya que hoy son sintomáticos, mañana estarán con enfermedades oportunistas graves que los lleve a una fase terminal. Y como no se ha efectuado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

prevención desde la familia y la escuela, lo más factible es que tendremos cada día casos nuevos de seropositividad y muchas veces sin que uno tenga conocimiento de ellos.

Durante su estancia en reclusión se da la necesidad de proporcionar una atención integral a los internos, y en cuanto a la Prevención de VIH/SIDA va más allá del sexo seguro, sino más bien encaminada a la reeducación sexual de los internos.

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa un reto tanto para las autoridades institucionales como para los servicios de salud, no basta sólo el mencionar estadísticas, sino ir más allá, enfrentar el reto en cuanto a la prevención y control de esta patología.

Los avances en nuestro país han sido y son insuficientes, queda mucho por hacer para ofrecer mejores perspectivas con relación a este fenómeno, por lo tanto toca a las autoridades correspondientes, a través de los promotores de la salud, tener un conocimiento más profundo de salud-enfermedad sobre el VIH/SIDA.

Con el acopio de conocimientos que nos permitan entender esta enfermedad, prever las necesidades, identificar las condiciones de riesgo, orientar y así mismo identificar prioridades y utilización de recursos disponibles para planificar y mejorar las condiciones de vida de los portadores y no olvidar la prevención y orientación adecuada del SIDA y las diferentes enfermedades de transmisión sexual.

La información sobre los casos detectados de SIDA es importante, así mismo determinar la magnitud actual del problema, situación que no conocemos con exactitud, ya que sólo tenemos conocimiento de internos portadores dentro de este CERESO con diagnóstico a través de pruebas como ELISA Y WESTRN BLOT y de la población restante que podría considerarse de riesgo debido a la promiscuidad en que se desenvuelven, el consumo de drogas de manera intravenosa o la realización de tatuajes, siendo estos internos una presa fácil como consecuencia de su reclusión y abandono, por parte de los familiares y sociedad en general.

Es necesario por lo tanto conocer, estudiar y contribuir a la prevención del VIH/SIDA, y de esta manera, proporcionar los elementos necesarios para mejorar las condiciones de vida de quien padece esta enfermedad, por lo tanto se presente el siguiente trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ALTERNATIVA PROPUESTA PARA LOS INTERNOS DEL CERESO PUEBLA

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTOS y MATERIALES
ELABORACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO PARA INICIAR TRABAJO DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES	PREPARAR LOS ELEMENTOS Y MATERIAL INDISPENSABLES PARA TRABAJAR CON ADOLESCENTES Y PORTADORES DEL VIH	AUDIOVISUALES PLIEGOS DE PAPEL BOND ROTAFOLIO CABALLETE CARTELES
TEMAS: 1. ATRACCIÓN SEXUAL 2. MASTURBACIÓN 3. FANTASÍAS SEXUALES 4. MANEJO DE SENTIMIENTOS Y NECESIDADES SEXUALES	ENCAMINADOS A MEJORAR EL AUTO ESTIMA Y RELACIONES INTERPERSONALES DE LAS PERSONAS, PARA LOGRAR UNA PLENITUD SEXUAL.	TÉCNICAS Y DINÁMICAS DE GRUPO, ASÍ COMO TALLER VIVENCIAL
CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA	DAR A CONOCER LOS MECANISMOS PARA TENER UNA RESPUESTA SEXUAL SATISFACTORIA A TRAVÉS DEL USO DE TODOS LOS SENTIDOS	APOYO CON AUDIO VISUALES, TALLERES VIVENCIALES.
TEMAS: 1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2. PRÁCTICAS SEXUALES DE ALTO RIESGO. 3. SEXO PROTEGIDO	DAR A CONOCER LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, LOS SÍNTOMAS Y MANERA DE PREVENIRLOS Y/O COMPARTIRLOS. EL RETO DE EJERCER NUESTRA	APOYO CON AUDIO VISUALES, TALLERES VIVENCIALES Y DINÁMICAS DE GRUPO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>4. SEXO SEGURO 5. USO ADECUADO DEL CONDÓN</p> <p>TEMAS: 1. ORIENTACIÓN Y PREFERENCIAS SEXUALES 2. IMPLICACIONES JURÍDICAS DE LA CONDUCTA SEXUAL HUMANA.</p>	<p>ACTIVIDAD SEXUAL CON RESPONSABILIDAD Y SEGURIDAD INFORMAR Y ORIENTAR A LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES, LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR Y DESEAR EL NACIMIENTO DE UN NUEVO SER. ASÍ COMO EL USO ADECUADO DE LOS DISTINTOS ANTICONCEPTIVOS. EVALUAR EN FORMA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA.</p>	<p>AUDIOVISUAL ROTAFOLIOS PELÍCULAS DINÁMICAS DE GRUPO</p>
<p>TEMAS: SALUD REPRODUCTIVA. PLANIFICACIÓN FAMILIAR EMBARAZO. METODOS ANTICONCEPTIVOS. EVALUACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO</p>	<p>INFORMAR Y ORIENTAR A LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES, LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR Y DESEAR EL NACIMIENTO DE UN NUEVO SER. ASÍ COMO EL USO ADECUADO DE LOS DISTINTOS ANTICONCEPTIVOS. EVALUACIÓN EN FORMA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA.</p>	<p>AUDIOVISUAL ROTAFOLIOS PELÍCULAS DINÁMICAS DE GRUPO</p>
<p>LANZAR LA CONVOCATORIA PARA EL CONCURSO DE CARTEL SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA.</p>	<p>CON LA FINALIDAD DE PREPARAR EL EVENTO CORRESPONDIENTE AL DÍA MUNDIAL DEL SIDA. RECONOCER EL TIEMPO Y DEDICACIÓN DE CADA UNO DE LOS IN-</p>	<p>CARTELES PROPAGANDA DIPLOMAS.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BUSCAR PATROCINADORES.	TEGRANTES QUE CUMPLIERON CON SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE EDUCACION SE- XUAL Y PREVENCION DEL VIH/SIDA.	
PROMOVER LA CONMEMORACION DEL DIA MUNDIAL DEL SIDA		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEDIDAS GENERALES PREVENTIVAS (Para la población interna).

1.- Sexo seguro mediante el uso del preservativo, en todo contacto sexual que exista penetración.

2.- No compartir objetos personales contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos dentales, navajas, rastrillos para rasurar, etc.) y en general objetos punzocortantes de uso personal.

MEDIDAS GENERALES PARA LOS INTERNOS PORTADORES DE VIH

1.- Realizar prácticas sexuales mediante el uso del preservativo.

2.- No donar sangre, semen u órganos para trasplante

3.- No compartir objetos personales contaminados con sangre.

4.- No estar en contacto con personas enfermas, con padecimientos contagiosos.

5.- Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco.

6.- Acudir a atención médica periódicamente

RECOMENDACIONES

- Tener una alimentación balanceada
- Mantener una higiene adecuada
- Acudir al médico en caso de cualquier enfermedad para tratamiento.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONCLUSIONES

En la investigación realizada, se considero importante el VIH/SIDA, debido a los efectos que produce en los internos portadores de VIH/SIDA y población en general, refiriéndonos no sólo al Centro de Readaptación social del estado de Puebla, sino del resto del país, ya que los efectos que produce tal padecimiento afecta indistintamente a hombres y mujeres, sin importar edad, condición económica, cultural o social e incluyendo a las personas que se encuentran privadas de su libertad por la comisión de algún delito y sentencia que deben cumplir.

Cada día aumenta la evidencia de un incremento en el índice de infección por VIH/SIDA entre los internos, partiendo de la premisa que la mayoría de los internos provienen de los estratos más pobres de la sociedad, aunado a que son usuarios de drogas inyectables o la realización de tatuajes, sin ninguna medida de prevención o cuidado al compartir agujas que posiblemente estén contaminadas de dicho virus, además de las prácticas sexuales que realizan sin protección alguna, por lo tanto aumenta el riesgo de resultar infectados de VIH/SIDA.

Prevenir la transmisión de VIH/SIDA en los diferentes Centros de Readaptación no sólo protege a los internos sino también a la sociedad en general.

La mayoría de los presos permanece recluida por ciertos periodos y al cumplir su sentencia se deben incorporar a la sociedad y con esto contribuir a la diseminación de dicho virus a través del continuar con el uso de drogas intravenosas o realización de sexo sin protección.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo tanto se hace necesario que la adopción de medidas para reducir la diseminación del VIH/SIDA, en donde los funcionarios e internos se involucren en el desarrollo de programas a través de la capacitación que ayude a enfrentar el medio a la infección, los prejuicios y tabúes sobre el SIDA.

Una parte esencial de éstos es la educación sobre las diferentes enfermedades de transmisión sexual, así mismo la distribución de preservativos para de esta forma reducir el riesgo de contagio.

Todo esto se hace más difícil debido a la problemática actual que se vive en los diferentes reclusorios del país como lo es la sobrepoblación y el tráfico de drogas que refleja el poco o casi nulo del control de dicho sistema penitenciario, aunado a la carencia de recursos económicos para adoptar Políticas de acción o programas que frenen la diseminación de las diferentes enfermedades de transmisión sexual.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

AGUIRRE SANDOVAL. E ALFONSO Educación de la Sexualidad. México 1994 Editorial DUCERE BUAP Facultad de Psicología pag 146

BARTLTT JOHN G. Y FINKBEINER, ANN K... Guía para vivir con VIH y SIDA. México 1996. Editorial Diana. pag. 464.

C. CASTELLANOS, MARIA.. Manual de Trabajo Social. México 1999. Ediciones científicas La Prensa Medicina Mexicana. pag. 193

CASTAÑEDA GARCÍA, CARMEN., Prevención y Readaptación Social. México 1979 Editorial Instituto Nacional de Ciencias Penales. Pag. 138

CECCOTTI. EDUARDO LUIS., Manifestaciones orales del SIDA. México 1995 Editorial Panamericana pag. 396.

DEL OJO CORDERO. DIEGO., SIDA Y Piel. México 1989, ediciones DUYMA pag. 384.

DE LA ROZ., ARCELIA., Sexualidad humana. México 1991. Ediciones de Cultura Popular Universidad Autónoma Metropolitana pag. 189

DEVITA. VINCENT T... et al. SIDA: Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. México 1990. Editorial Salvat pag. 477

DEREK LLEWELLYN. JONES., Enfermedades de transmisión sexual como identificarlas y prevenirlas. México 1985 Editorial Grijalbo pag. 181

DANIELS. VICTOR G., SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. México 1988 Editorial El Manual Moderno pag. 181

DE ROBERTIS., CRISTINA., Metodología de la intervención en Trabajo Social. Argentina 1988. Editorial ATENEO. pag. 225

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FERNANDEZ FONSECA. GERARDO., La vida en los reclusorios, México 1992. Editorial Asociados Mexicanos pag 78

GATELL ARTIGAS. JOSEP M., Guía práctica del SIDA, México 1992. Ediciones científicas. pag 366.

GALVAN DÍAZ. FRANCISCO., El SIDA en México: Los efectos Sociales, México 1988. Ediciones de Cultura Popular Universidad Autónoma Metropolitana. Pag 399

GENNIGS. CRIS., Qué es el SIDA y cómo prevenirlo, México 1994. Grupo Editorial NORMA. pag. 81

GRMEK D. MIRKO., Historia del SIDA, México 1992 Siglo XXI Editores pag. 349

HAYWARD. JOHN A., Historia de la medicina, México 1987 pag.

HALABE CHEREM. JOSÉ., El internista. medicina interna para el internista, México 1997 Mc Graww-Hill Interamericana Editores pag. 1430

ISIDORE. SILVER., Introducción a la Criminología, México 1985 Compañía Editorial Continental pag. 316

LESSING. DORIS . Las cárceles elegidas, México 1993. Editorial Fondo de Cultura Económica. pag 97

LÓPEZ AGUIRRE. LUIS ENRIQUE., et al. Acompañamiento humano y cristiano al enfermo de SIDA, Colombia 1995 Editorial Kimpres Ltda. Pag. 164.

LORENZO. RICARDO., et al. SIDA. El asunto esta que arde, Madrid 1987 Editorial Revolución S:A:L: pag. 107

LUNA. GERMAN., et al. SIDA, diagnóstico y tratamiento, México 1995. Galo Editores. pag. 392.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MASTERS W. JONHSON V. La sexualidad humana. México 1985 Manual moderno pag. 194

MILLER. DAVID . et al Atención de pacientes de SIDA. México 1994. Editorial El Manual Moderno. pag. 241

NEUMAN. ELIAS., El problema sexual en las cárceles. Buenos Aires 1987. Editorial Universidad. pag. 222

NEUMAN. ELIAS., Victimología y control social. Buenos Aires 1994. Editorial Universidad pag. 281

PÉREZ SÁNCHEZ. JORGE., Bases Psicológicas de la delincuencia y la conducta antisocial. Barcelona 1987. Promociones y Publicaciones Universitaria. pag. 220

PODAIR. SIMÓN.. Las enfermedades venéreas. México 1986 Editorial PAX. pag. 61

PONCE DE LEÓN ROSALES. MANUEL., et al. Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. México 1997. pag. 107

RIVERO SERRANO. OCTAO., et al. Memoria del primer congreso mexicano de Trabajo Social criminologico y penitenciario. México 1984 UNAM PAG. 346

SANDE. MERLE A Y VOLBERLING P A. Manejo médico del SIDA. México 1992. Editorial Interamericana pag 445

SCHERER GARCÍA. JULIO., Cárceles. México 1998. Editorial Alfaguara. pag. 133.

THOMAS FORD. MICHAEL., ¿Qué honda con el SIDA? México 1994 Editorial SELECTOR pag. 199

VEGA RUIZ. JOSE AUGUSTO., Tratamiento jurídico del SIDA. Madrid 1992, Editorial Colox. pag. 141.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO

CEDULA DE CASO

Fecha _____

I.- DATOS GENERALES:

PSEUDONIMO: _____		FECHA DENAC: _____	
EDAD _____			
DOMICILIO FAMILIAR: _____			
TELEFONO: _____			
SEXO	A) MASCULINO	B) FEMENINO	
ORIGINARIO _____			

II.- DATOS PERSONALES:

- 1.- PROCEDENCIA:
 - A) RURAL
 - B) URBANA
 - C) SUBURBANA
- 2.- ESTADO CIVIL:
 - A) SOLTERO
 - B) CASADO
 - C) UNIÓN LIBRE
 - D) DIVORCIADO
 - E) SEPARADO
- 3.- OCUPACIÓN EXTRAMUROS: _____
- 4.- OCUPACIÓN ACTUAL: _____
- 5.- ESCOLARIDAD:
 - A) ANALFABETA
 - B) LEER Y ESCRIBIR
 - C) PRIMARIA 1° 2° 3° 4° 5° 6°
 - D) SECUNDARIA 1° 2° 3°
 - E) PREPARATORIA 1° 2° 3°
 - F) CARRERA TECNICA
 - G) LICENCIATURA TRUNCA TERMINADA

III.- ESTRUCTURA FAMILIAR PRIMARIA:

- 6.-
 - A) COMPLETA
 - B) INCOMPLETA
 - C) INTEGRADA
 - D) DESINTEGRADA
 - E) MIXTA
- 7.- SABEN LOS INTEGRANTES DE ESTE NUCLEO QUE ES PORTADOR DE VIH/SIDA
 - A) SI
 - B) NO
 POR QUE _____
- 8.- TIENE APOYO DE ELLOS
 - A) SI
 - B) NO
- 9.- DE QUE TIPO
 - A) MORAL
 - B) ECONÓMICO
- 10.- DE QUIEN
 - A) MADRE
 - B) PADRE
 - C) HERMANOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

IV.- ESTRUCTURA FAMILIAR SECUNDARIA:

NOMBRE	EDAD	PERENTESCO	SEROPOSITIVO DESDE	HACE QUE TIEMPO ATRAVÉS DE QUE PRUEBA
				SI NO NO SABE

11 - QUIEN CUBRE LOS GASTOS DEL HOGAR

12 - SUS RELACIONES INTERFAMILIARES CON ESTE NUCLEO LAS CONSIDERA

- A) INDIFERENTES
- B) LIMITADAS
- C) AFECTIVAS
- D) RECHAZO
- E) ABANDONO
- F) APOYO

V.- ASPECTO SALUD:

13 - SU ESTADO DE SALUD ACTUAL ES:

- A) ASINTOMATICO
- B) PRESENTA ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

14 - CUENTA CON ALGÚN SERVICIO MÉDICO

- A) IMSS
- B) ISSSTE
- C) ISSSTEP
- D) HOSPITAL MILITAR
- E) SSA
- F) PARICULAR
- G) DE LA INSTITUCION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

15.- HACE CUANTOS AÑOS SE DETECTO COMO PORTADOR

16.- A TRAVÉS DE QUE PRUEBA

17.- SE CONTAGIO DE VIH/SIDA A TRAVÉS DE:

- A) TRANSMISIÓN SEXUAL
 B) TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
 C) JERINGA CONTAMINADA POR CONSUMO DE DROGAS
 D) OTRA _____

18.- ACTUALMENTE CUENTA AON ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN

- A) SÍ TIPO _____ B) NO DE QUE

VI.- RELACIONES EN SU ENTORNO SOCIAL:

19.- SABEN SUS COMPAÑEROS INTERNOS QUE ES PORTADOR DE SIDA

- A) SÍ
 B) NO
 C) POR QUE _____

20.- SUS RELACIONES INTERPERSONALES LAS DEFINE COMO:

- A) INDIFERENTES D) RECHAZO
 B) LIMITADAS E) MARGINACIÓN
 C) AMISTOSAS

VII.- ASPECTO SEXUAL:

21.- A QUE EDAD TUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

22.- CON QUIEN

- A) NOVIA-O
 B) AMIGA-O
 C) SEXO SERVIDORA

23.- SU PREFERENCIA SEXUAL ACTUAL ES:

- A) HETEROSEXUAL
 B) BISEXUAL

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

24.- CUANTAS PAREJAS SEXUALES HA TENIDO DESDE QUE SE DETECTO COMO PORTADOR _____

25.- SABEN QUE ES PORTADOR DE VIH/SIDA

- A) SI
- B) NO
- C) CUAL ES SU REACCIÓN

26.- UTILIZA ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- A) SI
- B) NO
- *A) DEFINITIVO
- *B) TEMPORAL

27.- UTILIZA ALGÚN MÉTODO DE PROTECCIÓN SEXUAL

- A) SI
- B) NO

28.- MANTIENE ALGUNA RELACIÓN EXTRAMARITAL

- A) SI
- B) NO

29.- SABE QUE ES EL SIDA

- A) SI
- B) NO

30.- EXPLIQUELO:

DIAGNÓSTICO _____

PRONÓSTICO _____

TRATAMIENTO _____

ALEJANDRA BARREDA GUTIERREZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO

Aftas

Ver *Candidiasis*.

Agentes antirretrovirales

Medicamentos activos contra la familia de retrovirus a la que pertenece el VIH.

Agudo

Enfermedad que alcanza rápidamente un punto crítico.

Anemia

Enfermedad de la sangre en la que se producen alteraciones en la cantidad y calidad de algunas células.

Anticuerpos

Proteínas del organismo que ayudan a combatir las enfermedades. Los anticuerpos se forman en respuesta a la infección, por ejemplo, por un virus o una bacteria. Si un individuo cree que padece una infección por virus o bacterias, una prueba que demuestre la presencia de anticuerpos contra ese virus o esa bacteria en particular confirmará la presencia de la infección.

Asintomático

Un individuo es asintomático si la prueba de infección resulta positiva, pero no hay síntomas clínicos.

Broncoscopio

Instrumento que permite examinar el interior de los bronquios, es decir, los tubos que conducen de la garganta a los pulmones.

Campylobacter

Parásito que causa diarrea.

Candidiasis

Micosis en la que el hongo causal, *Candida albicans*, infecta las mucosas, por ejemplo la boca o la vagina (aftas).

Células supresoras (T₈)

Grupo de células que suprimen o retrasan el crecimiento de los microorganismos invasores tales como bacterias, virus u hongos.

Colitis

Infección que produce inflamación del intestino.

Colposcopia

Exámen de la vagina y del cuello del útero en el que se utiliza un instrumento llamado colposcopio.

Complejo de *Mycobacterium avium* (MAC)

Complejo de dos microorganismos: *Mycobacterium avium* y *Micobacterium intracellulare*. La infección por estas bacterias causa fiebre, pérdida de peso y anemia. Este complejo también se conoce con el nombre de *Mycobacterium avium intracellulare* (MAI).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Complejo relacionado con el SIDA (CRS)

Término empleado para describir a un paciente con infección por el VIH que está enfermo y en el que la causa más probable de enfermedad es el VIH.

Cromosomas

Materia genética presente en todas las células.

Cryptococcus

Hongo parecido a la levadura que puede provocar neumonía y meningitis.

Citomegalovirus (CMV)

Virus de la familia del herpes que puede provocar retinitis, colitis y hepatitis.

Demencia

Disminución de la concentración y de la velocidad de pensamiento, pérdida de interés y lentitud en los movimientos físicos.

Demencia senil

Forma de trastorno mental en el que la mente y la inteligencia se ven afectados cuando un individuo envejece.

Diafragma

Dispositivo anticonceptivo de hule, en forma cóncava, con un anillo de plástico, que se coloca en la vagina, sobre el cuello del útero.

Dispositivo intrauterino (DIU)

Pequeño dispositivo anticonceptivo que coloca un médico en el útero.

DNA

Substancia genética de casi todos los organismos vivos, que controla la herencia y se encuentra en el núcleo de la célula.

Enfermedad pélvica inflamatoria

Inflamación del área pélvica.

Enzima

Proteína que acelera las reacciones en el organismo.

Epidemia

Enfermedad que afecta a un gran número de personas en un área determinada durante un determinado periodo.

Expectoración

Sustancia expulsada por las vías respiratorias al toser o al aclararse la garganta.

Factor VIII

Proteína especial que es esencial para la coagulación de la sangre. Los hemofílicos carecen de este factor.

Fiebre glandular

Enfermedad causada por el virus de Epstein-Barr, que afecta los ganglios linfáticos y provoca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

fiebre y dolor de garganta. También se conoce con el nombre de mononucleosis.

Frotis cervical (Papanicolaou)

Prueba en la que se toma una muestra de células del cuello del útero en búsqueda de células anormales.

Hemofilia

Enfermedad hemorrágica hereditaria causada por la deficiencia o ausencia del Factor VIII en la sangre y que impide su coagulación.

Hepatitis

Inflamación del hígado.

Histoplasmosis

Micosis que causa neumonía, infecciones óseas con fiebre y, en ocasiones, erupción cutánea.

Infección oportunista

Infección causada por bacterias, virus u hongos que aprovechan la "oportunidad" de infectar a un individuo cuyo sistema inmunitario está debilitado.

Infección por *Cryptosporidium*

Infección causada por el parásito *Cryptosporidium parvuum*, y que produce diarrea.

Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa

Grupo de medicamentos que ejercen su acción en la enzima transcriptasa inversa.

Jalea K-Y

Lubricante a base de agua que se usa en el acto sexual

Linfocitos B

Grupo de células que forman parte del sistema inmunitario. Estas células son responsables de la formación de anticuerpos.

Linfocitos T4(CD4)

Células del sistema inmunitario que coordinan la respuesta del organismo a la infección.

Linfoma

Término que designa a los tumores de las células del tejido linfático.

Meningitis

Inflamación de las membranas que envuelven al cerebro.

Mononucleosis

Ver fiebre glandular.

Mycobacterium tuberculosis

Bacteria responsable de la tuberculosis.

Neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP)

Enfermedad causada por el microorganismo *Pneumocystis carinii*. Los síntomas incluyen falta de aliento, tos seca y fiebre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nonoxinol-9

Agente espermaticida que entra en la composición de numerosas preparaciones destinadas a eliminar a los espermatozoides.

Pandemia

Enfermedad que se propaga en una zona excepcionalmente grande (varios continentes) y que afecta a una gran parte de la población.

Parásito

Organismo que vive en o sobre otro organismo vivo a expensas del mismo.

Pie de atleta

Micosis de los pies con inflamación, prurito y descamación de la piel.

Profilaxis

Prevención de una enfermedad.

Protozoario

Animal unicelular microscópico.

Quimioterapia

Tratamiento con medicamentos químicos.

Retinitis

Inflamación de la retina (parte posterior del ojo que puede causar visión borrosa o la aparición repentina de gotitas que parecen flotar en la parte anterior del ojo).

Retrovirus

Familia de virus a la que pertenece el VIH y cuya materia genética tiene una forma llamada RNA.

Salmonella

Bacteria que provoca diarrea.

Sarcoma de Kaposi

Forma de cáncer que puede afectar la piel o los órganos internos. Se debe al crecimiento de células en las paredes de los vasos sanguíneos y suele manifestarse por protuberancias rojas o púrpuras en la piel o en la boca.

Seroconversión

Desarrollo de ciertos anticuerpos que pueden detectarse en la circulación. En un paciente con infección por VIH, la seroconversión se relaciona con la producción de anticuerpos anti VIH.

Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA)

Enfermedad causada por la infección con VIH. La interacción con este virus debilita el sistema inmunitario, haciendo que el individuo infectado se vuelva más propenso a contraer infecciones que normalmente son inofensivas para personas no infectadas. Un paciente con infección por VIH no tiene SIDA hasta que presente los síntomas conocidos como enfermedades determinantes del SIDA. La presencia de una enfermedad determinante del SIDA en un paciente VIH-positivo confirma el diagnóstico de SIDA.

TESIS CON
TALLA DE ORIGEN

Sintomático

Persona que muestra características de un síntoma clínico. Este síntoma puede indicar una enfermedad específica.

Suero

Líquido amarillento que queda después de la coagulación de la sangre.

Tapón cervical

Ver "diafragma".

Toxoplasmosis

Enfermedad causada por un parásito presente en la carne mal cocida o el excremento del gato.

Torundas

Almohadillas absorbentes que permiten tomar muestras de sustancias del organismo para examinarlas.

Transcriptasa inversa

Enzima que convierte el cromosoma de RNA viral en DNA.

Tuberculosis (TB)

Enfermedad causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que provoca tos, pérdida de peso, fiebre, sudación nocturna y fatiga.

Tumor

Protuberancia causada por la multiplicación anormal de millones de células. Un tumor puede ser maligno o no.

Vacuna

Sustancia administrada a un individuo para protegerlo contra la infección por una enfermedad determinada.

Varicela

Infección causada por el virus de la varicela zoster y que provoca una erupción cutánea dolorosa, con ampollas.

Virus de Epstein-Barr

Virus de la familia del herpes que causa la fiebre glandular (mononucleosis).

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Virus causal del SIDA.

Virus de la varicela zoster (VZV)

Virus de la familia del herpes que causa la varicela y el herpes zona.

TESIS CON
CALLA DE ORIGEN