

*Factores sociales y culturales relacionados con el VIH /
SIDA en la Población garífuna de Livingston, Izabal*



GLORIA CASTILLO BONILLA

Tesis

*Presentada ante las autoridades de la
Facultad de Ciencias Médicas / Maestría en Salud
Pública para obtener el Grado de
Maestra en Salud Pública con énfasis en Epidemiología*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
I INTRODUCCIÓN.....	5
II ANTECEDENTES.....	8
III OBJETIVOS.....	40
IV MATERIAL Y MÉTODOS.....	41
V DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	47
VI DISCUSIÓN.....	58
VII CONCLUSIONES.....	66
VIII RECOMENDACIONES.....	68
IX BIBLIOGRAFÍA.....	70
X ANEXOS.....	76

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Gráfico N° 1	Distribución de casos de VIH/SIDA en población garífuna, según grupo de edad, Livingston, Izabal 2002	47
Cuadro N° 1	Distribución de casos de VIH/SIDA, en la población garífuna, según sexo, Livingston, Izabal 2002	48
Cuadro N° 2	Distribución de casos de VIH/SIDA, según el país de residencia anterior, Livingston, Izabal 2002	48
Cuadro N° 3	Distribución de casos de VIH/SIDA, según el estado civil, Livingston, Izabal 2002	49
Cuadro N° 4	Distribución de casos de VIH/SIDA, según la ocupación, Livingston, Izabal 2002	49
Cuadro N° 5	Distribución de casos de VIH/SIDA, según consumo de alcohol, Livingston, Izabal 2002	50
Cuadro N° 6	Distribución de casos de VIH/SIDA, según uso de droga, Livingston, Izabal 2002	50
Cuadro N° 7	Identificación del conocimiento del condón por los garífunas del Municipio de Livingston, Izabal 2002	51
Gráfico N° 2	Identificación del concepto VIH/SIDA por los garífunas en el Municipio de Livingston, Izabal 2002	52
Gráfico N° 3	Identificación de mecanismos de transmisión VIH/SIDA por los garífunas en el Municipio de Livingston, Izabal 2002	53
Gráfico N° 4	Identificación de los Síntomas del VIH/SIDA por los garífunas en el municipio de Livingston, Izabal 2002	54
Gráfico N° 5	Identificación del mecanismo de prevención del VIH/SIDA por los garífunas en el Municipio de Livingston, Izabal 2002	55
Gráfico N° 6	Opinión sobre el uso del condón que tienen los Garífunas en el Municipio de Livingston, Izabal 2002	56
Gráfico N° 7	Razones de los garífunas respecto de la resistencia a usar el condón en el Municipio de Livingston, Izabal 2002	57

Resumen

El Ministerio de Salud Pública reportó el primer caso de SIDA en 1984 y, hasta junio de 2000, se han notificado, oficialmente, 3,692 casos. Livingston, Izabal, es uno de los municipios más afectados; de 74 casos reportados, el mayor porcentaje son garífunas (66.7%) a pesar de que les corresponde solamente el 27% de la población local (Márques 2002:14).

Existen características socio-culturales que aumentan la probabilidad de riesgo del pueblo garífuna. Conocer esas características facilitaría la acción preventiva y disminuiría la incidencia y vulnerabilidad de contagio de la población en general.

Esta tesis plantea un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo consiste en identificar los factores socioculturales relevantes. Para realizar el estudio se analizaron todos los casos de VIH/SIDA registrados en el Centro de Salud de Livingston y se hicieron entrevistas directas y a profundidad en lengua garífuna.

El desempleo, la migración, el turismo, las relaciones sexuales múltiples y el consumo de alcohol son factores que se relacionan con la propagación de la epidemia, asimismo, identifican a los garífunas como un grupo humano de alto grado de vulnerabilidad.

I INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA, ha desencadenado una epidemia a nivel mundial que resulta ser más extensa de lo que se predijo hace apenas una década (ONUSIDA 2000:4). En América Latina se estima que durante el año 2000 se infectaron 210.000 adultos y niños en la región. Al término del año 2000 había alrededor de 1.8 millones de adultos y niños viviendo con el VIH o con SIDA, en comparación con 1.7 millones al final de 1999. Estas estadísticas alarmantes demuestran la magnitud y rapidez de la propagación del virus y la existencia de un gran número de personas infectadas que han empezado a enfermar o fallecer.

En el mundo, excepto África subsahariana, hay más varones que mujeres infectados por el VIH que fallecen por causa del SIDA (ONUSIDA: 2000). En la actualidad, más del 95 % de las personas infectadas por el VIH, vive en el mundo llamado "en desarrollo" (o "países pobres del Sur") y es en estos países en los cuales se ha producido el 95 % de las defunciones causadas por el SIDA hasta la fecha; sobre todo, en adultos jóvenes que, en condiciones normales se encontrarían en los años de máxima actividad productiva y reproductiva. Las múltiples repercusiones de estos hechos ya se hacen sentir a nivel económico, como lo demuestra un estudio sobre la situación en la costa atlántica de Honduras (Sierra 2000).

En los países de Centroamérica y, especialmente, en la costa caribeña, el VIH se está propagando, principalmente, a través de las relaciones sexuales donde las tasas son generalmente más elevadas (OPS 2000). Los países de la región con tasas del VIH más elevadas son: Honduras, Guatemala y Belice. Estos países sufren una epidemia heterosexual de crecimiento rápido, con tasas de prevalencia del VIH entre adultos

que oscilan entre el 1 y el 2%. Hasta finales de 2001, se registraron en Centroamérica 25,535 casos de SIDA con 6,559 defunciones, convirtiendo esta región en el área de crecimiento más acelerado de la epidemia en el continente (PNUD 2003:88).

En Guatemala, hasta este momento, el número de casos de SIDA ha sido relativamente bajo. El Programa Nacional de Control y Prevención del SIDA ha reportado, aproximadamente, 2,500 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia. Sin embargo, otras estimaciones han indicado que existe un subregistro del 80%; por lo cual se considera que el número real estaría varias veces por encima de la cifra informada oficialmente. Por otra parte, los reportes gubernamentales solamente estiman a personas que han desarrollado el síndrome sin incluir datos que orienten acerca de la dinámica de la infección del VIH en personas sintomáticas. Proyecciones del impacto socioeconómico del SIDA para el año 2,000 informaron que la infección VIH habría alcanzado 40,000 casos, con un incremento en la población de 19-30 años y que el patrón de transmisión en Guatemala será, básicamente, heterosexual. Dadas las condiciones que prevalecen en Guatemala y que favorecen la infección VIH/SIDA, ésta seguirá siendo una parte importante de la realidad de salud guatemalteca en el próximo siglo (Arathoon et al 1995).

Se planteó como objetivo principal del presente estudio la descripción de los factores sociales y culturales más relevantes que inciden en el grupo de los casos VIH/SIDA comprobados en la población garífuna de Guatemala. El Departamento de Izabal es uno de los departamentos que se encuentra arriba del cuartil 3. Una investigación efectuada en el área de salud de Izabal señala, en segundo lugar, el Municipio de Livingston como uno de los más afectados por el VIH/SIDA con 74 casos durante el año 2,000, representando el mayor porcentaje, la etnia garífuna con 50 casos (66.6%, Márques 2002:14).

Como metodología de la investigación se planteó un estudio descriptivo de corte transversal, tomando todos los 50 casos de VIH/SIDA registrados en el Centro de

Salud de Livingston y procediendo a recolectar la información a través de entrevistas directas y a profundidad realizada en lengua garífuna.

Se encontró, como factores relevantes del entorno social: el desempleo, la migración, el turismo, las relaciones sexuales múltiples y el consumo de alcohol que están relacionados con la propagación de la epidemia VIH/SIDA. Existen también factores personales y culturales que inciden, entre los cuales podemos mencionar los antecedentes sexuales individuales (número de compañeros, número de actos sexuales sin protección y naturaleza de los actos sexuales), y el rechazo al uso del preservativo (condón) por miedo de no ser aceptados como pareja. La combinación de estos elementos identifican a los garífunas de Livingston como un grupo humano de alto grado de vulnerabilidad.

Para superar esta situación se recomienda una acción combinada de información, prevención y tratamiento en el campo de la salud sexual y reproductiva, con mediación cultural y lingüística adecuada, y, con el reconocimiento público, colectivo y explícito de la epidemia de parte de las organizaciones culturales y religiosas locales. Esto implica un cambio cultural inducido por los mismos líderes de la comunidad garífuna, promoviendo y difundiendo nuevos valores y nuevas prácticas culturales como estrategia de cambio endógeno de los conceptos alrededor de prevención y tratamiento de esta enfermedad.

II ANTECEDENTES

A. LOS GARÍFUNAS

Los garífunas o "caribes negros" ("black caribs") representan un pueblo de origen arawak (indígenas pobladores de las antillas y de extensas áreas de la Amazonía) que poblaron durante muchos siglos las islas del caribe oriental, especialmente, San Vicente y Dominica.

La lucha de los garífunas contra las invasiones de los colonizadores ingleses, franceses y holandeses está bien documentada desde el siglo XVII y cuando fueron evangelizados por misioneros católicos franceses y se sabe que en alianzas diversas los habitantes de San Vicente (*Yuruméina*) consiguieron mantenerse independientes hasta fines del siglo XVIII (González 1979: 43).

Durante todo este siglo las islas del caribe se transformaron en zonas de plantación de la caña de azúcar, principal producto de exportación de las Américas a Europa y base económica del sistema esclavista, que forzó a millones de africanos a migrar como esclavos al Caribe y a la costa atlántica del Continente americano (González 1979: 16,17).

La población indígena de las Antillas se había reducido drásticamente por enfermedades epidémicas introducidas desde el mediterráneo europeo y por los trabajos forzados impuestos por los conquistadores, agravado por el despojo de las tierras comunales que disminuyó, drásticamente, su base alimenticia.

A fines del siglo XVIII, un 90% de la población de las islas del Caribe era de origen africano. Así, se explica que en el transcurso de la lucha de los indígenas caribes

(“garífunas”) de mantenerse independientes del Sistema colonial europeo, recibieron muchos negros fugitivos de las plantaciones (“cimarrones”) y otros náufragos que se integraron a sus comunidades, su economía y como guerreros defensores contra los cazadores de esclavos.

El último bastión de los caribes independientes era una parte del Norte de la isla de San Vicente, donde un importante jefe garífuna de nombre *Santuyé* (*Chatoyé*) en 1795 llamó a todos los hombres a las armas para expulsar, en alianza con algunos colonos franceses, a los ingleses de la isla (González 1979:20,22). En una lucha de más de un año, las tropas francesas, finalmente, fueron derrotadas y capitularon en junio de 1796. Este hecho precipitó el comienzo de una guerra de exterminio contra los caribes que culminó en la deportación de los sobrevivientes en abril de 1797 a la isla de Roatán en la bahía de Honduras, hoy conocida como Punta Gorda, Roatán.

Se supone que menos de dos mil garífunas fundaron a principios del siglo XIX las primeras comunidades en el litoral de Honduras, en las cercanías de Trujillo, de donde se expandieron rápidamente por la costa caribeña hacia el Norte hasta llegar, en 1802, a La Buga en la boca del Río dulce, lugar fundado por el líder mítico Marcos Sánchez Díaz y que hoy es sede del municipio de Livingston, Izabal. Más adelante, fundaron varias comunidades en el Protectorado de Honduras Británica (hoy Belice) y hacia el Sur en casi todo el litoral hondureño, expandiéndose en el siglo XIX hacia la Laguna de Perlas (“Pearl Lagoon”) de Nicaragua, donde fundaron otras cuatro comunidades.

En la actualidad, el pueblo garífuna habita la costa caribeña, desde Dangriga (antes Stann Creek) en Belice hasta la Laguna de Perlas en Nicaragua. La totalidad de la población garífuna alcanza, según estimaciones, unas 300.000 personas, en 53 pueblos o aldeas en el litoral del Caribe centroamericano, 36 de ellos en Honduras, incluyendo un grupo cada vez más numeroso de emigrantes a los EE.UU., que

formaron una diáspora culturalmente unida, principalmente, en Nueva York (en los barrios de Brooklyn y Bronx, González 1980:48).

1) Distribución espacial de los garífunas en Guatemala

Livingston posee un área aproximada de 1,940 kilómetros cuadrados, y su zona urbana está habitada por, aproximadamente, 20.000 personas que se distinguen por pertenecer a una de las tres principales etnias regionales: los garífunas, los maya - q'eqchi' y los ladinos.

La distribución étnica en el perímetro urbano de Livingston se ofrece en el cuadro 1.

Cuadro 1: Distribución étnica de los habitantes de Livingston

Etnia	Habitantes	Porcentaje
Q'eqchi'	9,302	44,3 %
Garífuna	5,656	26,9 %
Ladinos	5,500	26,2 %
"Coolies"	538	2,6 %
Otros	8	-
Total	21,004	100 %

Fuente: Centro de Salud Livingston, 2000

Según los datos del Censo Nacional de Población y de Habitación del año 2002, el municipio de Livingston cuenta con 48.588 habitantes (INE 2003:26), de los cuales más del 50% corresponde al pueblo maya-q'eqchi' y el 15% a los garífunas.

La población garífuna está concentrada en Livingston en los siguientes barrios: Barbería, Guamilito, La Loma, Minerva, París (ex-Caribal), Pueblo Nuevo, San Francisco Nevagó, Campo Moro, San José y en Puerto Barrios: Estrecho y El Rastro.

Se estima, además, una población total de, por lo menos, 8,000 garífunas livingsteños en los EE.UU., que mantienen vínculos estrechos de parentesco y culturales con su comunidad de origen (Catanhede e Silva 2001).

Siguiendo a Ghidinelli (1977) y Ellington (1998) el entorno geográfico de la comunidad Garífuna de Labuga (Livingston) se concentra, para las mujeres, en una franja de tierra hasta, aproximadamente, 2 Km. tierra adentro, que incluye el barrio con sus viviendas y las “plantaciones” para los cultivos. Muchas mujeres garífunas desconocen el espacio más alejado de la playa, que es centro social y espacio de encuentro con los hombres. Para los hombres, la geografía es al revés y tiene su centro en el mar, un “territorio” definido y limitado por derechos precisos para la pesca artesanal, la caza de las tortugas y los manatíes, y, tiene como lugar de convergencia con las mujeres, la playa. En este sentido, la cosmovisión garífuna corresponde a la complementariedad de los géneros, dando preferencia a las mujeres y a la tierra en la vida social y ritual, pero, manteniendo un alto grado de movilidad (e inestabilidad del tejido social) por el lado de los hombres y del mar. Esta división del espacio se expresa también en el hecho de que las mujeres no saben nadar ni pescar, mientras que los hombres “no saben limpiar pescado”.

Fuera de los garífunas existen otras comunidades negras en la costa caribe de Centroamérica, los “Creoles” inglés-hablantes o “Isleños” de las Islas de la Bahía o “Bay Islands” en Honduras y los negros hispano - parlantes de formación colonial y presencia más dispersa en Guatemala.

Actualmente, hay una bipolaridad en la identidad de los garífunas en Centroamérica. Se trata de pertenecer, a la vez, a un pueblo indígena específico y de alta autoestima y ser miembro de la comunidad afroamericana con mucha presencia en toda Centroamérica y en el hemisferio. Esta doble identidad no es sentida como contradictoria sino como complementaria, un fenómeno que se repite también en la cultura espiritual y religiosa de los garífunas que, por regla general, son tan

“católicos” como seguidores devotos del ritual de comunicación permanente con los antepasados.

2) Economía y organización social

La economía de subsistencia tradicional, originalmente, se basó en cultivos típicos del trópico húmedo (yuca, plátano, banano, malanga, ñame, camote, fríjol) que forman, hasta hoy, la base de la dieta alimentaria y, a la vez, demuestran el origen de la cultura garífuna en la cuenca de los ríos Orinoco y Negro del Amazonas. Son, según la tradición, cultivos al cuidado de las mujeres, así como la preparación de las comidas que exige, en el caso del casabe, una tecnología complicada de extraer las sustancias tóxicas de la yuca para preparar *ereba*, una especie de tortilla de harina de yuca. Esta forma de preparación de alimentos actualmente ha perdido importancia. Otra comida diaria es la *durudia*, una especie de tortilla hecha de harina de trigo, amasada con leche de coco. Se complementa la cocina garífuna con frutas silvestres de diferentes especies, de cocoteros y cítricos, de marañón, jocote, cacao, caymito, “carajo”, nance, mango etc... (González 1979: 62-63).

Principales platos son: el tapado (una cazuela de leche de coco con mariscos y banano verde); la machuca (puré de plátano maduro y verde, con un caldo de leche de coco con pescado); el pan de coco; la *ereba* (casabe) y la *durudia* (tortilla de harina de trigo); todos los platos se acompañan de una gran variedad de pescado y mariscos.

En los últimos 15 años se observa un cambio profundo en la economía doméstica debido a factores externos, principalmente, por el aporte monetario adicional enviado por los parientes que trabajan y viven en EE.UU. No existe una estadística sobre las remesas recibidas, pero, según la opinión de varias personas del lugar, parece ser éste el ingreso monetario más importante para la economía local, fenómeno que se repite en muchas áreas rurales de Guatemala.

La segunda principal fuente de ingreso es generada por la participación activa de la mujer en la economía informal, a través de las ventas de comidas caseras, dulces, de su labor en el servicio doméstico, principalmente, el lavado y planchado de ropa a familias ladinas, de limpiar y salar pescado en el comercio de pesca de propiedad ladina y, también, como meseras en los restaurantes locales.

El aporte económico del hombre está centrado, principalmente, en los oficios tradicionales como por ejemplo: pescadores, marinos, carpinteros, fabricantes de cayucos, sastres, cocineros, músicos o artesanos, pero cuya proporción es baja en comparación con lo aportado por las mujeres.

En el ambiente urbano de Livingston es visible que son las contribuciones individuales y familiares de livingsteños residentes en EE.UU. que más han contribuido con el desarrollo urbano del pueblo, como se ve en la gran cantidad de modernas residencias, desplazando la arquitectura tradicional de vivienda, con casas de concreto (bloques) y otros materiales de construcción no tradicionales que, actualmente, definen el carácter arquitectónico del pueblo.

El surgimiento en los últimos años de nuevas opciones de organización comunitaria, por ejemplo los cinco Comités de Barrios en 1996 y la Organización Negra Guatemalteca (ONEGUA) en 1995, despertó el interés de los garífunas por participar a nivel político comunal, sea para el fortalecimiento de su identidad étnica y cultural o, también, para su desarrollo comunitario local. Muchas veces, surgen las iniciativas desde las Hermandades, organización tradicional, entre las que las más conocidas son la de San Isidro Labrador; de San Miguel y de San Rafael.

En cuanto a la estratificación social se observa en Livingston el predominio de ladinos en los cargos más importantes y mejor remunerados. Por ejemplo, en la hotelería y servicios relacionados con el turismo, comercio, educación, asistencia a la

salud y servicios públicos. La elite local sigue siendo la minoría ladina, seguida por un estrato intermedio de garífunas y otro sin reconocimiento alguno de q'eqchi'.

Frecuentemente, se justifica esta estratificación por los diferentes niveles de educación y el manejo del idioma oficial, pero en realidad, en cuanto a los garífunas, esta deficiencia académica parece ser cada vez menos real si se toma como punto de comparación a los ladinos del municipio de Livingston. La mayoría de los garífunas profesionales se van de Livingston, una parte a la capital, otra a los EE.UU. Existe discriminación étnica y racial contra los garífunas y los q'eqchi' que los desestimula, principalmente, a los y las jóvenes en edad escolar, de seguir carreras profesionales.

La institución que más ha contribuido a evitar los niveles de discriminación en Livingston ha sido la parroquia (católica) a través de sus servicios de promoción de salud, pastoral social y formación de promotores comunitarios, principalmente, entre los q'eqchi' y garífunas que, en su gran mayoría, son católicos. Un problema que ha surgido desde hace unos 6 años es la afluencia de nuevas drogas (cocaína y crack) lo cual afecta, principalmente, a la población joven y que ha desatado una ola inusitada de violencia.

3) La estructura familiar

La unidad familiar entre los garífunas se compone de hombres, mujeres e hijos, unidos por lazos de parentesco de varias clases. La membresía de estos grupos fluctúa continuamente no sólo como consecuencia del nacimiento de los hijos, la muerte de algunos miembros, y, la pérdida de los elementos jóvenes por causa del matrimonio sino, también, como consecuencia de prácticas bastante generalizadas como el "préstamo" de niños, el divorcio, la doble residencia de ciertos elementos (en especial los hombres), el ausentismo derivado del trabajo asalariado y la práctica de las "visitas" (González 1979:101).

La familia concebida en los términos expuestos, constituye la unidad básica doméstica y social. Esta permite la protección y socialización de los hijos pero, en muchos casos, no resulta adecuada a la procreación de los mismos. Esto se deriva del hecho de que, con frecuencia, los hombres no están presentes o, bien, se hallan fuera de los límites de la edad reproductiva o están unidos a las mujeres por lazos de parentesco que prohíben la unión sexual. Las relaciones más permanentes son, en primer lugar, la que se da entre madre e hijo y, en segundo término, la que se da entre hermanos. Los matrimonios tienen menor incidencia, se realizan con poca o ninguna ceremonia y son frágiles y poco durables.

Así, el verdadero núcleo familiar, sin considerar las fluctuaciones respectivas, está constituido por una mujer y sus hijos o, bien, dos ó más mujeres emparentadas, más los hijos de todas ellas. Este sistema de organización familiar se llama matrifocal, basándose en grupos consanguíneos orientados por el linaje materno. En la familia matrifocal, los vínculos más durables y más fuertes de relación interpersonal existen entre la madre y sus hijos, entre hermanas y hermanos, mientras que los vínculos entre la pareja y el padre y sus hijos son muy débiles o no existen (González 1979: 77,78).

Los miembros masculinos adultos del grupo familiar incluirán, en diferentes momentos, a los compañeros, en lo conyugal y en lo económico a las mujeres; pero éstos por lo general sólo residen temporalmente en la casa o sólo la visitan, pasando ahí, desde una noche a unos cuantos meses. Estos hombres, llamados en garífuna *marídu*, por consiguiente pueden salir a otro pueblo a trabajar, residir por un corto período con otra mujer o, bien, regresar a su hogar, entendido este como la casa de su madre o de sus hermanas (González 1979: 103,104).

Existen, entonces, dos formas fundamentales y bien diferenciadas de núcleos familiares entre los garífunas: por afinidad, compuesta básicamente por una pareja y

consanguínea, es decir, la mujer con su descendencia. Ambas formas fundamentales de núcleos familiares son frecuentemente matrifocales.

Desde el punto de vista del poder o de la autoridad de la mujer, la familia matrifocal es algo diferente de la familia matriarcal. Entre los garífunas la mujer no es considerada, en términos ideales, como el "jefe de la familia" y tampoco la descendencia es trazada exclusivamente a través de la línea materna. Lo que ocurre es que la mujer tiene una serie de controles y responsabilidades específicas que en la sociedad ladina, por ejemplo, compete exclusivamente a los hombres.

La antropóloga Nancie Gonzáles (1979:135) subraya el papel psicológico del liderazgo que asume la mujer en la familia matrifocal por causa de diferentes factores, entre ellos, su papel respecto de los niños. La mujer está fuertemente vinculada al hogar. De hecho, tiene que satisfacer casi todas las necesidades, día a día, del núcleo familiar. Además, ni el trabajo ni el ocio del hombre se desarrollan con su cónyuge temporal (*maridu*), por lo tanto, pasan muy poco tiempo bajo el mismo techo. Si el hombre mantiene diversas mujeres al mismo tiempo (llamada poligamia modificada), el tiempo que transcurre con cada una de ellas es aún más breve. De esta manera, aunque el hombre tenga autoridad cuando está en la casa, el hogar está principalmente centrado en la mujer y muchos no tienen hombre residente. Estos núcleos matrifocales están manejados económicamente por la mujer, a pesar de recibir apoyo de hombres vinculados por parentesco consanguíneo o por afinidad a la mujer en cuestión o, también, por hombres fuera del hogar que pagan sus favores sexuales o sus obligaciones de paternidad (Ghidinelli 1973: 75-77).

Esta jerarquización se refleja, también, en las obligaciones de compartir y distribuir bienes y dinero y en el derecho a herencias. La mujer garífuna acepta generalmente que su "marido" mantiene simultáneamente otras mujeres, siempre y cuando él cumpla con sus obligaciones en casa. No existe, por vía de regla, una relación tipo "familiar" entre las familias respectivas consanguíneas de una pareja.

Como la unidad familiar se basa en la matrifocalidad consanguínea, son las mujeres con hijos ya grandes y las abuelas las que definen la vida social día a día y, cada vez más, también los asuntos relacionados con la problemática social de los adolescentes, que en los últimos años surgió como el problema social número uno en Livingston y en el barrio garífuna de Puerto Barrios. Algunos opinan que este fenómeno se debe, principalmente, a la desintegración familiar generada por la migración a EE.UU., acompañada por una “ruptura de formación moral” y por el poder cada vez menor de los ancianos, especialmente, de las abuelas, muchas veces responsables de la educación de los adolescentes que permanecen en Livingston.

4) Religión y salud

En la religiosidad garífuna se pueden identificar conceptos fundamentales de una cultura chamánica similar a la de otros pueblos Arawak de la Cuenca Amazónica, pero, también, influencias de las culturas afrocaribeñas y católicas que para la población actual no representan ninguna contradicción. Junto con el idioma la religión es el centro de la identidad étnica garífuna actual (Idiáquez 1999).

El chamanismo es una técnica psicológica institucionalizada entre los garífunas, puesta en práctica por el *buye* (chamán, curandero, adivino) según las pautas de la tradición cultural, con el objeto de reajustar el equilibrio psíquico colectivo e individual frente a las adversidades sufridas. El *buye* logra sus poderes espirituales sólo a través de una larga y ardua iniciación, hasta lograr ser intérprete humano poseído por el espíritu auxiliar. A esta posesión se le llama "estado de trance". Durante el trance se pueden descubrir las causas de la enfermedad. El *buye* interviene sólo si la enfermedad es considerada de origen sobrenatural y cura mediante el rezo y el soplo con tabaco.

En el centro de las prácticas curativas hasta hoy se encuentra el *buye* que puede ser hombre o mujer y que, literalmente, significa alguien que revela. Es la principal figura del culto garífuna y desempeña varias funciones. Dirige los ritos mayores, es adivino y curandero, selecciona y entrena a los candidatos de chamán. Los curanderos-médicos (*surúsie*) son aquellos que conocen las cualidades medicinales de las hierbas (yerberos) y, además, curan las mordeduras de serpientes (González/Castillo 2003).

El concepto del alma incluye tres aspectos diferentes que corresponden a tres partes:

- 1.- *Anígi* es la fuerza vital situada en el corazón y se deshace inmediatamente después de la muerte. Se manifiesta con el latido del corazón, la pulsación de las arterias, la respiración y el calor del cuerpo. Se evidencia también en las venas de la cabeza del recién nacido el que tiene que ser protegido contra ataques externos por medios mágicos. Pasada la infancia pierde importancia su cuidado especial.
- 2.- *Wani* tiene su sede en la cabeza y es considerado inmaterial y deja el cuerpo inmediatamente después de la muerte. El *wani* fue identificado después de la conversión al catolicismo de los garífunas con el alma de conceptualización cristiana. Se cree que el *wani* no es perceptible a los sentidos y que, por tanto, no puede ser conocido por los vivos.
- 3.- *Áfurugu* es un cuerpo astral que reproduce la forma material de la persona en todos los detalles, pero compuesto de una sustancia semejante a las entidades sobrenaturales (“espíritus”). A veces se le equipara con el ángel de la guardia. Durante la vida de una persona está ligado a su cuerpo físico y su eventual ausencia conlleva consecuencias terribles para la salud de la persona.

El *áfurugu* es intermediario entre el mundo sobrenatural y las realidades cotidianas y tiene la facultad de discernimiento y de clarividencia para percibir amenazas y peligros. Avisa a la persona a través de signos, que a veces no son tan claros y tienen que ser interpretados con el auxilio de un viejo o de un chamán (*buye*).

Frente a un peligro imprevisto el *áfurugu* puede desprenderse del cuerpo dejando a la persona en un estado de estupor, que puede ser prolongado. Es también un “alter ego” cuya ausencia prolongada puede causar la muerte y/o la pérdida de las facultades mentales de la persona. Si se ausenta durante el sueño puede ser captado por un *gabiaraháditi* (curandero, también hechicero) con las consecuencias similares. Una persona nerviosa y fácilmente irritable tiene un *áfurugu* “débil” y tiene que cuidarse para no perderlo. Entre los espíritus que conviven con los hombres son los ancestros (*gúbida*) de primera categoría y se les equipara con los ángeles.

Las enfermedades se originan por haber olvidado a un antepasado muerto, por espíritus malignos, por brujería o por accidentes. *Sáditi* se llaman las enfermedades naturales y *anógoti* las de origen sobrenatural. (Cohen 1984: 16pp).

Los garífunas recurren al médico de formación universitaria, pero si sus curaciones fallan, entonces interviene el *buye* (chamán), el *gabiaraháditi* o el *ariahati* (adivino). Las curaciones consisten en baños de hierbas o de infusiones, cantos de mujeres y masajes de especialistas.

Ellos ayudan también a investigar las causas de las enfermedades, a recetar los remedios adecuados, a deshacer las trampas de los enemigos aliados a los hechiceros y a dar amuletos de fuerza mágica. Hay, además, varios espíritus causantes de enfermedades (González/Castillo 2003), algunos de ellos son:

- *Mafia* (“señores de la tierra”) : vagan por milpas y bosques y son atraídos por mujeres, especialmente cuando excitados por el olor de la sangre menstrual. Causan trastornos mentales y accidentes domésticos;
- *Susia* : un espíritu femenino que puede ser nocivo a los jóvenes, acercándose como mujer bella que se transforma en una vieja fea y si asusta al *áfurugu* durante mucho tiempo, puede tener consecuencias fatales;
- *Úmê* : espíritu en forma de pequeños niños que normalmente son invisibles y pueden causar enfermedades a niños, sobre todo, erupciones cutáneas y convulsiones.
- *Ügürío* : entidades malignas con apariencia de pequeños animales que afligen a las mujeres y se transmiten por el linaje femenino. Piden comida y si no se les atiende pueden causar accidentes domésticos, etc.

Entre los sistemas de curación por medios mágicos se destacan oraciones, *iñári* (collares protectoras), reliquias de santos, amuletos hechos por el *buye*, hechizos amorosos (*uayáru*) etc.

El rito más importante es el *chugú*, un banquete solemne acompañado de música para los antepasados de un linaje. Es la manifestación más concreta y festiva del vínculo fuerte que une al pueblo garífuna con sus antepasados, presentes en todas las decisiones de trascendencia para las familias extensas. Tiene lugar en la aldea del lugar de origen del linaje, en donde se construye para tal ocasión una casa (*dabúyaba*) ritual al estilo antiguo.

La finalidad del ritual es la de atraer a los ancestros que están místicamente ligados al lugar donde pisaron la primera vez la tierra, donde tomaron agua y se bañaron. Son precisamente las mujeres ancianas las que preparan y ejecutan este ritual por considerarlas más cercanas al mundo sobrenatural y de mejor memoria para cumplir

con las reglas complicadas del rito. Se usan hamacas, maracas, tambores, comida y bebida (*hiú*, cerveza de yuca) que recuerda su cultura ancestral. El momento culminante es el rito del *ámalihani*, cuando los miembros de la familia, por medio de cantos y una danza de rueda en el centro de la casa ceremonial, alcanzan una unión mística con los *gubida* presentes. Los conceptos de alma y de la convivencia ritual con los antepasados explican que en la cultura garífuna las enfermedades siempre pueden estar ligadas al mundo sobrenatural.

Los garífunas siguen siendo en su gran mayoría católicos y, a la vez, fieles a sus tradiciones ancestrales, lo que no les resulta contradictorio. Entre los jóvenes, sin embargo, se observa una tendencia de secularización, de desligarse tanto de la religión tradicional como de la católica. En consecuencia, se observa actualmente una preocupación creciente entre ancianos en “el rescate” de los jóvenes para acercarlos de nuevo a los valores fundamentales de su comunidad. Existe también un nuevo movimiento católico carismático llamado Lafñe Garífuna (La fe del garífuna) como otra expresión de identidad étnica y fe religiosa. Hay un sacerdote y una religiosa garífuna, ambos de Livingston, pero con residencia fuera de la comunidad.

B. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA /SIDA

En el caso del SIDA, la aplicación de principios y técnicas epidemiológicas al estudio de poblaciones sanas y enfermas, ha hecho posible esclarecer en gran parte su historia natural y su espectro clínico, su historia social y el impacto de los tratamientos y las medidas aplicadas para enfrentarlo (Velázquez/Gómez 1996: 50).

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente etiológico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), está clasificado, taxonómicamente, dentro del género *Lentivirus* de la familia *Retroviridae*. Los virus de este género se caracterizan por fusionar y destruir las células hospederas (citocidas y por producir infecciones lentas, en las cuales la aparición de los síntomas está separada del momento de la

infección por muchos años. El VIH fue el primer lentivirus con implicaciones en patología humana; se conocen dos serotipos definidos, el VIH-1 y el VIH-2 y múltiples variantes; están relacionados, genéticamente, con el Virus de la Inmunodeficiencia Simiana (SIV) y comparten todas las características del género. Por ser inmunotrópicos producen un deterioro cuantitativo y progresivo del sistema inmunológico del hospedero hasta causar el SIDA. El VIH-1 fue identificado inicialmente como el agente etiológico del SIDA en Estados Unidos, Europa, África y en la mayoría de otros países del mundo, pero los estudios seroepidemiológicos sugieren que África es la cuna del VIH-1 y el origen de la epidemia (Velázquez/Gómez: 53).

El SIDA fue identificado por primera vez en 1981, como una entidad clínica propia; sin embargo, en retrospectiva, en los Estados Unidos y en otras zonas del mundo (Haití, África y Europa) se produjeron casos aislados en el decenio de 1970. A finales de 1999, en los Estados Unidos se habían notificado más de 700,000 casos de SIDA. Estados Unidos tiene el mayor número de casos registrados, pero las cifras acumulativas y anuales estimadas de casos de SIDA son mucho mayores en casi todos los países de África subsahariana. Sin embargo, es en los Estados Unidos donde se ha observado en los últimos diez años un cambio en la distribución de casos de SIDA, con base en los comportamientos o factores de riesgo. Si bien la epidemia sigue afectando más a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las tasas más altas de incremento en los casos notificados de SIDA, en la segunda mitad del decenio de 1990, se ha observado en mujeres y grupos de población minoritarias (ONUSIDA 2000).

C. SITUACIÓN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causa el SIDA, ha desencadenado una epidemia mundial más extensa de la que se predijo hace apenas una década. El ONUSIDA y la OMS estiman que, a finales del año 2000, el número

de personas que viven con el VIH o con SIDA se sitúa en 36,1 millones. Esa cifra es más de un 50 % superior a la que proyectó en 1991 el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS a partir de los datos entonces disponibles (ONUSIDA 2000:4).

Los problemas que plantea el VIH varían enormemente de un lugar a otro, dependiendo de la magnitud y rapidez de la propagación del virus y de la existencia de un gran número de personas infectadas que han empezado a enfermar o fallecer.

En todas las partes del mundo, excepto en África subsahariana, hay más varones que mujeres infectados por el VIH que fallecen a causa del SIDA. El comportamiento de los varones, influido a menudo por creencias culturales perjudiciales sobre la masculinidad, los convierte en víctimas propiciatorias de la epidemia. En total, se estima que durante el año 2000 se infectaron 2.5 millones de varones de 15 a 49 años de edad, lo que eleva a 18.2 millones el número de varones adultos que, a finales de año, viven con el VIH o con SIDA.

En la actualidad, más del 95 % de las personas infectadas por el VIH vive en el mundo llamado "en desarrollo", y, es en estos países en los que se ha producido el 95 % de las defunciones causadas por el SIDA, sobre todo, en adultos jóvenes que, en condiciones normales, se encontrarían en los años de máxima actividad productiva y reproductiva. Las múltiples repercusiones de estos fallecimientos están alcanzando proporciones de crisis en algunas partes del mundo. Sea cual sea el patrón de medida de parámetros utilizado (deterioro de la supervivencia infantil, descenso de la esperanza de vida, sobrecarga de los sistemas de asistencia sanitaria, aumento de la orfandad o reducción de los beneficios empresariales), nunca, hasta ahora, había planteado una epidemia una amenaza tan grande para el desarrollo. En total, desde el inicio de la epidemia hace unas dos décadas, el VIH ha infectado a más de 47 millones de personas.

Según estas mismas fuentes, durante 1998 se produjeron en todo el mundo, 11

infecciones de hombres, mujeres y niños por minuto, con un total cercano a 6 millones de personas. Una décima parte de las personas recién infectadas tenían menos de 15 años de edad, lo cual hace que el número de niños vivos con VIH alcance ahora los 1,2 millones. Se cree que la mayor parte de ellos han contraído la infección a través de sus madres, antes del nacimiento o durante el parto o, bien, a través de la lactancia.

En 1998, fueron casi 3 millones los jóvenes infectados por el virus, lo cual equivale a más de cinco hombres y mujeres jóvenes cada minuto del día, todos los días del año. Mientras que las tasas de VIH aumentan en la población general, las nuevas infecciones se concentran cada vez más en los grupos de edad más jóvenes. La Campaña Mundial resalta también la fuerza que tienen las personas jóvenes. El futuro de la epidemia de VIH está en sus manos. Los comportamientos que adopten ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual determinarán la evolución de la epidemia en las próximas décadas. Los jóvenes continuarán aprendiendo unos de otros, pero su comportamiento dependerá en gran parte de la información, los conocimientos y los servicios con los que la generación actual de adultos dote a sus hijos.

Los jóvenes - explica el documento - son vulnerables al VIH por muchas razones: no tienen información sobre el virus o las enfermedades de transmisión sexual, o, la tienen pero no saben cómo evitar la infección. Los que tienen información pueden no saber dónde obtener preservativos, o, pueden no sentirse capaces de comentar con su pareja el uso del preservativo. Los jóvenes y en especial las chicas, pueden no saber cómo defenderse ante una relación sexual no deseada.

Es más, la adolescencia es un período en el que muchas personas experimentan, no sólo con diferentes formas de relación sexual sino, también, con las drogas. Aparte del riesgo asociado al uso compartido de jeringas y agujas, se sabe que el alcohol y

otras drogas pueden influir en el comportamiento sexual y aumentar el riesgo de que una persona contraiga el VIH u otra enfermedad de transmisión sexual.

Así, por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol reduce inhibiciones, aumenta la agresión, reduce la capacidad de uso de la información importante aprendida acerca de la prevención del SIDA y deteriora la capacidad de tomar decisiones respecto de la protección. Tanto que, si los hábitos de consumo de drogas de los jóvenes se modifican con el paso del tiempo las consecuencias del comportamiento de riesgo en esta edad pueden ser irreversibles (ONUSIDA 2000).

D. LA SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA

En América Latina la epidemia es un mosaico complejo de patrones de transmisión en el que el VIH continúa propagándose a través de las relaciones sexuales entre varones, las relaciones sexuales entre varones y mujeres y el uso de drogas intravenosas (ONUSIDA 2000: 7).

En América Latina se estima que durante el año 2,000 se infectaron 210.000 adultos y niños en la región. Al término de ese año había alrededor de 1.8 millones de adultos y niños viviendo con el VIH o con SIDA, en comparación con 1.7 millones al final de 1999.

El Brasil también está sufriendo una epidemia, principalmente, heterosexual, pero presenta asimismo tasas de infección muy elevadas entre los consumidores de droga intravenosa y entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En México, Argentina y Colombia, la infección por el VIH está también principalmente limitada a esas poblaciones de características específicas.

Los países andinos se encuentran actualmente entre los menos afectados por la infección, aunque se ha detectado un comportamiento de riesgo en muchos grupos.

Los países de la región con tasas del VIH más elevadas, generalmente, se sitúan en el lado caribeño del continente. De acuerdo con los datos más recientes, en las zonas urbanas de Guayana, más del 7 % de las mujeres embarazadas dieron resultado positivo en la prueba del VIH.

En los países de Centroamérica y de la costa caribeña, donde el VIH se está propagando principalmente a través de las relaciones sexuales entre los varones y las mujeres, las tasas son generalmente más elevadas.

Honduras, Guatemala y Belice también están sufriendo una epidemia heterosexual de crecimiento rápido, con tasas de prevalencia del VIH entre los adultos en la población general que oscilan entre el 1% y el 2%. En 1984, menos del 1% de las mujeres embarazadas que utilizaron los servicios de atención prenatal en el distrito de Belice resultaron positivas en la prueba del VIH, mientras que un año más tarde la prevalencia había aumentado al 2.5%.

En otros países de América Central la transmisión heterosexual del VIH es menos frecuente. En Costa Rica, por ejemplo, el VIH se transmite principalmente en las relaciones sexuales sin protección entre varones. También en México, el VIH ha afectado generalmente a los varones que tienen relaciones sexuales con varones. De acuerdo con un estudio, menos de una de cada 1,000 mujeres en edad de procrear están infectadas.

El Brasil, donde medio millón de adultos están viviendo con el VIH/SIDA, cuenta con programas de prevención enérgicos. Mientras que en 1996 menos del 5% de los varones jóvenes declararon que habían utilizado un preservativo en su primera relación sexual, la cifra correspondiente a 1999 se acercaba al 50%, es decir que se multiplicó por 10.

Haití es la nación más afectada en el Caribe. En algunas zonas, el 13% de las mujeres embarazadas que se sometieron de forma anónima a la prueba del VIH resultaron seropositivas. En conjunto, aproximadamente, el 8% de los adultos en las zonas urbanas y el 4% en las zonas rurales están infectados. Se estima que, para fines de 1999, 74,000 niños haitianos habían perdido a su madre por causa del SIDA.

En las Bahamas, la tasa de prevalencia en adultos es de 4%. En la República Dominicana, uno de cada 40 adultos está infectado por el VIH, mientras que en Trinidad y Tobago esa tasa es de uno de cada 100 adultos.

En el otro extremo del panorama se encuentran Santa Lucía, las Islas Caimán y las Islas Vírgenes Británicas, donde menos de una mujer embarazada de una muestra de 500 dio positivo en la prueba del VIH en estudios de vigilancia recientes (Arredondo 2002:111).

La transmisión heterosexual del VIH en el Caribe se ve impulsada por la combinación mortífera de una actividad sexual precoz y un cambio de pareja frecuente entre los jóvenes. En una reciente encuesta nacional efectuada en San Vicente y las Granadinas, una cuarta parte de los varones y mujeres declararon que habían empezado a tener relaciones sexuales antes de los 14 años de edad, y la mitad de los varones y las mujeres eran sexualmente activos a la edad de 16 años.

Honduras con una población de alrededor de 6,287.904 habitantes registra el 50 % de los casos acumulados en Centro América entre 1985 a junio de 2001. El programa Nacional del SIDA, hasta diciembre de 2001 ha documentado 16,701 casos (de éstos 13,025 han desarrollado el SIDA y 3,676 son asintomáticos); 652 casos se añadieron respecto del año anterior. Considerando que el subregistro se ha calculado en, al menos, un 45 %, la figura real superaría los 24,000 casos.

Honduras está en la categoría de prevalencia concentrada, es decir que en, al menos, un grupo de población que practica conductas de alto riesgo, la prevalencia es mayor a 5 %. Datos recientes indican que entre prostitutas de Tegucigalpa y San Pedro Sula el porcentaje de afección es de 13 % y 14.1 %, respectivamente. Entre mujeres embarazadas la prevalencia está entre 1 % y 4 %. Entre la población garífuna está entre 6% a un 14 %.

El patrón prevaleciente de transmisión es la vía sexual entre heterosexuales con el 83%, le sigue la vía bisexual con 6.1% y después la vía homosexual con 3.4 % del total de casos reportados hasta 1997. Con respecto a los casos acumulados hasta diciembre de 2001, tomando como base la cifra de 13,025 casos de SIDA (excluyendo casos asintomáticos), la vía heterosexual es el 83.6 %, la vía bisexual es el 4.41% y la homosexual es el 3.01%. La transmisión vertical (madre a hijo) es ahora la segunda forma de contagio con el 6.43 %

El grupo de edad que concentra mayor número de casos es el de 20 a 39 años de edad con un 68.39% (n=8,908). De éstos, la población más afectada está entre los 25 a 34 años con 5,190 personas infectadas. De los casos registrados, los hombres son mayoritarios con 7,853 casos (39.71%). La prevalencia de casos se localiza a lo largo de la costa Norte y a lo largo del corredor central de desarrollo que acumula el 70% de los casos (Tercero 2002).

Se desconoce la magnitud real de la epidemia del VIH entre la población garífuna. El número de éstos se calcula en alrededor de un cuarto de millón, distribuidos en 42 comunidades costeras ubicadas en los departamentos de Cortés, Atlántida, Colón y Gracias a Dios. Tanto en San Pedro Sula como en Tegucigalpa existen importantes núcleos de población garífuna urbana.

El estudio de seroprevalencia que con frecuencia se cita para la población garífuna fue realizado en 1998 por la Secretaría de Salud Pública (1996). Entre los adultos sexualmente activos el porcentaje de infectados fue entre un 6 a 14 %. En

comunidades garífunas de la costa norte del país las tasas de casos de SIDA acumuladas sobrepasan 1,200 por 100,000 habitantes (Tercero 2002).

Asimismo, otras fuentes oficiales indican que el SIDA es, actualmente, la principal causa de mortalidad de la mujer en edad fértil en el departamento de Colón, en donde existe una de las mayores concentraciones de población garífuna. En este estudio (ODECO 2002) las mujeres que se entrevistaron en el Grupo Focal de Ciriboya, Colón, señalaban muy preocupadas sus percepciones sobre este tema:

“...El problema del SIDA aquí en Ciriboya, no podemos decir que hay mucho o que hay poco, porque hasta que la persona está en la etapa terminal sabemos si es o no la enfermedad. A veces sólo por murmuraciones de la gente pero no es seguro porque no les han hecho examen; hay personas que talvez no han muerto de SIDA, pero la gente dice que de eso murió y todos decimos al final que sí, pero todo es cuestión de conciencia porque nadie quisiera contagiarse de esta terrible enfermedad. A veces caemos por la mala suerte”

E. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN GUATEMALA

El Ministerio de Salud Pública reportó el primer caso de SIDA en Guatemala en junio 1984 y, hasta el 30 de junio del 2000, se han notificado oficialmente 3,692 casos, con un subregistro aproximado del 50 % (a nivel nacional). La proporción por sexo de las personas reportadas es de 3 hombres por cada mujer, con más del 60% en edades entre 15 y 49 años. En 1986, esta relación era de 3.1 hombres por cada mujer, pero según datos de 1998, esa distancia se redujo a 2.12 hombres por mujer. A principios de 1992, Guatemala tenía la segunda tasa más baja de la región centroamericana; aunque a partir de 1996 y debido a la mejora en la calidad de la notificación, se colocó a la par de El Salvador por encima de Costa Rica y Nicaragua; y, también, superando a Belice, Honduras y Panamá (PNUD 2000: 155).

Del total de casos, un 4.1 % (141) es de transmisión madre hijo y el 2.3 % (80) por transfusión sanguínea. Además, la mayor parte de los casos detectados (50 %) son del departamento de Guatemala (71.56 por 100 mil habitantes), que es más del doble de la cifra nacional. Le siguen en importancia Izabal y Retalhuleu; que forman una especie de corredor que va desde la frontera con México, pasando por la costa sur y por el centro del país hasta la costa atlántica.

El análisis desagregado de estudios de seroprevalencia en grupos específicos como trabajadoras del sexo, militares, universitarios, embarazadas y parturientas, presidiarios, etc.; refleja que en el caso de las trabajadoras del sexo, las cifras varían entre 4.7 % en la capital, a un 11 % en Puerto Barrios, mientras que en otros grupos de menor riesgo los índices no superan el 1 % (mujeres embarazadas); lo cual lleva a definir que la situación de la epidemia es de nivel bajo y concentrada.

Sin embargo, las estimaciones de la prevalencia de la infección en población general a partir de estudios de seroprevalencia en mujeres embarazadas, parturientas y puerperas dan cifras de 30,465 supuestos infectados por el VIH en todo el país, en 1998. Dado que la seroprevalencia en adultos urbanos varía entre 0.72 % y 1.96 % y que la relación urbano-rural en Guatemala es del 0.6; ajustando las cifras se calcula que las tasas por millón serían de 5,040 (urbano) y 13,700 (rural), lo que trasladado a la población mayor de 15 años en el ámbito nacional, da una cifra de personas infectadas con VIH, en 1998, de entre 30,465 y 82,810.

Comparando con las cifras de seroprevalencia de los países del entorno, de Honduras hasta Panamá, se puede concluir que en Guatemala la epidemia se encuentra en una fase de crecimiento acelerado. El tiempo promedio entre la infección por VIH y la aparición del SIDA es de aproximadamente 8 años.

Con el incremento del número de mujeres en edad fértil, también ha aumentado la posibilidad de la transmisión vertical. En el año 1999 se duplicó respecto del año anterior, el número de niños y niñas menores de un año infectados con VIH. Así mismo, se han registrado casos de SIDA en niños y niñas entre 4 y 14 años provocados por transfusión sanguínea y abuso sexual(PNUD 2000:153).

F. SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE LIVINGSTON

El Distrito de Salud que corresponde al municipio de Livingston, departamento de Izabal, en el período de 1987 al año 2000 registró 75 casos de VIH/SIDA, calculando un subregistro subjetivo del 80%. De esta totalidad, 47 son hombres y 28 mujeres; al parecer no se han registrado casos de niños porque sus padres se niegan a la realización de la prueba. La proporción por sexo de las personas reportadas es de 3 hombres por cada mujer, con más de 50% en edades entre 20 y 39 años. La vía de transmisión más frecuente es la vía sexual con 70 casos (93.33 %). Le siguen las otras vías con 5 casos (6.66%), pero, sobre la transmisión vertical de madre a hijo no se tiene registro (MSF 2001).

A pesar de la idea que aún prevalece entre la población de que el SIDA es una enfermedad con mayor prevalencia en homosexuales, el 70 % de las personas diagnosticadas informan exposición al virus en contactos heterosexuales.

La distribución de la enfermedad por edad de las personas afectadas muestra que la mayoría de casos se encuentra en la población de 15 a 49 años, con 71 casos (94.66 %), en segundo lugar, el grupo de 50 años y más, con 5 casos (6.66 %). De la población de 0 a 14 años no se tiene datos.

La mayoría de los casos se encuentra entre la población sexualmente activa y cada vez se presentan más jóvenes. En el grupo de edad de 18 a 34 años se presentan 60 casos que corresponden al 80 % del total.

En cuanto al género se presentan 45 (60 %) casos notificados en el género masculino y 30 (40%) casos en el género femenino. Pese a que el género masculino presenta la mayor proporción, la mujer se encuentra vulnerable al problema debido a las condiciones de la falta de determinación sobre su conducta sexual y de acceso a información y servicios. Esta situación se agrava por el machismo como patrón de comportamiento en gran parte de la población. En el caso de la mujer garífuna la vulnerabilidad es mayor debido a la presencia de ciertos patrones culturales de práctica sexual como la poligamia modificada.

La distribución étnica de la epidemia en el municipio no es equitativa, lo que coincide con algunos factores sociales y culturales que caracterizan a cada etnia, y con el acceso diferenciado a la migración externa y al turismo. Garífunas cuentan con 50 (66.66%) casos, más del doble de su proporción demográfica, q'eqchi' con 15 (20%) casos y ladinos con 10 (13.33%) casos. La etnia garífuna presenta la prevalencia de casos de SIDA más elevada del municipio en comparación con las otras etnias, y llega al 60% del total de los casos. Los mestizos-ladinos ocupan el segundo lugar, seguido de los maya-q'eqchi' y los coolies. La vía de transmisión más frecuente es la vía sexual con 70 casos (93.33 %). Le siguen las otras vías con 5 casos (6.66%) y de la transmisión vertical de madre a hijo no se tiene registro. (MSF 2001).

Cuadro 2: Relación entre etnia y prevalencia de VIH / SIDA en Livingston

Etnia	Población Total	Porcentaje	Casos con VIH / SIDA	Porcentaje
Garífunas	5,656	26,9%	50	66,7 %
Maya - q'eqchi'	9,302	44,3%	15	20,0 %
Ladinos	5,500	26,2%	10	13,3 %
Otros	546	2,6%	-	-

Total	21,004	100 %	75	100 %
--------------	---------------	--------------	-----------	--------------

Fuente: Centro de Salud Livingston, 2000 y Gloria Castillo 2002

Las entidades de salud pública no cuentan con suficientes recursos humanos, infraestructura y equipamiento para una atención integral a las personas viviendo con VIH/SIDA. Estos espacios son cubiertos por ONG's (Clínica Luis Ángel García, Gente Positiva, PASCA, Médicos sin Fronteras Francia y España), pero no es suficiente porque las zonas geográficas que cubren son limitadas.

1. Cultura y SIDA: actitud de los garífunas ante la epidemia

La cultura, en el sentido antropológico, es algo distintivamente humano y universal e incluye conocimientos, valores, prácticas y representaciones simbólicas transmitidas mediante el aprendizaje y la socialización. Existe la noción de cultura como una característica compartida por todos los seres humanos. Por otro lado, son las culturas las que distinguen a los diferentes pueblos entre sí en el ámbito de la diversidad cultural del Homo Sapiens, creando una identidad étnica específica y única.

La identidad del grupo se forja en una práctica social común y en contradicción con otros grupos étnicos y sociales se elabora una concepción sobre el otro y respecto de sí mismo. Se construye un 'proyecto histórico' común que da sentido al presente y permite una proyección hacia el futuro (Kottak 1997).

En el campo de fenómenos tan decisivos como la salud y contando con las múltiples amenazas que ésta enfrenta cada día, los conceptos y las prácticas culturales específicos determinan, en última instancia, el éxito o el fracaso de medidas sanitarias y de salud pública, por el grado variable de incidencia y de aceptación de parte de la población meta.

La percepción de la gente es que el hombre se contagia a causa de su conducta sexual, dicen que "son mujeriegos". El uso del condón es mínimo, la práctica del condón es que se usa únicamente con mujeres de la calle (*juraga*), entre parejas estables ni siquiera se usa como método anticonceptivo.

La comunicación sobre sexualidad en el hogar es mínima, los padres se limitan a orientar sobre la menstruación y a dar recomendaciones de no acercarse a los hombres para evitar el embarazo. En la actualidad todas estas informaciones se están reforzando en las escuelas.

La cobertura amplia de la información científica sobre la infección y el testimonio de las muertes dentro y fuera de la comunidad no han influido mucho en el comportamiento de las personas. Se ha observado una baja participación de los garífunas adultos en los esfuerzos de prevención. La población parece estar saturada del tema, a pesar de la vigencia de la infección, existe una conducta de indiferencia que demuestra la negación a la existencia de la enfermedad, pero por otro lado, la mayoría considera que el SIDA (el "cuatro letras") es una enfermedad incurable.

Las consecuencias de la epidemia de SIDA se han convertido, en los últimos años, en la mayor preocupación de la población garífuna en Livingston, afectando sus valores culturales, las relaciones sociales y se expresa en las siguientes manifestaciones:

- Desánimo generalizado de la generación de las “madres” y “tías”, que temen una desaparición de la comunidad garífuna por la muerte en cadena de la juventud y su impotencia de combatir esta enfermedad que ellas, por lo general, no relacionan con el comportamiento sexual;
- Desconfianza creciente en las relaciones humanas intra- y extrafamiliares por “esconder” a los enfermos de SIDA y por disimular el temor de haber sido

contagiado. La tendencia general es de no asumir, públicamente, las consecuencias de la epidemia;

- Temor de afrontar el problema del SIDA en la vida diaria por el contexto íntimo de la enfermedad, lo cual conduce a una actitud de silencio y evasión;
- Rechazo a las indicaciones y medidas de presión de parte del personal de Salud Pública para controlar y contener la epidemia.

Los conceptos garífuna de la sexualidad y de su relación con la salud y enfermedad del ser humano son marcadamente diferentes a los de la población del entorno y pueden ser resumidos de la siguiente manera : en el centro de la estructura social garífuna está la matrifocalidad consanguínea, quiere decir, una importancia especial y predominante que se da a la mujer con sus respectivos parientes “ de sangre”, focalizando en la reproducción femenina (Castillo 1998).

En la cultura garífuna existe una gran dificultad de aceptar enfermedades de transmisión sexual, lo que sería como decir que “el agua cristalina es veneno”. La tendencia general es buscar otros causantes de esta enfermedad, que por su avance lento, imparable y por las agonías prolongadas de los moribundos es identificada frecuentemente como una consecuencia de magia maligna (“brujería”), agravando de esta manera aun más el cuadro clínico del paciente y la situación anímica de sus familiares, causando espanto y ruptura social. Otro factor que incide fuertemente en la proliferación de esta enfermedad es el hecho de que el ambiente de la Costa Caribe se ha convertido en una región preferencial también para turistas que buscan “pareja”, incluyendo homosexuales. En la cultura garífuna existe, además, un alto grado de tolerancia hacia comportamientos homosexuales y bisexuales, lo que aumenta el riesgo de contagio.

En la sociedad tradicional garífuna no había cabida para la práctica de la prostitución,

ya que la sexualidad femenina no tenía valor comercial, no era mercancía, y, dentro de ciertas reglas estaba disponible para los hombres que la buscaban. Con la tendencia hacia la ausencia de los hombres Garífunas por razones de trabajo, en combinación con la afluencia de turistas y marineros en busca de aventuras sexuales, se instaló un mercado de prostitución femenina que hoy día resulta ser un problema sanitario en Puerto Barrios y, en menor grado, también en Livingston. Las reglas de la sexualidad garífuna permiten una mayor libertad en su ejercicio que en las demás sociedades que conviven en Guatemala, lo que frecuentemente conlleva a un preconcepción falso sobre la excesiva “liberalidad” de las jóvenes garífunas, a veces malinterpretada como “promiscuidad”.

El grado de estigmatización hacia las personas con SIDA es muy alto, lo que ha generado entre los y las afectados/as una radical negación de la enfermedad, un fenómeno que se puede observar en los tres grupos étnicos mayoritarios que conviven en el municipio. Para un garífuna, en particular, el aceptar públicamente ser portador del VIH/SIDA significa perder sus opciones de práctica sexual, aunque no es excluido de otras actividades sociales y culturales. Inclusive se han buscado remedios alternativos tradicionales para tratar algunos de los síntomas de esta enfermedad. Para los ladinos o q'eqchi' se agrega un rechazo social a veces muy fuerte que limita severamente las actividades cotidianas de los y las afectados / as (MSF 2001).

G. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN Y FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR EL VIH

La importancia de los diferentes mecanismos de transmisión y de los factores que influyen sobre la diseminación de la epidemia varía en cada región, dependiendo del estilo de vida de su población (Velázquez /Gómez 1996: 42).

1) Transmisión sexual del VIH

El contagio a través del contacto sexual íntimo constituye, actualmente, el principal mecanismo de diseminación de la epidemia en todo el mundo y explica entre el 70 y 80% de las infecciones que se han documentado en la población hasta 1993. El riesgo de adquirir la infección por contacto sexual íntimo con un infectado, se estima entre 0.1 y el 1.0% de los contactos. Sin embargo, no todo contacto sexual es igualmente efectivo para transmitir el VIH, pues, el riesgo particular depende de dos factores independientes: la probabilidad del individuo sano de exponerse a una pareja infectada y la probabilidad del infectado de transmitir la infección (Velázquez/Gómez 1996:43-44).

El coito anal, especialmente para quien actúa como receptor pasivo, se considera la conducta sexual de mayor riesgo para adquirir el VIH. La penetración vaginal ha mostrado ser efectiva para transmitir el VIH de hombre a mujer y en menor grado de mujer a hombre. A través de los contactos descritos, la infección puede transmitirse de hombre a hombre, de hombre a mujer y de mujer a hombre. Consistentemente se ha observado que el riesgo de adquirir el virus se incrementa notablemente a medida que aumenta el número de contactos inseguros con parejas sexuales diferentes. En la diseminación de la epidemia el elemento más importante es el infectado asintomático, pues, su estado y aspecto saludable le permiten mantener actividad sexual y presentarse como donante voluntario de sangre y tejidos.

Entre los individuos que mantienen una actividad heterosexual, la seroconversión se ha asociado con el número de parejas sexuales diferentes contactadas en el período. Mientras mayor es el número de nuevas parejas, mayor es la probabilidad de infección. La diseminación heterosexual del VIH constituye un patrón de esparcimiento predominante en África y el Caribe.

No todos los homosexuales tienen el mismo riesgo de infectarse con el VIH. Estudios de regresión logística han demostrado que entre los varones homosexuales, el riesgo de infectarse aumenta con el mayor número de parejas sexuales diferentes en los meses previos al contagio y con la mayor frecuencia del coito anal pasivo, siendo los únicos factores de riesgo de seroconversión para este grupo poblacional. El coito anal activo se considera de menor riesgo y la tasa de seroconversión entre quienes practican únicamente este tipo de contacto sin exposición a coito anal pasivo, se estima en el 0.9% de los expuestos por semestre.

2) Factores que influyen en la propagación de la epidemia

La ONU/OMS (1997) afirma que hay varios factores que influyen claramente en la forma que toma la epidemia. Las personas que se desplazan (huyendo de los abusos o, incluso, dejando a su familia en busca de un trabajo) tiene una mayor probabilidad de verse expuestas a la infección. Las personas cuya existencia diaria es estresante y peligrosa pueden no preocuparse por los riesgos que plantea el VIH a largo plazo. Las personas en situación de conflicto y los refugiados pueden tener poco control sobre su exposición al VIH y, de hecho, incluso sobre sus relaciones sexuales. Los estigmas que todavía lleva consigo el VIH impiden que las personas se protejan a sí mismas y a los demás frente a la infección o que soliciten asistencia y apoyo.

La población mundial tiene una movilidad cada vez mayor. Las personas se desplazan por todo tipo de razones pero, probablemente, el motivo más frecuente por el cual una persona deja su hogar (y a menudo a su familia) es el de buscar trabajo. El estigma - sostiene el documento - conlleva vergüenza, silencio y negación. Resulta difícil, afirma, medir el estigma asociado al SIDA: las personas infectadas por el VIH lo perciben en una mirada de menosprecio en el supermercado, en la negativa de la familia o los amigos a visitarles, cuidarlos e incluso tocarlos, en el maltrato de sus hijos o en la pérdida de su trabajo por un pretexto banal.

Pero el estigma constituye también un obstáculo real, tanto para la prevención como para la asistencia. En muchos de los países más gravemente afectados, los funcionarios de la administración y los ciudadanos ordinarios (incluyendo los más afectados por la epidemia) a menudo continúan rehuyendo la cuestión a causa del rechazo, la discriminación y la vergüenza que se asocian al SIDA.

El estigma y el temor que engendra, intensifican la propagación del VIH, puesto que las personas que en el pasado han tenido una conducta de riesgo pueden ser reacias a modificarla porque temen que el cambio sea interpretado como reconocimiento de que están infectados.

El temor a admitir la infección por el VIH puede hacer que un hombre casado no plantee el uso del preservativo a su esposa. El temor a hacer público su estado respecto del VIH puede hacer que una mujer infectada no utilice leche artificial para alimentar a su recién nacido con el objetivo de evitar la transmisión del virus a través de la leche materna. El estigma asociado al VIH afecta a ambos sexos. Sin embargo, las consecuencias pueden ser más graves en las mujeres quienes corren el riesgo de ser golpeadas e, incluso, echadas de su casa por el marido si se descubre que están infectadas. Esto es así, aun en el caso de que el marido haya sido el origen de la infección de la mujer. A una mujer infectada por el VIH se la puede culpar por la muerte de sus hijos y se le puede negar asistencia.

Cabe destacar, en este sentido, el trabajo de los líderes de algunos países que se han manifestado de manera firme, clara e insistente acerca del SIDA. Ellos han intentado desmitificarlo y han estimulado el debate sobre relaciones sexuales seguras desde el aula hasta el Congreso. En esos países (de los que Uganda constituye probablemente el ejemplo mejor conocido en el mundo "en desarrollo") se han realizado mayores progresos no sólo para contener las nuevas infecciones sino también para garantizar el bienestar de las personas que viven ya con el virus. (Velázquez/Gómez 1996)

III OBJETIVOS

A. GENERAL

Identificar los factores sociales y culturales más relevantes en los casos de VIH/SIDA comprobados en la población garífuna del municipio de Livingston Izabal de enero 98 a diciembre 2002.

B. ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociales y demográficas que presentan los casos de VIH/SIDA
2. Identificar las características culturales de los casos de VIH/SIDA
3. Identificar los principales factores asociados al VIH/SIDA en los casos comprobados.
4. Plantear posibles medidas de atención para prevenir el VIH/SIDA en la población en general.

IV MATERIAL Y MÉTODOS

A. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal sobre los factores sociales y culturales más relevantes en los casos de VIH/SIDA diagnosticados en la población garífuna del Municipio de Livingston, Izabal, de enero 98 a diciembre 2,002.

B. **Población de estudio:** los/as garífunas viviendo con VIH/SIDA comprobada en el Municipio de Livingston, Izabal durante el período de 1,998 al 2,002.

C. **La muestra:** se tomaron los 50 casos de garífunas con diagnóstico de VIH/SIDA, registrados en el Centro de Salud del Municipio de Livingston Izabal, durante el período de 1998 al 2002

D. **Unidad de análisis:** casos de VIH/SIDA ocurridos en población de etnia garífuna

E. **Criterios de inclusión**

- Garífunas que se les haya comprobado VIH/SIDA durante el período de enero 98 a diciembre 2002.
- Garífunas que residen en Livingston.

F. Criterios de exclusión

- Aquellos garífunas que se les haya comprobado VIH/SIDA fuera del período de estudio.
- Aquellos garífunas que no residen en Livingston.

G. Variables de estudio**. Factores sociodemográficos**

- 1.- Edad
- 2.- Género
- 3.- Residencia
- 4.- Estado civil
- 5.- Ocupación
- 6.- Consumo de alcohol
- 7.- Uso de drogas

. Variables de conocimiento de ETS/VIH-SIDA

- 1.- Enfermedad de transmisión sexual
- 2.- Conocimiento sobre el VIH/SIDA
- 3.- Fuente de información sobre el VIH/SIDA
- 4.- Mecanismo de transmisión del VIH/SIDA
- 5.- Prevención de VIH/SIDA
- 6.- Conocimiento del condón

. Variables de actitudes (Preferencia sexual)

- 1.- Relaciones sexuales entre hombres
- 2.- Relaciones sexuales con varias parejas
- 3.- Uso del condón

. Variables de práctica

- 1.- Uso del condón
- 2.- Preferencia sexual

H. Operacionalizacion de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	En años cumplidos	Cuantitativa	Discreta
Género	Diferencia física y constitutiva entre el hombre y la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Residencia en los últimos 5 años	Lugar donde ha vivido en los últimos 5 años	- EE.UU. - Belice - Ciudad de Guatemala - Livingston	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Condición de la persona en lo que respecta a su relación conyugal y en la sociedad	- Soltero/a - Casado/a - Unido/a - Viudo/a	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Actividad de empleo u oficio a que se dedica la persona	Ama de casa Obrero Estudiante Profesional Otro	Cualitativa	Nominal
Consumo de alcohol	Utilización inadecuada de alcohol que causa dependencia para satisfacer una necesidad	Sí No	Cualitativa	Nominal
Uso de droga	Utilización de una sustancia que causa dependencia para satisfacer una necesidad	Sí No	Cualitativa	Nominal

Preferencia sexual	Voluntad específica para el acto sexual con otra persona	Masculino Femenino Masculino y femenino	Cualitativa	Nominal
Conocimiento sobre ETS / VIH -SIDA	Percepción que se tiene de la enfermedad ETS/VIH-SIDA	Sí No	Cualitativa	Nominal
Actitud	Predisposición a reaccionar de manera sistemática ante determinadas situaciones de su ambiente	Favorable Desfavorable	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Práctica sexual	Acto concreto de relación sexual con otras personas	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal Dicotómica

I. Instrumentos utilizados para recolectar y registrar la información

La información fué a través del Método de encuesta, diseñada para medir conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), realizándose una entrevista directa con cada uno de los pacientes, (Anexo 1).

J. Procedimientos para la recolección de la información

Para operacionalizar el instrumento de investigación se procedió a realizar una prueba piloto, para determinar su validez y aplicabilidad entre la población garífuna de Puerto Barrios, previo al momento de la entrevista directa se les entregó un documento de consentimiento informado para leerlo y firmarlo si estuviera conforme con el contenido. (Anexo 2)

Luego de que cada paciente manifestaba su consentimiento, se les pidió una cita de encuentro en el lugar que eligió por su comodidad, para efectuarle una encuesta

acerca de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) por la responsable de la investigación. Se les realizó la entrevista en garífuna para que ellos no se sintieran inhibidos y para tener mayor libertad de expresarse en su idioma materno.

K. Plan de análisis

Primeramente, se verificó la exactitud y consistencia interna de los datos. Para la creación y análisis de la base de datos se utilizó el programa Epi-Info 6.04 en donde se ingresaron los datos de todas las personas entrevistadas y el análisis se hizo sobre la base de estadística descriptiva en aquellas variables pertinentes.

L. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

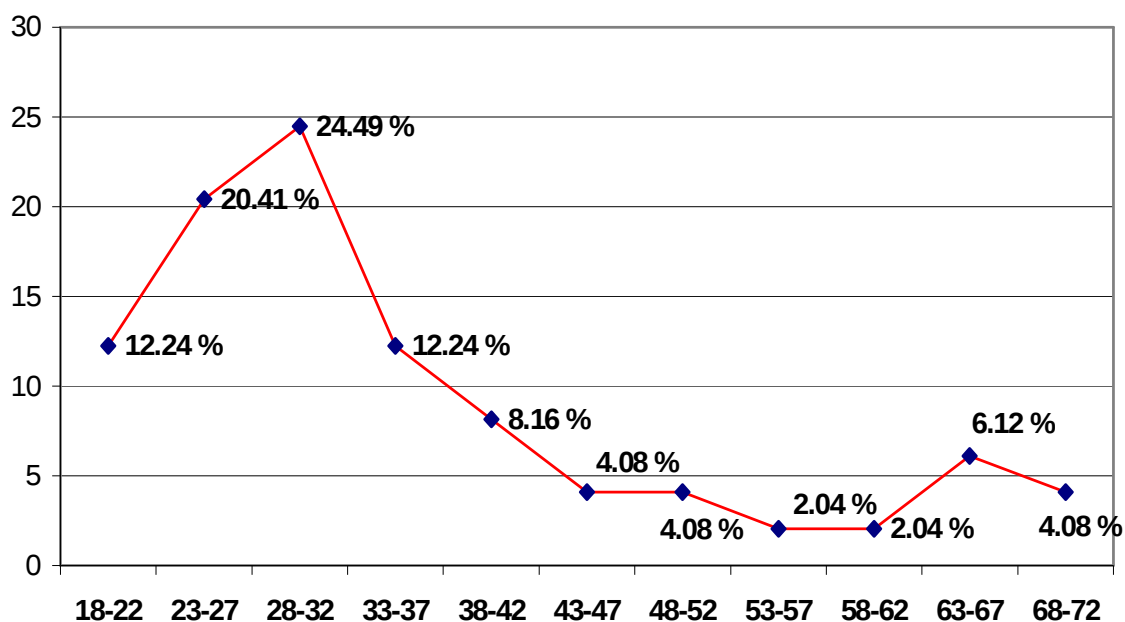
El presente estudio involucró a seres humanos, por lo que se procedió a pedir su consentimiento informado para participar en dicho estudio. Se les hizo ver que los resultados de éstos serían de mucho beneficio, para que se recomiende la implementación de acciones que prevengan el contagio del VIH en la comunidad garífuna. Las personas que manifestaron su aprobación fueron incluidas en el estudio, además, se les hizo ver que la información era confidencial.

V DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Durante el período de enero a agosto de 2,002, se realizó en el Municipio de Livingston, Izabal un estudio de tipo Observacional-descriptivo para identificar factores socio culturales relevantes en 49 casos de VIH/SIDA positivos y comprobados en la población Garífuna, que han ocurrido en un periodo de 5 años que va de enero 97 a diciembre de 2,001, por lo que en adelante se presentan los siguientes cuadros y gráficas.

Gráfico N° 1

Distribución de casos de VIH/SIDA en la población garífuna, según grupo de edad, Livingston, Izabal 2002



Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Cuadro 1.
Distribución de casos de VIH/SIDA en la población garífuna, según sexo,
Livingston, Izabal 2002

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	29	59.18
Femenino	20	40.82

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Cuadro 2.
Distribución de casos de VIH/SIDA en la población garífuna, según el país de
residencia anterior, Livingston, Izabal 2002

PAÍS DONDE RESIDIÓ LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Belice	12	24.49
Guatemala	7	14.28
USA	6	12.24
Francia	1	2.05
Livingston	23	46.94

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

El grupo etario de 28 y 32 años con el 25.55 % y el género masculino, representan la población más afectada por el VIH/SIDA. El 93.9 % mencionó haber residido fuera de Livingston en los últimos 5 años, predominando Belice como el país más frecuentado, con el 46.15%.

Cuadro 3.

Distribución de casos de VIH/SIDA en la población garífuna, según el estado civil, Livingston, Izabal 2002

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	24	48.98
Unido	21	42.86
Viudo	2	4.08
Casado	1	2.04
Separado	1	2.04

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Cuadro 4.

Distribución de casos de VIH/SIDA en la población garífuna, según la ocupación, Livingston, Izabal 2002

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	7	14.29
Ninguna	2	4.08
Trabajos ocasionales remunerados	31	63.27
Profesional	3	6.12
Obrero	5	10.20
Estudiante	1	2.04

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

El 48.98 % de la población era soltera. El 63.3 % realizaba trabajos ocasionales remunerados. El 63.3 % consumía alcohol, de los cuales 48.39 % lo hacía menos de

una vez al mes y el 35.48%, mensualmente. El 22.4 % manifestó que sí usa droga con el predominio de la marihuana, con el 81.3 %.

Cuadro 5.

Distribución de casos de VIH/SIDA en la población garífuna, según consumo de alcohol, Livingston, Izabal 2002.

CONSUMO DE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 1 vez al mes	15	30.6
Mensualmente	11	22.4
3 Veces a la semana	5	10.3
No consumen	18	36.7

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

Cuadro 6.

Distribución de casos de VIH/SIDA en la población garífuna, según uso de droga, Livingston, Izabal 2002

USO DE DROGA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Marihuana	9	18.4
Cocaína	1	2.0
Crack	1	2.0
No usan	38	77.6

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

. El 63.3 % consumía alcohol, de los cuales 48.39 % lo hacía menos de una vez al mes y el 35.48%, mensualmente. El 22.4 % manifestó que sí usa droga con el predominio de la marihuana, con el 81.3 %.

Cuadro 7.

**Identificación del conocimiento del condón por los garífunas de Livingston,
Izabal 2002**

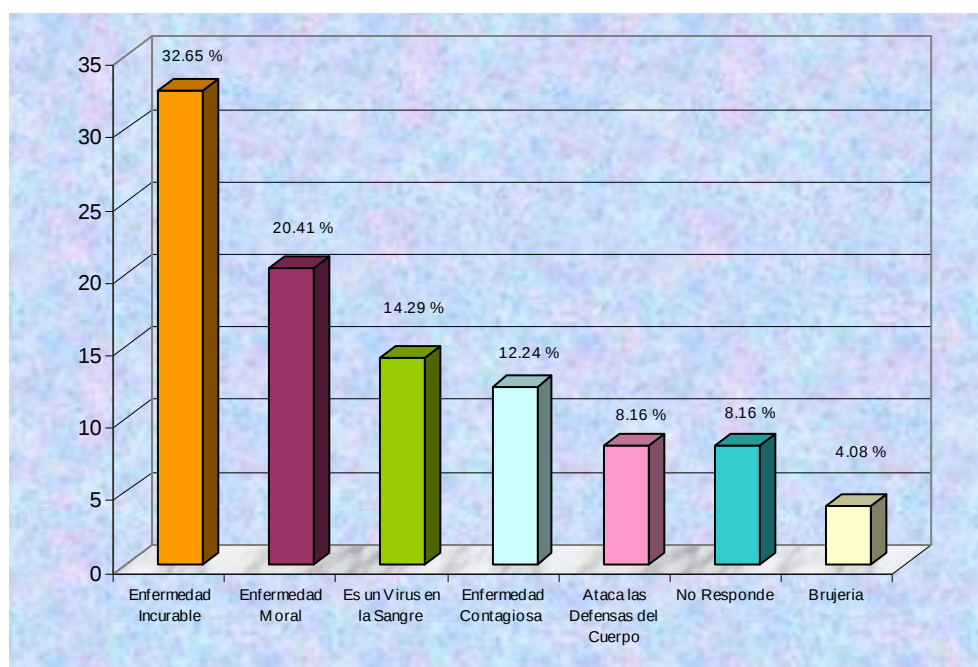
VARIABLE DE INTERÉS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si Conocían	33	67.35
No Conocían	14	28.57
No Respondieron	2	4.08

Fuente: Instrumento de Recolección de datos

El 67.3 % de los entrevistados manifestó conocer el preservativo.

Gráfico N° 2

Identificación del concepto VIH/SIDA por los garífunas en el Municipio de Livingston, Izabal 2002

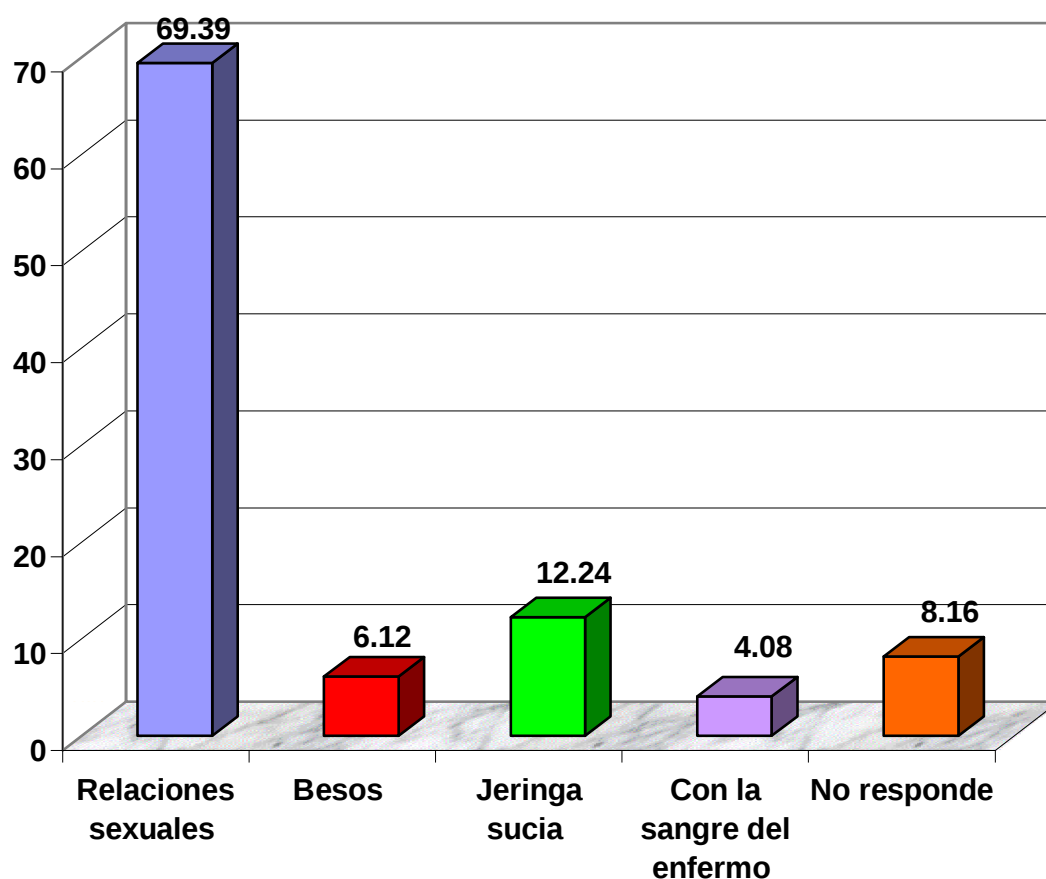


Fuente: Instrumento de Recolección de datos

El 91 % de los entrevistados afirmó conocer el VIH/SIDA y lo identifica como una enfermedad incurable 33 %.

Gráfico N° 3

Identificación del mecanismo de transmisión VIH/SIDA por los garífunas en el Municipio de Livingston, Izabal 2002

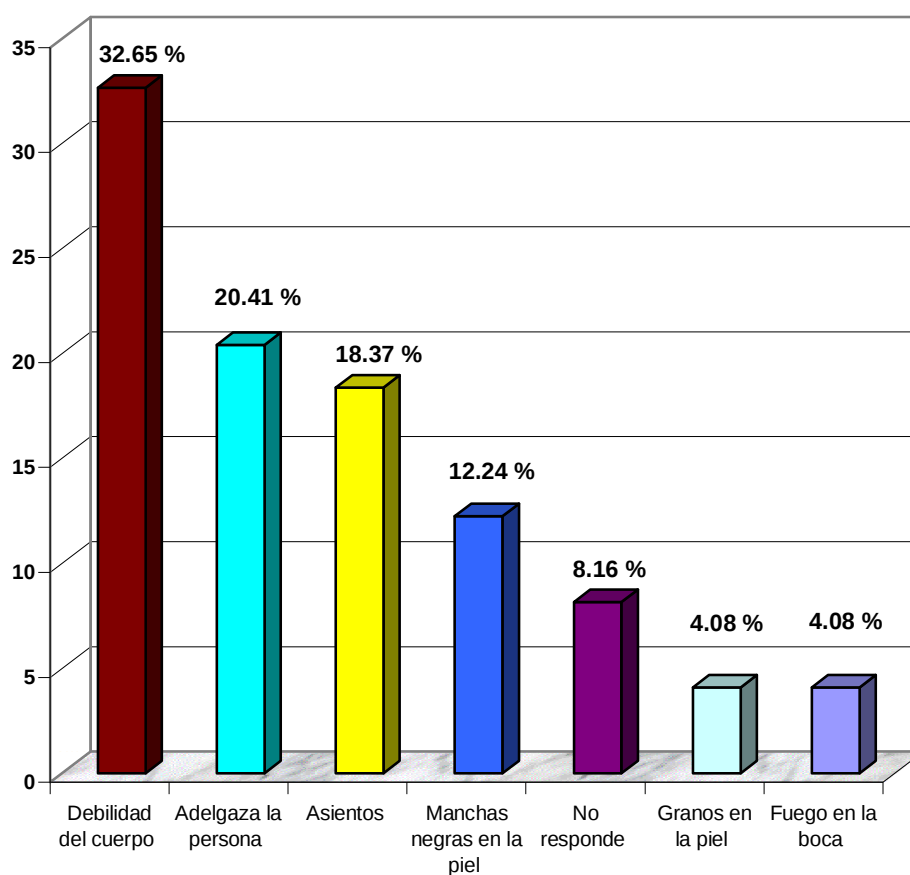


Fuente: Instrumento de Recolección de datos

El 94 % de los entrevistados tenía conocimiento sobre el mecanismo de transmisión sobre VIH/SIDA, manifestando las relaciones sexuales, con 69.4 %, como principal mecanismo.

Gráfico N° 4

Identificación de los síntomas del VIH/SIDA por los garífunas en el Municipio de Livingston, Izabal 2002

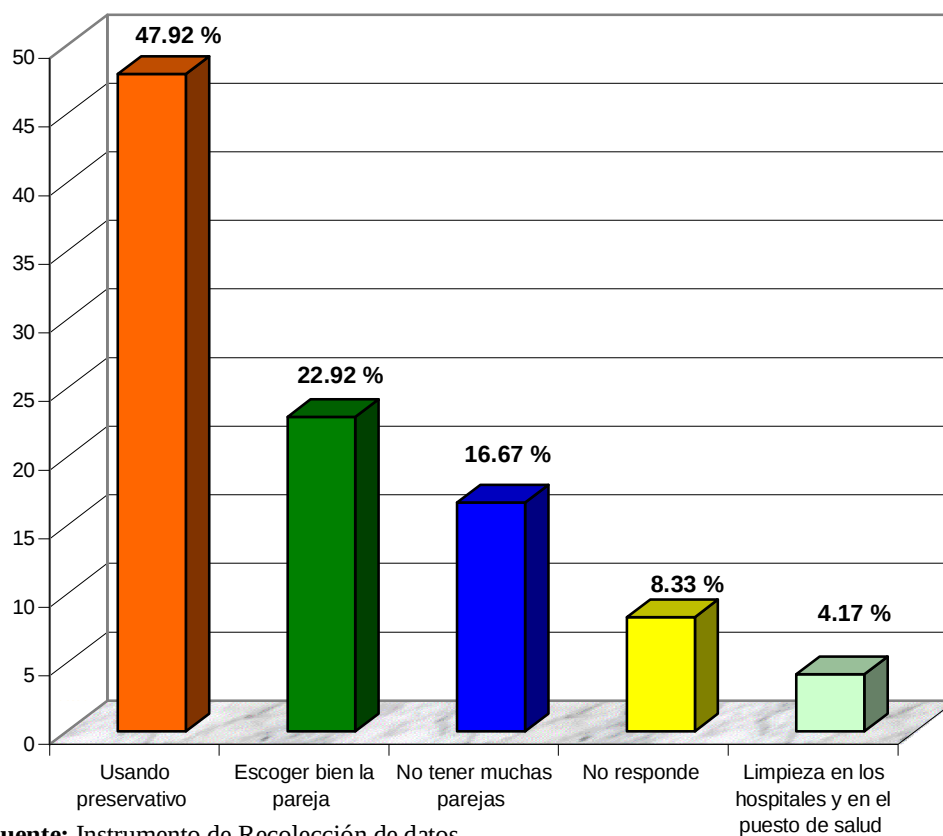


Fuente: Instrumento de Recolección de datos

El 94 % de los entrevistados conocía los síntomas del VIH/SIDA. Mencionando como síntoma con mayor frecuencia, la debilidad del cuerpo, con 33 %.

Gráfico N° 5

**Identificación de mecanismos de prevención del VIH/SIDA por los garífunas,
Municipio de Livingston, Izabal 2002**

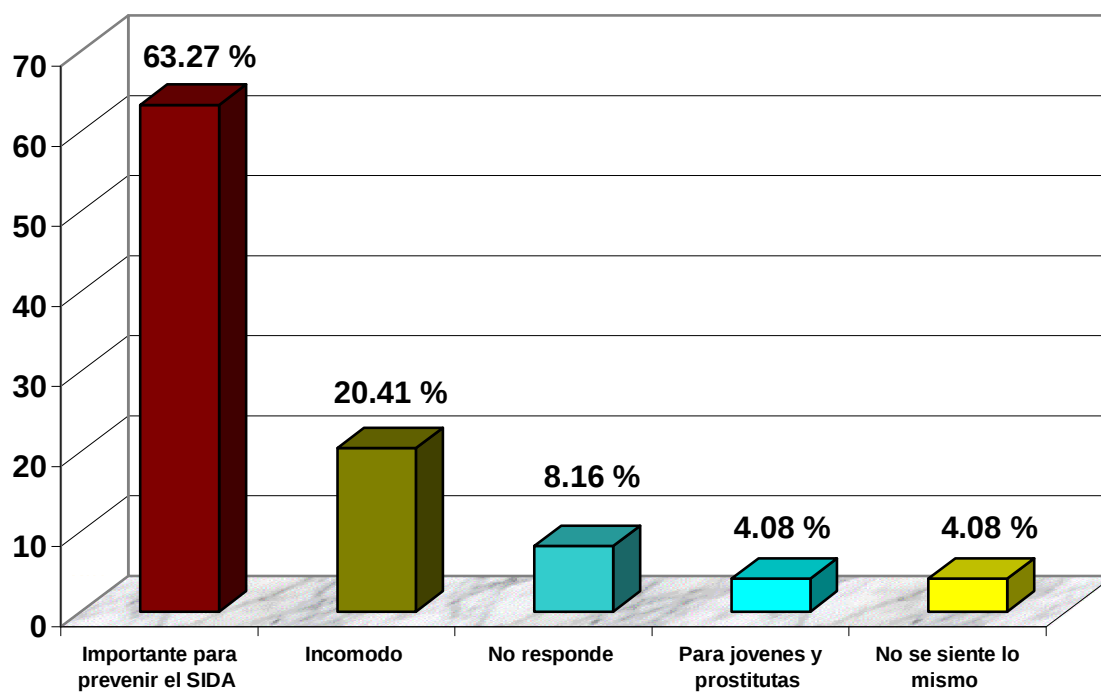


Fuente: Instrumento de Recolección de datos

El 92 % de los entrevistaos dijo conocer la manera de prevenir el VIH/SIDA, mencionando el uso del preservativo, con 48 %, como una forma de prevenir la infección.

Gráfico N° 6

Opinión sobre el uso del condón que en la población garífuna, Municipio de Livingston, Izabal 2002

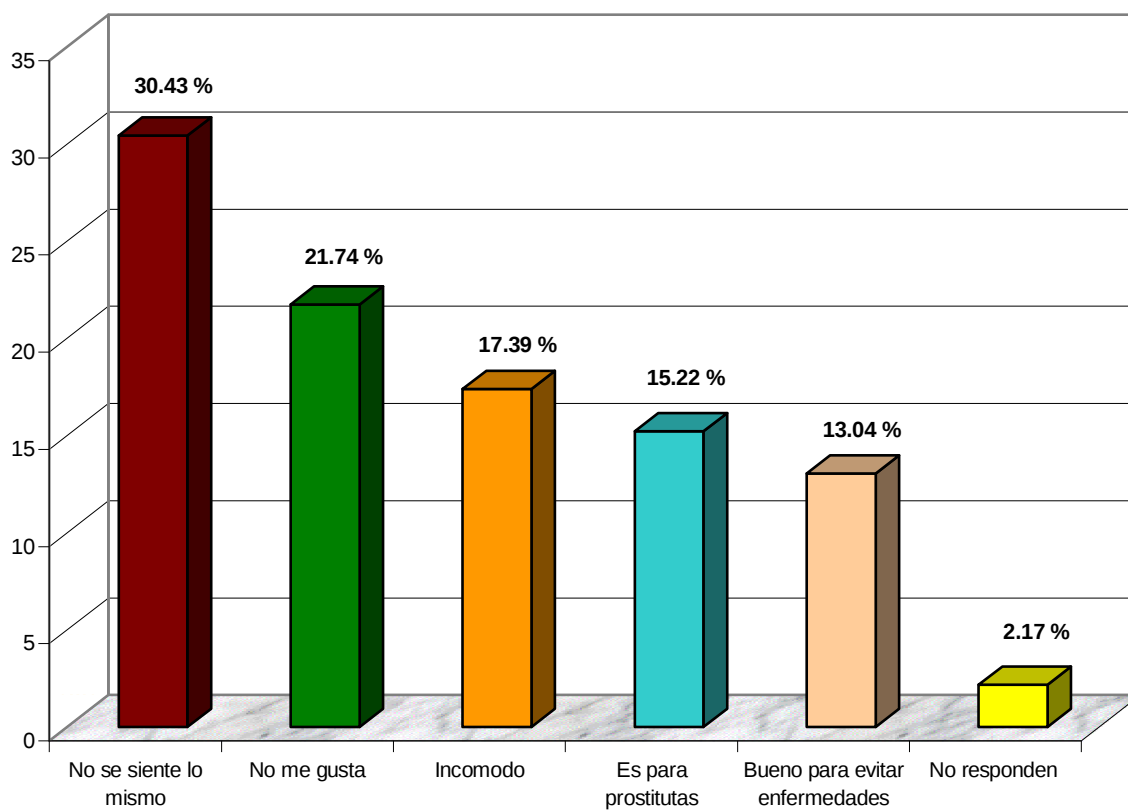


Fuente: Instrumento de Recolección de datos

El 63.2 % opina que el uso del condón es importante para prevenir el SIDA.

Gráfico N° 7

Razón sobre la resistencia a usar el condón en la población garífuna, Municipio de Livingston, Izabal 2002



Fuente: Instrumento de Recolección de datos

El 90 % de los entrevistados dijo no usar el preservativo, manifestando como una razón el no sentir el mismo placer un 30.4 %.

VI DISCUSIÓN

A. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La epidemia de VIH/SIDA ha mostrado una tendencia ascendente desde su aparición en Centroamérica, a mediados de los años ochenta y, actualmente, se ha convertido en la mayor causa de muerte entre hombres y mujeres de 15 a 44 años en el Caribe (PNUD 2003:88). Especial atención merecen los y las jóvenes en el cuadro de situación descrito por ONUSIDA/OMS (2000) que se ven afectados de una forma desproporcionada por el VIH y el SIDA. Aproximadamente, la mitad de las nuevas infecciones por VIH se producen en personas de 15 a 24 años, período en el que la mayor parte de las personas inician su vida sexual. Esto se ve confirmado con la distribución etaria más afectada en el estudio realizado, considerando que la vida sexual activa en la población garífuna comienza a partir de los 12 años.

En el área del estudio, que por sus características socioculturales y demográficas se asemeja al Caribe y, dentro de Centroamérica, al litoral Norte de Honduras, la incidencia ha sido muy alta y afectó, especialmente, a comunidades garífunas y afrodescendientes, consideradas como las más vulnerables. Las razones dadas para este hecho no están bien documentadas, sin embargo, se supone que entre los factores que generaron esta situación se encuentran: endogamia, migración entre Centroamérica y EEUU, turismo, acceso insuficiente a los servicios básicos de salud pública y educación, conceptos tradicionales alrededor de la salud sexual y comportamiento sexual juvenil.

En la población estudiada se observó que en la distribución por género existe un mayor número de casos de hombres, hallazgo que coincide con los resultados de otros estudios que confirman, que en el mundo, excepto en África subsahariana, hay más varones que mujeres infectados por el VIH y que fallecen a causa del SIDA. El comportamiento sexual de los varones, influido por valores y prácticas culturales de

una masculinidad proactiva permanente, como es el caso en la sociedad garífuna, los convierte en víctimas propiciatorias de la epidemia. En total, se estima que durante el año 2000 se infectaron 2.5 millones de varones de 15 a 49 años de edad, lo cual elevó a 18.2 millones el número de varones adultos que vivían a fines de 2000 con el VIH o con SIDA (OPS 2000:422).

Las corrientes migratorias entre EE.UU. y Centroamérica tienen importancia en transmisión y la propagación del VIH/SIDA. El 93.9% de los casos estudiados manifestaron haber residido fuera de Livingston cinco años atrás, siendo Belice el primer lugar con 46.15% y la Ciudad de Guatemala en segundo lugar, con 26.9%. Estos hallazgos reflejan la situación que los garífunas están viviendo en las últimas décadas, que forzados cada vez más en busca de trabajo, se dirigen a Guatemala, Belice, Nueva York y Europa. Esta tendencia se ha acelerado en la última década, como lo demuestran estudios sobre las comunidades garífunas en Honduras. J. Jackson (2002:1-6) describe que la migración es la causa fundamental de la elevada incidencia del VIH/SIDA entre los garífunas, porque cuando los emigrantes garífunas retornan a sus comunidades de origen, muchos no sólo traen el dinero ganado con su duro trabajo sino que, también, traen el VIH/SIDA. G.Tercero (2002) describe que la migración es citada por los mismos garífunas hondureños entrevistados en su investigación como un factor de riesgo para la propagación de VIH. Existe la idea de que los garífunas procedentes de Estados Unidos, visitan las comunidades en ciertas temporadas del año (Semana Santa, Navidad, durante las vacaciones en los meses de junio a agosto) vienen a "regar" la enfermedad porque resultan sexualmente "apetecidos", sobre todo por las jovencitas quienes se dejan "alucinar por el billete y las cadenas de oro". Este mismo fenómeno se vive en la población garífuna en el municipio de Livingston.

Entre los garífunas el estado civil aparentemente no tiene ninguna relación con la epidemia del VIH/SIDA. El 49 % de los entrevistados manifestó ser soltero y sólo uno era casado. Los matrimonios tienen poca importancia como institución social, se

realizan con poca o ninguna ceremonia, son frágiles y poco durables. Así, el verdadero núcleo familiar, sin considerar las fluctuaciones respectivas, está constituido por una mujer y sus hijos o, bien, por dos o más mujeres emparentadas, más los hijos de todas ellas. Estos grupos consanguíneos y matrifocales representan el centro de la sociedad garífuna, dejando al hombre, al padre, un papel secundario (González 1979:105).

El 63% de los entrevistados refirió dedicarse a realizar trabajos ocasionales remunerados. Este hallazgo es el resultado del abandono de la agricultura de subsistencia, la escasez del pescado y de los mariscos a causa de la pesca industrial no controlada por barcos pesqueros propiedad de ladinos, ha creado un alto nivel de desempleo masculino en la comunidad. Estos datos también coinciden con Tercero (2002) que describe la falta de fuentes de trabajo y la llegada de dinero fácil (remesas, turistas, drogas) como condicionantes para una conducta de riesgo irresponsable. Por otra parte, las mujeres, sobre todo las madres solteras y, también hombres, se ven obligadas/os a prostituirse para poder subsistir y mantener a sus hijos.

En cuanto al consumo de alcohol y su posible influencia en la vida sexual, un 63.2.% de los entrevistados (hombres y mujeres) manifestó consumir alcohol, de los cuales el 48.4% lo consume menos de una vez al mes. Al analizar el alto nivel de consumo de alcohol, estudios revelaron que el alcohol y otras drogas pueden influir en el comportamiento sexual y aumentar el riesgo de una persona de contraer el VIH u otra enfermedad de transmisión sexual, porque el consumo de alcohol reduce inhibiciones, aumenta la agresión y reduce la capacidad de tener conciencia del uso de la información aprendida acerca de la prevención del SIDA y deteriora la capacidad de tomar decisiones respecto de la protección (ONUSIDA 2000:38pp). También es la causa del abandono a los tratamientos profilácticos y antiretrovirales prescritos a personas infectadas, desmejorando la calidad de vida de éstos.

El 22.4% de los entrevistados afirmó usar droga, de los cuales un 18.4% mencionó la marihuana como droga preferencial. Este hallazgo sugiere que el uso de drogas representa un factor de riesgo de menor importancia relativa porque no se relaciona con drogas que exigen el uso de jeringas y agujas.

B. SOBRE LOS CONOCIMIENTOS

De los entrevistados, el 95.9 % manifestó haber tenido, por lo menos, una vez una información acerca de las ETS (enfermedades de transmisión sexual) , de los cuales sólo un 24.35 % manifestó estar informado en mayor grado (escucharon hablar de estas enfermedades " algunas veces"). Hallazgo que coincide con el estudio de MSF Francia el cual describe que la población en el municipio de Livingston y, particularmente, en el casco urbano, donde está concentrada la etnia garífuna, tiene un nivel relativamente alto de conocimientos sobre ETS / SIDA, los cuales fueron adquiridos a través de talleres y conferencias impartidas por el Ministerio de Salud y ONGs. (MSF:2001). Este fenómeno también corresponde a los estudios hechos en comunidades garífunas en Honduras, sorprendiendo a una autora que en el momento de hacer las entrevistas descubrió que muchas personas tenían un conocimiento correcto sobre el VIH/SIDA (Tercero:2002).

Se encontró que la mayoría de los entrevistados (91%) afirmó conocer el VIH/SIDA de los cuales el 33% lo percibe como una enfermedad incurable, no lo identifica como una ETS y solamente una minoría lo identifica como una enfermedad de "brujería" (4%). Este hallazgo demuestra el resultado efectivo de las capacitaciones, informaciones y orientaciones recibidas por la población, que han cambiado la manera de percibir la causa de la enfermedad, ya que al inicio de la epidemia fue interpretada como de origen sobrenatural, de magia o de castigo de los ancestros. Esta reflexión coincide con el resultado de la investigación entre garífunas en Honduras, según la cual todas las personas entrevistadas han escuchado hablar sobre el SIDA y reconocen que es una enfermedad que ha penetrado poco a poco en las

comunidades, siendo maligna, dañina, peligrosa y causada por contagio directo como la principal exposición (Tercero:2002).

El 65% de los entrevistados mencionó el método del taller como la mejor fuente de información sobre el SIDA. Esto se debe a que esta metodología de educación permite un espacio amplio de intercambio y de expresión de inquietudes. Sin embargo, llama la atención la baja frecuencia que corresponde a la escuela formal como fuente de información (10 %).

La gran mayoría (94 %) de los entrevistados tiene conocimientos de los mecanismos de transmisión de la enfermedad y el 69% mencionó la relación sexual como la principal vía de contagio, lo cual corresponde a la realidad epidemiológica. El contagio a través del contacto sexual íntimo constituye, actualmente, el principal mecanismo de diseminación de la epidemia en todo el mundo y explica entre el 70 y 80 % de las infecciones que se han documentado en la población (Velázquez/Gómez 1996:43). Pero el conocimiento de la relación causal entre SIDA y relaciones sexuales es considerablemente menor que el nivel del conocimiento general sobre la misma enfermedad (95.5 %). Esta discrepancia refleja las dudas y la confusión todavía existentes, ya que el mensaje sobre las causas de la enfermedad no ha sido apropiado culturalmente por la población receptora.

Varios factores contribuyen a la creación de confusión y dudas en los entrevistados: el nivel bajo de escolaridad, el deficiente dominio de la lengua española, particularmente entre los adultos y adultos jóvenes. Sumando a esto el diseño de los materiales de educación que no se adecua a la característica de la población. El diseño y la ejecución de los programas de salud y, en concreto, en torno al tema del VIH/SIDA, no se adapta a las especificidades de cada grupo étnico. El mismo fenómeno se da en el caso de los garífunas en Honduras, quienes mostraron conocimientos adecuados sobre el fenómeno del VIH/SIDA, pero, en algunos casos

y en ciertos grupos de edad, aún persisten dudas sobre las formas de transmisión (Tercero 2002).

El nivel de conocimientos de los entrevistados sobre los síntomas del VIH/SIDA es alto (94%) y la "debilidad del cuerpo" fue mencionada con mayor frecuencia (33 %), pero los otros síntomas mencionados corresponden igualmente a la fenomenología del SIDA, lo que indica que el conocimiento es amplio. Estos conocimientos tienen relación con la descripción de la apariencia de un enfermo: es demacrado, pálido y la piel tiene granitos (manchitas, ronchitas). "Cuando la gente dice aquella persona tiene SIDA, se le ve por la cara que está debilitada." Se ponen "flaquitos", "como hueso," y "se rebajan" (pierden peso).

Los entrevistados demostraron un conocimiento adecuado acerca de los métodos de protección (90 %), predominando el uso del condón (48%), lo que refleja una conciencia del riesgo, pero no significa un cambio significativo en el comportamiento sexual. Sigue un alto grado de rechazo hacia el preservativo tanto de parte de los hombres como de las mujeres, utilizando como uno de los argumentos más fuertes de parte de las mujeres que "eso se usaba únicamente con las prostitutas" (MSF 2001).

Solamente el 67% de los entrevistados tiene conocimientos del uso del condón, lo que apoya la idea de que el condón no forma parte de la vida sexual del garífuna, no existe una "cultura del uso del condón".

C. SOBRE LAS ACTITUDES

El 63 % de los entrevistados opina que el condón es importante para prevenir el SIDA.. Al analizar esta opinión, los entrevistados manifiestan la importancia del condón para evitar el contagio del SIDA, pero no así, para otras enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo, la gonorrea, como la ETS más conocida entre la población. Además, las enfermedades de transmisión sexual como la anterior

mencionada siempre fueron consideradas como enfermedades que no matan y que tienen cura.

Otra autora (Tercero 2002:41) confirma en su estudio de que las mujeres que llevan vida en pareja y que tienen un compañero estable, respondieron de que ellas con su marido nunca utilizan el condón ni aún como medio anticonceptivo. Al preguntarle por qué, ellas señalaron de que a sus maridos no les gusta, que ellos dicen: " cómo van a usarlo con la mujer de casa", considerándolo como una ofensa a las mismas mujeres.

Casi la mitad (42.5) de la población entrevistada acepta el sexo entre hombres, lo que demuestra un alto grado de tolerancia de la población garífuna a la homosexualidad (o bisexualidad) masculina, muy al contrario de la actitud frente a la homosexualidad femenina que es rechazada en alto grado, lo que corresponde al sistema de parentesco y de organización social matrifocal (González 1979).

Con respecto a la selección de parejas para relaciones sexuales, el 77.5% de los entrevistados acepta que las personas mantengan relaciones sexuales con varias parejas, tanto simultáneas como consecutivas, lo que corresponde a la estructura familiar garífuna de una poligamia selectiva y matrifocal. Eso determina a los garífunas como un grupo humano con mayor vulnerabilidad, porque se ha observado que el riesgo de adquirir el virus se incrementa notablemente a medida que aumenta el número de contactos inseguros con parejas sexuales diferentes (Velázquez/Gómez 1996:44).

D. SOBRE LAS PRÁCTICAS

El 100% del género femenino entrevistado refiere tener relaciones sexuales solamente con hombres. Lo que confirma que en la cultura garífuna la homosexualidad femenina es baja. En términos socioculturales, este hecho se explica por la importancia de status y prestigio de las mujeres como centros del núcleo familiar y como "ordenadoras" de la vida social, tareas que implican la construcción de relaciones vinculantes con hombres. Perdiendo esta capacidad, una mujer garífuna se automargina y es considerada "una vergüenza" por las otras mujeres.

En contraste, el 24 % del género masculino entrevistado refiere tener relaciones sexuales solamente con mujeres, pero el 34 % con hombres y mujeres, dejando visible las relaciones bisexuales como una opción socialmente aceptada y, especialmente entre varones jóvenes de preferencia. El 41% de los entrevistados se declaró con preferencias de relaciones homosexuales, un porcentaje alto que se relaciona con el perfil de la enfermedad.

El 90 % de los entrevistados manifestó no usar el condón durante sus relaciones sexuales, argumentando que el uso del condón no produce el mismo placer sexual especialmente para los hombres. Esta divergencia entre el conocimiento del riesgo de contagio y el rechazo del condón se relaciona con una ausencia de experiencia colectiva y pública ("outing") en relación a la epidemia, la que tendría una influencia directa en el comportamiento individual por generar una mayor base cultural y social de la percepción de riesgo.

VII CONCLUSIONES

1. El desempleo, la migración recurrente de ida y vuelta a los EEUU y a otros países vecinos, el turismo con connotaciones de aventuras sexuales, un patrón cultural que facilita relaciones sexuales múltiples y simultáneas, la costumbre de intercambiar mercancía ("regalos") o aun dinero por permitir relaciones sexuales, la tolerancia hacia relaciones bisexuales y el consumo de alcohol se perciben como factores que inciden en la propagación de la epidemia VIH/SIDA y determinan a los garífunas de Livingston como un grupo humano de alto grado de vulnerabilidad.
2. La comunicación sobre sexualidad en el hogar es mínima y no es complementada o ampliada en el contexto escolar o eclesiástico. En la medicina tradicional garífuna no existe el concepto de una "sexualidad peligrosa" como fuente de enfermedades incurables, considerando más bien el acto sexual como una "limpia" del cuerpo, o "pura vida, como agua cristalina".
3. La población entrevistada maneja una información amplia y profunda sobre el VIH/SIDA, considerándola, en su mayoría, como una enfermedad incurable. Este conocimiento relativamente amplio sobre causas y síntomas del SIDA en la población garífuna de Livingston, sin embargo, no se ha transformado todavía en una "cultura sexual de prevención" generalizada.
4. Los talleres informativos sobre prevención y tratamiento del VIH / SIDA parecen ser el medio más eficaz para orientar y educar a la población sobre el tema, aunque el diseño de estos métodos no ha sido adaptado para la particularidad de una población cultural y lingüísticamente diferenciada.
5. La mayoría de los entrevistados reconoce el uso del preservativo como el mecanismo principal de prevención, pero en la práctica solamente una minoría lo usa. Esa contradicción o disonancia cognitiva deja de ser sorprendente

tomando en cuenta que el cambio de actitudes en un campo tan importante e íntimo como la vida sexual es lento y presupone un cambio cultural asumido por la colectividad entera y por sus representantes de mayor influencia. Una de las principales razones que la población refiere al rechazo del uso del condón, es la incomodidad ("no se siente igual").

6. La homosexualidad exclusiva entre varones no es aceptada por una mayoría del grupo entrevistado, pero el 40% acepta relaciones bisexuales para hombres. Por otro lado, se consideran relaciones sexuales con varias parejas permanentes (poligamia) aceptables, siempre y cuando sean realizadas dentro de los patrones culturales garífunas, lo que incluye restricciones por parentesco y el reconocimiento de los hijos resultados de las mismas.

VIII RECOMENDACIONES

1. Reconocer a la población garífuna en Guatemala como un grupo humano de alta vulnerabilidad para la epidemia VIH/SIDA y priorizar una acción combinada de educación, prevención y curación con mediación cultural y lingüística adecuada. Esta acción debe contar con el apoyo de los y las conocedores / as de la salud garífuna y medicina tradicional, siguiendo las recomendaciones del MSPAS y considerando las experiencias específicas de la región garífuna en Honduras.
2. Crear y ejecutar metodologías y programas de capacitación culturalmente adecuadas sobre salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural y de género. Estos programas deben dirigirse simultáneamente a las tres comunidades étnicamente diferenciadas que conviven en Livingston, los garífunas, maya - q'eqchi' y ladinos. Condición necesaria para avanzar en el control epidémico es un reconocimiento público, colectivo y explícito del problema de VIH/SIDA en toda su dimensión dramática ("outing"), con el apoyo de las organizaciones culturales y religiosas locales, y, en cooperación con la parroquia de Livingston y su programa de salud.
3. Las escuelas como centros educativos obligatorios deben asumir el papel de concientizar a los padres de familia en la importancia de crear un canal de comunicación con sus hijos, para facilitar el abordaje de temas como sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. Esta tarea debe ser apoyada por los comités de barrio y otras organizaciones étnicas locales de índole cultural.

4. Para facilitar el cambio cultural necesario y disminuir la vulnerabilidad del pueblo garífuna, se necesita promover y propagar nuevos valores y nuevas prácticas culturales, utilizando métodos de difusión a través de los medios de comunicación y de comunicadores artísticos locales. El condón, por ejemplo, debe ser presentado como sensual y placentero y el sexo sin condón como "sucio" y obsoleto. Esta estrategia de cambio endógeno de conceptos y valores debe salir de la propia población afectada, aumentando el nivel de autoestima, participación y autogestión en el tema de la prevención y del tratamiento de la enfermedad.
5. El presente estudio se refiere, exclusivamente, a los 49 casos de garífunas portadores confirmados de VIH/SIDA, pero probablemente habrá más casos que no fueron detectados o registrados. Se recomienda continuar con un estudio de casos y controles representativo para toda la población garífuna de Livingston, incluyendo al muestreo también las otras etnias que habitan Livingston como los ladinos y maya - q'eqchi'.

IX BIBLIOGRAFÍA

1. Arathoon E., Samayoa B., Corman H., Hirshman A. **Trends and Patterns in HIV/AIDS Epidemic.** Int.Conf.on AIDS, Guatemala City, 1995.
2. Ardila, Henry, Jeffrey Staton y Luis Gauthier. **Estrategia y Lineamientos para la Acción en VIH/SIDA con HSH,** ONUSIDA - LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA, Bogotá, 1999. Pág 21-28.
3. Arredondo, Anabella. **Epidemiología del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Niveles Actuales, Tendencias y Tipología de la Epidemia.** MS, Washington, 2002. Pág 107-117.
4. Beaglehole, Robert, Ruth Bonita and Tord Kjellström. **Epidemiología Básica.** OPS, Washington, 2001 Pág 33-44
5. Castillo, Gloria. **Aspectos de Sexualidad y Reproducción del Pueblo Garífuna en Guatemala,** informe para el Gabinete Social de la Vicepresidencia de la República; Guatemala, 1998.
6. Catanhede e Silva, Beneditha. **Identidad, Cambio y Resistencia en la Comunidad Garífuna de Guatemala.** MS; Madrid, 2001.
7. Cohen, Milton. **The Ethnomedicine of the Garifuna (Black Caribs) of Rio Tinto,** En: Anthropological Quarterly 57(1):16-27 New York, 1984.

8. Cuesta, José. **SIDA, Crecimiento Económico y la Iniciativa HIPC en Honduras**. PNUD; Tegucigalpa, 2001.
9. Dary, Claudia. **Literatura Popular de los Caribes Negros de Guatemala**. En: Boletín del Centro de Estudios Folklóricos 34; Guatemala 1981. Pág 5-8.
10. Daniel, W. D. **Biostatistics: a Foundation for Analysis in the Health Sciences**, New York 1991.
11. Ellington Lambe, Gerardo. **Derecho Consuetudinario Garífuna sobre la Posesión y el Uso de las Playas en el Perímetro Urbano del Municipio de Livingston, Departamento de Izabal**. Tesis USAC; Guatemala, 1998.
12. EL PAÍS. **La ONU contra el VIH. La Cumbre sobre el SIDA fija una Estrategia tras Superar los Prejuicios**. En: EL PAÍS, 28/06/01; Madrid 2001.
13. Fernández – Alemany, Manuel. **Conceptualizando Género y Sexualidad: Implicaciones en el Estudio de la Epidemia del SIDA** . 1999.
14. García Vázquez, Elisa, Rolando Cedillos and David Wheeler. **Clínica and Demographic Features of HIV Infection in El Salvador**. En: Pan American Journal of Public Health 13 (5) 327-331, Washington 2003.
15. Gatica, María Magdalena. **El SIDA en Guatemala. Análisis Epidemiológico durante 1984-1999**. En: Boletín Epidemiológico Nacional 16: Pág 49-53; Guatemala 1999.

16. Ghidinelli, Azzo. **La Familia entre los Caribes Negros, Ladinos y Kekch'és de Livingston.** En: Guatemala Indígena 11(3-4):3-315; Guatemala 1973.
17. Gómez María, Diana Fernández et al. **The shape of the HIV/AIDS Epidemic in Puerto Rico.** En: Revista Panamericana de Salud Pública 7(6):377-383, 2000.
18. González, Nancie L. Solien. **La Estructura del Grupo Familiar entre los Caribes-Negros. Un Estudio de Migración y Modernización;** Guatemala 1979. Pág 43-179.
19. González, Nancie. **Sojourners of the Caribbean: Ethnogenesis and Ethnohistory of the Garifuna;** Urbana, Ill., 1980.
20. González, Nancie and Gloria Castillo. **Garifuna.** In: Carol Ember (ed.), Encyclopedia of Medical Anthropology: Health & Illness in the World's Cultures, vol.2:672-681. HRAF, New Haven, 2003.
21. Idiáquez, José. **El Culto a los Ancestros en la Cosmovisión Religiosa de los Garífunas de Nicaragua;** UCA Managua, 1999.
22. INE (Instituto Nacional de Estadísticas), **Población y Locales de Habitación Particulares Censados según Departamento y Municipio (Cifras definitivas),** Censo Nacional de Población y de Habitación 2002; Guatemala, 2003.
23. Jackson, Josh. **Cara a Cara con las Consecuencias.** En: Perspectives in Health Magazine 7(1)1-6, Washington 2002.

24. Kottak, Conrad Phillip. **Antropología Cultural, Espejo de la Humanidad**, Sexta Edición, Pag 17-22, 33-49, 165-184. Madrid 1997.
25. Kumar, Alok and Valmay Bent. **Characteristics of HIV-Infected Childbearing Women in Barbados**. En: Revista Panamericana de Salud Pública 13(1) 1-9, Washington 2003.
26. Márques, Oscar. **"Análisis de la situación de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA en Puerto Barrios Izabal"**. Informe Epidemiológico de Enfermedades Transmisibles, Guatemala 2002. , Pág 1-15.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Epidemiología. **"Boletín Epidemiológico Nacional"** Boletín No 16, Guatemala,. 1999 Pág 49-52.
28. MSF – España. **Apoyo al Distrito de Salud de Livingston, Departamento de Izabal**, Guatemala. 1996.
29. MSF- Francia. **Informe Exploratorio de Gloria Castillo para Médicos sin Fronteras Francia sobre VIH - SIDA en Livingston**, Guatemala abril 2001.
30. ODECO (Organización de Desarrollo Étnico Comunitario). **La Comunidad Garífuna y sus Desafíos en el Siglo XXI. Diagnóstico de Potencialidades Agroeconómicas de las Comunidades Garífunas de la Costa Norte de Honduras**. ODECO; La Ceiba, 2002.
31. ONUSIDA. **Guía para el Monitoreo y la Evaluación**, Programas Nacionales de SIDA. 2000. Pág 25-139, Nueva York.

32. ONUSIDA/ Organización Mundial de la Salud. **La Epidemia de SIDA, Situación en Diciembre 2,000**, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2000, Nueva York.
33. Organización Mundial de la Salud - OMS. **Notas e Informaciones de la OMS sobre VIH/SIDA: la Epidemia Mundial**. En: Foro Mundial de la Salud 18(3/4): Pág. 398-402; Ginebra 1997.
34. Organización Panamericana de Salud - OPS. **La Mujer y la Infección por el VIH/SIDA. Estrategias de Prevención y Atención**; Washington 2000.
35. Organización Panamericana de Salud - OPS. **El VIH y el SIDA en las Américas: una epidemia con muchas caras**. Revista Panamericana de Salud Pública 8(6)422-424, Washington 2000.
36. Organización Panamericana de Salud - OPS. **The Next Generation of HIV Surveillance Systems**. En: Revista Panamericana de Salud Pública 8(4): 293-297; Washington 2000.
37. PNUD. Informe Nacional sobre el Desarrollo Humano 1999 - **Guatemala: El Rostro Rural del Desarrollo Humano**; Guatemala 1999.
38. PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2000 - **Guatemala: La Fuerza Incluyente del Desarrollo Humano**; Pág. 156 - 159, Guatemala 2000.
39. PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2003 - **Guatemala: Una Agenda para el Desarrollo Humano**, Guatemala 2003.

40. PNUD. **Segundo informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá**, San José, 2003
41. Public Health Service of the U.S.A. **Exposición Laboral a los Virus de la Hepatitis B y C y al Virus de la Inmunodeficiencia Humana**, En: Revista Panamericana de Salud Pública 11(2) 132-141, Washington 2002
42. Sierra, Manuel. **Estudio Seroepidemiológico de Sífilis, Hepatitis B y VIH en Población Garífuna de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal**. Ponencia, VII Jornada Científica de Ciencias Biológicas y de la Salud, Tegucigalpa, 2000.
43. Taylor, Douglas. **The Black Caribs of British Honduras**. Viking Fund Publications in Anthropology No.17; New York 1951.
44. Tercero, Geraldina . **Cosmovisión, Comportamiento y SIDA: un Estudio de Antropología Médica entre los Garífunas**, BID, Tegucigalpa 2002.
45. Velazques, de V. y Rubén Darío Gómez. **SIDA Enfoque Integral**, segunda edición; Bogotá 1996. Pág. 50-84.
46. WHO / UNAIDS. **Guidance Modules on Antiretroviral Treatments**. Module 6 - The Use of Antiretroviral Drugs to Reduce Mother to Child Transmission of HIV; Geneva 2000.

X ANEXOS

No. 1

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES ASOCIADOS A LOS CASOS DE VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN GARÍFUNA DEL MUNICIPIO DE LIVINGSTON IZABAL.

Fecha: / / / /

Registro: / /

A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad.....
2. Género: masculino () femenino ()
3. ¿Dónde ha residido en los últimos 5 años?
 - () Ciudad capital
 - () Belize
 - () USA
 - () Europa
 - () Otros
4. ¿Cuál es su estado civil?
 - () Casado
 - () Soltero
 - () Unido
 - () Separado/divorciado
 - () Viudo/a
5. ¿Cuál es su ocupación?
6. ¿Alguna vez usó?

	Si	No
1. Marihuana	()	()
2. Cocaína	()	()
3. Crack	()	()

Otras
Especificar.....

7. ¿Usted consumía alcohol?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de una vez al mes
- ☐ Mensualmente
- ☐ 3 veces a la semana
- ☐ Todos los días

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

B) CONOCIMIENTOS

8. ¿Cuando usted era joven, más o menos a los 15 años, qué a menudo sus padres te hablaban sobre sexo?

- ☐ Frecuentemente
- ☐ Varias veces
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

9. ¿Usted había oído hablar de las enfermedades de transmisión sexual?

- ☐ Frecuentemente
- ☐ Algunas veces
- ☐ Varias veces
- ☐ Nunca

10. ¿Usted había oído hablar del VIH/SIDA?

1. Sí ☐ Qué _____

2. No ☐ Por qué _____

11. ¿Usted sabía cómo se transmite el VIH/SIDA?

1. Sí ☐ Qué _____

2. No ☐ Por qué _____

12. ¿Usted conocía algunos síntomas del VIH/SIDA?

1. Sí () No ()

Cuáles_____

13. ¿Usted sabía cómo prevenir el VIH/SIDA?

1. Sí () Cómo_____

2. No ()

14. ¿Donde se informó usted sobre el VIH/SIDA?

() En la escuela

() En talleres sobre ITS y VIH/SIDA

() Con mis padres

() Con mis amigos

() Otros

15. ¿Usted conocía el condón?

1. Sí ()

2. No ()

C) ACTITUDES

16. ¿Qué pensaba usted del sexo entre hombres?

17. ¿Qué pensaba usted de la persona que mantiene relaciones sexuales con varias parejas?

18. ¿Qué pensaba usted del uso del condón?

D) PRÁCTICA:

19. ¿Usted tenía relaciones sexuales solamente con hombres?

Sí () No ()

20. ¿Usted tenía relaciones sexuales solamente con mujeres?

Sí () No ()

21. ¿Usaba usted el condón?

Sí () No ()

Porqué_____

No.2

CONSENTIMIENTO INFORMADO
☐ ☐ ☐

Fecha

No de entrevistado

ESTUDIO: FACTORES SOCIALES Y CULTURALES ASOCIADOS AL VIH/SIDA

Identificación: éste es un estudio observacional con entrevista no comparativa. El mismo no considera incluir otros grupos con fines comparativos basados en el diseño.

Responsables: Dra. Gloria Castillo y Licda. Blanca Samayoa, Epidemióloga de la Clínica Familiar Luis Ángel García y Dra. Gloria Castillo Cursante de la Maestría de Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Objetivos.

- Identificar cuáles son los factores sociales y culturales más relevantes de la población garífuna del municipio de Livingston Izabal que están asociados con la infección por el VIH/SIDA, durante enero 1996 a diciembre 2001.

Procedimientos

Tiempo de la entrevista: se calcula que la entrevista para efectuar la encuesta tomará alrededor de una hora manteniendo cierta flexibilidad, en un ambiente donde se encuentre cómodo y mantenga la confidencialidad.

Contenido de la entrevista: este estudio desarrollará una entrevista con las preguntas apropiadas y escalas de acuerdo con los objetivos de la investigación. La estructura de esta entrevista es la siguiente:

Riesgos.

Las entrevistas incluyen preguntas de índole personal como conducta sexual y relaciones personales. Puede ser que estas preguntas hagan sentirse incómodo a la persona. Usted es libre de contestar las mismas sin detrimento de su atención en este Centro de Salud o cuando acuda al médico. Todas las entrevistas y transcripciones serán mantenidas en forma confidencial hasta donde sea posible. No se usarán nombres individuales en reportes escritos del estudio. La información del estudio será codificada y mantenida en un lugar seguro, donde solamente el investigador tendrá acceso.

Beneficios.

De la información, actitudes y prácticas respecto del VIH/SIDA: los beneficios en este estudio ayudarán en el entendimiento de los factores asociados al VIH/SIDA en la comunidad garífuna, los participantes en este estudio son libres de elegir participar o no en este estudio o parar en cualquier momento que ellos lo deseen. Si el participante decide no participar, su decisión no afectará negativamente los servicios que recibe del Centro de Salud o de personas que lo refieren.

Costos.

La participación en este estudio no involucrará costo alguno para los pacientes que decidan participar en el mismo, no se le reconocerá ningún pago por su participación.

Responsabilidad del investigador.

El investigador será responsable de que la investigación sea conducida de acuerdo con los planes de investigación establecidos y aplicables a las regulaciones para la protección de los derechos de los pacientes. El investigador tendrá que obtener el consentimiento de cada uno de los participantes en este estudio. El investigador también será responsable de mantener la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos de cada participante en el estudio a través de archivos cerrados y entrenamiento y compromiso firmado del investigador.

Reconocimiento.

Yo, entiendo que este estudio busca determinar conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) respecto del SIDA

Yo, entiendo que mi participación es voluntaria y que no recibiré ningún pago.

Yo, comprendo que la información generada es totalmente confidencial.

Yo, reconozco que mi participación ayudará a otros / otras garífunas.

Firma del participante

Fecha_____

Nombre del participante

Firma del testigo

Firma del investigador