

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ANALISIS DEL PAPEL DE LA RELIGION CON RESPECTO
AL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA EN GUATEMALA**

Estudio descriptivo y transversal en torno a los
conocimientos y actitudes en 30 Sacerdotes
Católicos y 30 Pastores Evangélicos en la
Ciudad de Guatemala, Abril de 1994.
Guatemala.

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

LIANA BETZABE RIVERA BERMUS

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1994.



DL
05
(7028)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 23 de mayo
DIF-185-94

de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: SECRETARIA BIBLINGUE ILIANA BETZABE
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
RIVERA LEMUS Carnet No. 88-16455
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"ANALISIS DEL PAPEL DE LA RELIGION CON RESPECTO AL SINDROME DE INMUNO-
DEFICIENCIA ADQUIRIDA EN GUATEMALA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Asesor
Firma y sello personal

Dr. Alejandro Yasuni
Medicina Interna
Col. 7389

Firma del estudiante

Revisor
Firma y sello
Registro Personal 9506

Sergio Castañeda Cerezo
MEDICO Y CIRUJANO

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: ILIANA BETZABE RIVERA LEMUS

Carnet Universitario No. 48110455

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del Trabajo de Tesis titulado: "ANALISIS DEL PAPEL DE LA RELIGION CON RESPECTO AL SINDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA EN GUATEMALA"


Avalado por el asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente ORDEN DE IMPRESION

Guatemala, 24 de Mayo de 1994.

Dr. Edgar R. de León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :


Dr. Jafeth Cabrera Franco
DECANO



INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III.	JUSTIFICACION.....	6
IV.	OBJETIVOS.....	8
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	10
VI.	METODOLOGIA	36
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	42
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	53
IX.	CONCLUSIONES.....	58
X.	RECOMENDACIONES.....	59
XI.	RESUMEN.....	60
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	62
XIII.	ANEXOS.....	66

I. INTRODUCCION

Desde la descripción del SIDA en 1981, han ocurrido una explosión de casos a nivel mundial con la consecuente pandemia.

En Guatemala la AGPCS y las autoridades de salud han reportado un total de mas de 700 casos. Debido a las condiciones locales, Guatemala aparece en la lista publicada por la Organización Mundial de la Salud de países con un pontencial epidémico elevado para VIH en esta década.

En países en vias de desarrollo el principal método de transmisión de VIH es el contacto heterosexual, de ésto se deduce que el SIDA esta presente en nuestro país y continuara siendo un probelma serio en el que todas las personas debemos estar involucrados.

Siendo cada individuo parte fundamental de la Sociedad, debe considerarse el daño psicológico que la enfermedad provoca, ya que el mismo puede deteriorar por si solo la condición de la persona e incapacitarlo tanto física como socialmente. Por la enorme importancia que la religión juega en la sociedad Guatemalteca y la fuerte influencia social de la misma es interesante conocer el apoyo que la iglesia brinda a personas enfermas de SIDA, asi como el papel prioritario en la prevención y educación hacia la población.

El presente estudio descriptivo transversal recopiló información sobre conocimientos, actitudes y tipo de apoyo que la iglesia como tal brinda a quienes padecen de SIDA, el cual se realizo durante el mes de abril de 1994 tomando como muestra no aleatoria a 30 Sacerdotes Católicos y 30 Pastores

Evangélicos.

Entre los resultados mas relevantes se encontro que : un 46.6% de los representantes de ambos credos tienen un conocimiento empírico de la enfermedad en si, 55% consideran que todas las personas estan en riesgo de contraer la enfermedad; observamos que el 98.3% aconsejan actualmente el uso de medidas preventivas contra el SIDA; de ellos el 55% aconseja como medidas preventivas la abstinencias, monogamia y el uso del preservativo.

Con respecto al tipo de apoyo que brindan es evidente que el apoyo espiritual y moral prevalece. Asi también se observo que la aceptación, orientación y brindar apoyo espiritual son las actitudes adoptadas con mayor frecuencia. Por ultimo, es enteresante observar que el 56.6% de la muestra esta en contra de la procreación, si la misma proviene de madres infectadas por el VIH.

Por lo mencionado es importante promover programas de educación sobre el SIDA a nivel tanto de Sacerdotes Católicos como de Pastores Evangélicos ya que los mismos son fuente importante de apoyo y un potencial educativo por el medio del cual podria divulgarse la información y promoverse las medidas preventivas de esta enfermedad.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se reconoció como una nueva enfermedad entre los varones homosexuales de Estados Unidos en el año de 1981, con lo que se introduce un nuevo complejo clínico a la medicina actual. Desde el año en el que se identificara el agente viral causante del síndrome, hasta junio de 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado a nivel mundial un total de 432,731 casos de SIDA, de los cuales 277,028 corresponden al continente Americano. Se estima que el número de personas infectadas por HIV fluctúa de cinco a diez millones alrededor del mundo. (14,25,33)

La enfermedad se asocia con pérdida de Linfocitos T4, desarrollando inmunodeficiencia progresiva la cual se manifiesta por la presencia de infecciones oportunistas y frecuentemente daño al sistema nervioso central. (9)

En la actualidad se sabe que el agente causal de la enfermedad, es el retrovirus humano (HIV), el cual puede transmitirse por contacto sexual, contaminación parenteral, como el uso de drogas intravenosas y derivados sanguíneos infectados, además de la vía materno-fetal. (14)

Dado el carácter permanente de la enfermedad y al hecho de que cada día hay más personas infectadas por el HIV, centros de investigación trabajan arduamente estudiando las propiedades del virus, la patogenia de la enfermedad, su distribución epidemiológica mundial, el descubrimiento de fármacos eficaces, así como el desarrollo de vacunas. (14)

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado como estrategia para prevenir la transmisión del virus del SIDA, la difusión de mensajes informativos que reduzcan los

comportamientos que pueden exponer la transmisión del virus. (23) Sin embargo, la naturaleza de la enfermedad y su principal modo de transmisión imponen grandes obstáculos al trabajo educativo. Además si se toma en consideración el conjunto de factores sociales, culturales y religiosos que impiden la discusión abierta al problema, observaremos la extensión real de este problema. (23,29)

Aunado a las múltiples y variadas manifestaciones de la enfermedad, debe considerarse la respuesta psicológica que se produce en gran medida por la influencia social, económica, cultural, política y religiosa, las que determinan en gran parte la evolución y pronóstico de las personas que padecen esta enfermedad. (19)

Debido a la relevancia que la religión tienen en nuestra población y la influencia social que la misma ejerce, es de vital importancia tener un conocimiento del papel que la iglesia juega tanto en la prevención como al momento de brindar apoyo a las personas infectadas, que acuden en busca de asesoría.

Se sabe que la iglesia ejerce su influencia directa sobre el comportamiento del individuo, las colectividades y en todas las esferas sociales. Es el hombre como individuo, que cambiado en su manera de pensar y de sentir, se esfuerza en practicar los principios que el cristianismo ha sembrado en su vida. Entre las normas de conducta que las doctrinas han implantado, podemos citar el amor, respeto a Dios y a los demás, hacer uso de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes. La religión ha llegado a las naciones y las ha estimulado a unirse para la defensa de los débiles y pequeños.

El Cristianismo ejerce una influencia magnífica en lo que se relaciona a la libertad individual, libertad de conciencia y el respeto a las normas de una moral cristiana. (22)

Poco se ha escrito sobre el tema de SIDA desde el punto de vista religioso. En la Segunda Conferencia Internacional WCC (World Council Of Churches) se discutió sobre el compromiso de la iglesia, cuidado pastoral, consejería, educación y prevención respecto al SIDA. En la misma se acordó que la iglesia continuara incorporando aspectos del SIDA en sus enseñanzas, también recomiendo que se elaboren programas de soporte para aquellas personas terminalmente enfermas. La iglesia continuara en sus esfuerzos de consejería a todos los individuos y grupos afectados por el SIDA e impartira sus mensajes. (40)

Sin embargo poco o nada se ha escrito respecto al fenómeno mencionado y su repercusión en la sociedad guatemalteca.

III. JUSTIFICACION

La aparición del SIDA alrededor del mundo ha puesto de manifiesto nuevamente la importancia de considerar al ser humano como una unidad bio-psico-social, ya que esta enfermedad ataca en estas tres áreas y altera la calidad y el estilo de vida de quienes la padecen. (36)

Las personas infectadas por HIV, se incluyen en varios grupos desde el punto de vista epidemiológico: por su practica sexual, aquellas que recibieron transfusiones o hemoderivados contaminados, personas farmacodependientes que comparten agujas y jeringas contaminadas y madres infectadas que pueden contagiar al feto. (23)

Actualmente, no existe un tratamiento efectivo contra el HIV. En países desarrollados el tratamiento tiene un costo aproximado de 65,000 dolares por persona al año, con una letalidad del cien por ciento. (29) En Guatemala, de acuerdo a la estructura del país subdesarrollado se carece de la disposición adecuada de los servicios de salud para brindar los cuidados específicos que los pacientes infectados por el virus requieren. (33)

Siendo la educación el nivel más efectivo para la prevención de este síndrome y dada la necesidad de crear conciencia pública de la magnitud del problema, nos unimos a este esfuerzo, atendiendo a las recomendaciones de la OMS en la lucha contra esta terrible enfermedad. La evidencia ha mostrado en otros países que la educación acerca de factores de riesgo y prevención es muy efectiva en disminuir la transmisión del SIDA. (31)

Existe cierta controversia en la actualidad, entre

creencias religiosas y algunos métodos empleados en la prevención del SIDA. Un artículo realizado en Filipinas comenta con relación al problema de la diseminación del SIDA que los pronunciamientos papales han sido la mayor causa de la decadencia filipina, y de su fracaso en la promoción del único método comprobado que limita la diseminación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. (27) Cada país debería hacer algo para ayudar en la lucha contra la diseminación del SIDA, fomentando discusiones sobre factores de riesgo y consejos preventivos, enfocando el problema de manera realista. (31) Por otra parte, la iglesia ha puesto en funcionamiento campañas de educación pública en escuelas, colegios y universidades, promoviendo programas de educación sobre el SIDA. (31)

La justificación de hacer la presente investigación, radica en que, considerando el gran impacto que tienen los valores culturales y religiosos en la sociedad guatemalteca, es importante indagar acerca de los conocimientos y actitudes que Sacerdotes Católicos y Pastores Evangélicos tienen sobre el SIDA, que tipo de asesoría brindan a los feligreses que los consultan sobre familiares con SIDA y aquellos que desean saber más sobre el tema, basados en el hecho de que la religión es fuente importante de apoyo en problemas de salud y un medio educativo efectivo en la divulgación de medidas preventivas.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Determinar los conocimientos y actitudes que tienen los Sacerdotes Católicos con respecto al SIDA.
2. Determinar los conocimientos y actitudes que tienen los Pastores Evangélicos con respecto al SIDA.
3. Analizar el punto de vista de la Iglesia Católica con respecto a las medidas preventivas en la transmisión del SIDA.
4. Analizar el punto de vista de la Iglesia Evangélica con respecto a las medidas preventivas en la transmisión del SIDA.
5. Determinar las diferencias existentes entre la Religión Católica y Evangélica con respecto a conocimientos y actitudes sobre SIDA.

OBJETIVOS

B. ESPECIFICOS

1. Indagar a cerca del tipo de asesoria que dan los Sacerdotes Católicos a los feligreses que los consultan sobre familiares con SIDA.
2. Indagar a cerca del tipo de asesoria que dan los Pastores Evangélicos a los feligreses que los consultan sobre familiares con SIDA.
3. Identificar los conocimientos que tienen los Sacerdotes Católicos sobre el SIDA.
4. Identificar los conocimientos que tienen los Pastores Evangélicos sobre el SIDA.

V. REVISION BIBIOGRAFICA

1. LA IGLESIA COMO INFLUENCIA SOCIAL

La iglesia es la sociedad organizada de los que creen en un ser supremo y procuran seguir el ejemplo de su vida.

Primero aparecio Jesús y su doctrina, después sus seguidores y por ultimo la iglesia, considerada la misma bajo cuatro aspectos importantes:

1. La iglesia Cristiana única en su forma y en sus principios.
2. Su contribución a la formación del caracter.
3. Influencias pseudo-cristianas.
4. La iglesia como factor decisivo de influencia social.

Analizar estos cuatro aspectos se puede deducir que la Iglesia Cristiana a pesar que a los ojos de la humanidad aparece dividida y multiforme en su presentación y en sus doctrinas, es unica en su forma y en sus principios. Refiriendose a la unidad y principios biblicos. La Biblia es la unica regla de fé y practica para la Iglesia Cristiana.

La Iglesia Cristiana es la unica en su origen y en su forma. Mantiene la unidad de sus principios, que dos mil años con su escuela de persecuciones de todas clases no han podido destruirla, mas bien la han engrandecido.

Mantiene la Santidad como principio de union en su iglesia. Su principio de universalidad es indiscutible. La Apostolicidad de las primeras practicas e inicio de las labores eclesiasticas son aceptadas, sin lugar a dudas. La Iglesia Cristiana en su forma y desenvolvimiento es eminentemente democratica, de principios liberales, de igualdad y de justicia.

Por esta razon al hacer su aparición en un mundo lleno

de ideas aristocráticas y absolutistas, no podían comprender ni aceptar principios tan radicales. Basado el Cristianismo en el amor y la igualdad; en el perdón y la ayuda mutua, sostenidos por principios tan magníficos como la humildad y la mansedumbre, tenía que encontrar en el ambiente corrompido y degradado del Imperio Romano y en el ya falso y mixtificado ceremonial judaico, opositores despiadados; pero ayer como hoy, los mismos intereses se han levantado y se levantan en contra de los principios sanos y santos de la Iglesia.

Los principios Cristianos fueron y son revolucionarios, no se pueden implantar sobre ruinas religiosas o morales; ellos exigen un cambio radical, una edificación desde la base. Por esta causa, la aparición de estos principios sublimes, marcaron para el mundo, pese a todo, una Nueva Era, la Era Cristiana y comenzó el año uno de una nueva civilización.

Esta civilización inicia en Europa, pero viciada, perseguida y sometida a intereses decrepitos y malsanos, ha emigrado hacia el nuevo Mundo que hoy sostiene, en los momentos más críticos de la Historia.

Es tan extenso el campo de la Influencia Cristiana de la Iglesia, que forman la historia de dos mil años. Dos mil años modelando al individuo, a la familia, a la sociedad y formando un carácter. La Iglesia ha sido la única luz levantada sobre el sendero que ha seguido la Humanidad en todos estos siglos pasados.

La misión final de la religión cristiana (Iglesia) es para el bien de la sociedad entera. La comunidad cristiana no puede alcanzar la perfección separándose del resto del mundo y dejándole seguir en su camino hacia la ruina. La

meta final sólo podrá ser conquistada mediante una obra de salvacion que leude toda la masa. La sociedad cristiana brillara en su mayor plenitud alli donde los principios de la sociedad ideal de Jesus se reflejen en la vida e instituciones del pueblo.

La Iglesia siempre ha sido un gran factor social, dirige las conciencias individuales; se guia de la familia, componente y directriz del conglomerado social.

Dirige y encausa la moral, establece norma en el trato o relaciones sociales; la equidad, la justicia y el amor son sus mejores principios. Enuncia que no es tan solo el disfrute de una vida en la eternidad, sino también una vida y una conducta definida en esta tierra. Ejerce dominio y reina en las almas y sobre las vidas de sus miembros. Estos, por su parte, habiendo entrado al reino por el arrepentimiento y la fé y la renovacion de su carácter moral, le rinden como hijos la obediencia de una justicia libre y espontanea, asi del corazón como de la conciencia.

Un reinado de amor, que a la vez empieza en la vida íntima del individuo, va exteriorizandose en todas sus relaciones sociales y civiles y extendiendo su influencia sobre otros.

La influencia de la Iglesia ha atravesado los mares, los continentes, los desiertos sin sombras y a todas partes ha llevado la mano misericordiosa de la sanidad, de la cultura del amor.

2. INFLUENCIA DEL CRISTIANISMO EN EL COMPORTAMIENTO HUMANO

El cristianismo ejerce su influencia directa sobre el individuo. Conducta, comportamiento o manera de actuar, es la forma en que el hombre se manifiesta en su actuación en la vida. Es indudable que el comportamiento se ha formado de una manera paulatina en el ser humano; obligadas, influidas o caldeadas por el ambiente y las necesidades.

Cuando el cristianismo inicio su preparacion (por medios pacificos y amorosos) todos los pueblos sentian su influencia; sintieron la poderosa influencia de una doctrina que establecía normas de conducta, basadas en el amor y la justicia. Cada dia de nuestra vida es un golpe que va forjando los habitos, que formarán nuestra conducta. Ahora bien, en la formación de los habitos, buenos o malos, influye directamente esa fuente interior de los sentimientos, dirigidos por una buena o mala moral.

Cuando la influencia ejercida sobre la Sociedad, es de una moral elevada, entonces tendremos una Sociedad civilizada, con normas de conducta sanas y edificantes, La influencia del Cristianismo, por dos mil años, a pesar de sus muchos detractores y adulteradores, ha formado cuando de bueno y noble disfruta la sociedad actual.

Por ejemplo, algunos de los hábitos que son resultado de la influencia cristiana tenemos: el verdadero hogar, que es el hogar cristiano presenta principios de santidad y de respeto. El respeto mutuo y la igualdad entre los conyuges son principios cristianos. El respeto a la maternidad, hasta elevarla a un sacerdocio. La responsabilidad paternal, en la educación y cuidados fisicos y morales de los hijos. El respeto a Dios y toda la obra de su creación.

El cultivo de los hábitos cristianos, que son por demas superiores, han formado nuestra sociedad y han constituido lo que podemos llamar "hábitos sociales". (22)

3. IMPACTO DE LA RELIGION EN EL CONTEXTO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIA ADQUIRIDA (SIDA)

Una revisión de literatura educacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA preparada por agencias de salud pública en cinco países de Asia del Sur, sugiere que hay una fuerte resistencia en esa region, a la discusión explícita de practicas sexuales asociadas con el HIV y su transmisión. La epidemia de SIDA ha sido utilizada en estos países como un soporte de valores tradicionales, fortalece sus creencias y fomentando cambios conductuales. Hay poca evidencia de que este tipo de literatura esté alcanzando a los grupos de alto riesgo o que las prácticas específicas que promueven la transmisión del virus esten descritas lo suficientemente claro para tener un valor educacional. Homosexuales y prostitutas son estigmatizadas en esta región, lo que hace difícil su acceso a campañas educacionales. El gran dilema de alcanzar un balance, entre la necesidad de respetar las normas culturales que prohíben las discusiones sobre sexualidad y la importancia de brindar educación e informar a la población sobre practicas de potencial alto riesgo, continúa sin resolución. (16)

La carta pastoral de Bishop "Muchas caras del SIDA", fué realizada para enseñar compasión para las víctimas del SIDA haciendo énfasis en la monogamia o abstinencia como el mejor camino para alejarse del SIDA. El punto controversial alrededor de este artículo es el siguiente: Esfuerzos

educacionales que pueden incluir información reciente sobre profilaxia u otras practicas propuestas por médicos expertos para prevenir del SIDA, y el punto de vista religioso que dice, que ellos no estan promoviendo el uso de profilacticos solamente proveyendo informacion sobre el tema. Este artículo es rechazado por su carencia de claridad y por discutir elementos controversiales que con frecuencia se refieren a escrituras de prominentes líderes de iglesias. Críticos sugieren a las personas de Bishop que reconsideren su carta pastoral, que la clarifiquen y que expliquen que principio moral Católico justifica su posición. (38)

La segunda Reunión Mundial de Iglesias discutió, sobre sexualidad humana y su relacion con el SIDA, la relación de la iglesia, cuidado pastoral, consejeria, educación y prevención, creencias, juicios y discriminación. La consulta recomendo: hacer continuo énfasis en la castidad antes del matrimonio y fidelidad durante el mismo; que la iglesia continuará reuniendose, organizandose y compartiendo experiencias; que la iglesia promoveera el día mundia del SIDA; y que la iglesia continuará incorporando el tema del SIDA en sus enseñanzas.

También recomendo que se realizaran y organizaran grupos de apoyo que pudieran ayudar a esa personas que se encuentran terminalmente enfermas. La iglesia debería continuar en sus esfuerzos de consejería a todos los individuos y grupos afectados por el SIDA y compartir sus mensajes con ellos. (40)

Un artículo realizado en Malasia y las Filipinas, denominado: El impacto de la religión y los valores culturales sobre los programas de educación en SIDA, comenta

que siendo su religión y las leyes del país muy consistentes y conservadoras, estas son dirigidas hacia los valores tradicionales de la familia, del matrimonio, de la monogamia y en contra de estilos de vida como la homosexualidad, uso de drogas, prostitucion y actividad sexual extramarital. Este contexto hace que la educación sobre SIDA sea muy difícil, ya que los estilos de vida que ponen a las personas en riesgo son ilegales. La campaña de educación sobre el SIDA diseñada para estos países es muy reducida en su presentación y hace énfasis en las creencias como la principal motivación para controlar la diseminación del SIDA. La evidencia ha mostrado en otros países que la educación en factores de riesgo más que en creencias, es mucho mas efectiva en disminuir la transmisión del SIDA. (31)

Un pronunciamiento papal enmarca el rechazo de la iglesia, hacia el uso de profilacticos en la prevención del SIDA. El Papa Juan Pablo II ha dicho a las juventudes de Burkina Faso que ellos deben enfrentar las plagas de los tiempos modernos, sin embargo no identificó a que plagas se referia. Monseñor Carlo Cafara, director del instituto de estudios de la familia y el matrimonio "Juan Pablo II" en el Vaticano, dijo recientemente en conferencia que cuando una pareja conyugal es positivo para SIDA, es preferible el riesgo de reinfectarse con el virus, que usar preservativos para prevenir. (27)

Existe un único artículo que evidencia la deficiente preparacion de la iglesia para enfrentar la problemática educacional en lo que respecta al SIDA en Latinoamerica. (24)

4. ASPECTO PSICOSOCIAL DEL SIDA

Personas enfermas de SIDA experimentan fuertes respuestas emocionales hacia su enfermedad incluyendo enojo, culpabilidad, miedo y depresión. Edificar un aislamiento social puede contribuir a ser visto por los demás con estigmatización, y sin valor, miembros de la familia y amigos amenudo se retiran de personas con SIDA, por miedo a contraer la enfermedad, estigmatizarse ellos mismos o por el sentimiento de incapacidad para revertir el final de una enfermedad incurable.

Voluntarios pueden jugar un papel importante revalidando la respuesta emocional de pacientes con SIDA. Si pacientes con SIDA pueden ayudar a encontrar caminos para ganar mas control sobre el cuidado médico que ellos reciben, ellos tendran experiencias fortalecedoras para su autoestima.

Pacientes con SIDA se benefician más del contacto con voluntarios cuando sus emociones no son rechazadas.

Los voluntarios pueden disminuir el aislamiento social de personas con SIDA permitiendoles liberar su rabia y tristeza, mientras se le ayuda con tareas practicas de la vida diaria. En general las personas con SIDA necesitan que se les ayude a vivir una vida normal, mientras no nieguen su estado emocional y los obstaculos que enfrentan.

Negar que se esta enfermo es a menudo necesario, como defensa psicológica para las personas con SIDA y no deben ser desafiadas. A la vez, las victimas del SIDA quienes aceptan hablar sobre la muerte, sus deseos, y hacen preguntas sobre calidad de vida. (12)

Personas positivas para SIDA típicamente reaccionan con

mucha ansiedad y sentimiento de negación, justo cuando ellos deben estar cambiando su conducta sexual y estilos de vida. Información reciente y grupos de soporte son elementos vitales para disminuir ansiedad. (35)

Han sido examinados aspectos epidemiológicos sobre la diseminación del HIV y el rol potencial de los psicólogos motivando cambios de conducta intentando reducir los riesgos de contraer la enfermedad.

Varios aspectos de la infección por HIV y su diseminación son capaces de producir ansiedad psicológica, incluyendo reacción al diagnóstico, sentimiento de rechazo por los demás, ver amigos y familiares enfermar y morir de SIDA, manifestar síntomas sospechosos y persistir signos de deterioro mental. Soporte psicológico en estas situaciones puede ayudar a prolongar a la vida y mejorarla.

Informar es necesario, pero no suficiente para adoptar cambios de conducta. Estudios sugieren que una mejoría inmediata en su estado psíquico puede disminuir la posibilidad de una consecuencia desagradable en un futuro. (6)

En un estudio realizado con 668 estudiantes a quienes se les cuestionó sobre conocimientos y actitudes acerca del SIDA, uso de condón, prácticas sexuales y uso de drogas, evaluándolos por medio de una escala psicológica que explora el proceso psicológico para modificación de conducta como preventivo del SIDA, se encontró una pobre imagen sexual, asociado con prejuicios sobre el uso del condón, sentimiento de vergüenza por su uso, y prácticas sexuales sin protección, información superficial sobre SIDA, conductas sexuales inapropiadas y represión. (32)

de sexo seguro y uso de preservativo. (32)

La escala de Karnofki es un intento de medir el deterioro social y psicológico de los pacientes con SIDA.

ESCALA DE ACTIVIDAD DE KARNOFSKI

Capaz de llevar actividad normal, no necesita cuidado especial.	100 Normal: sin síntomas ni evidencia de enfermedad
	090 Capaz de llevar actividad normal; signos y síntomas de enfermedad.
Incapacitado para trabajar; capaz de vivir en casa y satisfacer necesidades personales; con grado diverso de ayuda para su vida diaria.	070 Se cuida así mismo; capaz de efectuar actividad normal, o hacer trabajo activo.
	060 Requiere ayuda ocasional pero aun es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
	050 Requiere ayuda y consulta médica frecuentes.
Incapaz de cuidarse así mismo requiere cuidado institucional y hospitalario, la enfermedad esta progresando rapidamente.	040 Incapacitado, requiere cuidado especial y ayuda.
	030 Severamente incapacitado; la hospitalización esta indicada a pesar que no morira pronto.
	020 Muy enfermo; es necesario hospitalizarlo; para su tratamiento es necesaria ayuda activa.
	010 Moribundo; proceso fatal progresando rapidamente.
	000 Muerte.

La relación entre orientación emocional negativa, sexualidad y contracepción inefectiva especialmente personas con baja estima personal son estudiados.

Las implicaciones son que los mensajes no deben hacer incapie en aumentar el temor o ansiedad sexual, pero deben capturar su atencion. Se necesita reafirmar los valores sexuales para eliminar efectivamente defensas distorcionadas como por ejemplo negación de si mismo y racionalización. (11)

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

5. DEFINICION:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es un complejo de signos y síntomas que se originan a partir de una deficiencia inmunológica por una anomalía en la función de los linfocitos T4 en el humano. El resultado clínico de la infección por HIV va desde un estado de portador asintomático, linfadenopatía generalizada hasta una enfermedad rápidamente progresiva con elevada mortalidad por el desarrollo de infecciones oportunistas o neoplasias, frecuentemente asociado esta el daño neurológico. (7,14,33)

Debido a que el espectro clínico completo de las infecciones por HIV no se conoce todavía, parece que nuevos trastornos relacionados con HIV continúan en identificación. (12)

6. ETIOLOGIA:

El agente etiológico del SIDA y de las inmunodeficiencias virales humanas relacionadas, es un retrovirus citopático, denominado en forma variada como virus de la leucemia-linfoma de células T humano III (HTLV-III), virus de la linfadenopatía (LAV) y actualmente virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). (9,12)

Los retrovirus, son virus que contienen ácido ribonucleico (RNA), poseen una estructura esférica, mide de 90 a 120-nm, consta de un envoltura externa formada en un cinco a diez por ciento por componentes propios del virus (glucoproteínas) y 90 a 95 por ciento por componentes de la membrana de la célula de donde se originaron.

Los componentes glucoproteicos son codificados a nivel del

genoma viral RNA. Los antígenos protéicos -group specific- de la estructura nuclear (p24,p17,p15) son codificados por el gen gag; la transcriptasa reversa (p66,p51) es codificada por el gen pol, la cual es única enzima multifuncional que convierte RNA viral en ADN; por ultimo el gen env codifica las proteínas (gp41, gp120) proteínas de la membrana externa y transmembrana respectivamente.

Adicionalmente a los genes mencionados, los retrovirus poseen 4 genes: sor, 3'-orf, tat-III, art/trs.; los cuales codifican unicamente productos autoreguladores. (9,33,41)

El primer paso en el proceso de infección es la unión del virus a la célula blanco. La proteína de la envoltura externa viral (gp120) interactúa con el receptor proteico CD4 de la célula T4, luego el virus entra en la célula y pierde su envoltura liberando así el RNA dentro de la célula. El RNA viral es utilizado como base para la producción de ADN por medio de la enzima transcriptasa reversa. La composición del ADN es similar al de las células y se conoce como provirus. Parte del provirus permanece en el citoplasma de la célula parasitada mientras que el resto migra al interior del núcleo donde se integra a los cromosomas por acción de la integrasa viral, de esta manera el provirus integrado al genoma de las células se multiplica cada vez que la célula se divide, estableciéndose así una infección permanente. Aún se desconoce el significado del provirus que permanece en el citoplasma aunque se piensa que tiene relación con la patogenicidad del HIV. (33,41) La segunda mitad del ciclo del HIV consiste en la producción de nuevas partículas virales infectadas (viriones), y se inicia cuando la secuencia LTR en ambos extremos del genoma viral induce a la

célula a producir enzimas capaces de copiar el ADN del provirus integrado, y formar ARN, que serán la base de la formación genética de la nueva generación de virus; otras moléculas de ARN actuarán como ARNm sobre el citoplasma de la célula para elaborar los diversos componentes para la fabricación de nuevos virus. (33)

Una vez que los componentes genético y enzimático han quedado envueltos por el capsido y empacados en una envoltura procedente de la célula parasitada, a la que se le han incrustado las gp externa y transmembrana, el virus sale de la célula por un proceso de gemación; al hacerlo puede quedar libre, provocando una viremia y de allí parasitar otras células. Se estima que por cada virus que ataca en una célula se produce y liberan cerca de 200 nuevos virus, todos ellos infectantes. Tanto el VIH-1 como el VIH-2 poseen una gran capacidad para mutar particularmente en su gen env, lo que permite que exista una gran diversidad en la estructura molecular de las glucoproteínas de la envoltura. (9,33,41)

7. ESPECTRO CLINICO DE LA INFECCION POR HIV:

La clínica de la infección por HIV va desde el estado de portador asintomático hasta SIDA evidente. La enfermedad puede progresar desde una afección parecida a la influenza con adenopatía generalizada o denominado complejo relacionado con SIDA, acompañado de sus infecciones oportunistas, sarcoma de Kaposi y demencia. (14)

SISTEMA DE CLASIFICACION PARA HIV EN PACIENTES ADULTOS SEGUN (CDC) 1992.

Categoría de células CD4	Categoría Clínica		
>500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
<200/mm ³	A3	B3	C3

Categoría Clínica A

Infección por HIV asintomática
Linfadenopatía Generalizada Persistente
Infección Primaria (Aguda)

Categoría Clínica B

Endocarditis Bacteriana, Meningitis, Neumonía, Sepsis
Candidiasis Vulvovaginal Persistente (más de un mes)
Candidiasis Orofaringea
Displasia Cervical Severa o Carcinoma
Fiebre (mayor de 38.5) o Diarrea (por más de un mes)

Herpes Zoster (más de dos episodios o más de un dermatoma)
 Púrpura Trombocitopénica Ideopática
 Listeriosis
 Tuberculosis Pulmonar
 Nocardiosis
 Enfermedad Inflamatoria Pélvica
 Neuropatía Periférica

Categoría Clínica C

Candidiasis: Esofágica, Tranqueal, Bronquial
 Coccidioidomicosis Extrapulmonar
 Cryptococosis Extrapulmonar
 Cryptosporidiosis Intestinal Crónica (mas de un mes)
 Citomegalovirus en retina, Hígado, Bazo, Nódulos Linfáticos
 Encefalopatía por HIV
 Herpes simple con Ulceras mucocutaneas (mas de un mes)
 Bronquitis, Neumonía
 Isosporiasis Crónica (mas de un mes)
 Sarcoma de Kaposi
 Linfoma no Hodgkin (tipo Burkintt), Sarcoma inmunoblástico,
 Linfoma del SNC
 Micobacterium Tuberculosis extrapulmonar
 M. avium o M. kansasii extrapulmonar
 Otras especies de Micobacterium diseminados o extrapulmonar
 Neumonía por Neumocystis carinii
 Leucoencefalopatía progresiva multifocal
 Bacteriemia recurrente por Salmonella
 Toxoplasmosis Cerebral
 Síndrome de Desgaste por HIV

- 1 Nódulos en 2 o más lugares extrainguales, por lo menos de 1 cm de diámetro por más de 3 meses.
- 2 Infección por HIV, cuadro clínico, tratamiento complicado por el HIV.
- 3 Casos definidos por la CDC en 1987.

(37)

La mayoría de los individuos que cursan con infección por HIV desarrollan anticuerpos antivirales las primeras seis semanas de la infección, con una variación de dos semanas hasta un año.

Cerca de 70 por ciento de las personas infectadas por HIV presentan alguna forma de trastorno neuropsiquiátrico, alrededor de 60 por ciento desarrolla infecciones oportunistas, un 30 por ciento cursa con neoplasia y menos del 10 por ciento presenta tanto infecciones oportunistas como neoplasia. (33)

8. PRUEBAS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCION POR HIV:

Las pruebas de laboratorio son un componente esencial para el diagnóstico y manejo de los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia adquirida, para el tamizaje de donadores en Bancos de Sangre, en la vigilancia epidemiologica de la enfermedad y en la investigación de VIH/SIDA. (3)

El diagnóstico de infección por HIV, se basa en la demostración de anticuerpos contra el virus (ELISA, Western-Blot, Inmunofluorescencia) detección de antígenos virales, aislamiento de HIV, o detección de material genético en células infectadas (Reacción de Polimeraza en Cadena PCR). (3)

Las pruebas mas comunmente utilizadas, por la facilidad de realizarse y su relativo bajo costo, son aquellas que detectan anticuerpos, que a su vez han sido subdivididas en pruebas de tamizaje y pruebas confirmatorias. Además, de las pruebas diagnósticas mencionadas, se han implementado exámenes que evalúan el estado inmune del paciente al momento del diagnóstico (Recuento de linfocitos CD4+), que son utilizados para el monitoreo de la enfermedad y la terapia antiviral. La prueba de tamizaje mas aceptada y difundida es el ELISA, esta prueba utiliza antígenos de un extracto del virus completo o antígenos recombinados obtenidos mediante técnicas de biología molecular o síntesis química, fijados a una base solida usualmente pozos de placas de microtitulación o perlas, para luego enfrentarlos al suero del paciente y permitir la reacción antígeno-anticuerpo. Esta reacción es evidenciada, mediante la adición de un conjugado anti-

globulina humana o anti-HIV, marcada con una enzima (Peroxidasa o Fosfatasa Alcalina), la cual es capaz de producir un producto coloreado al actuar sobre un sustrato específico. El color desarrollado en esta reacción es medido en un espectrofotometro y la densidad óptica es proporcional a la cantidad de anticuerpos presente en la muestra. Tiene una sensibilidad de 98 por ciento y una especificidad del 99.8 por ciento, dependiendo de la prevalencia de infección por HIV, en la población donde va a utilizarse. En Guatemala donde la prevalencia es menor al uno por ciento, la posibilidad de detectar falsos positivos es mayor. (3,39) Es importante recalcar que las pruebas de tamizaje no son diagnósticas de infección por HIV, (principalmente cuando la prevalencia es baja), y en consecuencia, un resultado positivo de ELISA, no debe informarse al paciente, hasta no confirmar con Western-Blot, Inmunofluorescencia u otro protocolo previamente adaptado.(3)

Las pruebas confirmatorias poseen un mayor grado de especificidad que las pruebas de tamizaje, y permiten de esta manera demostrar los falsos positivos detectados por ELISA. De las pruebas confirmatorias la mas conocida es el Western-Blot, aunque también existen la Inmunofluorescencia Indirecta, y el Ensayo de Radioinmunoprecipitación.

El Western-Blot es una prueba en la que los antígenos del HIV, son separados por medio de electroforesis en gel de Poliacrilamida subsecuentemente transferidos a papel de microcelulosa y luego enfrentados a los anticuerpos presentes en el suero de pacientes infectados. La última etapa es un procedimiento similar al ELISA, con la diferencia que los antígenos del HIV estarán separados y concentrados en una

tira de papel, lo que permite que este test sea altamente específico. (3,39) Debido al estigma social que acompaña su resultado positivo, la aplicación de la prueba en diferentes situaciones sociales y clínicas continúan aun en debate.

Comunmente se olvida que todas estas pruebas además de ser estrictamente confidenciales, deben acompañarse de una consejería pre y post prueba, en las cuales debe explicarse al paciente el examen que va a realizarse, el significado de un resultado negativo y uno positivo, así como educarlo sobre las formas de transmisión y las medidas preventivas que deben utilizar. (3)

9. EPIDEMIOLOGIA:

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha diseminado en todo el planeta y ha adquirido un caracter pandémico, ya que su transmisión se asocia con rasgos culturales que han generado prácticas de alto riesgo. (29)

Hasta Marzo de 1993, un total de 611,589 casos de SIDA, habian sido declarados oficialmente en las américas por la Organización Mundial de la Salud. (42)

Detectados en 143 países del mundo, del total de casos, un poco más de setenta por ciento corresponde a América, se estima que el número de personas infectadas en el mundo fluctua de cinco a diez millones, pronosticandose la aparicion de un millón de nuevos casos de SIDA para los próximos cinco años. (25,33)

La situación de la epidemia en América es crítica, tenemos que el noventa y uno por ciento del total de casos de SIDA en América corresponde a Norteamérica, cuatro punto ocho por ciento a Sudamérica, tres punto siete por ciento al Caribe y punto cuatro por ciento a Centro América. Los países con mayor número de casos de SIDA, en orden decreciente, son Estados Unidos, Brasil, Canada, México y Haití. (33)

Con respecto a Guatemala, tenemos que para el mes de Abril de 1993, se tenia el dato de 787 casos acumulativos segun la DGSS. Los patrones epidemiológicos de difusión del HIV aceptados a nivel mundial son: I grupos homosexuales, II grupos Heterosexuales y III (I/II) inicialmente patron homosexual con patron actual heterosexual. Guatemala parece

cual nos hara esperar en el presente y futuro próximo un numero cada vez mayor de mujeres infectadas y por lo tanto el aparecimiento del SIDA pediátrico con todas sus consecuencias sociales y económicas. (21,25,26) A pesar del concepto equivocado que prevalece en Centro América, que el SIDA es principalmente una enfermedad de homosexuales y que no amenaza a las mujeres, las guatemaltecas en edad reproductiva de (15-44 años), representan casi el veintiuno por ciento de los casos oficiales de HIV. Factores socio-culturales y economicos tales como el machismo, la promiscuidad masculina y la posición subordinada de la mujer en las relaciones personales, contribuyen al riesgo de la mujer de contraer el HIV/SIDA.

Las proyecciones para el número de casos de SIDA para los próximos años permiten estimar una tasa de incidencia acumulada entre 0.3 y 1.1 casos por cada mil habitantes; en el momento actual el número de casos de SIDA en diversos países de la región aumenta a razón de 5 a 7 por ciento por mes; es decir que el total de casos a este ritmo de crecimiento, se duplica cada 9 a 10 meses en promedio.

En caso de cumplirse las predicciones formuladas sera insuficiente la infraestructura para la atención hospitalaria de los pacientes con SIDA en los diversos países de la región, y la enfermedad representara una de la cinco principales causas de mortalidad en varones jovenes.

Para los próximos cinco años se espera un incremento mas acelerado de casos de SIDA en las mujeres que en los hombres, en los niños que en los adultos, en los heterosexuales y bisexuales que en los homosexuales y en las areas suburbanas y rurales que en las urbanas. (33)

y rurales que en las urbanas. (33)

10. TRANSMISION:

La transmisión del HIV ha sido bien definida mediante pruebas serológicas. Parece que el mecanismo de diseminación del HIV se limita a las vías sexuales, parenteral y materno-infantil. Siendo los factores de comportamiento los determinantes para la diseminación del HIV y no los grupos de riesgo, como se creyo al principio. (14,39)

De lo anterior se desprende que el HIV solo puede transmitirse por el contacto sexual directo de persona a persona, por la exposición a sangre, productos derivados sanguíneos, líquidos corporales, por instrumentos médicos empleados durante la realización de procedimientos invasivos (agujas, jeringas, endoscopios), personas farmacodependientes que comparten instrumentos contaminados y madres infectadas que pueden contagiar al feto. (14,33)

Transmisión Sexual: Durante el acto sexual, el ser humano transfiere líquidos corporales e intercambia numerosos microorganismos. Dependiendo del contacto sexual de que se trate, los líquidos corporales que se transfieren son: semen, secreciones vaginales y cervicales, saliva, moco rectal, sangre, orina y heces fecales. Sin embargo, la identificación del retrovirus en un líquido corporal no necesariamente significa que tal líquido transmita el virus, se ha demostrado incontrovertiblemente que la sangre, el semen y las secreciones vaginales y cervicales son capaces de transmitir el HIV. (14,33)

Transmisión Sanguínea: Es un hecho bien demostrado que el HIV se transmite a través de glóbulos rojos, plaquetas, plasma y concentrado de factores de la coagulación. Sin

embargo la insidencia de infección por HIV postransfusional es muy baja, ya que es del orden de un caso por cada doscientos mil transfundidos, lo que significa que el riesgo de adquirirlo es menor al de otras complicaciones transfusionales, tales como la hepatitis B. (33)

Las personas hemofílicas poseen un mayor riesgo de adquirir el HIV ya que, en promedio, cada uno requiere entre 80 y 100 mil unidades de factor VIII al año, lo que significa una gran exposición a donadores. Las agujas contaminadas con sangre infectada constituyen un mecanismo de transmisión de la infección, especialmente en pacientes drogadictos que comparten agujas.

Transmisión Vertical: La transmisión vertical del HIV constituye el factor de riesgo más importante a que estan expuestos los niños. Ocurre a través de la placenta durante el embarazo y probablemente durante el parto, como resultado del contacto con la sangre y los líquidos corporales contaminados. El aislamiento del virus en la leche materna sugiere que el retrovirus se puede transmitir por vía bucal a los lactantes. Sin embargo, el riesgo de transmisión del HIV por medio de la lactancia materna es pequeño comparado con el que existe durante el embarazo. (14,29,33)

11. TRATAMIENTO:

El tratamiento de las infecciones oportunistas y de las neoplasias solo permite suprimir o mejorar las manifestaciones del SIDA, pero no logra modificar el curso de la enfermedad erradicando al HIV o restaurando el sistema inmunológico. Los enfermos que logran vencer por un tiempo alguna de las complicaciones del SIDA son víctimas posteriormente de otra de las consecuencias de la deficiencia inmunológica. (33)

El tratamiento curativo del SIDA se enfrenta a un dilema: eliminar al virus del organismo o restaurar su inmunidad a pesar de la persistencia del virus. Hasta el momento actual no se cuenta con un farmaco antiviral eficaz contra el retrovirus, y el intento de restablecer el numero de lenfocitos CD4 sin eliminar el virus significa aumentar la cantidad de células disponibles para su replicación. Se han propuesto tratamientos diversos basados en su actividad antiviral o en sus propiedades inmunomoduladoras. (33)

TRATAMIENTOS CON DROGAS ANTIVIRALES PARA ADULTOS

Nombre	Actividad	Dosis	Via
Dideoxycytidine	HIV-1	0.75mg.q8h	PO
Zalcitabine (HIVID)			
Dideoxynosine (Didanosine) (Videx)	HIV-1	>75 Kg-300mg bid 50-74 Kg-200mg bid 35-49 Kg-125mg bid	PO
Zidovudine (Azidothymidine) (AZT) (Retrovir)	HIV-1	200 mg q8h x 5 dias	PO
Phosphonoformate Foscarnet (Foscavir)	HIV-1 y 2	60mg/Kg q8h x 14 dias y luego 90-120mg/Kg una al dia	IV(infusión para 2 hrs)

****Inhividores de la Enzima Transcriptasa Reversa**
Drogas que continuan aun bajo investigación:

Modificador de la respuesta inmune (Alpha interferon)

Recombinante soluble CD4 (CD4-IgG; CD4-PE40)

Precursor de la Cisteina (N-acetil cisteina; Procisteina OTC)

Inhividores de la Proteasa (RO 31-859; A-77003; U-75875)

Inhividor del gen tat (RO 24-7429)

(37)

12. VACUNA CONTRA EL HIV:

El objetivo del desarrollo de una vacuna consiste en generar una respuesta inmune que sea reactiva, contra todas las variantes del virus del SIDA. Debido a los riesgos teóricos de la introducción deliberada de ácidos nucleicos retrovirales en seres humanos, las investigaciones se han orientado hacia el desarrollo de subunidades de vacunas, basadas en proteínas de la envoltura viral. Por ahora, se considera que la introducción en lo referente a las vías de transmisión de virus y las posibilidades evolutivas de la infección constituyen el elemento más importante de la lucha contra la enfermedad. (9)

VI. METODOLOGIA

Sujeto de Estudio:

- Sacerdotes Católicos
- Pastores Evangélicos

Tamaño de la Muestra:

30 Sacerdotes Católicos

30 Pastores Evangélicos

Muestra Tipo No Aleatoria (Muestra indicental no probabilística) (43).

Criterios de Inclusión:

Se incluyó a 30 Sacerdotes Católicos y 30 Pastores Evangélicos que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, en forma confidencial.

Variabes a estudiar:

Religión

Definición Conceptual:

Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y temor hacia ella, de normas morales de conducta y de practicas para darle culto.

Definición Operacional:

Pertenencia a un credo religioso, segun lo manifesto por escrito el encuestado.

Creencia

Definición Conceptual:

Los elementos subjetivos que se generan en la colectividad y su firme conformidad y asentamiento con

Asesoría

Definición Conceptual:

Momento del proceso fenoménico que se concretiza en orientar, aconsejar o dictaminar.

Definición Operacional:

Las actividades orientadoras categorizadas en:

Negativas, nocivas al bienestar del hombre.

Positivas, favorecen al bienestar del hombre.

Instrumentos de Medición de las Variables:

Se utilizó el test anónimo y en forma confidencial (ver Anexo).

La estudiante investigadora interpretó la información de acuerdo a como el entrevistado se expresó en forma escrita.

Haciendo un análisis global de cada una de las variables estudiadas. Que una vez redactada se presenta como tesis para optar al título de Médico y Cirujano.

Asesoría

Definición Conceptual:

Momento del proceso fenoménico que se concretiza en orientar, aconsejar o dictaminar.

Definición Operacional:

Las actividades orientadoras categorizadas en:

Negativas, nocivas al bienestar del hombre.

Positivas, favorecen al bienestar del hombre.

Instrumentos de Medición de las Variables:

Se utilizó el test anónimo y en forma confidencial (ver Anexo).

La estudiante investigadora interpretó la información de acuerdo a como el entrevistado se expresó en forma escrita.

Haciendo un análisis global de cada una de las variables estudiadas. Que una vez redactada se presenta como tesis para optar al título de Médico y Cirujano.

RECURSOS:

I. Material Físico: Material de escritorio y Oficina

- Una Computadora
- Encuestas (ver anexos)

Bibliotecas: Universidad San Carlos de Guatemala
(USAC)

Instituto de Nutricion de Centro
América y Panama (INCAP)

Hospital General San Juan de Dios

Asociacion Pro-bienestar de la Familia
(APROFAM).

Departamental de Antigua Guatemala

II. Humanos:

- Asesor (Médico Internista)
- Revisor (Médico Internista, Catedratico
de la Facultad de Ciencias Médias
(USAC)
- Estudiante Investigadora
- Sacerdotes Católicos
- Pastores Evangélicos

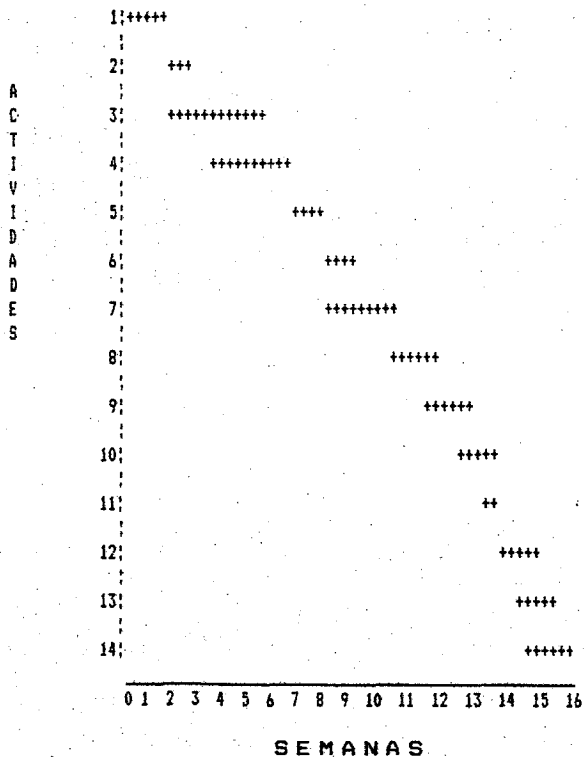
EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Después de la aprobación del Proyecto de Investigación, se procedió a la realización del trabajo de campo el cual se llevó a cabo durante el mes de Abril, los lugares para efectuar el mismo fueron Templos Religiosos (tanto Evangélicos como Católicos).

El trabajo de campo se realizó con Sacerdotes Católicos y Pastores Evangélicos a quienes se les informó sobre la naturaleza del estudio, luego se les solicitó su colaboración voluntaria para la investigación; posteriormente se procedió a pasar el cuestionario y a resolver dudas con respecto al SIDA.

Después de recolectada la información se inició la tabulación de la misma, así como elaboración de cuadros, y el análisis final de los resultados para elaborar las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES:

1. Selección del Tema del Proyecto de Investigación
2. Elección de Asesor y Revisor
3. Recopilación de Material Bibliográfico
4. Elaboración del Proyecto conjuntamente con el Asesor y Revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis
6. Diseño del instrumento para la recopilación de la información
7. Ejecución del trabajo de Campo
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas
9. Analisis y discusión de los resultados
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
11. Presentación de Informe final para correcciones
12. Aprobación de Informe final
13. Impresión de Informe final
14. Examen Público en Defensa de la Tesis.

VII. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

CUADRO # 1
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 QUE ES EL SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1, 1994

	SACERDOTES CATOLICOS		PASTORES EVANGELICOS	
	FREC	%	FREC	%
ENFERMEDAD INFECCIOSA	---	---	10	33.3 %
ENFERMEDAD MORTAL	18	60 %	10	33.3 %
ENFERMEDAD MORTAL E INFECCIOSA	11	36.6 %	6	20 %
CASTIGO DE DIOS	1	3.3 %	3	10 %
NO SE	---	---	1	3.3 %
TOTAL	30	100 %	30	100 %

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 2
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 A QUIENES LES PUEDE DAR EL SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1, 1994

SACERDOTES CATOLICOS PASTORES EVANGELICOS

	FREC	%	FREC	%
HOMOSEXUAL	1	3.3 %	1	3.3 %
HOMOSEXUAL HETEROSEXUAL DROGADICTOS	8	26.6 %	8	26.6 %
A TODAS LAS PESONAS	20	66.6 %	13	43.3 %
HOMOSEXUAL DROGADICTOS	1	3.3 %	6	20 %
HOMOSEXUAL HETEROSEXUAL	—	—	2	6.6 %
TOTAL	30	100 %	30	100 %

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 3
 COMO SE PUEDE TRANSMITIR EL SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1, 1994

SACERDOTES CATOLICOS PASTORES EVANGELICOS

	FREC	%	FREC	%
CONTACTO SEXUAL	1	3.3 %	2	6.6 %
TRANSFUSIONES SANGUINEAS	—	—	1	3.3 %
USO DE DROGAS INTRAVENOSAS				
CONTACTO SEXUAL				
TRANSFUSIONES SANGUINEAS	18	60 %	21	70 %
CONTACTO SEXUAL				
TRANSFUSIONES SANGUINEAS	8	26.6 %	3	10 %
TOTAL	30	100 %	30	100 %

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 4
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 COMO SE CURA EL SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1,994

	SACERDOTES CATOLICOS		PASTORES EVANGELICOS	
	FREC	%	FREC	%
MEDICAMENTOS	1	3.3 %	—	—
NO TIENE CURA	27	90 %	26	86.6 %
NO SE	2	6.6 %	4	13.3 %
TOTAL	30	100 %	30	100 %

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 5
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 ACONSEJA USTED EL USO DE MEDIDAS PREVENTIVAS
 CONTRA EL SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1, 994

	SI		NO			
	FREC	%	FREC	%	TOTAL	
SACERDOTES CATOLICOS	29	96.6%	1	3.3 %	30	100%
PASTORES EVANGELICOS	30	100 %	—	—	30	100%

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 6
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 QUE MEDIDA PREVENTIVA ACONSEJA PARA PREVENIR EL SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1, 1994

SACERDOTES CATOLICOS PASTORES EVANGELICOS

	FREC	%	FREC	%
ABSTINENCIA	25	33.7 %	17	32.6 %
MONOGAMIA	25	33.7 %	16	30.7 %
PRESERVATIVO	22	29.7 %	14	26.9 %
ALEJARSE DEL MAL	2	6 %	5	16.6 %
ABSTINENCIA MONOGAMIA PRESERVATIVO **	22	73.3 %	11	36.6 %

** OPTARON POR LAS TRES VARIABLES

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 7
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 DE QUE MANERA APOYA USTED A UNA PERSONA ENFERMA DE SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1,994

SACERDOTES CATOLICOS PASTORES EVANGELICOS

	FREC	%	FREC	%
PSICOTERAPIA	3	10 %	7	23.3 %
APOYO ESPIRITUAL	6	20 %	8	26.6 %
MORAL Y ESPIRITUAL	7	23.3 %	2	6.6 %
MORAL	4	13.3 %	2	6.6 %
PSICOLOGICO Y ESPIRITUAL	5	16.6 %	8	26.6 %
NULA	5	16.6 %	3	10 %

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 8
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 QUE ACTITUD ADOPTA USTED ANTE UNA PERSONA ENFERMA DE SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1, 1994

SACERDOTES CATOLICOS PASTORES EVANGELICOS

	FREC	%	FREC	%
ACEPTACION	26	33.3 %	8	18.1 %
ORIENTACION	25	32.0 %	11	25.0 %
APOYO ESPIRITUAL	27	34.6 %	25	56.0 %
ACEPTACION ORIENTACION APOYO ESPIRITUAL**	23	76.6 %	7	23.3 %
RECHAZO	---	---	---	---

** OPTARON POR LAS TRES VARIABLES

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 9
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 DEBE PROHIBIRSE EL INGRESO A IGLESIAS A LAS PERSONAS
 QUE PADECEN DE SIDA?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1,994

	SI		NO		NULA		TOTAL
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	
SACERDOTES CATOLICOS	2	6.6%	27	90 %	1	3.3%	30 100 %
PASTORES EVANGELICOS	—	—	30	100%	---	---	30 100%

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

CUADRO # 10
 RESPUESTA A LA PREGUNTA
 TIENE DERECHO UNA MUJER QUE PADECE DE SIDA, A LA PROCREACION?
 INVESTIGACION SOBRE RELIGION Y SIDA
 GUATEMALA, ABRIL 1, 1994

	SI		NO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%		
SACERDOTES CATOLICOS	18	60 %	12	40 %	30	100 %
PASTORES EVANGELICOS	8	26 %	22	73 %	30	100 %

FUENTE: ENCUESTA ANONIMA

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio, realizado entre Sacerdotes Católicos y Pastores Evangélicos a través de una encuesta anónima (anexo No. 1), después de tabularse, arroja los resultados que se presentan a continuación.

En respuesta a la pregunta: Qué es el SIDA?, el 60% de los Sacerdotes saben que es una enfermedad mortal en comparación con solamente el 33% de los Pastores Evangélicos. Mientras que solamente el 36% de los Sacerdotes y 20% de los Pastores Evangélicos saben que además de ser una enfermedad mortal es una enfermedad infecciosa. Es decir que el 64% de los Sacerdotes y 47% de los Pastores desconocen que es una enfermedad infectocontagiosa. Además de reconocer que al menos el 10% de los Pastores consideran que el SIDA es un castigo divino (ver cuadro No.1). Estos resultados muestran que ambos grupos no poseen datos suficientes respecto al SIDA, considerando que son grupos que tienen importante influencia social y que podrían contribuir a la diseminación de información.

Es importante destacar que el 66.6% de los Sacerdotes y el 43% de los Pastores saben que el SIDA es una enfermedad que la pueden padecer todas las persona y el 26% de ambos grupos hicieron énfasis en la transmisión solamente homosexuales, adictos a drogas intravenosas y heterosexuales. (ver cuadro No.2). 20% de los Sacerdotes consideran que el SIDA es una enfermedad que solamente afecta a homosexuales y drogadictos en comparación con solo 3.3% de Sacerdotes que

tienen esta idea. Aunque las estadísticas demuestran que existe un cambio en el patron epidemiológico actual, especialmente en países subdesarrollados, en los cuales la transmisión de esta enfermedad afecta a grupos heterosexuales especialmente del sexo femenino (42)

El conocimiento que se tiene sobre los medios de transmisión del SIDA es diverso aunque ambos grupos saben que el uso de Drogas intravenosas, el contacto sexual y las transfusiones sanguíneas son la vías más importantes por las cuales se puede transmitir la enfermedad demostrado por el 60% de los Católicos y un 70% de Evangélicos. Como se observa en el cuadro 3, el 26.6% de Católicos conocen que el contacto sexual y la vía parenteral son los medios más importantes comparado con el 10% de Evangélicos. Otros 10% de Ambos credos saben que el contacto sexual y el uso de drogas intravenosas son los principales.

Al realizar la pregunta Cómo se cura el SIDA? (ver cuadro No.4) un alto porcentaje de Sacerdotes Católicos (90%) conocen que hasta el momento no se ha encontrado cura para la enfermedad al igual que el 86.6% de los Pastores Evangélicos.

También se observa que un alto número de personas no tiene conocimiento de la existencia o no de tratamiento contra el SIDA 6.6% Católicos y 13.3% Evangélicos. Lo que demuestra que estas personas si están concientes de la gravedad del padecimiento.

Es evidente que en ambos credos religiosos prevalece la

actitud de aconsejar el uso de medidas preventivas como medio eficaz de disminuir o frenar la diseminación de la enfermedad, demostrado por un 100% de los Pastores Evangélicos y un 96.6% de los Sacerdotes Católicos (cuadro No. 5). Esto es importante, porque siendo ellos educadores en la comunidad, pueden de una manera directa concientizar a las personas, sobre la gran importancia de la prevención de este terrible mal.

Es interesante observar que a pesar de las convicciones religiosas tan arraigadas que tienen estas personas como representantes cada uno de sus iglesias; son ellos mismos quienes como guías espirituales de su comunidad aconsejan cada día más el uso de medidas preventivas, aún cuando algunas de ellas como el preservativo va en contra de sus principios religiosos.

En el estudio observamos que el 73.3% de Sacerdotes Católicos aconsejan la abstención Monogamia y el uso de preservativo como medidas profilácticas al igual que el 36.6% de los Pastores Evangélicos (ver cuadro No. 6).

Es importante hacer notar que en la literatura relacionada con el tema la iglesia católica se opone al uso del preservativo (27,38,31,24) y además hacen énfasis en que el uso del preservativo debe ser única y exclusivamente como medio de prevención y no como instrumento para la anticoncepción. El 29.7% de los Sacerdotes Católicos incluye entre sus opciones el uso del preservativo al igual que el 26.9% de los Evangélicos.

En el cuadro 7 se puede observar que en ambos credos religiosos el apoyo moral y espiritual es la base de sus doctrinas de momento de brindar apoyo a personas enfermas de SIDA quienes lo soliciten. El 23.3% de los Católicos brindan apoyo espiritual y moral, el 20% solamente espiritual, 16.6% apoyo psicológico y espiritual fundamentalmente. En relación a los Pastores Evangélicos el 26.6% brindan apoyo espiritual y otro 26.6% espiritual y psicológico; en un 23.3% la opción es brindar apoyo psicológico principalmente esto donde su punto de vista es lo que se requiere en un momento de desconsuelo y crisis por el cual pasan las personas con SIDA, y es la manera con la cual pueden contribuir con el fin de alcanzar las paz espiritual de quienes solicitan su ayuda. Las opiniones son tan diversas que probablemente no estan preparados para enfrentar esta dura situación.

Con respecto a la actitud que manifiestan los representantes de la iglesia hacia los feligreses que acuden en busca de apoyo se puede observar que en relación a los Sacerdotes Católicos el 76.6% respondieron que brindan amplia aceptación, orientación, apoyo espiritual al momento de ser solicitada su ayuda. Con respecto a Pastores Evangélicos el 23.3% respondió de la misma forma. Por el contrario el 60% de los representantes Evangélicos brindan simplemente apoyo espiritual como la actitud mas importante comparado con el 13.3% de los Sacerdotes Católicos. Como se observa en cuadro 8.

Es importante destacar que segun el criterio de ambos

credos no se puede ni se debe prohibir el ingreso al los templos a personas enfermas de SIDA. Observado por el 100% de los Pastores y el 90% de los Sacerdotes; también es interesante que el 6.6% de la muestra opino lo contrario probablemente debido al desconocimiento y temor al contagio de la enfermedad (ver cuadro 9).

Un punto realmente controversial es el hecho de que si tiene o no derecho una mujer infectada con HIV a la procreacion, observamos que en ambos credos religiosos existe el dilema: la mujer como persona, tiene todo el derecho a la procreacion, pero bajo un punto de vista moral y ético esta persona enferma de SIDA no debería consebir una vida humana, porque corre el riesgo de procrear a un ser humano inocente que padesca la enfermedad.

Controversialmente el 60% de los Sacerdotes Católicos opinan que si, antes que nada esta el derecho a la vida comparado con el 26% de los Pastores Evangelicos. Repondieron negativamente 40% de los Católicos y 73% de Evangélicos aduciendo que no es justo que un inocente venga a sufrir los errores de los padres.

IX. CONCLUSIONES

1. En este estudio: tanto Sacerdotes Católicos como Pastores Evangélicos no tienen un conocimiento básico suficiente sobre el SIDA.
2. La mayoría de guías religiosos (65) saben cómo se transmite el SIDA y conocen el pronóstico de la enfermedad.
3. El 98.3 % del total de la muestra aconseja el uso de medidas preventivas tales como: abstinencia, monogamia y preservativo.
4. El tipo de apoyo que se brinda a las personas infectadas con el VIH, es tan diverso, que probablemente tanto sacerdotes católicos como pastores evangélicos no están preparados para enfrentar la situación como tal.
5. Un pequeño porcentaje (10%) opina que debería negarse el ingreso a las personas con SIDA a los templos religiosos.
6. El 50 % total de la muestra tiene una actitud positiva hacia las personas enfermas de SIDA, evidenciada por la aceptación, orientación y el brindar apoyo espiritual.
7. La opinión acerca del derecho que tiene una mujer infectada por el VIH a concebir una vida humana fue negativa en un 56.6 % del total de personas encuestadas.
8. La diferencia entre ambos credos religiosos con respecto a conocimientos y actitudes sobre el SIDA son mínimas.

X. RECOMENDACIONES

1. Divulgar los hallazgos del presente estudio.
2. Promover educación sobre el SIDA a nivel de Sacerdotes Católicos y Pastores Evangélicos por medio de seminarios y talleres para ampliar sus conocimientos.
3. Hacer énfasis en la importancia que tiene la orientación sobre el SIDA a través de las instituciones religiosas dirigidas hacia la comunidad Guatemalteca.
4. Promover charlas y talleres sobre el SIDA, dirigidas a grupos juveniles de cada templo religioso.
5. Continuar en la promoción y educar a la población sobre el adecuado uso de medidas preventivas contra el SIDA.

XI. RESUMEN

Se efectuó el presente estudio descriptivo transversal en la Ciudad de Guatemala, durante el mes de abril de 1994, en el cual se encuestó a 30 Sacerdotes Católicos y 30 Pastores Evangélicos con el objeto de determinar los conocimientos y actitudes de estas personas hacia pacientes enfermos de SIDA, y el tipo de apoyo que brindan.

Así pues, se les interrogó acerca de diversos aspectos del SIDA tales como: conocimiento sobre la enfermedad, observándose que el 28.3% de la muestra tiene un conocimiento básico, 46.6% cuentan con conocimiento empírico y un 8.3 % no tienen conocimiento alguno. Acerca de la opinión sobre quienes están en riesgo de contraer la enfermedad el 45% considera que únicamente las personas de alto riesgo (homosexuales, heterosexuales y drogadictos) pueden contraer el VIH, un 55% saben que cualquier persona puede contraer la enfermedad. Es interesante observar que el 98.3% de la muestra está a favor de aconsejar el uso de medidas preventivas contra el SIDA tales como: abstinencia, monogamia y preservativo, haciendo énfasis en que estas medidas deben emplearse únicamente como prevención contra el SIDA y no como medidas anticonceptivas.

El tipo de apoyo que se brinda a las personas infectadas con el VIH es diverso, 23.3% de los Católicos brindan apoyo moral y espiritual, el 26.6% de los Evangélicos brindan apoyo psicológico y espiritual; el 50% del total de la muestra tienen una actitud de aceptación orientación y brindar apoyo espiritual hacia los pacientes con SIDA.

También se observa que el 56.6% de la muestra esta en contra de la procreación por parte de mujeres infectadas con el VIH.

Debido a la influencia de la religión en nuestra sociedad, es importante que sus representantes se instruyan sobre los diversos aspectos de esta enfermedad para poder llevar un mensaje educativo y preventivo a todas las personas que lo necesiten.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. AIDS. Medicine du Monde. Declaración Universal de los Derechos Humanos de los enfermos del SIDA y Seropositivos. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1992 Oct.-Dic.; 2(1):47
2. Anderson, Roy M. et al. Understanding the AIDS Pandemic. Scientific American 1992 May:20-26
3. Arroyo, G. Pruebas de Laboratorio para el Diagnóstico de Infección por HIV. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1992 Oct.-Dic.:2(1):19-22
4. Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA. Normas Para Prevenir el Contagio del VIH en el Ambiente de Trabajo del Empleado de Salud. Guatemala: AGPCS, 1989 18p.
5. Baker, K. et al. AI(DS, Sex and Family Planning: a Christian View. Achimota, Ghana. Africa Christian Press 1989. 92p.
6. Bayes, R. Contributions of the Functional Analysis of Behavior to the problem of AIDS. Revista Latinoamericana de Psicología. 1992; 24(1-2): 35-56.
7. Calderon Gonzales, Edgar Emilio. Creencias, Actitudes y Practicas en Adolescentes en grupos de alto riesgo con relacion al SIDA: Estudio en torno a CAP's en adolescentes internos en el Orfanatorio Rafel Ayau Julio 1991. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1992.73p.
8. Estrada, R.M. et al. Caracterización de la Infección por VIH en el Hospital General San Juan de Dios. Revista de Colegio Médico (Guatemala) 1992 Oct.-Dic.;2(1): 26-30
9. Gallo, Robert C. Retrovirus que causan Enfermedad en el Hombre. En Wyngaarden y Smith. Cecil Tratado de Medicina Interna. México: Interamericana-McGraw Hill, 1991. t.2 (pp 1977-1982)
10. Galvao, J. Sacred Messages for AIDS Prevention, Principles into Practice. Development Communication Report. 1991; (74):16-18
11. Gerrard, M. et al. Self-Esteem and Retention of Contraceptive and AIDS Information in the Classroom. Journal of Applied Social Psychology 1991;21(5): 368-79
12. Getzel, G. Overview of the Psychosocial Issues Concerning AIDS. New York Gay Men's Health Crisis, Education Dept. 1987 Oct.2p

13. Gibbs, D. A. *et al.* Populations at increased Risk of HIV infection: Current Knowledge and Limitations. Jornal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 1991; 4(9): 881-889
14. Groopman, Jerome E. Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En: Wyngaarden y Smith. Cecil Tratado de Medicina Interna México: Interamericana-McGraw Hill, 1991. t.2 (pp 1983-1993)
15. Hirschmann, Annelise. *et al.* Mujeres de la Ciudad de Guatemala facultando a un grupo vulnerable para la Prevencion del SIDA. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1992 Oct-Dic; 2(1): 31-39
16. International Conference on AIDS Education, 4th.:1990: San Juan, Puerto Rico. The Impact of Religion and Cultural Values on the Content of AIDS Public Health Education Programs in Southeast Asia: San Juan, Puerto Rico, 6-8 August, 1990. Unpublished, 1990. ii, 64 (5)p.
17. International Conference on AIDS, 7th.: 1992: Amsterdam, Netherlands. Myths about HIV Transmission: Who endorse them, Why do they and what are the Consequences? Amsterdam, Netherlands, 19-24 July, 1992. Unpublished, 1992, 5p.
18. International Conference on AIDS, 5th.: 1989: Montreal, Canada. The Gaga Consecration of the Condom: Folklores and Religion as Adjuncts of AIDS prevention among Haitian Agricultural Workers in the Dominican Republic: Montreal, Canada, 4-10 June, 1989. Unpublished, 1989. 6,(5)p
19. Jaenson, C. Community Structure Affects Behavior. Network 1991 Jun 12; (1): 24-25
20. Jeter, K. AIDS: Sources of Knowledge for the Seeker. AIDS and Families. Harrington Park Press New York, 1989 241-54
21. Lopez Davila, Luis Manuel. Creencias, Actitudes y Practicas de Homosexuales con Conducta de alto Riesgo en Relacion a SIDA en la Ciudad de Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1990. 75p
22. Lopez Muñoz, A. Influencia Social del Cristianismo. La Habana: Casa Bautista de Publicaciones, 1972. 86p
23. Low, Nicola. *et al.* Conocimientos Acerca del SIDA de la Poblacion Adulta en Managua. En: Bond, Lydia S. A Portfolio of AIDS/ STD. Behavioral Interventions and Research Washington: PAHO, 1992. 314p.(pp. 266-272)
24. Matsui, O.S. *et al.* SIDA y Religion En: Bond, Lydia S. A Portfolio of AIDS/STD. Behavioral Interventions and

- Research Washington: PAHO, 1992. 314p. (pp.117)
25. Mejia, C. et al. Infeccion por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Guatemala. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1992 Oct-Dic; 2(1): 9-13
 26. Mejia, C. et al. SIDA, Experiencias Clinicas en el Hospital Roosevelt. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1992 Oct-Dic; 2(1): 23-25
 27. Morley, D. Papal Policy, Poverty and AIDS. BMJ 1990 Jun 30; 300 (6741): 1705
 28. Organizacion Mundial de la Salud. Accion en SIDA. Programa Mundial Sobre el SIDA. Washington, D.C. OMS, 1989. 8p. (Publicacion Cientifica OMS No.5)
 29. Organizacion Panamericana de la Salud. La Situacion del SIDA y las Americas. 1988. Boletin Epidemiologico. Washington. 1988. Vol.9 No. 4 15p
 30. Organizacion Panamericana de la Salud. Segunda Teleconferencia Panamericana del SIDA. Brazil, Dic. 1989 3 Videocassetes.
 31. Osteria, T. et al. The Impact of Religion and Cultural Values on AIDS Education Programs in Malaysia and the Philippines. AIDS Education and Prevention 1991; 3(2):133-146
 32. Perkel, A.K. et al. The Psychology of AIDS Transmission Issues for Intervention. South African Journal of Psychology. 1991 Sep 21; (3): 148-152.
 33. Proyecto SIDA. El Médico Frente al SIDA. 2ed. Guatemala: Graficos Estrada, 1990 173p
 34. Rojas Soriano, Raul. Sociologia Médica. 3ed. México: Plaza y Valdes Editores, 1988 108 p
 35. Ruck, B. Coping with AIDS: Psychological and Social Considerations in Helping People with HIV Infection. Maryland. National Institute of Mental Health. 1986 19p
 36. Salame Alfie, Elisa. Psicoterapia Breve: Una Alternativa para la Comprension y el Cambio de Conducta Relacionadas con el HIV/SIDA. EN: Bond, Lydis S. A Portfolio of AIDS/STD Behavioral Interventions and Research. Washington: PAHO, 1992. 314p. (pp.96-99)
 37. Sanford, Jay P. et al. Guide to HIV/AIDS Therapy. Dallas: Antimicrobial Therapy. INC. 1992. 79p
 38. Smith, J.E. The Many Faces of AIDS and The Toleration of the Lesser Evil. International Review of Natural Family Planning. 1988 Spring; 12 (1): 1-15
 39. Terraza, Sandra. Conductas y Factores de Riesgo de una Poblacion de Pacientes con E.T.S. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1992 Oct-Dic; 2 (1): 14-18

40. World Council of Churches, 2nd.: 1988: Moshi, Tanzania. International Consultation on AIDS and Pastoral Care: Moshi, Tanzania, 4-9 December, 1988. WCC, 1988. (2). 46p
41. World Health Communications Inc. Management of HIV Disease: Treatment Team Workshop Handbook. New York, 1988, 127p
42. Vigilancia del SIDA en las Américas. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1,993 Mayo-Agosto; 3 (2): 53
43. Downie, N.M. y R. Heath Métodos Estadísticos Aplicados México, HARLA, 1973. 373p. (pp.171-181)

XIII. ANEXOS

DIRECTRICES PARA UN PROYECTO DE EDUCACION PREVENTIVA
(ANONIMO)

1. A qué credo religioso pertenece?
 - a. Católico.
 - b. Evangélico.

2. Qué es el SIDA?
 - a. Enfermedad infecciosa
 - b. Enfermedad mortal
 - c. Castigo de Dios
 - d. No sé
 - e. Otros: _____

3. A quienes les puede dar SIDA?
 - a. Homosexuales
 - b. Heterosexuales
 - c. Drogadictos
 - d. A todas las personas
 - e. No sé
 - f. Otros: _____

4. Como se puede transmitir el SIDA?
 - a. Contacto sexual
 - b. Transfusiones sanguíneas
 - c. Uso de drogas intravenosa
 - d. Al dar la mano
 - e. Al hablar con una persona enferma de SIDA
 - f. No sé
 - g. Otros: _____

5. Cómo se cura el SIDA?
 - a. Medicamentos
 - b. Plantas Medicinales
 - c. Santería
 - d. No tiene cura
 - e. No sé
 - f. Otros: _____

6. Aconseja usted el uso de medidas preventivas contra el SIDA?
 - a. SI
 - b. NO

7. Qué medida preventiva aconseja contra el SIDA?
 - a. Abstinencia
 - b. Monogamia
 - c. Preservativo
 - d. Alejandose del mal
 - e. No sé
 - f. Otros: _____

8. De qué manera apoya usted a una persona enferma de SIDA?

9. Qué actitud adopta ud. ante una persona enferma de SIDA?
 - a. La rechaza
 - b. La consuela
 - c. La acepta
 - d. La orienta
 - e. Le brinda apoyo espiritual
 - f. Otros: _____

10. Debe prohibirse el ingreso a Iglesias, a las personas que padecen de SIDA?
 - a. SI
 - b. NO
 - c. POR QUE: _____

11. Tiene derecho una mujer que padece de SIDA, a la procreación?

