



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2007-2009**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
RELACIONADOS CON EL VIH Y SIDA EN WASLALA, RACN,
NICARAGUA EN DICIEMBRE 2009.**

Autor:

Timothy Michael Hansell

Tutor:

MSc. Miguel Orozco

Docente Investigador

Managua, Nicaragua 2015

ÍNDICE

i. Dedicatorio	
ii. Agradecimiento	
iii. Resumen	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS.....	7
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	8
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
VIII. RESULTADOS.....	33
IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	48
XI. CONCLUSIONES	57
XI. RECOMENDACIONES.....	58
XII. BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	

DEDICATORIA

A mis queridos hijos e hijas
Ary Bernal Michael,
Anly Judith,
Birmanía Nohemí y
Evan Alexander.

Que sigan sus sueños, abran sus alas
y encuentren su camino en un mundo
que les muestre sus maravillas y la felicidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Programa Integral en Salud de la Parroquia la Inmaculada y HORIZONT₃₀₀₀ por el apoyo financiero y material para el estudio bajo el proyecto “Programa de atención en VIH/Sida para la población de la Costa Caribe Nicaragüense” financiado por la Cooperación Austriaca para el Desarrollo. A los miembros del Equipo Técnico del PIS quienes me han apoyaron en el trabajo de campo: Inés Francisco Arauz Salinas, Claudia Castro Zeledón, Flor de Liz Maceys y Gerald Castellano. A Birmania Nohemí Sánchez Vivas por su ayuda en la digitalización de las encuestas. Para mi tutor Dr. Miguel Orozco Valladares por sus sugerencias y revisiones. Un agradecimiento especial para Bernarda Vivas Hernández por su apoyo incansable durante los procesos de diseño, análisis y revisión. Su apoyo ha permitido que este sea una investigación mejor y un documento más legible que hubiera sido de otra forma. También a mis padres por animarme todo estos años.

RESUMEN

Esta investigación analiza los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el VIH/SIDA de la población del municipio de Waslala, RACN en el año 2009. Para esta investigación se encuestó a 264 personas de diez comunidades rurales y dos barrios del municipio de Waslala, estratificado por sexo y edad. Se encontró que la gran mayoría de la población tenía información básica sobre VIH/SIDA incluyendo las principales formas de su transmisión. Sin embargo, menos de la mitad de los encuestados mencionaron de forma espontánea las principales formas de prevención y se mantenían algunos mitos como la transmisión por zancudos o besos. Las actitudes hacia las formas de prevención eran positivas, pero solían estigmatizar a las personas que viven con VIH. En las prácticas se nota un inicio temprano de las relaciones sexuales, poco uso del condón y múltiples parejas sexuales. Entre hombres y mujeres, había pocas diferencias en conocimiento y actitudes, sin embargo en las prácticas, los hombres tenían más prácticas de riesgo que las mujeres. Había diferencias de actitudes y prácticas entre católicos, evangélicos y no creyentes: los católicos reportaron menos violencia intrafamiliar, los evangélicos mayor estigmatización de las PVVS y los no creyentes mayor aceptación del condón aunque aceptando otras prácticas de riesgo. Había menos estigmatización por parte de la población urbana hacia las PVVS y reconocimiento del derecho de las mujeres para decidir sobre su salud sexual y reproductiva en comparación con el área rural, pero también había menos aceptación del condón. Además, un mayor nivel educativo se relacionaba con mayores niveles de conocimientos, actitudes más apropiadas y mayor uso del condón.

Palabras claves:

VIH/SIDA, CAP, área rural, ambiente de recursos escasas, Nicaragua

ABSTRACT

This investigation analyses knowledge, attitudes and practices related to HIV/AIDS of the population of Waslala, RACN in December 2009. A sample of 264 people from ten rural communities and two urban neighbourhoods, stratified by sex and age, were surveyed. It was found that the large majority of the population had basic information on HIV/AIDS including the forms of transmission. However, less than half spontaneously mentioned the principal forms of prevention and held myths such as transmission by mosquitoes or kisses. The attitudes towards the forms of prevention were positive, yet tended to stigmatize people who live with HIV. In the practices, there was an early start to the sexual activity, little regular use of condoms, and multiple sexual partners. Between men and women, there was little difference in their knowledge and attitudes; however men had more risky behaviours. There were differences of attitude and practices between Catholics, Evangelicals and those who did not belong to a religion, with Catholics reporting less domestic violence, Evangelicals greater stigmatization of people living with HIV or SIDA and those who do not belong to a religion greater acceptance of condoms yet riskier behaviour. The urban population stigmatized people living with HIV or SIDA less and had greater recognition of women's rights to decide about their health in comparison with the rural population, but there was also less acceptance of the condom. Higher levels of education were related to greater levels of knowledge, more appropriate attitudes, and more common use of the condom.

Key words:

HIV/AIDS, KAP, rural area, resource poor setting, Nicaragua

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha llegado a ser una pandemia que avanza en diferentes poblaciones alrededor del mundo. Fue reconocido por primera vez en el año 1981 y en 1984 se demostró que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es su agente etiológico (Fauci & Lane, 1991). Con el transcurso de un poco más de un cuarto de siglo, para el 2007 se calculaban 33 millones de personas conviviendo con el VIH y 2.1 millón de personas fallecidas por el SIDA. En este mismo año, se estimó 2.7 millones de nuevas infecciones (OMS, 2008). Aunque Nicaragua es el país centroamericano con menor prevalencia del VIH, este ha mostrado un crecimiento de forma rápida en la última década. De acuerdo al informe UNGASS 2008-2009, para el fin de 2009, en Nicaragua se habían diagnosticado 4,742 personas que viven con VIH, incluyendo 587 casos de SIDA, con una prevalencia de 76.7 por 100,000 en Nicaragua y 20.8 en la RACN. De los casos nuevos en 2009, habían 1.76 hombres por cada mujer (CIES, 2010).

Waslala es un municipio aislado, con una población que en su mayoría vive en comunidades rurales dispersas y montañosas. La epidemia del VIH/SIDA en el municipio de Waslala es un problema latente en la actualidad. Entre 2008 y 2010 se había diagnosticado una persona VIH positiva después de haber realizado 4,411 pruebas de VIH (PIS, 2010) de una población de 60,939 (INIDE, 2008: 54) para una cobertura de 7.4%. Las actitudes, el comportamiento sexual, el machismo, el abuso sexual y la dinámica movilidad de la población incrementan las posibilidades de una epidemia a nivel local. Las unidades de salud no abordaron el tema como parte prioritaria de la política de salud. Aunque sólo existía un caso diagnosticado en el municipio, había una alta vulnerabilidad frente al VIH/SIDA.

El presente trabajo de tesis constituye un requisito para optar al título de Master in Salud Publica del Centro de Investigaciones y Estudios de las Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, CIES-UNAN, Managua.

II. ANTECEDENTES

En un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) realizado en las comunidades rurales del municipio de Waslala en 2005, se encontró que el 61% de las personas afirmaron no haber recibido educación sexual alguna y el 69% de las personas encuestadas afirmaron que no tienen riesgo de contagiarse con el VIH. Al ser consultado de que era el VIH/SIDA, muchas personas respondieron con comentarios como: “Es una enfermedad mala,” “es una enfermedad mortal y se transmite usando el mismo vaso, la misma letrina y la misma ropa,” “es una enfermedad que da picazón.” Al mismo tiempo, sólo el 5% utilizó el preservativo en su primera relación sexual. El 55% de las mujeres encuestadas admitieron tener sus primeras relaciones entre los 12 y 16 años de edad que muestra un alto porcentaje con inicio temprano de la vida sexual. El 17.3% de las mujeres admitieron haber tenido una infección de transmisión sexual. Además, el estudio señala que la influencia de las ideologías religiosas tradicionales marcó una fuerte influencia en la actitud de las personas, por lo que uno de cada cuatro pensaba que el VIH/SIDA era castigo de Dios (Henríquez, 2005).

Según el informe de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007 (ENDESA, 2008) realizado con mujeres, en el departamento de Matagalpa, la edad promedio para el inicio de las relaciones sexuales era 17 años. A nivel nacional la primera relación ocurría más temprano en el área rural (16.6 años) en comparación con el área urbano (17.9 años). El mayor nivel educativo indicaba una mayor postergación de inicio de las relaciones sexuales (15.5 años, sin educación versus 21 años con educación superior). Además, el 20.3% de mujeres había utilizado alguna vez el condón y el 2.7% lo ocupaba actualmente. El uso del condón también aumentó con el nivel educativo (2.3% sin educación a 7.8% con educación superior). El 98% mujeres conocía la existencia de SIDA, el 66% sabía que se puede tener VIH sin presentar signos o síntomas y el 83% sabía que no tiene cura. En

torno al conocimiento de la transmisión vertical, el 66.4% afirmó que se transmite durante el embarazo, 33.2% durante el parto y 24.2% durante la lactancia, con mayores niveles de conocimiento en el área urbana. Espontáneamente, el 71.8% mencionó el condón como forma de prevención del VIH, 40.6% la fidelidad y 32.7% la abstinencia. También el 14.5% mantenía la creencia de que se transmite por compartir objetos, 9.2% a través del beso y 0.7% por piquete de mosquito. El 68.2% de las mujeres no creía que están en riesgo de contraer el VIH. El 50.4% manifestó que es aceptable que niños con VIH asistan a la misma escuela que otros niños y el 48.3% no lo mantendría en secreto si tuviera VIH. Se manifestaba menos discriminación con mayor nivel educativo, pero mayor temor de revelarlo a otras personas. El 16.1% había hecho la prueba y el 43.7% sabía donde se hace. El 93.1% no utilizó el condón en su última relación sexual. El 13.1% dijo que han sufrido violencia sexual por parte de su pareja y el 27.0% violencia física.

En el año 2008, se realizó el estudio, *Las redes sociales y el sistema educativo nicaragüense en la prevención del VIH y Sida*, con 3,007 jóvenes de 13 a 23 años en 30 comunidades de 23 municipios de 5 departamentos del Pacífico Sur de Nicaragua por Terra Nuova, GVC, Fundación Xochiquetzal y CIES-UNAN (CIET, 2010). El estudio mostró que el 19% de los jóvenes y adolescentes sexualmente activas dijeron utilizar “siempre” el condón en sus relaciones sexuales (24% de jóvenes varones y 12% jóvenes mujeres), 57% dijeron utilizarlo ocasionalmente y el 24% dijeron nunca lo utilizan (13% jóvenes varones y 40% jóvenes mujeres). El 41% de los jóvenes varones y 58% de las jóvenes mujeres dijeron no haber usado el condón en su última relación sexual casual. Encontraron que la pertenencia a alguna organización se asocia con el “uso siempre” del condón en las relaciones sexuales con 80% mayor probabilidad (OR 1.8, 95lc, 1.1-2.8) y se detectó esta relación principalmente en jóvenes con mayor acceso a los servicios de salud. El 12% de jóvenes sexualmente activos habían realizado la prueba de VIH (8% jóvenes varones y 15% jóvenes mujeres). Este

aumentó a 34% en jóvenes que socializaban con su pareja sobre el tema. En términos de discriminación contra las personas que viven con VIH y SIDA (PVVS), el 31% dijeron que no harían amistad con una persona que tiene SIDA (36% de los jóvenes varones y 25% de las jóvenes mujeres), pero la inclusión educativa se asociaba a una menor tendencia a estigmatizar a PVVS.

De acuerdo a estudios realizados en otros países, las estrategias evaluadas de más a menos efectiva para la reducción de nuevas infecciones de VIH son: educación de pares, tratamiento de infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales y la población en general, consejería y prueba voluntaria, medios de comunicación masiva, prevención de la transmisión vertical y educación escolar (Hogan, et al. 2005). Finalmente es importante notar que de acuerdo a algunos estudios, un aumento en conocimiento y sensibilidad sobre VIH no necesariamente lleva a una reducción en la transmisión del VIH (Nicolson, van Teijlingen, 2006).

III. JUSTIFICACIÓN

La incidencia en VIH está aumentando en Nicaragua y la Región Autónoma del Caribe Norte (RACN) tiene una alta prevalencia a nivel nacional (ver en anexos figura nº 1) y un nivel de incidencia en 2009 de 20.8 x 100,000 solamente superado por Chinandega y Managua (ver en anexos figura nº 2). A nivel del municipio de Waslala, un estudio realizado en 2005 años mostró que existía un alto desconocimiento del problema, además la existencia de múltiples factores de riesgo (Hernández, 2005). El estudio CAP sirve para ayudar en la planificación, implementación y evaluación de acciones más pertinentes de comunicación, abogacía y movilización social para la prevención en salud. Permite identificar vacíos de conocimiento, creencias culturales y patrones de comportamiento que pueden facilitar o limitar acciones para la prevención del VIH (OMS, 2008). No había estudios actualizados sobre los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados al VIH/SIDA en Waslala desde el año 2005, lo que es preocupante ante la amenaza latente de la pandemia del VIH, debido a las condicionantes sociales y culturales que presenta la población del municipio. Los resultados del estudio CAP, son útiles para los tomadores de decisión en el municipio, como el Ministerio de Salud (MINSAL), el Ministerio de Educación (MINED) y la Asociación para el Desarrollo Integral y Sostenible (ADIS), anteriormente conocido como el Programa Integral en Salud (PIS) de la Parroquia La Inmaculada, para reorientar sus intervenciones en los ámbitos de salud sexual y reproductiva (SSR) y VIH/SIDA.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta central de investigación es:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH y SIDA que tiene la población entre los 15 y 50 años del municipio de Waslala, RACN, Nicaragua durante el mes de Diciembre 2009?

Esta pregunta nos lleva a considerar:

- ¿Qué son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Cuál es su nivel de conocimientos sobre VIH y SIDA?
- ¿Cuáles actitudes tiene esta población acerca del tema?
- ¿Cómo son sus prácticas relacionadas con el riesgo de contraer el VIH?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de VIH y SIDA de la población entre 15 y 50 años del municipio de Waslala, RACN, durante el mes de Diciembre del 2009.

Objetivos Específicos:

1. Conocer las características socio demográficas de las personas en estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos sobre VIH y SIDA de la población de estudio.
3. Precisar las actitudes acerca del VIH y SIDA de la población de estudio.
4. Identificar las prácticas de la población de estudio relacionadas con el riesgo de contraer el VIH.

VI. MARCO DE REFERENCIA

El VIH/SIDA sigue siendo uno de problemas prioritarios de salud pública en el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos como Nicaragua. Es un problema transcendental, aunque hay una tendencia global hacia la reducción de la incidencia de la transmisión del VIH y un aumento en la esperanza de vida de personas que viven con SIDA gracias a los avances en la cobertura de pruebas para la detección temprana del virus y el acceso mejorado a medicamentos antirretrovirales (UNAIDS, 2014). El abordaje de salud pública para la prevención del VIH/SIDA se enfoca en las necesidades de la salud de la población y los grupos poblacionales, y no en la situación de salud de las personas individuales. Vislumbra las contribuciones de todos los sectores relacionados a la salud para conseguir el bienestar de la sociedad de forma integral (OMS, 2013A). El VIH/SIDA, relacionado a la salud pública, es un asunto biomédico, epidemiológico, sociocultural y político.

VIH/SIDA

La epidemia de VIH sigue siendo un reto principal para la salud pública global, con más de 34 millones de personas viviendo con VIH a nivel mundial. El VIH es la sigla del virus de inmunodeficiencia humana y pertenece a la familia de retrovirus humanos (Retroviridae), dentro de la subfamilia de lentivirus (Fauci & Lane, 1991). Se conoce los dos tipos VIH 1 y VIH 2 y diferentes subtipos, aunque en Nicaragua el VIH-1, subtipo B es la causa principal de las infecciones (Murillo, 2013). El VIH es un virus que perjudica las células del sistema inmunológico del organismo de forma gradual, principalmente a través del agotamiento de los linfocitos CD4, aunque también invade otras células del sistema inmunológico como

macrófagos y células dendríticas. Esto provoca inmunodeficiencia en el huésped y así el cuerpo humano quede expuesto a otras infecciones (Fauci & Lane, 1991).

SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y es el estado más avanzado de la infección por VIH cuando la persona presenta un conjunto de enfermedades de diverso tipos debido a la reducida capacidad de su sistema inmunológico. El SIDA es declarado cuando una persona con VIH presenta un conteo de linfocitos T CD4 inferior a 500 células por mililitro cúbico de sangre (OMS, 2013A). En esta condición, el sistema inmune se halla gravemente deteriorado, de modo que el paciente queda expuesto a diversos procesos patológicos generados por un conjunto de infecciones oportunistas.

El VIH/SIDA tiene un comportamiento epidemiológico específico. De acuerdo a Michel Sidibé, en el prólogo al Informe Global 2010 de ONUSIDA sobre la epidemia global de SIDA, debido a cambios sociales, se ha comenzado a reducir el número de personas nuevamente infectada con VIH y con mayor acceso a tratamientos, menos personas mueren de SIDA.

La OMS (2013) categoriza las epidemias de la siguiente forma:

- *Epidemias concentradas*: existe una prevalencia de VIH mayor de 5%, en al menos una subpoblación bien definida, pero no está bien establecida en la población general (medida como una prevalencia de menos de 1% entre mujeres embarazadas en áreas urbanas). Permite focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas por el VIH.
- *Epidemias generalizadas*: el VIH se establece concretamente en la población en general (medida como una prevalencia

consistentemente mayor de 1% entre mujeres embarazadas en áreas urbanas).

- *Epidemias mixtas:* Además de una epidemia generalizada, ciertas subpoblaciones están afectadas desproporcionalmente. Así es una o más epidemias concentradas adentro de una epidemia generalizada.
- *Epidemias de bajo-nivel:* Donde la prevalencia de infección por VIH no ha pasado de 1% de forma consistente en la población a nivel nacional ni de 5% en cualquier subpoblación.

En Nicaragua, la epidemia de VIH/SIDA se clasifica como una epidemia concentrada, manteniendo un comportamiento de bajo nivel en la población en general, con una prevalencia de menos de 1% entre mujeres embarazadas, sin embargo en la subpoblación de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), se ha mantenido una prevalencia de 7.5% (CONISIDA, 2012).

La prevalencia se define como el número de personas viviendo con VIH en un punto específico de tiempo en una población definida. A diferencia, la incidencia es el número de nuevas personas que adquieren VIH en un periodo específico de tiempo en una población dada (OMS, 2013A).

El comportamiento epidemiológico del VIH tiene relaciones con aspectos socioculturales y políticas. El estigma, la discriminación y leyes erróneas siguen siendo barreras para personas que viven con VIH y persona en riesgo de infección. ONUSIDA reporta que en 33 países, la incidencia de VIH ha caído en más de una cuarta parte entre 2001 y 2009, sin embargo hay algunos grupos poblacionales en mayor riesgo que otros. Más de la mitad de las personas que viven con VIH son mujeres y niñas, y en África sub-Sahariana, las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad tienen ocho veces mayor riesgo que los hombres de adquirir el VIH (ONUSIDA, 2011).

Transmisión del VIH

Persisten muchos mitos y creencias sobre las formas de transmisión del VIH. Algunos de los mitos más comunes reportados en Centroamérica son: que el VIH se puede transmitir por piquetes de insectos, por compartir utensilios o por compartir un inodoro (Soto, 2007). Estos mitos persisten aunque las formas de transmisión están claramente definidas y los estudios epidemiológicos han mostrado cuales son las formas más comunes entre poblaciones y subpoblaciones.

La principal forma de transmisión del VIH en el mundo y en Nicaragua, es por relaciones sexuales, sin el uso del condón, entre una persona con el virus y una persona sin el virus. Entre las relaciones sexuales, el sexo anal es clasificado de mayor riesgo, seguido por sexo vaginal. Finalmente tenemos las prácticas del sexo oral, aunque es de menor riesgo, existen posibilidades de transmisión del VIH (CDC, s/f).

También se puede transmitir el VIH por sangre o sus derivados, principalmente en personas que comparten agujas contaminadas durante el uso de drogas intravenosas y en personas que recibieron transfusiones de sangre o sus derivados (Fauci & Lane, 1991). Además, existe la transmisión vertical del VIH de la madre al feto o recién nacido, que ocurre entre 35 a 48% de los casos cuando no hay intervenciones para reducir el riesgo de transmisión. Los casos de transmisión vertical ocurren durante el embarazo en aproximadamente 30% de los casos, con la gran mayoría durante los dos últimos meses de gestación. En 50% de los casos ocurre durante el parto y el puerperio inmediato por el contacto del recién nacido con las secreciones contaminadas y entre el 15 a 20% de los casos ocurre durante la lactancia materna (MINSA, 2008).

Prevención de la transmisión del VIH

La principal estrategia en la prevención del VIH/SIDA por muchos años ha sido la promoción denominada “ABC” por las palabras en inglés “Abstinence, Be faithful and use Condoms.” Refiere a la abstinencia y la postergación de las relaciones sexuales (A), la fidelidad mutua de la pareja (B) y uso adecuado del condón (C).

Existen preocupaciones acerca de la utilidad de las estrategias ABC para las poblaciones marginadas y en relaciones desiguales. Por ejemplo, muchas mujeres no tienen el poder para negociar la toma de decisión para controlar el uso del condón al momento de las relaciones sexuales. Abstinencia y fidelidad tampoco son opciones que muchas mujeres y adolescentes pueden tener bajo control, dado los altos índices de violencia sexual en contra de mujeres adultas, adolescentes y niñas, y de infidelidad por parte de los hombres (Public Health Watch, 2007). Las relaciones de poder inequitativas entre hombres y mujeres, menor estatus socioeconómico y la violencia basada en género aumenta la vulnerabilidad de las mujeres. La violencia y aun la amenaza de violencia pueden impedir la capacidad de mujeres de protegerse de VIH y tomar decisiones sobre su vida sexual. Al mismo tiempo, los roles asociados a la masculinidad insta a los hombres y adolescentes varones a adoptar comportamientos de riesgo como el abuso del alcohol y tener múltiples parejas sexuales (ONUSIDA, 2011).

Una estrategia importante de prevención es la aplicación del tratamiento antiretroviral (TAR) a una mujer embarazada en que se ha detectada VIH para reducir la transmisión vertical (MINSA, 2008). Otras estrategias incluyen el cuidado con objetos cortopunzantes contaminadas con sangre y uso de jeringas nuevas para cada inyección. ONUSIDA informa que la combinación de diferentes esfuerzos de prevención es efectivo para reducir la incidencia de VIH, por ejemplo el uso del condón, la reducción del inicio

temprano de la vida sexual y múltiples parejas sexuales (ONUSIDA, 2011). Para la prevención en combinación, se refiere a la combinación de enfoques comportamentales, biomédicos y estructurales para lograr el mayor impacto en la reducción de la transmisión y adquisición del VIH (OMS, 2013A).

El avance más llamativo en los últimos años ha sido el tratamiento como prevención, para de la estrategia denominada Tratamiento 2.0 promovida por la ONUSIDA y OMS. Investigaciones en 2011 demostraron que el TAR reduce en 96% la transmisión del VIH. Tratamiento 2.0 tiene la meta de lograr y mantener el acceso universal al TAR y maximizar sus beneficios preventivos. Plantea aumentar acceso al diagnóstico del estado de VIH, acceso a los medicamentos y servicios de salud, movilización comunitaria y reducción en los costos (OMS, 2011). En línea con esto, desde 2013, la OMS ha recomendado el uso del TAR para la prevención de la infección por VIH, en particular en mujeres embarazadas, niños y niñas jóvenes, y poblaciones claves expuestas al riesgo de VIH (OMS 2013).

Agentes comunitarios de salud en Waslala y VIH/SIDA

Los agentes comunitarios de salud han sido importantes para los trabajos de prevención, promoción, tratamiento y vigilancia comunitaria de los problemas de salud. Existieron las siguientes tipos de agentes comunitarios de salud en Waslala (Vivas & Hansell, 2008):

- Líderes Comunitarios de Salud: Ellos eran hombres y mujeres voluntarios, elegidos por sus comunidades para responsabilizarse por la salud de la población. Recibieron entrenamiento estandarizado por parte del Ministerio de Salud y por el Programa Integral en Salud de la Parroquia de Waslala para promover acciones preventivas en salud. Imparten charlas informativas a su comunidad sobre el VIH/SIDA, están en constante vigilancia del estado de salud de la comunidad y

son actores claves de referencia para el desarrollo de las estrategias de salud preventivas del Ministerio de Salud: Jornadas de vacunas, Brigadas médicas, etc.

- Parteras: Eran mujeres entrenadas para asistir partos de emergencia, embarazos normales así como identificar mujeres ARO para ser trasladadas a tiempo a las unidades de salud, acompañaban y aconsejaban durante los procesos de embarazo, parto y puerperio. Daban información sobre la transmisión del VIH a las mujeres embarazadas y les sensibilicen sobre la importancia de realizarse la prueba de anticuerpos de VIH, durante el embarazo.
- Consejeros de VIH/SIDA: Líderes y parteras que fueron entrenados por el Programa Integral en Salud de la Parroquia de Waslala y el Ministerio de Salud para ofrecer consejería y realizar las pruebas rápidas de anticuerpos de VIH en las comunidades rurales del municipio de Waslala.

Comportamientos de riesgo ante el VIH.

Las iniciativas para cambiar los comportamientos de las personas para reducir la transmisión del VIH se centran en el enfoque de riesgos. El *riesgo*, o probabilidad de contraer la infección por VIH, está relacionado con comportamientos específicos, como las relaciones sexuales sin el uso del condón con una persona en estado de VIH desconocido, múltiples relaciones sexuales sin el uso del condón o inyección de drogas con agujas y jeringas contaminadas con sangre (ONUSIDA, 2007). Estos comportamientos se combinan con la *vulnerabilidad* de una persona, grupo o comunidad ante el VIH. La vulnerabilidad es la consecuencia de los factores que reducen sus capacidades para evitar una infección. Estos factores incluyen: la falta de información clara en VIH y aptitudes para protegerse o proteger a otras

personas; las dificultades de acceso físico, económico y cultural a los servicios de salud de calidad; y la estigmatización y discriminación social de ciertas poblaciones por medio de leyes, creencias, o normas sociales (ONUSIDA, 2007).

Existen otros comportamientos indirectos de riesgo, como el abuso del alcohol y drogas, la violencia basada en género (Meyer et al., 2011) y migración (Amirkhanian, 2010). Aunque estos comportamientos actúan como condicionantes ante la pandemia del VIH, en la actualidad son minimizados al momento de la implementación de estrategias, para la prevención del VIH.

Alcohol y VIH

Aunque no se ha comprobado una relación causal entre el abuso del alcohol y el riesgo de adquirir el VIH, estudios han mostrado que hay una fuerte correlación (Rehm, 2011). El consumo de alcohol reduce la percepción de riesgo y aumenta la probabilidad que una persona tenga conductas de riesgo como tener múltiples parejas sexuales, realizar relaciones sexuales sin protección, utilizar drogas intravenosas o intercambiar relaciones sexuales por el dinero. El alcohol también puede aumentar la replicación viral, aumentando la concentración viral en el semen y fluido vagina, facilitando la transmisión del VIH (Pandrea, 2010). Además se ha identificado una relación entre el abuso de sustancias y la violencia entre parejas íntimas (Meyer et al., 2011).

Migración y VIH

Aunque migrantes de diferentes países y regiones muestran diferentes comportamientos de riesgo, los y las migrantes son particularmente

vulnerables a la transmisión del VIH. Estudios han mostrado una relación entre migración y comportamientos sexuales de riesgo en migración internacional, así como entre el área urbano y rural. Los migrantes laborales, aislados de sus familias, amistades y conexiones sociales al trasladarse a otros lugares, suelen tener parejas sexuales durante su estancia fuera de su región, a menudo en lugares con diferentes prevalencias de VIH (Amirkhanian, 2010).

La violencia basada en género y VIH

De acuerdo a diferentes estudios, existe una estrecha relación entre el riesgo de infección por VIH y la violencia basada en género (VGB). María Dolores Pérez-Rosales realizó una investigación sobre la violencia basada en género y VIH/SIDA en Centroamérica en el año 2008 que demuestra que de las mujeres víctimas de VBG, el 72% había sufrido violencia sexual y el 44.1% sufría violación antes de los 14 años. Sin embargo, solamente el 13% de estas mujeres consideraba que tenían moderada o alta posibilidades de infectarse con VIH y por no percibir su riesgo, combinado con su desconocimiento general sobre las formas de prevención, Pérez-Rosales concluyó que las mujeres centroamericanas que sobreviven violencia basada en género tienen mayor riesgo de contraer el VIH, con relación a la población de mujeres en general.

En Soweto, África del Sur, Kristin Dunkel (2004) estudió 1,366 mujeres que asistieron al control prenatal, para valorar la relación entre diferentes tipos de violencia con su condición seropositiva. Se demostró que el hecho de vivir en una situación de violencia y con altos niveles de control masculino en la relación de pareja íntimo actual estaban asociados con la infección por VIH (OR 1.48 a 95% confianza).

En relación a Nicaragua, Mary Ellsberg (2000) estudió la situación de VBG en el municipio de León con 488 mujeres en edad reproductiva. Evidenció que el 52% de las mujeres casadas encuestadas habían sufrido de abuso por parte de su pareja íntima. En el año 2005, el Programa Integral en Salud de la Parroquia de Waslala realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) relacionados con el VIH/SIDA en diez comunidades rurales del municipio de Waslala. El estudio mostró que existía alta vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/SIDA por contar con poca información adecuada sobre el tema y presentar actitudes y prácticas de riesgo. El 31% de las mujeres no había cursado ningún nivel estudio académico y solamente 14% había terminado la secundaria. Un 61% de las mujeres dijo no haber recibido información o educación sexual alguna. El 68% no logró contestar como se transmiten las ITS y el VIH. El 55% de las mujeres encuestadas admitió tener sus primeras relaciones entre los 12 y 16 años de edad. El 18% admitió haber sufrido de violencia física por parte de su pareja y el 50%, aunque no admite haber sufrido violencia por parte de su pareja, opina que no le gustaría que su hija tuviera un compañero que le tratara como a ella le trata su pareja.

La violencia basada en género puede expresarse como violencia física, sexual, psicológica y de privación, y cualquier combinación de ellas. Aunque la VBG abarca todos los tipos de violencia, la transmisión del VIH está más obviamente enlazado a la violencia sexual, sea como obligación a tener relaciones sexuales no deseadas por amenaza, fuerza; o a realizar un acto sexual que considerara humillante (OMS, 2005: 6). Fisiológicamente, el abuso sexual causa lesiones en los tejidos vaginales, anales y bucales aumentando la vulnerabilidad a infección (Berer, 1993: 128). Además, el semen contiene concentraciones más elevadas del virus del VIH que las secreciones de la mujer por unidad de volumen y a la vez pasan más tiempo en contacto con el tejido. Por estas razones, las mujeres son más vulnerables a las ITS que los hombres y las ITS aumentan la probabilidad de transmisión del VIH (Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, 2004).

La VBG elimina la posibilidad de que la mujer utilice métodos de protección ante la transmisión del VIH. La inequidad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres limita las posibilidades de las mujeres para negociar las relaciones sexuales seguras y negar sexuales no deseados. La violencia de pareja agrega el factor cultural en que las mujeres centroamericanas sienten que deben obedecer a sus maridos (Pérez-Rosales, 2008). Se ha mostrado que el hecho de vivir en una situación de violencia por parte de la pareja íntima y los altos niveles de control masculino en la relación están asociados con la infección por VIH (Dunkel, 2004). Además, el miedo a la violencia impide a muchas mujeres obtener información sobre su salud sexual, someterse a una prueba de VIH y buscar consejería (Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, 2004).

Síntomas del SIDA

El VIH provoca inicialmente un estado de portador asintomático, del cual es importante diferenciar del paciente con SIDA, definido como una persona portadora del virus que presenta una o varias coinfecciones de diferente etiología conocidas como “infecciones oportunistas” (MINSA, 2005). Considerando el serio problema que implica el subregistro de la epidemia en países sin acceso adecuado a laboratorios de diagnóstico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición clínica de vigilancia para SIDA para efectos de vigilancia sin exigir confirmación del laboratorio para el VIH ni para infecciones oportunistas. Donde no se disponga de pruebas de laboratorio para VIH, un enfermo se considera caso de SIDA cuando haya descartado otras causas de inmunosupresión y tenga Sarcoma de Kaposi diseminado, Meningitis por Criptococo, o dos de los signos del Síndrome de Desgaste o Enfermedad Constitucional junto con al menos un signo menor. Los signos del síndrome de desgaste son la pérdida de peso involuntaria mayor del 10% del peso corporal, diarrea crónica por más de un mes y fiebre

intermitente por más de 30 días en ausencia de otra enfermedad que pudiera explicar estas manifestaciones. Los signos menores incluyen tos por más de un mes, linfadenopatía, dermatitis prurítica generalizada, herpes zoster recurrente, candidiasis orofaríngea e infección vírica herpética crónica progresiva y diseminada (OPS, 2001).

Estigma ante el VIH/SIDA

El diagnóstico de la infección por VIH implica un riesgo de estigmatización para la persona que vive con VIH o SIDA (PVVS). Desde 1995 hasta 2012, Nicaragua contó con la Ley 238: *Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA* que intentaba reducir la discriminación y estigmatización por su condición de PVVS. La Ley 238 fue reemplazado en diciembre 2012 por la ley 829 “Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y el sida, para su prevención y atención.”

Ambas la discriminación y estigmatización constituyen un obstáculo para las intervenciones ante el VIH, favoreciendo el abandono de tratamiento y el rechazo a realizarse la prueba. *La Declaración de Londres sobre la prevención del SIDA*, adoptada en la Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA, 1998, reconoce que: “La discriminación y el estigma contra las personas infectadas por el VIH y las personas que viven con el SIDA y los grupos de población socavan la salud pública y deben ser evitados” (párrafo 6).

El estigma es promovido por las normas comunitarias e institucionales y es una de las determinantes de la salud. Es un proceso en que un rasgo o característica de un individuo o un grupo es identificado como indeseable. La persona estigmatizada suele internalizar la desvaluación que resulta en sentimientos de vergüenza, disgusto y culpa y comportamientos incluyendo la ocultación, aislamiento o aumento de comportamientos de riesgo. Muchas

veces la estigmatización va mano en mano con la discriminación y pérdida de estatus ante la comunidad (Courtwright & Turner, 2010).

El concepto de “grupos de riesgo” ha contribuido a la construcción del estigma y la discriminación dado que responsabiliza ciertos grupos poblacionales del avance de la epidemia. Se combina con estigmas ya existentes y consolidados (Vidal et al., 2005). La discriminación en contra de las PVVS es en parte debido a la estigmatización del acto sexual como forma más común de adquirir el VIH y la relación de esta con los grupos con comportamientos de riesgo en los que inicialmente se reportaba la presencia del SIDA, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los y las usuarios de drogas intravenosas (UDI) y las trabajadoras del sexo (TS). Esto lleva a que muchas personas consideran que el VIH/SIDA no representa un problema propio y además a considerarlo como un castigo divino y justo por las transgresiones sexuales que realizaron (Public Health Watch, 2007). Las normas sociales relacionados a la masculinidad y la feminidad estigmatizan a personas transgénero, HSH y otras minoridades sexuales reduciendo su acceso a servicios de prevención y tratamiento (ONUSIDA, 2011).

Otro concepto asociado al de discriminación ha sido el de tolerancia, visto como algo positivo para alcanzar, sin embargo, la tolerancia puede ser una actitud pasiva que no necesariamente contribuye a actitudes o prácticas solidarias. Se puede entenderlo como un sinónimo de “aguantar” o “soportar” un mal inevitable. Por este razón se ha recomendado utilizar conceptos como “respeto activo” (Vidal et al., 2005) o aceptación social.

Determinantes sociales

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de Salud (OMS) concluyó en 2008 que la

determinante más importante en el estatus de la salud de una persona es el conjunto de condiciones sociales en que nace, vive y trabaja (OMS, 2009). Las condiciones sociales y estructurales incluyen educación, vivienda, empleo, ingresos, acceso a los servicios de salud, acceso a alimentación saludable, espacios verdes, justicia, esperanza, libertad de racismo, clasismo, sexismo y otras formas de exclusión, marginalización y discriminación basado en el estatus social (Satcher et al., 2010). Las determinantes sociales de la salud influyen en la salud de personas y comunidades. Ciertos grupos de personas están más afectados por el VIH y SIDA (Sharpe et al., 2010).

Mayores niveles educativos llevan a reducción de ciertos factores de riesgo, como el inicio temprano de la vida sexual, relaciones sexuales con personas que utilicen drogas inyectadas y un aumento en el uso de condones. Hay evidencia que hay una relación inversa entre el nivel educativo y el diagnóstico de ITS (Annang et al., 2010).

La religión es un elemento clave en las estructuras sociales alrededor del mundo. Alrededor de 70% de la población del mundo se declara miembro de una comunidad religiosa. Su fe forma sus percepciones y condicione como responden a otras personas, particularmente PVVS y personas de grupos con comportamientos de riesgo (Ecumenical Advocacy Alliance, 2006). Las actitudes religiosas negativas hacia los comportamientos asociados con la transmisión del VIH, como el acto sexual y el uso de drogas han sido señaladas como una barrera para la respuesta efectiva. Sin embargo, organizaciones basadas en la fe (OBF) históricamente han sido involucradas en la organización comunitaria, la diseminación de información y la provisión de servicios que han sido inadecuadamente ofrecidos por otras instituciones. Son importantes para comunicar con jóvenes en particular, dado que padres y madres suelen confiar en su Iglesia para enseñar sus hijos e hijas sobre asuntos sensibles en el contexto de sus morales y creencias. Así las OBF pueden tener un papel importante en la prevención el

VIH/SIDA cuando tengan la capacidad de integrar sus doctrinas con la educación actualizada sobre VIH/SIDA (Griffith et al, 2010).

El conocimiento

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para tomar decisiones acerca de lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término se utiliza para referir a los hechos, a la información y los conceptos que tenga una persona, así como su comprensión y análisis. Aunque el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, es un paso necesario para que una persona sea consciente de las razones para adoptar o modificar una determinada conducta. El tipo de conocimiento adecuado en relación a la sexualidad y SIDA es el que estimula el auto análisis y es el elemento motor para la adopción de medidas preventivas.

Las actitudes

Las actitudes reflejan la organización de creencias de una persona en torno a un objeto o situación de forma relativamente duradera. Esta organización predispone la persona a reaccionar de una manera determinada en una situación o contexto específico. Las actitudes son adquiridas a través de la socialización y el hábito. El nivel socioeconómico y educacional, la ocupación, pertenencia religiosa y la edad de una persona tiene influencia sobre sus actitudes. Las actitudes pueden ser ideológicas cuando son formadas por ideas y convicciones determinadas, sentimentales cuando generan simpatía o antipatía, o conductuales cuando impulsen a actuar en las distintas situaciones sociales de acuerdo a las convicciones profesadas (OMS, s/f).

Las prácticas

Una práctica es una respuesta establecida, o reacción, ante una situación específica. Las prácticas regulares se denominan hábitos. Las prácticas están relacionadas con los conocimientos y las actitudes. El conocimiento brinda un significado a las actitudes y prácticas, las actitudes predisponen a actuar de cierta manera. Ciertas prácticas pueden convertirse en factores de riesgo ante el VIH/SIDA (OMS, s/f).

Cambios de comportamientos

Hay diversos modelos y teorías sobre el cambio de comportamientos que toma en cuenta los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas. Los más utilizados en relación a estrategias de cambio de comportamientos de riesgo antes el VIH son el Modelo de Creencias de Salud, el Modelo de Reducción del Riesgo ante el SIDA y la Teoría de Acción Razonada.

Una de las teorías más utilizadas en la promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS habla de la percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras e incentivos a la acción, así como la autoconvicción que se puede lograr al comportamiento deseado. Se basa en tres premisas: la creencia de que un problema es suficientemente grave como para tenerlo en consideración, la creencia de que uno es vulnerable a ese problema y la creencia de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo (Soto Mas et al, 1997).

También existe el Modelo de Reducción del Riesgo ante el SIDA (The AIDS Risk Reduction Model - ARRM) (ver en anexos figura nº 3). Este modelo crea un marco para explicar y predecir el cambio de comportamiento asociado con el VIH/SIDA. Plantea que se pasa por tres etapas: reconocer su comportamiento como de alto riesgo, hacer un compromiso para reducir el comportamiento de alto riesgo y tomar la acción indicada para reducir el riesgo. Existen factores externos al individuo que influyen en sus acciones, como campañas de información y comunicación, grupos de apoyo y creencias de su pareja sexual. A pesar de esto, sigue enfocándose en el individuo y no toma en cuenta situaciones personas que se enfrenten en riesgo por las acciones de su pareja y no por acciones propias (AIDSCAP, 2002).

La Teoría de Acción Razonada (Theory of Reasoned Action - TRA) se basa en el supuesto que los seres humanos son racionales y actúan de acuerdo a sus pensamientos (ver en anexos figura nº 4). Propone que una persona toma la decisión de cambiar si reconoce el riesgo que enfrenta, acepta el compromiso para hacer el cambio y después actúa sobre este compromiso, de forma independiente o busca ayuda para solucionar el problema. La teoría reconoce que el comportamiento viene por un lado de sus creencias que el cambio de comportamiento es necesario y su actitud positiva hacia el cambio y por otro lado por su percepción de las opiniones de otras personas relacionadas al comportamiento, o el control del comportamiento por normas sociales. Sus limitaciones son la formulación determinista de la teoría y la falta de consideración de factores estructurales y ambientales (AIDSCAP, 2002). Ignora que los factores del ambiente social determinan el acceso a los servicios de salud e influyen en las decisiones sobre el estilo de vida (Satcher, 2010).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Una encuesta CAP es un estudio representativo de una población específica para recoger información acerca de lo que conocen, creen y hacen en relación a un tema específica – en este caso el VIH/SIDA (OMS, 2008).

a. Tipo de estudio

El estudio CAP es un estudio descriptivo de corte transversal.

b. Población de estudio y muestra

El universo de estudio es de 27,117 personas entre 15 y 50 años de edad (INIDE, 2008).

Se utilizó una muestra sistemática simple calculada en tres fases. La muestra total fue calculada a 264 personas con STATCALC de EPIINFO versión 6, con un nivel de confianza de 95% y un error muestral de 5% a una prevalencia estimada de 22% (basado en un estimado del uso ocasional del condón como pregunta clave para el estudio).

En una segunda fase, se seleccionó al azar 12 comunidades utilizando una lista de comunidades del municipio y un generador de números al azar y como la población se divide en 20% urbano y 80% rural, fueron diez comunidades rurales y dos barrios urbanos, seleccionados. Finalmente, se estratificó por sexo y edad. Para la realización de la encuesta, se trabajó de dos formas, dadas las condiciones geográficas del municipio. Primero, para la selección de las personas a encuestar en el área urbana se visitó cada dos hogares de por medio. Segundo, a nivel de las comunidades rurales,

por razones geográficas y distancia entre las familias, se dejó á opción del encuestador.

c. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión eran que la persona encuestada fuera hombre o mujer entre 15 y 50 años de edad, residente de la comunidad o barrio y que diera consentimiento informado a participar en la encuesta.

Los criterios de exclusión eran que la persona no aceptara realizar la encuesta, que estuviera fuera del rango de edad seleccionado, que no fuera residente del barrio o comunidad seleccionado, o que no tuviera la capacidad para responder a las preguntas.

d. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de los datos, se realizó una encuesta que fue llenada por los y las encuestadores. Los y las encuestadores fueron capacitados en un taller utilizando como base un manual de procedimiento previamente elaborado. Se buscó encuestadores con facilidades de comunicación y disponibilidad para viajar al campo, con alto nivel de respeto. Se aplicó un cuestionario de forma verbal e individual. El cuestionario fue estructurado conteniendo preguntas cerradas, semiabiertas y abiertas. Las preguntas abiertas tenían la finalidad de permitir la profundización de las respuestas, para tratar de enriquecer el análisis y dar mayores pautas para la determinación de asociaciones entre variables (*ver cuestionario adjunto en Anexos*). Para la validación del cuestionario se realizó un total de 10 entrevistas previas a la implementación del estudio. Entre las encuestas de validación se incluyeron las realizadas a los propios encuestadores para valorar el nivel de manejo del tema.

e. Consideraciones éticas

En la implementación del estudio, se buscó garantizar la privacidad, confidencialidad y seguridad de las personas encuestadas basadas en los lineamientos para el manejo de información de VIH de la ONUSIDA (ONUSIDA, 2007). Se explicó de antemano el propósito del estudio y pidió su consentimiento de forma oral, explicando la confidencialidad y el anonimato de la información. Se guardó la privacidad de las personas, realizando las preguntas en un lugar sin otras personas cerca. Para evitar que se revele dicha información a terceras personas, no se escribió el nombre de la persona en la ficha del cuestionario. La información se presentó como estadística agregada para evitar la posibilidad de identificación de respuestas de individuos particulares.

También se tomó en cuenta el principio de garantía al respeto de los derechos y dignidad de las personas. Se orientó al personal encuestador en el reconocimiento a las diferencias de opinión y actitud libre de prejuicios frente a respuestas que se obtendrían. Se instó a cada encuestador/a a estar preparado frente a los sentimientos que se podrían generar en la entrevista. Cada persona encuestada tuvo la opción de aceptar o rechazar la entrevista o alguna pregunta.

f. Variables por objetivos

Conocimiento

- Conocimiento de la Ley 238
- Diferenciación del VIH y SIDA

- Reconocimiento de la transmisibilidad del VIH
- Reconoce que el VIH lleva al SIDA
- Conocimiento de que el SIDA es incurable
- Conocimiento de que existe tratamiento para SIDA
- Conocimiento de síntomas de SIDA
- Conocimiento sobre formas de transmisión del VIH
- Conocimientos equivocados sobre transmisión del VIH
- Conocimientos sobre formas de prevención del VIH
- Conocimiento sobre comportamientos de riesgo ante el VIH
- Conocimiento sobre uso adecuado del condón
- Conocimiento sobre lugares para conseguir condones
- Conocimiento acerca de lugares para realizarse la prueba de VIH
- Fuente de información sobre VIH/SIDA

Actitudes

- Sentimiento de vulnerabilidad ante el VIH
- Disposición para el uso del condón como protección ante el VIH
- Percepción del riesgo de contraer el VIH en el municipio
- Disposición a hablar con su hijo sobre VIH/SIDA
- Disposición a hablar con su hija sobre VIH/SIDA
- Disposición a realizar la prueba que detecta anticuerpos del VIH
- Actitud sobre la poligamia en hombres
- Actitud sobre la poligamia en mujeres
- Victimización por razones religiosas
- Aceptación de contacto físico con una PVVS
- Aceptación de contacto con materiales utilizados por una PVVS
- Aceptación de la continuación laboral de una PVVS
- Aceptación por familiares
- Actitud sobre inicio de la vida sexual del varón

- Actitud sobre inicio de la vida sexual de la mujer
- Actitud sobre el control sobre uso de métodos de planificación y prevención
- Actitud sobre la responsabilidad sobre la SSR

Prácticas

- Ha iniciado relaciones sexuales
- Edad del inicio de actividad sexual
- Promiscuidad reciente
- Promiscuidad a mediano plazo
- Utilización del condón
- Utilización del condón en la última relación sexual
- Fidelidad de su pareja
- Incidencia de ITS
- Víctima de abuso sexual
- Tiempo de permanencia en el municipio
- Conocimiento sobre su estado ante el VIH
- Es víctima de la violencia física de pareja
- Ejerce la violencia física de pareja
- Comunicación de pareja sobre VIH/SIDA
- Comunicación con hijos adolescentes varones sobre VIH/SIDA
- Comunicación con hijas adolescentes sobre VIH/SIDA
- Abuso del alcohol
- Abuso del alcohol por su pareja
- Migración reciente
- Relaciones sexuales con migrantes

Factores socio demográficos

- Edad

- Sexo
- No. de hijos/as
- Estado Civil
- Nivel de estudios
- Ultimo grado/año estudiado
- Religión a la que pertenece
- Desempeña un cargo comunitario
- Cargo que desempeña

g. Procesamiento y Análisis de Datos

Una vez obtenida la información de los cuestionarios, fue procesada y analizada estadísticamente en el programa computarizado de SPSS 15. Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar) así como gráficos (barras, histograma y pastel) y tablas que muestran los datos de los diferentes grupos de la población (sexo, edad, religión, procedencia, ocupación, escolaridad).

Para identificar relaciones entre los variables de sexo, religión, área geográfico y nivel educativo con los variables de conocimientos, actitudes y variables ante el VIH/SIDA, se analizó mediante tablas de entrecruzamiento 2x2 entre una variable analizada y una de exposición; esta relación era sometida de este modo a análisis para confirmar o rechazar la hipótesis nula de que las distribuciones de las variables son independientes unas de otras. El nivel de significación estadística se tomó como $p = 0.05 = 5\%$, es decir, se aceptaba como significativa cuando la probabilidad de cometer un Error Tipo I (aceptar la hipótesis nula cuando en realidad es falsa) era menor de 5%. El valor de p aparece indicado al final de cada tabla de análisis estadístico.

Se empleó el operador estadístico Oportunidad Relativa u Odds Ratio (OR), que mide cuantas veces la exposición a una variable B (Exposure Variable) aumenta la oportunidad de que se verifique la variable analizada A (Outcome Variable). Mientras mayor a 1 sea el OR, mayor será la asociación entre ambas variables. Si en cambio, $OR = 1$ esto indica que no hay asociación entre las variables, y si por el contrario resulta $OR < 1$ significa que la variable de exposición B protege o evita que se produzca la variable en análisis A. El valor de OR aparece al final de cada tabla de análisis estadístico.

En algunos casos el valor de OR puede ser ligeramente mayor que 1, pero no está aún claro si la probabilidad de asociación entre variables es sustancialmente diferente entre sujetos “expuestos” y “no expuestos”. Para resolver esta incógnita se recurre al empleo de la prueba de χ^2 (Chi cuadrado). Para el caso particular de una tabla de 2x2:

χ^2 se calcula por:

$$\chi^2 = \frac{(ad - bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

Si resulta de la prueba que $\chi^2 \geq 3.84$ (para 1 grado de libertad), la probabilidad de que las diferencias de asociación encontradas sean debidas al azar es igual o menor a 0.05, siendo entonces razonable concluir que existe relación entre la variable en estudio A y la variable de exposición B.

Otro operador estadístico que se utilizó fue el Riesgo Relativo (RR), que indica o mide la fuerza de asociación entre las variables A y B y está directamente relacionada con el OR. El riesgo relativo es la medida de la probabilidad que experimenten una situación aquellos individuos con el factor protector en comparación con los que no tienen exposición a ese factor. El riesgo relativo se define como la razón de la incidencia de la

situación en los grupos expuestos entre la incidencia de la enfermedad en los grupos no expuestos.

$$RR = \frac{TI_E}{TI_{NE}}$$

Donde:

TI_E *Tasa de Incidencia de la Población Expuesta*

TI_{NE} *Tasa de Incidencia de la Población no Expuesta*

VIII. RESULTADOS

Objetivo 1: Características socio demográficas

Para esta investigación, se encuestó un total de 264 personas en el municipio de Waslala, 220 (83.3% de las personas encuestadas) de diez comunidades rurales y 44 (16.7% de las personas encuestadas) en dos barrios urbanos. Del total, 127 personas eran del sexo masculino y 137 de sexo femenino. La edad promedio de los encuestados fue de 26.95 años (error estándar de 0.621 y una desviación estándar de 10.087), mediana de 24.50, con un rango de 35 años entre 15 y 50 años de edad (ver en anexos tabla nº 1).

En cuanto al estado civil de los encuestados, 87 personas (33.0%) se declararon solteros, 86 (32.6%) acompañado, 82 (31.1%) casado, 5 (1.9%) viudo y 1.5% (4) divorciado (ver en anexos tabla nº 2).

En relación al nivel de estudios alcanzados, 64 (24.2%) no habían recibido ninguna instrucción, 16 (6.1%) eran alfabetizado, 121 (45.8%) tenían algunos estudios de la escuela primaria, 50 (18.9%) escuela secundaria, 3 (1.1%) estudios técnicos y 10 (3.8%) estudios universitarios (ver en anexos tabla nº 3).

123 (46.6%) de las personas encuestadas afirmaron pertenecer a la religión evangélica, 104 (39.4%) a la católica y 37 (14%) dijeron no pertenecer a ninguna religión (ver en anexos tabla nº 4).

29 de las personas encuestadas (11%) tenía algún cargo en su comunidad (ver en anexos tabla nº 4), de los cuales 22 (75.9%) eran cargos de su iglesia (pastores/as, músicos, miembros de directiva de la iglesia, cocina y lectores entre otros), 4 (13.79%) relacionados con la salud (parteras, líderes

de salud, promotores y miembros de directivas) y 3 (10.34%) relacionados con la educación (maestros y miembros de consejos escolares).

Objetivo 2: Conocimientos sobre VIH/SIDA

En términos del conocimiento general sobre el VIH/SIDA, 109 (41.3%) sabían que el VIH y SIDA son cosas diferentes, 23 (287.9%) expresaron que el VIH es transmisible, 227 (86%) afirmó que con tiempo la persona con VIH presentará síntomas, 235 (89%) sabían que no hay cura, 112 (42.4%) dijeron que hay tratamiento para el VIH/SIDA y 97 (36.7%) personas afirmaron haber escuchado sobre la ley 238 (ver en anexos tabla nº 5).

En torno a los síntomas que presenta una persona con SIDA, 99 (37.5%) mencionaron la pérdida de peso, 57 (21.6%) fiebre frecuente, 38 (14.4%) ronchas, 39 (14.8%) agotamiento frecuente, 31 (11.7%) diarrea frecuente y 17 (6.4%) tos persistente. 71 personas (26.9%) mencionaron otro síntoma. 113 (42.8%) no sabían o no respondían a la pregunta (ver en anexos tabla nº 6).

Los otros síntomas mencionados fueron: Caído de cabello (15 personas), dolor de cabeza (13 personas), paños (11 personas), pálido o amarillo (7 personas), vómito, delgado, dolores, gripe o sudoración (3 personas cada una), sangrado, falta de apetito o defensas bajas (2 personas cada una) y lepra, heridas, no sale de la casa, no levanta de la cama, rasquiña, pereza o retraso mental (1 persona cada una).

En relación a las formas de transmisión del VIH, 236 encuestados (89.4%) reconocieron las relaciones sexuales sin protección, 217 (82.2%) el uso de jeringas usadas, 204 (77.3%) las transfusiones de sangre el 198 (75.0%) la transmisión de la mujer embarazada a su bebé y 173 (65.5%) la leche materna de una madre VIH positiva. 147 (55.7%) afirmaron que se transmite

por medio de un zancudo, 86(32.6%) a través de los besos con una persona VIH positiva y 76 (28.8%) por compartir platos y tenedores con una PVVS (ver en anexos tabla nº 7).

Al preguntarles cuales formas de prevención conocían, 117 (44.3%) mencionaron el uso adecuado del condón, 75 (28.4%) la fidelidad, 44 (16.7%) la abstinencia, 31 (11.7%) el cuidado con objetos cortopunzantes, y 2 (0.8%) realizar la prueba a mujeres embarazadas. 30 (11.4%) mencionaron otra forma y 67 (25.4%) no sabían o no respondían (ver en anexos tabla nº 8).

Las otras formas mencionadas fueron: cuidarse (15 personas); “no andar con personas infectadas,” “no comer en el mismo plato,” “examinar bien la sangre,” o “no tener relaciones con personas infectadas” (13 personas cada una); “comprender a las personas que tienen el virus,” “informarse,” “inyectándose,” “no darle pecho al niño,” “no tener relaciones con personas desconocidas,” “proteger la mano herida” o “zumbar cosas usadas” (una respuesta cada una).

Al preguntarles cuáles son las prácticas que traen más riesgo de contraer el VIH/SIDA, 80 (50.6% respondieron con poligamia utilizando términos como; “andar con uno y otro,” “andar de mujeriego,” “andar de zángano,” “el marido tiene relaciones fuera del hogar,” “han andado disfrutando,” “la infidelidad,” “las mujeres que caminan con muchos hombres,” “las personas que andan vagando,” “las mujeres por vivir en vida desordenada,” “tener varias mujeres y no saber con quién se acuesten,” y “teniendo varias parejas.” Asimismo, 27 (17.1%) de las respuestas se relacionó con la no utilización del condón o de “no protegerse” durante las relaciones sexuales. 11 (7.0%) de las respuestas mencionaron simplemente las relaciones sexuales como actividad de riesgo. 10 (6.3%) relacionaron el riesgo directamente con las PVVS, por “hacerse de una personas infectada,” “los portadores se los pasan a los que no tienen,” “andar con personas infectadas,” “caminar junto

con alguien que anda el SIDA” o “usar los trastes de una persona infectada.” Seis (3.8%) de las repuestas se relacionó con el uso de jeringas o agujas utilizadas. Cinco (3.2%) mencionaron el abuso del alcohol como “al beber licor,” “los vicios” o “el guaro.” Cuatro (2.5%) mencionaron rasuradores o cuchillos. Otros 4 (2.5%) hablaron de “cuidarse” durante las relaciones sexuales. Tres mencionaron relaciones sexuales con personas desconocidas. Dos mencionaron la prostitución. El restante respondió con el uso de chapas, la migración, las unidades de salud, las drogas y el hecho de ser mujer, hombre, o vivir en el pueblo, con una respuesta a cada una.

Para el uso adecuado del condón, 30 (12.3%) personas mencionaron que se debe revisar la fecha de vencimiento, 29 (11.9%) revisar el estado físico del empaque, 18 (7.4%) guardarlo adecuadamente, 17 (7.0%) abrirlo con las yemas de los dedos, 13 (5.3%) depositarlo en la basura, 5 (2.0%) apretar el punto al ubicarlo, 5 (2.0%) no utilizar lubricantes a base de aceite y 1 (0.4%) sujetar el anillo al retirarlo. 15 (6.1%) mencionaron otras formas como “utilizarlo solo una vez”, buscar información, “usarlo bien” y “comprarlo” y 170 (69.7%) no sabían o no respondía (ver en anexos tabla nº 9).

Se preguntó de forma abierto donde pueden acudir para obtener un condón. Se permitía múltiples respuestas. 197 (60.2%) personas mencionaron el Ministerio de Salud, sea en las unidades o centro de salud, 57 (17.4%) la farmacia, 28 (8.6%) el líder de salud, 5 (1.5%) la venta y 2 (0.6%) en el Programa Integral en Salud, mientras que 38 (11.6%) no sabía o no respondía (ver en anexos tabla nº 10).

Al preguntar de donde había recibido información acerca del VIH/SIDA, 133 (50.4%) de las personas mencionaron la radio, 64 (24.2%) personal de MINSA, 61 (23.1%) agente comunitario, 56 (21.2%) el maestro o la maestra, 48 (18.2%) personal del PIS, 33 (12.5%) el líder religioso, 25 (9.5%) de lectura, 22 (8.3%) televisión y 16 (6.1%) de otra fuente, incluyendo amigos y

familiares. 12 (4.5%) personas dijeron que no han recibido información y 10 (3.8%) no sabían o no respondían (ver en anexos tabla nº 11).

En respuesta de donde se puede realizar la prueba de VIH, 236 (89.4%) personas respondieron con MINSA, 49 (18.6%) con el Programa Integral en Salud, 25 (9.5%) un laboratorio o clínica privado, 9 (3.4%) el líder de salud, 3 (1.1%) con otra respuesta entre la Cruz Roja, farmacia y persona capacitada, mientras que 23 (8.7%) no sabía o no respondía (ver en anexos tabla nº 12).

Objetivo 3: Actitudes relacionadas al VIH/SIDA

En las preguntas acerca de sus actitudes ante el VIH/SIDA, 123 (46.6%) personas dijeron creer que algún día pueden conseguir el VIH/SIDA, 122 (46.2%) dijeron que no y el 19 (7.2%) no sabían o no respondían. 229 encuestados (86.7%) estuvieron de acuerdo con el uso del condón para la prevención del VIH, 21 (8.0%) en contra y 14 (5.3%) no sabían o no respondían. 211 (79.9%) consideraron que el VIH es un problema grave en Waslala, 40 (15.2%) no lo consideraron así y 13 (4.9%) no sabían o no respondían. 228 (86.4%) dijeron que hablaría con su hijo sobre el VIH/SIDA, 13 (4.9%) no y 23 (8.7%) no sabía o no respondía. 226 (85.6%) dijeron que hablaría con su hija sobre el VIH/SIDA, 12 (4.5%) no y 26 (9.8%) no sabían o no respondían. 218 (82.6%) estaban dispuesto hacerse la prueba, 38 (14.4%) no estaban dispuesto y 8 (3.0%) no sabían o no respondían. 254 (96.2%) no creían que es correcto que un hombre tenga más que una pareja, 8 (3.0%) creían que es correcto, y 2 (0.8%) no sabían o no respondían. 256 (97.0%) no creían que es correcto que una mujer tenga más que una pareja, 6 (2.3%) creían que es correcto, y 2 (0.8%) no sabían o no respondían. 37 (14.0%) creían que una mujer no necesita pedir permiso a su pareja para usar métodos anticonceptivos o de prevención ITS, 216 (81.8%) creían que debe pedir permiso y 11 (4.2%) no sabían o no

respondían. 243 (92.0%) creían que la responsabilidad de tener una vida sexual sana le corresponde a ambas personas, 15 (5.7%) creían que solamente al hombre o la mujer y 6 (2.3%) sabían o no respondían (ver en anexos tabla nº 13).

Preguntado a qué edad es adecuada para que un varón tenga su primera relación sexual, respondieron con un promedio de 17.80 años (error estándar de 0.163 y desviación estándar de 2.555), mediana y modo de 18 años y un rango de 13 entre los 12 y 25 años de edad. En relación a la edad adecuada para la primera relación de una mujer, respondieron con un promedio de 17.79 años (desviación estándar de 2.658), mediano de 18.00 y modo de 20 años y un rango de 18 entre los 11 y 29 años de edad (ver en anexos figuras nº 5 y 6).

Con las preguntas relacionadas con el estigma ante las PVVS, 158 (59.8%) personas no creían que el VIH/SIDA es castigo de Dios, 80 (30.3%) creían que es castigo y 26 (9.8%) no sabían o no respondían. 151 (57.2%) afirmaron que aceptaría darle la mano a una persona con SIDA, 106 (40.2%) no aceptarían y 7 (2.7%) no sabían o no respondían. 104 (39.4%) afirmaron que aceptaría compartir platos y tenedores con una persona con VIH, 149 (56.4%) no aceptarían y 11 (4.2%) no sabían o no respondían. 107 (40.5%) dijeron que permitiría que sus hijos vayan a clases o jueguen con niños VIH positivo, 139 (52.7%) dijeron que no y 18 (6.8%) no sabían o no respondían. 145 (54.9%) creían que las persona con el VIH pueden seguir trabajando mientras su condición lo permite, 107 (40.5%) no lo creían y 12 (4.5%) no sabían o no respondían. 213 (80.7%) dijeron que lo diría a sus familiares si estuviera enfermo o enferma con SIDA, 44 (16.6%) no lo dirían y 7 (2.7%) no sabía o no respondía (ver en anexos tabla nº 14).

Objetivo 4: Prácticas relacionadas al riesgo de contraer el VIH

En respuesta a las preguntas acerca de sus conductas sexuales, el 223 (84.5%) personas respondieron que han tenido relaciones sexuales. De las personas que habían tenido relaciones sexuales, 11 (4.9%) dijeron utilizar el condón siempre, 55 (24.7%) a veces, 154 (69.1%) nunca y 3 (1.3 %) no sabían o no respondían. 202 (90.6%) dijeron que no ocuparon el condón en su última relación sexual, 20 (9.0%) dijeron que sí utilizaron el condón y 1 (0.4%) no sabía o no respondía. 25 (11.3%) creían que su pareja tiene otras parejas sexuales, 185 (83.7%) dijeron que no lo creen y 11 (5%) no sabían o no respondían. 21 (9.4%) admitían haber tenido una infección de transmisión sexual, 200 (89.7%) dijeron que no la han tenido y 2 (0.9%) no sabían o no respondían. Dos (0.9%) admitieron haber tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo, 221 (99.1%) dijeron que no. Ocho (3.0%) dijeron que han sido abusada/o o abusada sexualmente alguna vez en su vida, 252 (95.5%) dijeron que no y 4 (1.5%) no sabían o no respondían. 46 (17.4%) dijeron que han ido a vivir o trabajar en otro lugar durante los últimos cinco años, 216 (81.8%) dijeron que no y 2 (0.8%) no sabían o no respondían. 10 (3.8%) dijeron que han tenido relaciones sexuales con alguien que ha vivido o trabajado en otro lugar en los últimos cinco años, 250 (94.7%) dijeron que no y 4 (1.5%) no sabían o no respondían (ver en anexos tabla nº 15).

Las personas encuestadas informaron que la edad promedio de su primera relación sexual era 16.13 años (con un error estándar de 0.174, desviación estándar de 2.603), una mediana de 16.00 años y la moda de 16 años. El rango es de 17 años entre los 9 y 26 años de edad, con el primer cuartil a los 15 años, y el tercer a los 18 años.

Las personas encuestadas contestaron que el último año tuvieron un promedio de 1.85 parejas (error estándar de 0.253 y desviación estándar de 3.782) mediano de 1.00 parejas y moda de una. Respondieron que en los

últimos cinco años tuvieron un promedio de 2.26 parejas (error estándar de 0.293 y desviación estándar de 4.378) mediano de 1.00 parejas y moda de una (ver en anexos figura nº 7).

191 (72.3%) de las personas encuestadas dijeron que no ha hecho la prueba de VIH, 70 (26.5%) que lo ha hecho y 3 (1.1%) no sabían o no respondían. En cuanto a la violencia intrafamiliar, 25 (12.3%) dijeron que había sido golpeado alguna vez por su pareja, 178 (87.3%) dijeron que no y 1 (0.5%) no sabía o no respondía. 17 (8.5%) dijeron que había golpeado alguna vez su pareja, 182 (91.0%) dijeron que no y 1 (0.5%) no sabía o no respondía. 72 (36.9%) dijeron que no habla con su pareja sobre VIH/SIDA, 120 (61.5%) dijeron que habla con su pareja y 3 (1.5%) no sabían o no respondían. 57 (46.3%) dijeron que no habla con sus hijos adolescentes sobre VIH/SIDA, 64 (52.0%) dijeron que sí habla, y 2 (1.6%) no sabían o no respondían. 62 (50.8%) dijeron que no habla con sus hijas adolescentes sobre VIH/SIDA, 59 (48.4%) dijeron que sí habla, y 1 (0.8%) no sabía o no respondía. 27 (10.2%) admitieron que se ha emborrachado en el último mes, 231 (87.5%) dijeron que no y 6 (2.3%) no sabían o no respondían. 38 (19.6%) dijeron que su pareja se ha emborrachado en el último mes, 152 (78.4%) dijeron que no y 4 (2.1%) no sabían o no respondían (ver en anexos tabla nº 16).

Diferencias por sexo de la persona entrevistada

Entre los hombres y las mujeres entrevistados, no había diferencias estadísticas en sus conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA (ver en anexos cuadro nº 1). 72 Hombres (56.7%) y 61 mujeres (44.5%) dijeron que recibieron información sobre VIH/SIDA de las emisoras de radios locales, dando a los hombres 1.63 veces mayor probabilidad que las mujeres de tener la radio como fuente de información sobre VIH/SIDA (OR 1.63, Ic95%: 0.97 - 2.73, y RR 1.27, Ic95% 1.00 - 1.62, con un χ^2 de 3.90 y un valor p de 0.0482000). En la utilización del condón en sus relaciones sexuales, 42

hombres (41.2%) y 24 mujeres (19.8%) dijeron que sí lo utilizaban siempre o ocasionalmente. Lo que indica que los hombres tenían 2.74 veces más probabilidad de tomar la decisión de usar el condón al momento de las relaciones sexuales que las mujeres (OR 2.74, Ic95%: 1.45 – 5.23 y RR de 2.02, Ic95% 1.32 – 3.10, con un χ^2 de 11.31 y un valor p de 0.0007702). Al responder si habían utilizado un condón en su última relación sexual, 13 hombres (12.7%) y 7 mujeres (5.8%) respondieron que sí, dando a los hombres 2.41 veces más probabilidad que las mujeres de haberlo utilizado (OR de 2.41, Ic95%: 0.85 - 7.41 y un RR de 2.22, Ic95% 0.92 – 5.36 con un χ^2 de 3.37 y un valor p de 0.0663091). En relación a si se habían realizado la prueba de VIH, 24 hombres (18.9%) respondieron que sí, 46, de las mujeres (33.6%), cuando se les realizó la misma pregunta, dando a los hombres 0.46 veces la probabilidad en comparación con las mujeres (OR 0.46, Ic95%: 0.25 - 0.83 y RR 0.56, Ic95% 0.36 – 0.86, con un χ^2 de 7.50 y un valor p de 0.0061779). Al preguntar si se había emborrachado en el último mes, los hombres tenían 7.4 veces mayor probabilidad que las mujeres de responder sí (OR 7.40, Ic95%: 2.40 – 30.17 y RR 6.21 Ic95% 2.21 – 17.46 con χ^2 de 16.65 y un valor p de 0.0000450). En respuesta de si su pareja tenía otra pareja sexual, 5 de los hombres (5%) y 20 de las mujeres (16.7%) respondieron que sí, dando a los hombres 0.26 la probabilidad de las mujeres de responder sí (OR 0.26, Ic95%: 0.07 - 0.75 y RR 0.30, Ic95% 0.12 - 0.76, con χ^2 de 7.56 y un valor p de 0.0059633). En respuesta a si había tenido una Infección de Trasmisión Sexual, 5 (4.9%) de los hombres respondió que sí y 16 (13.2%) de las mujeres, dando a los hombres 0.34 veces la probabilidad que las mujeres (OR 0.34, Ic95%: 0.09 - 1.02, y RR 0.37, Ic95% 0.14 - 0.98, con χ^2 de 4.48 y un valor p de 0.0342627).

En relación a la edad de su primera relación sexual, para los varones el promedio era de 15.82 años y para mujeres 16.38 años. Para el número de parejas sexuales en el último año promedio era 2.67 para hombres y 1.17

para mujeres. En los últimos 5 años era 3.43 para hombres y 1.28 para mujeres.

Diferencia por pertenencia religiosa relacionadas al VIH y SIDA

En las diferencias por pertenencia religiosa (ver en anexos cuadro nº 2) en relación a la pregunta de que si el VIH y SIDA son lo mismo, 47.2% de evangélicos (58 personas), 37.5% de católicos (39 personas) y 45.9% de no creyentes (17 personas) respondieron que sí son lo mismo. Las personas que practican la fe evangélica tenían 1.81 veces más probabilidad que los de la fe católica de creer que VIH y SIDA son lo mismo (OR 1.81, Ic95%: 0.98 - 3.35, y RR 1.34, Ic95% 1.00 - 1.79, con χ^2 de 4.08 y un valor p de 0.0434554). Cuando se pidió que nombraran las formas de prevención del VIH, 33.7% de católicos (35), 46.3% de evangélicos (57) y 67.6% sin religión (25) mencionó el condón, dando 3.03 veces más probabilidad de que un no creyente lo mencionara que un creyente (OR 3.03, Ic95%: 1.38 - 6.96, y RR 1.66, Ic95% 1.26 - 2.18, con χ^2 de 9.29 y un valor p de 0.0023065). Al preguntar donde habían conseguido información sobre VIH/SIDA, 22.1% de católicos (23), 29.3% de evangélicos (36) y 10.8% sin religión (4) mencionó al personal de MINSA; los no creyentes con 0.35 veces la probabilidad que los creyentes (OR 0.35, Ic95%: 0.09 - 1.03, y RR 0.42, Ic95% 0.16 - 1.08, con χ^2 de 4.04 y un valor p de 0.0445616). Además, 31.7% de católicos (33), 17.9% de evangélicos (22) y 16.2% sin religión (6) mencionaron los Agentes Comunitarios como fuente de información; los católicos con 2.19 veces la probabilidad que los no católicos (OR 2.19, Ic95%: 1.18 - 4.08, y RR 1.55, Ic95% 1.15 - 2.08, con χ^2 de 4.04 y un valor p de 0.0445616). El 21.2% de católicos (22), 42.3% de evangélicos (52) y 16.2% de no creyentes (6) creía que el VIH/SIDA es castigo de Dios: los evangélicos con 2.99 veces más probabilidad de afirmar este planteamiento que los católicos (OR 2.99, Ic95%: 1.56 - 5.77, y RR 2.04, Ic95% 1.35 - 3.09, con χ^2 de 12.87 y un valor p de 0.0003342). Al preguntarles si estuviera enfermo de SIDA, se lo diría a

sus familiares, el 71.2% de católicos (74), 88.6% de evangélicos (109), y 81.1% de personas sin religión (30) afirmaron que sí, dando 2.72 veces mayor probabilidad en evangélicos que católicos (OR 2.72, Ic95%: 1.23 - 6.19, y RR 1.18, Ic95% 1.04 - 1.35, con χ^2 de 7.43 y un valor p de 0.0063983). En relación al uso del condón, el 29.7% de católicos (27), 24.8% de evangélicos (25), y 45.2% de personas sin religión (14) dijeron usarlos siempre u ocasionalmente, dándoles 2.17 veces más probabilidad a los no creyentes a utilizarlos que los creyentes (OR 2.17, Ic95%: 0.92 - 5.04, y RR 1.64, Ic95% 1.04 - 2.58, con χ^2 de 3.95 y un valor p de 0.0468768). No hay diferencia significativa cuando respondieron de si estuvieron de acuerdo al uso del condón. El 4.8% de católicos (4), 17.6% de evangélicos (16), y 16.7% de personas sin religión (5) dijeron que su pareja le había golpeado, dando a los católicos 0.24 veces la probabilidad que los no católicos (OR 0.24, Ic95%: 0.06 - 0.77, y RR 0.28, Ic95% 0.10 - 0.79, con χ^2 de 7.05 y un valor p de 0.0079417). El 46.4% de católicos (26), 50.0% de evangélicos (26), y 80.0% de personas sin religión (12) dijeron que su hablan con sus hijos adolescentes sobre VIH/SIDA, dando a los no creyentes 4.15 veces más probabilidad que los creyentes (OR 4.15, Ic95%: 1.03 - 23.98, y RR 1.63, Ic95% 1.19 - 2.24, con χ^2 de 5.05 y un valor p de 0.0246305). El 7.7% de católicos (8), 7.3% de evangélicos (9), y 27.0% de personas sin religión (10) dijeron que se habían emborrachado en el último mes, dando a los no creyentes 4.64 veces más probabilidad que los creyentes (OR 4.65, Ic95%: 1.69 - 12.02, y RR 3.63, Ic95% 1.81 - 7.28, con χ^2 de 5.05 y un valor p de 0.0246305). Al preguntar si su pareja se ha emborrachado en el último mes no hay diferencia estadística entre los grupos.

Al preguntar la edad adecuada para que un varón tuviera su primera relación sexual, los católicos respondieron con un promedio de 18.20 años, los evangélicos con 17.92 años y los no creyentes con 16.18 años. Para que una mujer tuviera su primera relación sexual, los católicos respondieron con 18.19 años, los evangélicos con 17.71 años y los no creyentes con 16.39 años. En promedio, los católicos tuvieron su primera relación sexual a los

16.36 años. Los evangélicos a los 16.29 años y los no creyentes a los 14.9 años. El promedio de parejas sexuales en el último año era 1.45 para católicos, 1.83 para evangélicos y 3.1 para no creyentes.

Diferencia por área de residencia

En relación a las diferencias por área de residencia (ver en anexos el cuadro nº 3) el 79.5% de personas encuestadas del área urbano (35) y 88.2% de personas del área rural (194) dijeron que están de acuerdo con el uso del condón como método de prevención del VIH/SIDA, dando a las personas del área urbano 0.24 veces la probabilidad de las del área rural (OR 0.24, I_c95%: 0.09 - 0.70, y RR 0.84, I_c95% 0.72 - 0.98, con un χ^2 de 10.08 y un valor *p* de 0.0041838). El 9.1% de personas encuestadas del área urbano (4) y 34.5% del área rural (76) dijeron que el VIH/SIDA es castigo de Dios, dando a las personas del área urbano 0.18 veces la probabilidad de las del área rural (OR 0.18, I_c95%: 0.05 - 0.55, y RR 0.27, I_c95% 0.10 - 0.69, con un χ^2 de 11.40 y un valor *p* de 0.0007331). El 79.5% de personas encuestadas del área urbano (35) y 52.7% del área rural (116) dijeron que aceptaría darle la mano a alguien con SIDA, dando a las personas del área urbano 3.25 veces la probabilidad de las del área rural (OR 3.25, I_c95%: 1.44 - 8.05, y RR 1.46, I_c95% 1.20 - 1.77, con un χ^2 de 9.47 y un valor *p* de 0.0020893). El 63.6% de personas encuestadas del área urbano (28) y 34.5% del área rural (76) dijeron que aceptaría compartir platos y tenedores con una PVVS, dando a las personas del área urbano 3.55 veces la probabilidad de las del área rural (OR 3.55, I_c95%: 1.68 - 7.74, y RR 1.85, I_c95% 1.40 - 2.45, con un χ^2 de 13.59 y un valor *p* de 0.0002274). El 59.1% de personas encuestadas del área urbano (26) y 36.8% del área rural (81) dijeron que permitiría que sus hijos jugara o estudiara con niños VIH positivo, dando a las personas del área urbano 2.65 veces la probabilidad de las del área rural (OR 2.65 I_c95%: 1.26 - 5.63, y RR 1.60, I_c95% 1.20 - 2.14, con un χ^2 de 7.94 y un valor *p* de 0.0048286). El 54.5% de personas del encuestadas área urbano (24) y

87.3% del área rural (192) dijeron que la mujer debería pedirle permiso a su pareja para utilizar métodos anticonceptivos o de prevención del VIH, dando a las personas del área urbano 0.13 veces la probabilidad de las del área rural (OR 0.13, I_c95%: 0.06 - 0.31, y RR 0.63, I_c95% 0.48 - 0.82, con un χ^2 de 32.15 y un valor *p* de 0.0000000). El 46.2% de personas encuestadas del área urbano (18) y 26.1% del área rural (48) dijeron que ha tenido una ITS, dando a las personas del área urbano 2.51 veces la probabilidad de las del área rural (OR 2.51, I_c95%: 1.14 - 5.46, y RR 1.80, I_c95% 1.19 - 2.72, con un χ^2 de 6.60 y un valor *p* de 0.0102073). El 50.0% de personas encuestadas del área urbano (22) y 80.0% del área rural (176) afirmaron que el VIH se transmite de la mujer embarazada a su bebe, dando a las personas del área urbano 0.25 veces la probabilidad de las del área rural (OR 0.25, I_c95%: 0.12 - 0.52, y RR 0.63, I_c95% 0.46 - 0.85, con un χ^2 de 17.60 y un valor *p* de 0.0000273). El 31.8% de personas encuestadas del área urbano (14) y 72.3% del área rural (159) afirmaron que el VIH se puede transmitir por la lactancia materna, dando a las personas del área urbano 0.18 veces la probabilidad de las del área rural (OR 0.18, I_c95%: 0.08 - 0.38, y RR 0.44, I_c95% 0.28 - 0.68, con un χ^2 de 26.57 y un valor *p* de 0.0000003). El 70.5% de personas encuestadas del área urbano (31) y 39.1% del área rural (86) mencionaron el condón como forma de prevención del VIH, dando a las personas del área urbano 3.72 veces la probabilidad de las del área rural (OR 3.72, I_c95%: 1.76 - 8.15, y RR 1.80, I_c95% 1.40 - 2.32, con un χ^2 de 14.62 y un valor *p* de 0.0001318). El 75.0% de personas encuestadas del área urbano (33) y 50.9% del área rural (112) creen que una persona con VIH puede seguir trabajando mientras su condición lo permite, dando a las personas del área urbano 2.89 veces la probabilidad de las del área rural (OR 2.89, I_c95%: 1.34 - 6.66, y RR 1.47, I_c95% 0.19 - 1.83, con un χ^2 de 8.60 y un valor *p* de 0.0033700).

Diferencia por nivel educativo

En relación a la diferencia por nivel educativo y el conocimiento general sobre VIH/SIDA (ver en anexos el cuadro nº 4), el 56.3% de las personas encuestadas con ningún nivel de estudios (36) dio respuestas adecuadas, el 66.7% de personas alfabetizadas (11), el 63.9% de personas con estudios de primaria (77), el 68.7% con estudios de secundaria (34), y el 79.5% con estudios pos-secundarias (10). En relación al conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH, el 57.5% de las personas encuestadas con ningún nivel de estudios (37) respondió de forma adecuada, el 65.6% de personas alfabetizadas (11), el 61.5% de personas con estudios de primaria (74), el 63.5% con estudios de secundaria (32), y el 82.7% con estudios pos-secundarias (83). Acerca de las formas de prevención del VIH, el 20.8% de las personas encuestadas con ningún nivel de estudios (13) respondió con respuestas adecuadas, el 29.2% de personas alfabetizadas (5), el 27.8% de personas con estudios de primaria (34), el 36.0% con estudios de secundaria (18), y el 69.2% con estudios pos-secundarias (9) (ver en anexos la figura nº 8).

Acerca de las actitudes de riesgo y nivel educativo (ver en anexos el cuadro nº 5), el 70.7% de las personas encuestadas con ningún nivel de estudios (45) respondió de forma adecuada, 72.9% de personas alfabetizadas (12), 75.8% de personas con estudios de primaria (92), 76.4% con estudios de secundaria (38), y 85.5% con estudios pos-secundarias (11). Acerca de las actitudes de estigma ante el VIH/SIDA, el 49.0% de las personas con ningún nivel de estudios (31) tuvo respuestas adecuadas, 45.8% de personas alfabetizadas (7), 50.7% de personas con estudios de primaria (61), 69.0% con estudios de secundaria (35), y 91.0% con estudios pos-secundarias (12) (ver en anexos figura nº 9).

Por la mayoría de las prácticas de riesgo, las respuestas entre los grupos son parecidos. Solamente el uso del condón durante relaciones sexuales

cambia por nivel educativo (ningún nivel educativa con 13.0% utilizando el condón, las personas alfabetizadas con 26.7%, educación primaria con 28.2%, educación secundaria con 42.5% y educación pos-secundaria con 81.8%) y realización de la prueba (ningún nivel educativa con 18.8%, las personas alfabetizadas con 31.3%, educación primaria con 23.1%, educación secundaria con 34.0% y pos-secundaria con 61.5%) (ver en anexos la figura nº 10 y la tabla nº 17).

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El nivel de conocimientos sobre VIH y SIDA de la población de estudio

El Modelo de Creencias en Salud y el Modelo de Reducción del Riesgo ante el SIDA plantea que los conocimientos son claves para formar y cambiar actitudes y comportamientos (Soto Mas et al, 1997; AIDSCAP, 2002). La Teoría de Acción Razonada pone aún más énfasis en la importancia del conocimiento debido a que supone que los seres humanos actuamos racionalmente (AIDSCAP, 2002). Este estudio muestra que existe un incremento general de conocimiento básico sobre el VIH y SIDA en la población de Waslala, en comparación con un estudio CAP realizado en el 2005 (Henríquez, 2005) cuando la mayor parte de la población encuestada afirmó no haber recibido educación o información sexual. En el presente estudio, se encontró que la gran mayoría de la población tenía información básica sobre VIH/SIDA incluyendo las principales formas de su transmisión. Sin embargo, menos de la mitad de los encuestados mencionaron de forma espontanea las principales formas de prevención y se encontró la prevaencia de algunos mitos en relación a la trasmisión del VIH como la transmisión por mosquitos o besos. Estos resultados son similares a los que se encuentran a nivel nacional y en la región centroamericano (ENDESA, 2008; CIET, 2010). Aunque el nivel de conocimiento de la población encuestada es similar a los del nivel nacional, este estudio revela que existe mayor conocimiento en Waslala acerca de las posibilidades de la transmisión vertical en sus tres formas, también se encontró que el mito de que el VIH se transmite por el piquete de mosquito es más prevalente en la actualidad que en 2005. Lo que demuestra que aunque la población tiene información pertinente sobre la transmisión del VIH, este no necesariamente cambia totalmente sus creencias. De acuerdo a los resultados de estudio, la mitad de las personas han recibido información sobre el tema de VIH por medio de

la radio, lo cual indica que es uno de los medios más importantes para transmitir información a la población, seguido por el personal de salud institucional y comunitario.

Las actitudes acerca del VIH y SIDA de la población de estudio

Las actitudes expresadas por las personas entrevistadas hacia las formas de prevención del VIH eran positivas; sin embargo, existía baja percepción del riesgo de adquirir el VIH. Esta baja percepción del riesgo mantiene la población en una situación de vulnerabilidad porque estas personas continuarán con comportamientos de riesgo, aun cuando cuentan con el conocimiento necesario para tomar las decisiones adecuadas (Soto Mas et al, 1997). Además, las personas encuestadas solían estigmatizar a las personas que viven con VIH. Esto, como también la baja percepción de riesgo, crea una barrera para la realización de la prueba para conocer su estatus de VIH. Estas actitudes soportan el planteamiento que aunque el conocimiento sea un paso necesario para crear consciencia, las actitudes son adquiridas a través de la socialización y el hábito (OPS, s/f) y no necesariamente se modifiquen tan fácilmente con el cambio de los conocimientos. Dado que las actitudes son la intención de actuar, basado en los significados, experiencias pasadas y percepción de la opinión de otras personas, en los modelos de comportamiento, las actitudes son esenciales para lograr cambios en las prácticas de riesgo (Satcher, 2010).

De acuerdo al estudio, la gran mayoría de las personas encuestadas creen que debe ser el hombre quien decide si utilizan métodos anticonceptivos y de control de ITS y no las mujeres. Esto indica la falta de control que tienen las mujeres sobre su sexualidad y su cuerpo. Esta falta de control de su sexualidad por parte de las mujeres es lo que Public Health Watch (2007) señala como barrera para la aplicación efectiva de la estrategia del ABC en la prevención del VIH. Como se ha mencionado anteriormente, la principal

forma de transmisión del VIH, a nivel mundial y en Nicaragua, son las relaciones sexuales y esto ubica a las mujeres en mayor desventaja en la prevención de la transmisión de VIH, dado que no está en sus manos el control de sus cuerpos y sexualidad.

De acuerdo a esta investigación, cerca de la mitad de la población encuestada tiene actitudes que estigmatiza y discrimina en contra de PVVS. Estos niveles de discriminación son similares con el nivel nacional, con cerca de la mitad de la población manifestando rechazo a las PVVS de una forma u otra (ENDESA, 2008). En Waslala, en comparación con el nivel nacional, las personas manifestaron estar más dispuestas a revelar una condición VIH positivo a sus familiares, pero menos dispuestos a enviar sus hijos a una escuela donde asistiera niños que viven con VIH. Esto demuestra que existe una discrepancia entre el alto nivel de conocimiento sobre las formas de transmisión que presentó la población encuestada y sus actitudes discriminatorias hacia las PVVS. Muestra una debilidad en los modelos teóricos que plantean una relación directa entre conocimiento y actitudes como el Modelo de Creencias de Salud y la Teoría de Acción Razonada (AIDSCAP, 2002; Soto Mas et al, 1997).

Las prácticas relacionadas con el riesgo de contraer el VIH

En relación a las prácticas de la población encuestada en relación al tema de VIH, se identifica un inicio temprano de las relaciones sexuales de la población, poco uso del condón para las relaciones sexuales e informen haber tenido múltiples parejas sexuales. Estas prácticas son consideradas comportamientos de riesgo para adquirir el VIH (ONUSIDA, 2007; 2011). Llama la atención que la mayoría de las personas encuestadas reportaron que tuvieron relaciones sexuales a una edad menor de la que declararon adecuada para el inicio de la vida sexual activa. Demuestra una brecha entre actitudes y prácticas. En la misma línea, aunque manifiesten una

actitud positiva hacia el condón, siete de cada diez personas dijeron que nunca han utilizado el condón y solamente una de cada diez personas manifestó haberlo utilizado en su última relación sexual. Aparte de estas prácticas, las personas informaron relativamente baja incidencia de prácticas de riesgo como la infidelidad, migración y abuso sexual que contribuyen a la vulnerabilidad de las personas ante la transmisión del VIH (ONUSIDA, 2007).

En comparación con ENDESA 2008, la edad de inicio de las relaciones sexuales en áreas rurales a nivel nacional es similar a la de la población encuestada del municipio de Waslala. El bajo porcentaje de personas que dijeron creer que su pareja tiene otras parejas sexuales contrasta con lo manifestado en la estadística de historial de riesgo de la consejería en VIH realizado por el PIS, en que una de cada tres mujeres manifestó no creer que su pareja es fiel (PIS, 2010). Esta diferencia pudiera relacionarse en parte con la diferencia en términos de confianza que logran crear los encuestadores en comparación con la confianza que se establezca en una consejería voluntaria, también es probable que las personas que creen que su pareja no es fiel son más interesados en realizarse la prueba de VIH.

De acuerdo a la teoría, además de las prácticas de riesgo directamente relacionadas con la transmisión del VIH, también existen prácticas de riesgo que son relacionadas indirectamente con la transmisión del VIH. Estas incluyen el abuso del alcohol y drogas, la migración, la violencia basada en género, la comunicación en la familia y el conocimiento de su estado serológico (ONUSIDA, 2007; Meyer et al., 2011; Amirkhanian, 2010; Rehm, 2011; Pandrea, 2010; Pérez-Rosales, 2008). La mayoría de las personas no habían realizado la prueba de VIH y no conocen su estado serológico ante el VIH, y la mitad de las personas encuestadas no hablan con sus hijas e hijos adolescentes sobre el VIH/SIDA. La falta de información sobre el estado de VIH y la falta de comunicación abierta sobre el tema aumentan la vulnerabilidad de las personas y generalmente está relacionado con la

estigma y discriminación dado que las personas temen ser sujetos de rechazo por sus comunidades y familias (Public Health Watch, 2007).

Una de cada diez mujeres encuestadas admitió haber sido golpeadas por su pareja. Probablemente existe un subregistro de la violencia de género en la encuesta dado que es un tema complejo y difícil de abordar, y que la naturaleza de la metodología no crea suficiente confianza para lograr recoger información completa sobre el tema. El estudio de Ellsberg (2000) evidenció que la mitad de mujeres casadas en la población estudiada en León, Nicaragua, habían vivido por escenas de violencia por parte de su pareja íntima y a nivel mundial, de acuerdo a una revisión global de la data disponible, se estima que una de tres de todas las mujeres han vivido violencia física y/o sexual y en algunos países se aumenta hasta siete de diez (OMS, 2013b).

Se nota una divergencia entre el buen nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y las actitudes positivas en torno a las formas de prevención por un lado, y la persistencia de mitos, estigmas y prácticas de riesgo por el otro. Suporta los argumentos planteados por OMS (s/f) de que el conocimiento no necesariamente garantiza una conducta adecuada, pero pueden ser un paso necesario para la toma de conciencia a mediano a largo plazo.

Diferencias por sexo

Entre los hombres y las mujeres entrevistados, no había diferencias estadísticas en sus conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA. Sin embargo, en las prácticas había diferencias significativas. Es más probable que los hombres utilicen condones en sus relaciones sexuales que las mujeres, mostrando mayor control sobre su sexualidad, sin embargo informaron haber tenido más parejas sexuales, había mayor abuso del alcohol y es menos probable que hayan realizado la prueba de VIH. Esto

demuestra el doble riesgo de los roles de género que hace las mujeres más vulnerables por su falta de control sobre su sexualidad, y hace los hombres más vulnerables por tener que demostrar su masculinidad realizando prácticas de riesgo (ONUSIDA, 2011).

Diferencias por pertenencia religiosa

De acuerdo a los resultados del estudio, en relación a la pertenencia religiosa de las personas encuestadas, sus respuestas mostraron diferencias entre católicos, evangélicos y no creyentes en sus conocimientos, actitudes y prácticas. En las comunidades de Waslala, los espacios religiosos, son casi el único lugar donde las personas se congregan con más frecuencia, dado que no existen otros espacios que los una con un fin común. Los líderes religiosos en lo general son personas escuchadas y respetadas. Las normas morales de las religiones actúan como una barrera antes la prevención del VIH/SIDA dado que los creyentes hablaban menos sobre el condón y dijeron utilizarlo menos en relación a los no creyentes. Este puede reflejar el rechazo de muchos líderes religiosos a los métodos de planificación familiar que evitan que la pareja tenga “todos los hijos que manda Dios.” Sin embargo, las normas morales apoyan a la prevención en que los y las creyentes informan menos abuso del alcohol, un inicio más tardío de su vida sexual y menos parejas sexuales. Este corresponde con la teoría de que las creencias promovidas por las iglesias suelen ser una barrera para algunas formas de prevención, fortalecen el estigma y la discriminación hacia a la personas que viven con el VIH y así disuaden a las personas de conocer su estado serológico, por el temor de ser rechazado y recibir un castigado divino. Aunque además de servir como barrera, parte de las creencias favorecen otras acciones de prevención del VIH como la abstinencia, fidelidad y no consumo de alcohol y drogas que reducen el riesgo de transmisión del VIH (Griffith et al, 2010; Ecumenical Advocacy Alliance, 2006).

También se encontró que existen diferencias en las respuestas de acuerdo a las religiones de las personas entrevistadas. Los evangélicos tienen mayor probabilidad que los católicos de creer que el VIH es castigo de Dios que resulta en mayor estigmatización de PVVS. Sin embargo, hay diferencias entre los grupos que reflejan diferencias organizativas más que diferencias teológicas. Como las comunidades rurales generalmente se organizan alrededor de una capilla, las capacitaciones e intervenciones también se organicen con estos grupos. Así los no creyentes tenían menos probabilidad de recibir información del personal de MINSA que los creyentes. La red de Agentes Comunitarios de Salud se capacita y mantiene por parte del Programa Integral en Salud de la Parroquia la Inmaculada, resultando que los católicos tienen mayor probabilidad que los evangélicos de recibir información de ellos (Vivas & Hansell, 2008). Los católicos tienen menos probabilidad que los no católicos de haber sido golpeado por su pareja y este puede ser relacionado al hecho de que a través de sus pastorales sociales, la Parroquia ha trabajado desde los años 80 para reducir la violencia intrafamiliar y crear mayor equidad en las relaciones de género (Hansell & Vivas, 2009).

Diferencias por área de residencia

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS plantea que la determinante más importante en el estatus de la salud de una persona es el conjunto de condiciones sociales en que nace, vive y trabaja. (OMS, 2009). Entre las áreas rurales y urbanas del municipio de Waslala hay diferencias en el acceso y calidad de educación, vivienda, empleo, ingresos, servicios de salud, alimentación y justicia. De acuerdo a los resultados del estudio, entre las personas que viven en los barrios del área urbana y las comunidades del área rurales, hay algunas diferencias en conocimiento y actitudes pero no de prácticas. En la población urbana, hay

menos conocimiento acerca de la transmisión vertical del VIH. Este se puede deber al hecho de que hay mayor énfasis por los proyectos en las intervenciones a nivel rural, con capacitaciones de Agentes Comunitarios, Líderes Religiosos y Maestros/as. Más personas del área urbana reconocen que hayan tenido una ITS, y menos creen que una mujer debe pedir permiso para utilizar métodos de planificación o prevención. En actitudes, hay menos aceptación del condón por parte de la población urbana, aunque hay más probabilidad que lo menciona como forma de prevención. Hay menos estigmatización de las PVVS por parte de la población urbana. Así, aunque la población urbana tiene conocimientos y actitudes más adecuadas en relación al VIH/SIDA, no se traslada a prácticas más seguras y se mantiene su nivel de vulnerabilidad ante la transmisión del VIH.

Diferencias por nivel educativo

La teoría plantea que mayores niveles educativos llevan a reducción de ciertos factores de riesgo, como el inicio temprano de la vida sexual y un aumento en el uso de condones (Annang et al., 2010). El estudio muestra que entre mayor nivel educativo, hay mayor conocimiento sobre el VIH y actitudes más adecuadas, en particular hay menos estigma. Sin embargo, a nivel de prácticas, solamente hay diferencias entre el nivel de uso del condón y la realización de la prueba para conocer su estado serológico, ambas con mayor incidencia al aumentar el nivel educativo. Concuera con el planteamiento de Annang en relación al aumento del uso del condón.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones. Aunque hay fuerte precedentes para el uso de estudios CAP, la información depende solamente en la respuesta de las personas entrevistadas. Por la naturaleza socialmente

delicada de muchas de las preguntas, existe la posibilidad de que las personas respondan a algunas preguntas de la forma que creen que deben responder, en lugar de decir la verdad. A diferencia de las investigaciones cualitativas, no se toma el tiempo para crear un ambiente de confianza con cada sujeto del estudio que facilita que hablen abiertamente sobre temas de sexualidad y violencia.

XI. CONCLUSIONES

- a. Las características sociodemográficos de la población de Waslala se relacionan con sus conocimientos, actitudes y prácticas. Los hombres se expone a riesgo por sus prácticas y las mujeres por la falta de control sobre las decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Los creyentes tienen mayor riesgo por el poco uso del condón y los no creyentes por sus otras prácticas de riesgo. La población urbana estigmatiza menos a las PVVS y muestra mayor reconocimiento del derecho de las mujeres, pero también hay menos aceptación del condón. El nivel educativo de los participantes se relaciona con su nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA y actitudes más adecuadas.
- b. Hay un buen nivel de conocimiento básico acerca del VIH/SIDA en el municipio de Waslala, sin embargo, se mantienen varios mitos en la población que dificultarán a las personas tomar decisiones adecuadas acerca de las formas de reducir su riesgo ante el VIH.
- c. Las actitudes acerca del riesgo ante el VIH/SIDA son apropiadas, aunque menos de la mitad siente en riesgo de contraer el VIH y cerca de la mitad mantiene actitudes discriminatorias hacia las PVVS que crea un ambiente desfavorable para las PVVS y las organizaciones que trabajen el tema.
- d. En relación a las prácticas de riesgo, hay poco uso del condón y se inicia temprano las relaciones sexuales pero las otras prácticas de riesgo son reducidas. Son más prevalentes las prácticas que inciden indirectamente en el riesgo ante el VIH, como el desconocimiento de su estado ante el VIH, la falta de comunicación en la familia, la violencia intrafamiliar y el abuso del alcohol.

XI. RECOMENDACIONES

Dirigidas a ONG que trabajen el tema de VIH/SIDA en Waslala

- Trabajar con líderes religiosos sobre derechos humanos y VIH/SIDA para que promuevan mensajes que reducen la discriminación y estigmatización.
- Hacer una campaña de sensibilización que hace énfasis en las formas en que no se transmite el VIH y las formas de prevención, incluyendo el uso adecuado del condón y aprovechando el alcance que tiene las radios emisoras.
- Implementar estrategias para avanzar hacia la equidad de género, la reducción de la VBG y el alcance de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres para que tengan mayor control sobre su sexualidad y pueden reducir su riesgo de adquirir el VIH.

Dirigidas al Ministerio de Salud

- Garantizar condiciones, personal capacitado y materiales para la realización del diagnóstico y consejería en VIH/SIDA en todas las unidades de salud y en las salidas al campo.
- Facilitar la entrega de condones en todo el municipio para facilitar el acceso a las personas del área rural como urbano.

Dirigidas al Ministerio de Educación

- Revisar la implementación de la educación sexual a nivel primaria y secundaria para contribuir a mejorar el conocimiento adecuado acerca del VIH.

- Implementar una estrategia transversal de construcción de equidad de género entre los estudiantes para cambiar los elementos de la masculinidad y feminidad que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH y la violencia intrafamiliar.

Para la realización de estudios futuros

- Realizar un estudio cualitativo para conocer las razones que las personas no utilizan el condón en sus relaciones sexuales, a pesar de tener una actitud favorable.
- Realizar un estudio con grupos con prácticas de riesgo en Waslala como son los HsH, TS y uniformados para conocer su situación de riesgo ante el VIH.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- AIDSCAP 2002, *Behavior Change -- A Summary of Four Major Theories*, Family Health International, Arlington VA, EEUU.
- Amirkhanian YA et al. 2010, 'Male labour migrants in Russia: HIV risk behaviour levels, contextual factors, and prevention needs', *J Immigr Minor Health*, vol. 13, no. 5, pp. 919-28.
- Annang L. et al. 2010 'Does Education Matter? Examining Racial Differences in the Association Between Education and STI Diagnosis Among Black and White Young Adult Females in the U.S.', *Public Health Reports*, vol. 125 (Suppl 4), pp. 110-121.
- Berer, M 1993, *La mujer y el VIH/SIDA*, Editorial Women and HIV/AIDS Book Project, Londres, Inglaterra.
- CDC s.f., 'HIV Transmission' accesado de Internet el 5-08-13, de <http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, EEUU.
- CIES 2010, *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*. CONISIDA, Nicaragua.
- CIET 2010, *Las redes sociales y el sistema educativo nicaragüense en la prevención del VIH y Sida*, Terra Nuova, GVC, Fundación Xochiquetzal y CIES-UNAN, Managua, Nicaragua.
- Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA 2004, *La Mujer y el VIH/SIDA: concienciación, prevención y fomento del poder de decisión*, Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, Ginebra, Suiza.
- CONISIDA 2012, *Informe Nacional de Avances en la Lucha Contra el SIDA 2012. Nicaragua*, Comisión Nicaragüense del SIDA, Managua, Nicaragua.
- Courtwright A & Turner AN 2010 'Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions' *Public Health Reports*, vol. 125 (Suppl 4), pp. 34-42.
- Dunkle, KL 2004, 'Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa', *The Lancet*, vol. 363, pp.1415-21.

- Ecumenical Advocacy Alliance 2006, *Scaling up effective partnerships: a guide to working with faith-based organizations in the response to HIV and AIDS*, Ecumenical Advocacy Alliance, Geneva.
- Fauci, AS y Lane, HC 1991, 'The aquired immunodeficiency syndrome (AIDS)' en Wilson JD et al: *Harrison's Principios de Medicina Interna*, 12a ed, McGraw Hill, Nueva York, EEUU.
- Gobierno de Nicaragua 1995, *Ley 238: promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA*, Gobierno de Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- Griffith D. et al. 2010, 'Your Blessed Health: An HIV-Prevention Program Bridging Faith and Public Health Communities' *Public Health Reports*, vol. 125 (Suppl 1), pp. 4-11.
- Hansell T & Vivas B 2009, *La asociación del conflicto armado con los procesos de desarrollo local en el municipio de Waslala entre 1991 y 2006, desde los actores sociales*, Tesis licenciado en Sociología, UCA, Managua, Nicaragua.
- Henríquez García S 2005, *Línea de base de conocimientos, actitudes y practicas (CAP) sobre ITS y VIH-SIDA en comunidades rurales del municipio de Waslala*, Programa Integral en Salud, Waslala, Nicaragua.
- Hogan D et al. 2005, 'Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries' *BMJ*, no. 331, pp. 1431-1437.
- INIDE 2008, *Waslala en cifras*, Instituto Nacional de Información de Desarrollo, Managua, Nicaragua.
- Meyer JP et al. 2011, 'Substance abuse, violence, and HIV in women: a literature review of the syndemic' *J Womens Health*, vol. 20 no. 7, pp. 991-1006.
- MINSA 2009, *Situación Epidemiológica de VIH/SIDA en Nicaragua hasta junio 2009*, Ministerio de Salud de Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- MINSA 2008, *Normas y Protocolo para la prevención de la transmisión vertical del VIH*, Ministerio de Salud de Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- MINSA 2005, *Manual de normas y procedimientos del programa de control de tuberculosis*, Ministerio de Salud de Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- Murillo W 2013, 'A single early introduction of HIV-1 subtype B into Central America accounts for most current cases.' *J Virol*, vol. 87, no. 13, pp. 7463-70.

- Nicolson D y van Teijlingen E 2006, 'Comparing level of expenditure on HIV health promotion and incidence of HIV in greater Glasgow and Lothian health boards (1988-1998)', *Salusvita*, vol. 25, no. 1, pp. 13-22.
- OMS 2013a, *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*, Organización Mundial de la Salud, Geneva, Suiza.
- OMS 2013b, *Global and Regional Estimates of Violence against Women*, Organización Mundial de la Salud, Geneva, Suiza.
- OMS 2011, *The treatment 2.0 framework for action: catalysing the next phase of treatment, care and support*, Organización Mundial de la Salud, Geneva, Suiza.
- OMS 2009, *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Geneva, Suiza.
- OMS 2008, *Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys*, WHO/HTM/STB/2008.46, Ginebra, Suiza.
- OMS 2005, *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.
- OMS s/f, *Manual de Encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre la sexualidad SIDA / ETS*, CONASIDA, México, DF, México.
- ONUSIDA 2011a, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic: 2010*, Programa de las Naciones Unidas para el SIDA, Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA 2008, *Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008*, Programa de las Naciones Unidas para el SIDA, Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA 2007, *Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal*. Programa de las Naciones Unidas para el SIDA, Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA 2006, *Guidelines on Protecting the Confidentiality and Security of HIV Information*, Programa de las Naciones Unidas para el SIDA, Ginebra, Suiza.

- OPS 2001, 'Definición de Caso: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)' *Boletín Epidemiológico*, vol. 22, no. 2, p. 97.
- Pandrea I et al. 2010, 'Alcohol's Role in HIV Transmission and Disease Progression'. Bethesda, MD: NIAAA, Retirado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh333/203-218.htm>.
- Pérez-Rosales, MD 2008, *Estudio de violencia basada en género y VIH/SIDA*, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, San Salvador.
- Piura López, J 2008, *Metodología de la investigación científica: un enfoque integrador*, 6a edn, Julio Piura López, Managua, Nicaragua.
- PIS 2010, *Informe Anual 2009: Programa de Atención en VIH/SIDA a la población caribeña nicaragüense*, Programa Integral en Salud, Waslala, Nicaragua.
- Programa Nacional de Control y Prevención de las ETS/SIDA 2007, *Situación Epidemiológica de VIH/SIDA en Nicaragua hasta junio 2007*, Ministerio de Salud Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- Public Health Watch 2007, *Civil Society Perspectives on HIV/AIDS Policy in Nicaragua, Senegal, Ukraine, the United States, and Vietnam*, Open Society Institute, Nueva York, EEUU.
- Rehm J 2011, 'The risks associated with alcohol use and alcoholism', *Alcohol Res Health*, vol. 34 pp. 135–143.
- Satcher D et al. 2010, 'Include a Social Determinants of Health Approach to Reduce Health Inequities', *Public Health Reports*, vol. 125 (Suppl 4), pp. 6-7.
- Sharpe TT et al. 2010, 'Summary of CDC Consultation to Address Social Determinants of Health for Prevention of Disparities in HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis', *Public Health Reports*, vol. 125 (Suppl 4), pp. 11-15.
- Soto Mas, F. et al. 1997, 'El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA', *Revista Española de Salud Pública*, vol. 71, no. 4, pp. 335-341.
- Soto RJ et al. 2007, 'Sentinel Surveillance of Sexually Transmitted Infections/HIV and Risk Behaviors in Vulnerable Populations in 5 Central American Countries,' *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 46, no. 102-11.

UNAIDS 2014, *The Gap Report*. Retirado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

Vidal F, et al. 2005, *Discriminación por VIH/SIDA en Chile, Cambios y Continuidades: 2002-2005*, FLACSO-Chile, Santiago, Chile.

Vivas B & Hansell T 2008, *Reducción de la Vulnerabilidad ante el VIH/SIDA en Waslala, RAAN: Una sistematización de experiencias*, Programa Integral en Salud, Waslala, Nicaragua.

Wright R & Stringer S 2004, 'Rapid testing strategies for HIV-1 serodiagnosis in high-prevalence African settings', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 27, no. 1, pp. 42-8.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento n°1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009

Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en Waslala, RACN, Diciembre 2009

N° _____ Fecha _____ Comunidad _____

Nombre del/la Encuestador/a _____

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino___ Femenino___
3. No. de hijos/as: _____
4. Estado Civil: soltero___ acompañado___ casado___ divorciado___ viudo___
5. Nivel de estudios: ninguno___ primario___ secundario___ técnico___ universitario___
6. Ultimo grado/año estudiado: _____
7. Religión a la que pertenece: _____
8. ¿Tiene cargo en la comunidad? Sí___ No___ NS/NR___
9. ¿Cuál cargo? _____

I. CONOCIMIENTOS

1.1 Conocimientos Generales sobre el VIH/SIDA

10. ¿Conoce usted la Ley 238, 'Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA'? Sí___ No___ NS/NR___
11. ¿El VIH y el SIDA son la misma cosa? Sí___ No___ NS/NR___
12. ¿Una persona con VIH puede transmitir la infección? Sí___ No___ NS/NR___
13. ¿Una persona con VIH al paso de los años presentará síntomas de la enfermedad? Sí___ No___ NS/NR___
14. ¿El SIDA es una enfermedad curable? Sí___ No___ NS/NR___
15. ¿Existe tratamiento contra el VIH/SIDA? Sí___ No___ NS/NR___
16. ¿Cuáles síntomas puede presentar una persona enferma de SIDA? (check los que mencione)
 - a. Pérdida de peso
 - b. Diarrea frecuente
 - c. Agotamiento frecuente
 - d. Fiebre frecuente
 - e. Tos persistente
 - f. Ronchas
 - g. Otro _____
 - h. NS/NR

1.2 Conocimientos sobre la Transmisión del VIH/SIDA

17. Una persona con VIH puede transmitir el virus:

- | | | | |
|---|------|------|---------|
| a. Por tener relaciones sexuales sin protección | Sí__ | No__ | NS/NR__ |
| b. A través de un beso | Sí__ | No__ | NS/NR__ |
| c. Por utilizar jeringas usadas | Sí__ | No__ | NS/NR__ |
| d. Por transfusión de sangre | Sí__ | No__ | NS/NR__ |
| e. Por comer en el mismo plato | Sí__ | No__ | NS/NR__ |
| f. Por medio del zancudo | Sí__ | No__ | NS/NR__ |
| g. De la mujer embarazada a su bebe | Sí__ | No__ | NS/NR__ |
| h. Por medio de la leche materna | Sí__ | No__ | NS/NR__ |

1.3 Conocimientos sobre la Prevención del VIH/SIDA

18. ¿Cuáles medidas se debe tomar para prevenir una infección por VIH? (check los que mencione)

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Abstinencia (no tener relaciones sexuales) | <input type="checkbox"/> |
| b. Fidelidad (tener una sola pareja) | <input type="checkbox"/> |
| c. Uso adecuado del condón | <input type="checkbox"/> |
| d. Cuido con objetos corto pulsantes | <input type="checkbox"/> |
| e. Que la mujer embarazada haga la prueba | <input type="checkbox"/> |
| f. Otro _____ | <input type="checkbox"/> |
| g. NS/NR | <input type="checkbox"/> |

19. ¿Cuáles comportamientos traen más riesgo de contraer el VIH/SIDA? _____

20. ¿Qué deben hacer las personas para el uso adecuado del condón? (check los que mencione)

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Guardarlo adecuadamente | <input type="checkbox"/> |
| b. Revisar la fecha de vencimiento | <input type="checkbox"/> |
| c. Revisar el estado físico del empaque | <input type="checkbox"/> |
| d. Abrir con las yemas del dedo (no dientes) | <input type="checkbox"/> |
| e. Apretar el punto del condón cuando lo pone | <input type="checkbox"/> |
| f. No use lubricantes a base de aceite | <input type="checkbox"/> |
| g. Sujeta el anillo del condón al retirarlo | <input type="checkbox"/> |
| h. Depositarlo en la basura | <input type="checkbox"/> |
| i. Otro _____ | <input type="checkbox"/> |
| j. NS/NR | <input type="checkbox"/> |

21. Si una persona desea obtener un condón ¿dónde debe acudir? _____

22. ¿Dónde obtuvo usted información sobre VIH/SIDA? (check los que mencione)

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Personal del Programa Integral en Salud | <input type="checkbox"/> |
| b. Personal de MINSA | <input type="checkbox"/> |
| c. Agente Comunitario (Líder, Partera, Promotor) | <input type="checkbox"/> |
| d. Líder religiosos (Delegado, Pastor, Catequista) | <input type="checkbox"/> |
| e. Maestro/a | <input type="checkbox"/> |
| f. Radio | <input type="checkbox"/> |
| g. Televisión | <input type="checkbox"/> |
| h. Lectura (folleto, volante, manual) | <input type="checkbox"/> |
| i. Otro _____ | <input type="checkbox"/> |
| j. No ha recibido información | <input type="checkbox"/> |
| k. NS/NR | <input type="checkbox"/> |

III. PRÁCTICAS

3.1 Prácticas sexuales

42. ¿Ha tenido relaciones sexuales? Sí___ No___ NS/NR___
(Si la respuesta es no pasa a pregunta nº 51)
43. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____
44. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año? _____
45. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 5 años? _____
46. ¿Utiliza condones en sus relaciones sexuales?
Siempre___ a veces___ nunca___ NS/NR___
47. ¿Utilizó condón en su última relación sexual? Sí___ No___ NS/NR___
48. ¿Su pareja tiene otras parejas sexuales? Sí___ No___ NS/NR___
49. ¿Ha tenido una infección de Transmisión Sexual? Sí___ No___ NS/NR___
50. ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo? Sí___ No___ NS/NR___
51. ¿Ha sido abusado/a sexualmente? Sí___ No___ NS/NR

3.2 Prácticas de riesgo indirectos

52. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en el municipio? _____
53. ¿Usted se ha hecho la prueba de VIH? Sí___ No___ NS/NR___
54. ¿Ha sido golpeado por su pareja alguna vez? No tiene___ Sí___ No___ NS/NR___
55. ¿Ha golpeado alguna vez a su pareja? No tiene___ Sí___ No___ NS/NR___
56. ¿Habla con su pareja sobre el VIH/SIDA? No tiene___ Sí___ No___ NS/NR___
57. ¿Habla con sus hijos adolescentes sobre el uso del condón?
No tiene___ Sí___ No___ NS/NR___
58. ¿Habla con sus hijas adolescentes sobre el uso del condón?
No tiene___ Sí___ No___ NS/NR___
59. ¿Usted se ha emborrachado en el último mes? Sí___ No___ NS/NR___
60. ¿Su pareja se ha emborrachado en el último mes?
No tiene___ Sí___ No___ NS/NR___
61. ¿Ha ido a vivir o trabajar en otro lugar en los últimos 5 años? Sí___ No___ NS/NR
62. ¿Ha tenido relaciones con alguien que ha vivido o trabajado en otro lugar en los últimos 5 años? Sí___ No___ NS/NR___

3.3 Comentarios del encuestador/a

ANEXO 2: Operacionalización de los variables

Variable	Definición operativa	Valores	Escala
CONOCIMIENTO			
Conocimiento de la Ley 238	Si ha escuchado de la ley 238	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Diferenciación del VIH y SIDA	Sabe que VIH y SIDA son diferentes	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Reconocimiento de la transmisibilidad del VIH	Sabe que el VIH es transmisible	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Reconoce que el VIH lleva al SIDA	Sabe que al paso de los años una persona con VIH presentará síntomas	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Conocimiento de que el SIDA es incurable	Sabe que no hay cura para el SIDA	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Conocimiento de que existe tratamiento para SIDA	Sabe que existe tratamiento contra el VIH/SIDA	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Conocimiento de síntomas de SIDA	Puede nombrar algunos de los síntomas comunes del SIDA	perdida de peso diarrea frecuente agotamiento frecuente fiebre frecuente tos persistente ronchas otro	Cualitativa nominal policotómica
Conocimiento sobre formas de transmisión del VIH	Conoce las formas comunes de transmisión del VIH	por tener relaciones sexuales sin protección por utilizar jeringas usadas por transfusión de sangre de la mujer embarazada a su bebe por medio de la leche materna	Cualitativa nominal policotómica
Conocimientos equivocados sobre transmisión del VIH	Mantiene creencias equivocadas acerca de las formas de transmisión del VIH	a través de un beso por comer en el mismo plato por medio del zancudo	Cualitativa nominal policotómica
Conocimientos sobre formas de prevención del VIH	Conoce algunas de las formas comunes de prevenir la transmisión del VIH.	abstinencia fidelidad uso adecuado del condón cuido con objetos corto pulsantes que la mujer embarazada haga la prueba otro	Cualitativa nominal policotómica
Conocimiento sobre comportamientos de riesgo ante el VIH	Puede nombrar algunos comportamientos de riesgo ante el VIH		Cualitativa nominal policotómica
Conocimiento sobre uso adecuado del condón	Conoce algunos de los pasos del uso adecuado del condón	guardarlo adecuadamente revisar la fecha de vencimiento revisar el estado físico del empaque abrir con las yemas del dedo (no dientes) apretar el punto del condón cuando lo pone no use lubricantes a base de aceite. sujeta el anillo del condón al retirarlo depositarlo en la basura otro	Cualitativa nominal policotómica

Variable	Definición operativa	Valores	Escala
Conocimiento sobre lugares para conseguir condones	Conoce algunas lugares donde puede conseguir condones		Cualitativa nominal
Conocimiento acerca de lugares para realizarse la prueba de VIH	Conoce los lugares donde puede realizarse la prueba de VIH	Centro o Puesto de Salud Programa Integral en Salud laboratorio privado otro	Cualitativa nominal policotómica
Fuente de información sobre VIH/SIDA	Donde ha conseguido información acerca del VIH/SIDA	personal del Programa Integral en Salud personal de MINSA agente comunitario (Líder, Partera, Promotor) líder religiosos (Delegado, Pastor, Catequista) maestro/a radio televisión lectura (folleto, volante, manual) otro no ha recibido información	Cualitativa nominal policotómica
ACTITUDES			
Sentimiento de vulnerabilidad ante el VIH	Crea que algún día podría conseguir el VIH	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Disposición para el uso del condón como protección ante el VIH	Si está de acuerdo en que se use el condón como método de protección para el VIH/SIDA	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Percepción del riesgo de contraer el VIH en el municipio	Si considera que el SIDA es un problema de salud en Waslala	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Disposición a hablar con su hijo sobre VIH/SIDA	Si hablaría con su hijo sobre VIH/SIDA	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Disposición a hablar con su hija sobre VIH/SIDA	Si hablaría con su hija sobre VIH/SIDA	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Disposición a realizar la prueba que detecta anticuerpos del VIH	Estaría dispuesto hacerse la prueba de VIH	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Actitud sobre la poligamia en hombres	Si considera que es correcto que un hombre tenga relaciones tenga más de una pareja	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Actitud sobre la poligamia en mujeres	Si considera que es correcto que una mujer tenga relaciones tenga más de una pareja	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Victimización por razones religiosas	Crea que el VIH/SIDA es castigo de Dios	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Aceptación de contacto físico con una PVVS	Daría la mano a una persona con SIDA	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Aceptación de contacto con materiales utilizados por una PVVS	Compartiría platos y tenedores con una persona con VIH	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Aceptación de la continuación laboral de una PVVS	Cree que las personas con el VIH pueden seguir trabajando mientras su condición se lo permita	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Aceptación por familiares	Si estuviera enfermo de SIDA, se lo diría a sus familiares	sí no	Cualitativa nominal
Actitud sobre inicio de la vida sexual del varón	Edad adecuada para que un varón tenga su primera relación sexual	años	Cuantitativa discreto

Variable	Definición operativa	Valores	Escala
Actitud sobre inicio de la vida sexual de la mujer	Edad adecuada para que una mujer tenga su primera relación sexual	Años	Cuantitativa discreto
Actitud sobre el control sobre uso de métodos de planificación y prevención	La mujer debe pedir permiso a su pareja para usar métodos anticonceptivos o de prevención para las Infecciones de Transmisión Sexual	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Actitud sobre la responsabilidad sobre la SSR	A quién le corresponde la responsabilidad para tener una vida sexual sana	el hombre la mujer ambos	Cualitativa nominal policotómica
PRACTICAS			
Ha iniciado relaciones sexuales	Ha tenido relaciones sexuales	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Edad del inicio de actividad sexual	Años cumplidos al inicio de actividad sexual	años	Cuantitativa discreto
Promiscuidad reciente	Número de parejas sexuales ha tenido en el último año	número de parejas	Cuantitativa discreto
Promiscuidad a mediano plazo	Número de parejas sexuales ha tenido en el último cinco años	número de parejas	Cuantitativa discreto
Utilización del condón	Utiliza condones en sus relaciones sexuales	siempre a veces nunca	Cualitativa nominal policotómica
Utilización del condón en la última relación sexual	Utilizó condón en su última relación sexual	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Fidelidad de su pareja	Su pareja tiene otras parejas sexuales	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Incidencia de ITS	Ha tenido una infección de Transmisión Sexual	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Víctima de abuso sexual	Ha sido abusado/a sexualmente	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Tiempo de permanencia en el municipio	Tiempo de vivir en el municipio	años	Cuantitativa discreto
Conocimiento sobre su estado ante el VIH	Ha hecho la prueba de VIH	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Es víctima de la violencia física de pareja	Ha sido golpeado por su pareja alguna vez	no tiene sí no	Cualitativa nominal policotómica
Ejerce la violencia física de pareja	Ha golpeado alguna vez a su pareja	no tiene sí no	Cualitativa nominal policotómica
Comunicación de pareja sobre VIH/SIDA	Habla con su pareja sobre el VIH/SIDA	no tiene sí no	Cualitativa nominal policotómica
Comunicación con hijos adolescentes varones sobre VIH/SIDA	Habla con sus hijos adolescentes sobre el uso del condón	no tiene sí no	Cualitativa nominal policotómica
Comunicación con hijas adolescentes sobre VIH/SIDA	Habla con sus hijas adolescentes sobre el uso del condón	no tiene sí no	Cualitativa nominal policotómica
Abuso del alcohol	Se ha emborrachado en el último mes	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Abuso del alcohol por su pareja	Su pareja se ha emborrachado en el último mes	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Migración reciente	Ha ido a vivir o trabajar en otro lugar en los últimos 5 años	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Relaciones sexuales con migrantes	Ha tenido relaciones con alguien que ha vivido o trabajado en otro lugar en los últimos 5 años	sí no	Cualitativa nominal dicotómica

Variable	Definición operativa	Valores	Escala
Factores sociodemográficos			
Edad	Años cumplidos por la persona encuestada al momento de aplicar el cuestionario	Años	Cuantitativa discreta
Sexo	Características fenotípicas de la persona encuestada	masculino femenino	Cualitativa nominal dicotómica
No. de hijos/as	Número de hijos y hijas vivas	número de hijos/as	Cuantitativa discreta
Estado Civil	Situación civil con su pareja	soltero acompañado casado divorciado viudo	Cualitativa nominal policotómica
Nivel de estudios	Grado de estudios cursado	ninguno alfabetizado primario secundario técnico universitario	Cualitativa ordinal
Ultimo grado/año estudiado	Último grado o año estudiado en una institución educativa	grado o ano	Cuantitativa discreta
Religión a la que pertenece	Credo religioso que profesa	católica evangélica otra Ninguna	Cualitativa nominal policotómica
Desempeña un cargo comunitario	Desempeña o no un cargo adentro de una organización comunitaria	sí no	Cualitativa nominal dicotómica
Cargo que desempeña	El cargo que desempeña adentro de una organización comunitaria		Cualitativa nominal policotómica

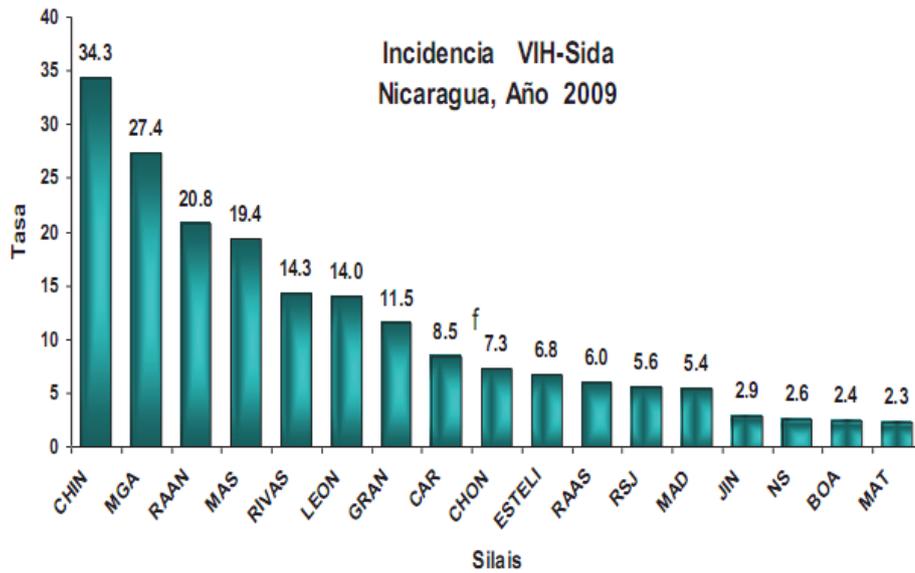
ANEXO 3: Figuras

Figura 1: Prevalencia de VIH en Nicaragua por departamento, 2009



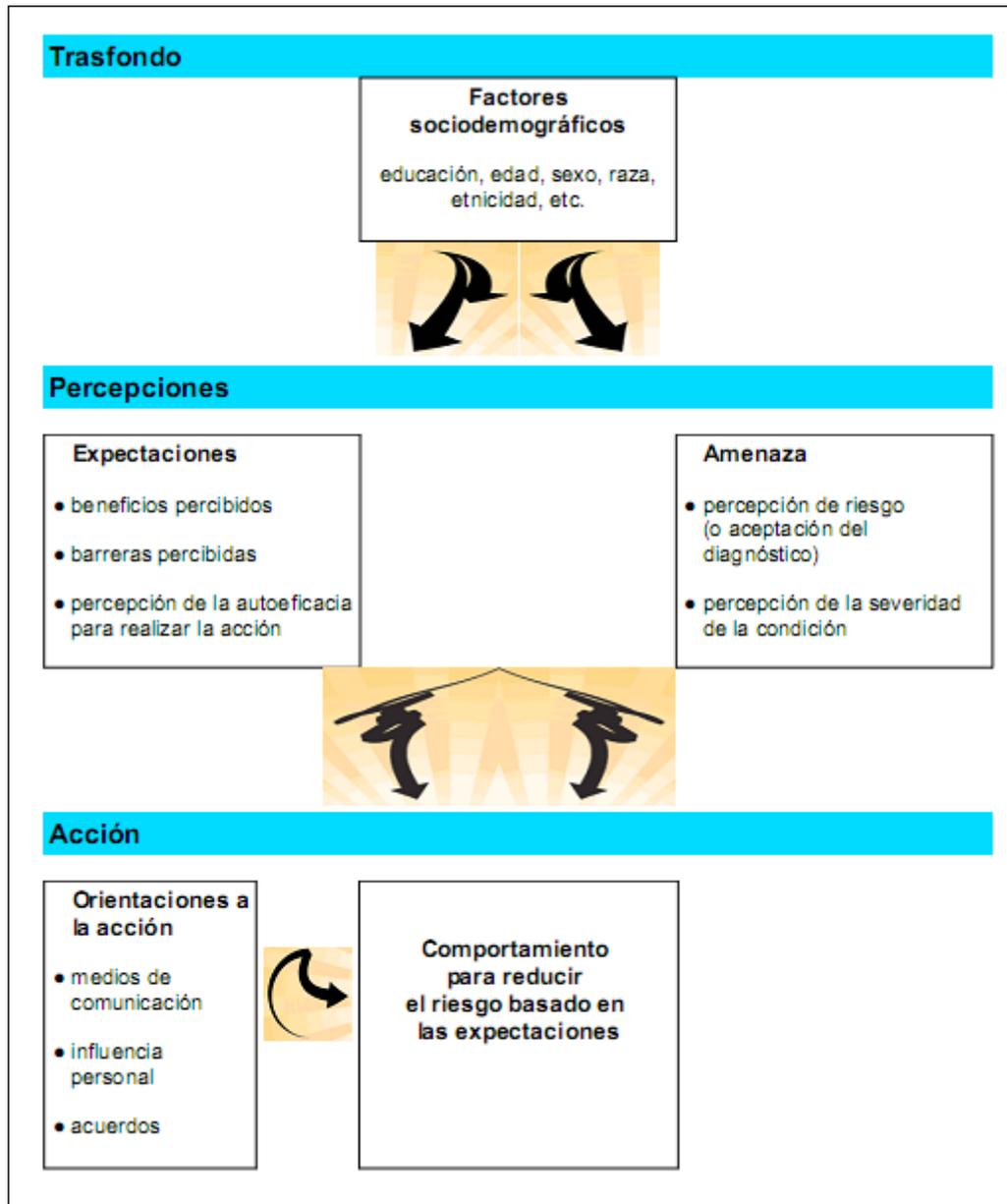
Informe UNGASS (CIES, 2010)

Figura 2: Incidencia VIH en Nicaragua, 2009



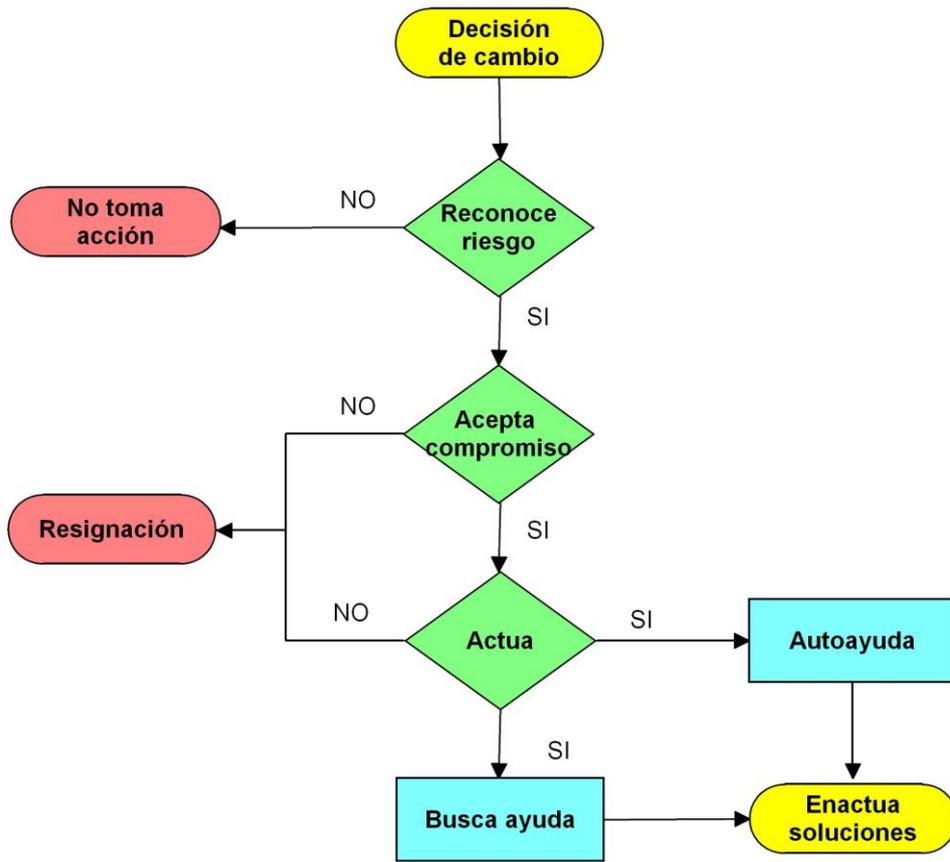
Informe UNGASS (CIES, 2010)

Figura 3: Modelo de Reducción del Riesgo ante el SIDA



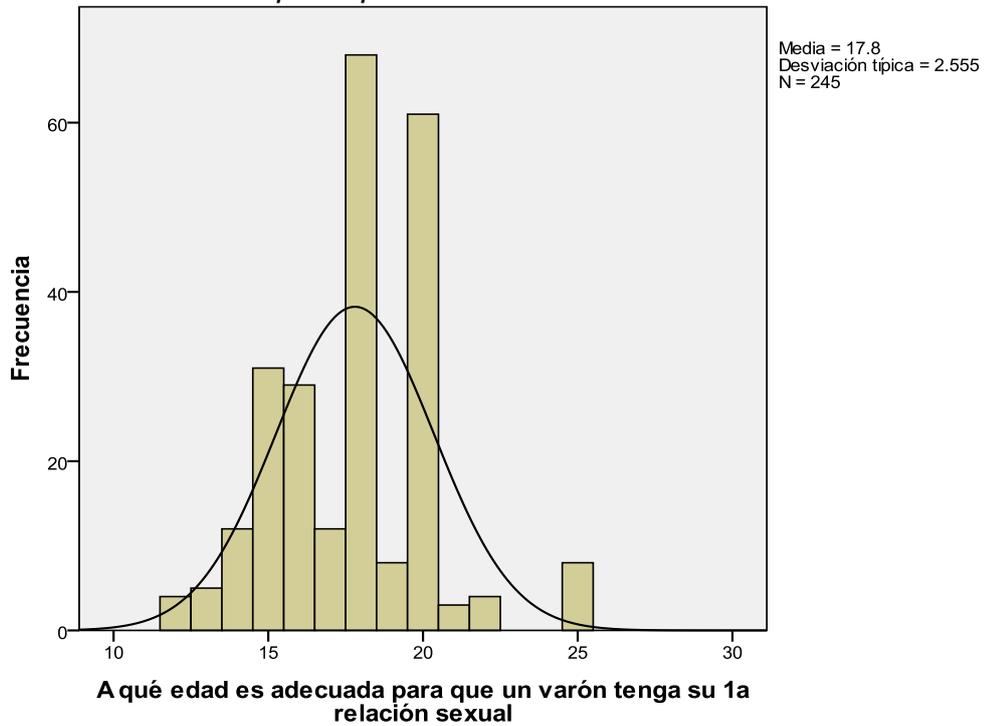
Adaptado de: AIDSCAP (2002)

Figura 4: Teoría de la Acción Razonada



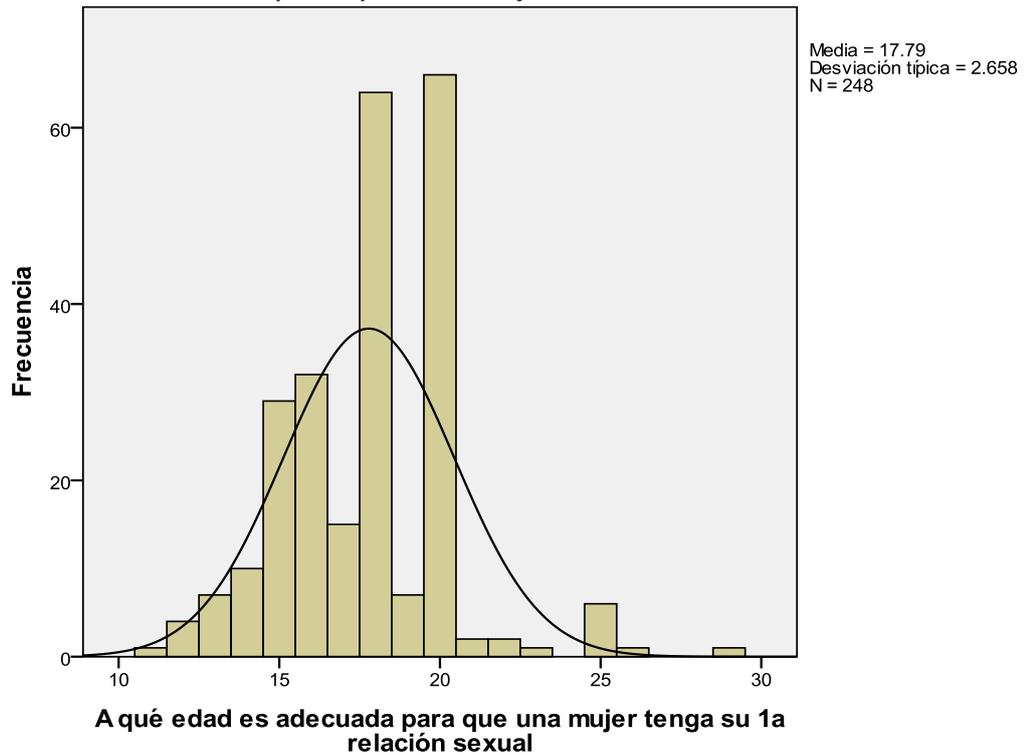
Adaptado de: AIDSCAP (2002)

Figura 5: Edad adecuado para que un varón inicia su vida sexual



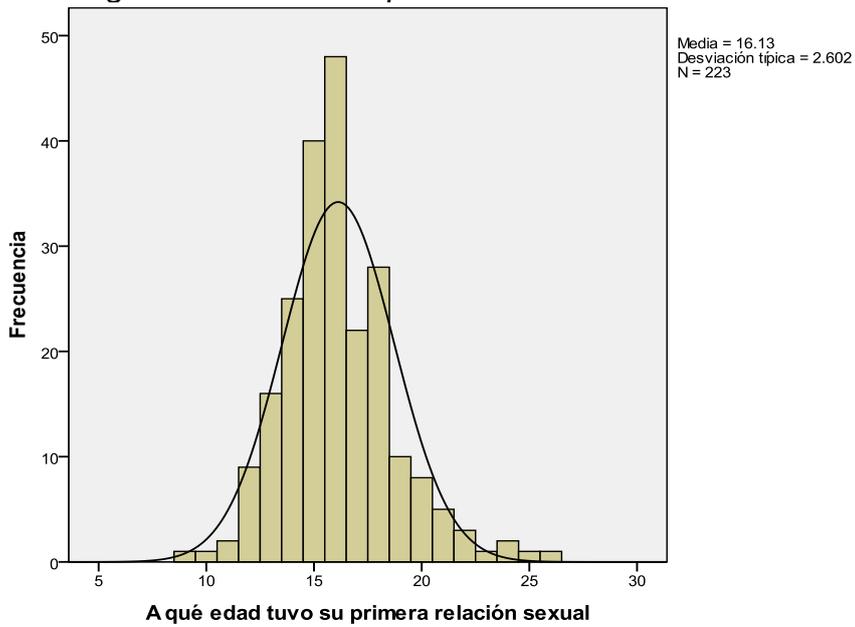
Fuente: cuestionarios

Figura 6: Edad adecuado para que una mujer inicia su vida sexual



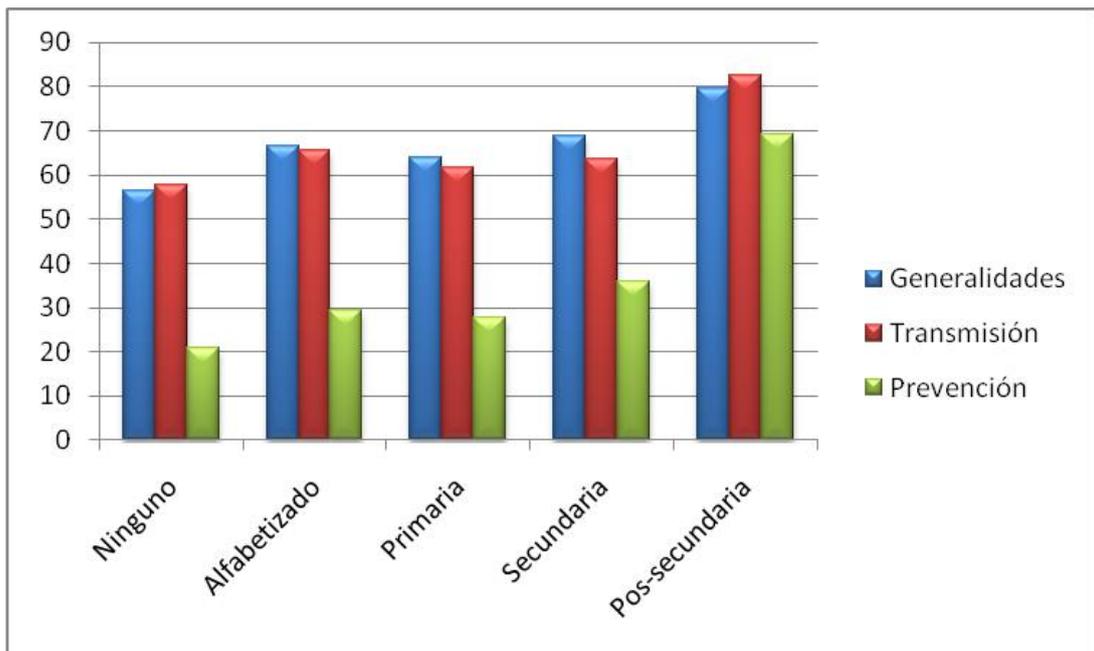
Fuente: cuestionarios

Figura 7: Edad de su primera relación sexual



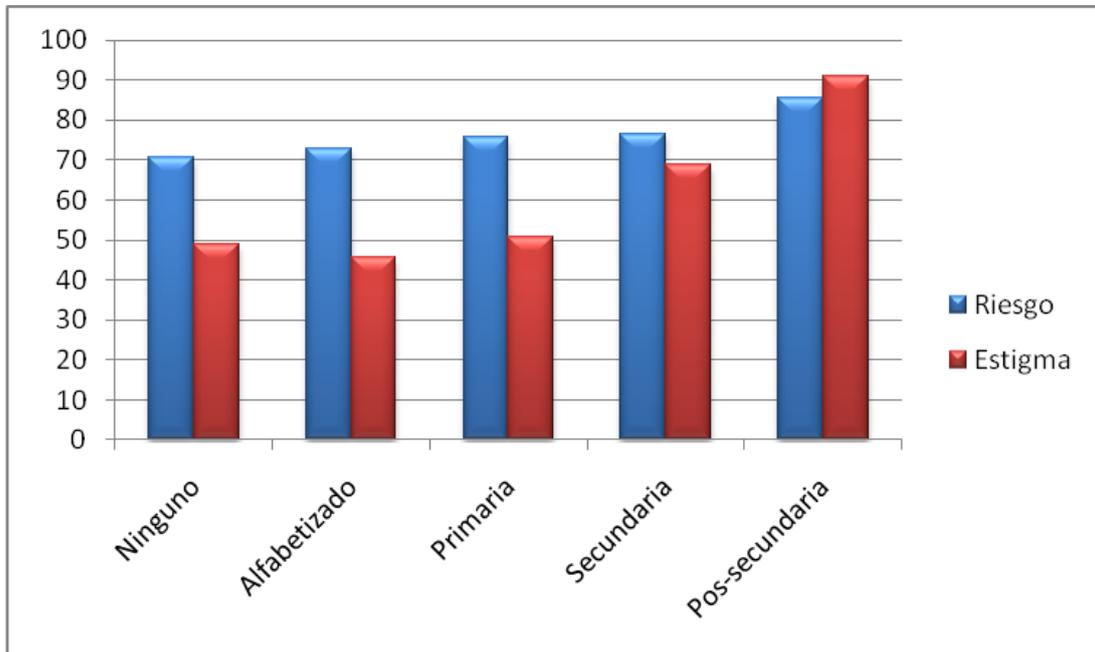
Fuente: cuestionarios

Figura 8: Edad de su primera relación sexual



Fuente: cuestionarios

Figura 9: Actitudes adecuadas ante riesgo y estigma por nivel educativo



Fuente: cuestionarios

Figura 10: Utilización del condón en relaciones sexuales



Fuente: cuestionarios

ANEXO 4: Tablas

Tabla 1: Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Soltero	87	33.0	33.0
Acompañado	86	32.6	65.5
Casado	82	31.1	96.6
Divorciado	4	1.5	98.1
Viudo	5	1.9	100.0
Total	264	100.0	

Fuente: cuestionarios

Tabla 2: Nivel de estudios

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Ninguno	64	24.2	24.2
Primario	121	45.8	70.1
Secundario	50	18.9	89.0
Técnico	3	1.1	90.2
Universitario	10	3.8	93.9
Alfabetizado	16	6.1	100.0
Total	264	100.0	

Fuente: cuestionarios

Tabla 3: Religión a que pertenece

Religión a que pertenece	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Católico	104	39.4	39.4
Evangélico	123	46.6	86.0
Ninguno	37	14.0	100.0
Total	264	100.0	

Fuente: cuestionarios

Tabla 4: Cargo comunitario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sí	29	11.0	11.0
No	234	88.6	99.6
NS/NR	1	.4	100.0
Total	264	100.0	

Fuente: cuestionarios

Tabla 5: Conocimiento sobre VIH y SIDA

Conocimiento sobre VIH y SIDA	Respuesta Adecuada		Respuesta Inadecuada		NS/NR	
		%		%		%
Conoce la ley 238	97	36.7	144	54.5	23	8.7
VIH y el SIDA son la misma cosa	109	41.3	114	43.2	41	15.5
Una persona con VIH puede transmitir la infección	232	87.9	16	6.1	16	6.1
Una persona con VIH al paso de los años presentará síntomas	227	86.0	11	4.2	26	9.8
Se puede curar la enfermedad del SIDA	235	89.0	17	6.4	12	4.5
Existe tratamiento contra el VIH/SIDA	112	42.4	111	41.0	41	15.5

Fuente: cuestionarios

Tabla 6: Síntomas del SIDA

Síntomas del SIDA	Sí	Porcentaje	No	Porcentaje
Pérdida de peso	99	37.5	165	62.5
Fiebre frecuente	57	21.6	207	78.4
Ronchas	38	14.4	226	85.6
Agotamiento frecuente	39	14.8	225	85.2
Diarrea frecuente	31	11.7	233	88.3
Tos persistente	17	6.4	247	93.6
Otro	71	26.9	193	73.1
NS/NR	113	42.8	151	57.2

Fuente: cuestionarios

Tabla 7: Formas de transmisión del VIH

Formas de transmisión	Sí	%	No	%	NS/NR	%
Relaciones sexuales sin protección	236	89.4	8	3.0	20	7.6
Por utilizar jeringas usadas	217	82.2	7	2.7	40	15.2
Por transfusión de sangre	204	77.3	11	4.2	49	18.6
De la mujer embarazada a su bebe	198	75.0	8	3.0	58	22.0
Por medio de la leche materna	173	65.5	21	8.0	70	26.5
Por medio del zancudo	147	55.7	53	20.1	64	24.2
A través de un beso	86	32.6	115	43.6	63	23.9
Por comer en el mismo plato	76	28.8	118	44.7	70	26.5

Fuente: cuestionarios

Tabla 8: Formas de prevención del VIH

Formas de prevención del VIH	Sí	Porcentaje	No	Porcentaje
Uso adecuado del condón	117	44.3	147	55.7
Fidelidad	75	28.4	189	71.6
Abstinencia	44	16.7	220	83.3
Cuido con cortopunzantes	31	11.7	233	88.3
Prueba VIH a embarazadas	2	0.8	262	99.2
Otro	30	11.4	234	88.6
NS/NR	67	25.4	197	74.6

Fuente: cuestionarios

Tabla 9: Uso adecuado del condón

Uso adecuado del condón	Sí	Porcentaje	No	Porcentaje
Guardarlo adecuadamente	18	7.4	226	92.6
Revisar fecha de vencimiento	30	12.3	214	87.7
Revisar estado físico del empaque	29	11.9	215	88.1
Abrirlo con las yemas de los dedos	17	7.0	227	93.0
Apretar el punto	5	2.0	239	98.0
No usar lubricantes a base de aceite	5	2.0	239	98.0
Sujeta el anillo al retirar	1	0.4	243	99.6
Depositarlo en la basura	13	5.3	231	94.7
Otro	15	6.1	229	93.9
NS/NR	170	69.7	74	30.3

n=244

Fuente: cuestionarios

Tabla 10: Donde acudir para obtener un condón

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
MINSA	197	60.2	60.2
Farmacia	57	17.4	77.7
Líder de Salud	28	8.6	86.2
Venta	5	1.5	87.8
PIS	2	0.6	88.4
NS/NR	38	11.6	100.0
Total	327	100.0	

Fuente: cuestionarios

Tabla 11: Fuente de información sobre VIH/SIDA

Fuente de información VIH/SIDA	Sí	Porcentaje	No	Porcentaje
Radio	133	50.4	131	49.6
Personal MINSA	64	24.2	200	75.8
Agente Comunitario	61	23.1	203	76.9
Maestro/a	56	21.2	208	78.8
Personal PIS	48	18.2	216	81.8
Líder religioso	33	12.5	231	87.5
Lectura	25	9.5	239	90.5
Televisión	22	8.3	242	91.7
Otro	16	6.1	248	93.9
No ha recibido información	12	4.5	252	95.5
NS/NR	10	3.8	254	96.2

Fuente: cuestionarios

Tabla 12: Donde realizar la prueba de VIH

Donde realizar la prueba de VIH	Sí	Porcentaje	No	Porcentaje
Unidad de Salud	236	89.4	28	10.6
PIS	49	18.6	215	81.4
Laboratorio o Clínica Privado	25	9.5	239	90.5
Líder de Salud	9	3.4	255	96.6
Otro	3	1.1	261	98.9
NS/NR	23	8.7	241	91.3

Fuente: cuestionarios

Tabla 13: Actitud sobre riesgos ante el VIH y SIDA

Actitud sobre riesgos ante el VIH y SIDA	Respuesta adecuada	%	Respuesta Inadecuada	%	NS/NR	%
Cree que algún día se podría conseguir el VIH/SIDA	123	46.6	122	46.2	19	7.2
Está de acuerdo que se utilice el condón como método de prevención del VIH	229	86.7	21	8.0	14	5.3
Considera que el SIDA es un problema de salud en Waslala	211	79.9	40	15.2	13	4.9
Hablaría a su hijo sobre VIH/SIDA	228	86.4	13	4.9	23	8.7
Hablaría a su hija sobre VIH/SIDA	226	85.6	12	4.5	26	9.8
Estaría dispuesto hacerse la prueba de VIH	218	82.6	38	14.4	8	3.0
Es correcto que un hombre tenga más que una pareja	254	96.2	8	3.0	2	0.8
Es correcto que una mujer tenga más que una pareja	256	97.0	6	2.3	2	0.8
La mujer debe pedir permiso a su pareja para usar métodos anticonceptivos o de prevención ITS	37	14.0	216	81.8	11	4.2
La responsabilidad de tener una vida sexual sana le corresponde a ambos, el hombre o la mujer	243	92.0	15	5.7	6	2.3

Fuente: cuestionarios

Tabla 14: Actitud de estigma ante el VIH/SIDA

Actitud de estigma ante VIH/SIDA	Respuesta adecuada		Respuesta Inadecuada		NS/NR	
		%		%		%
El VIH/SIDA es castigo de Dios	158	59.8	80	30.3	26	9.8
Aceptaría darle la mano a una persona con SIDA	151	57.2	106	40.2	7	2.7
Aceptaría compartir platos y tenedores con una persona con VIH	104	39.4	149	56.4	11	4.2
Permitiría que sus hijos vayan a clases o jueguen con niños VIH positivo	107	40.5	139	52.7	18	6.8
Cree que las persona con el VIH pueden seguir trabajando mientras su condición se lo permita	145	54.9	107	40.5	12	4.5
Si estuviera enfermo de SIDA, se lo diría a sus familiares	213	80.7	44	16.6	7	2.7

Fuente: cuestionarios

Tabla 15: Conductas sexuales relacionadas con el VIH y SIDA

Conductas sexuales relacionadas con VIH/SIDA	Mayor Riesgo		Menos riesgo		NS/NR	
		%		%		%
Ha tenido relaciones sexuales	223	84.5	41	15.5	0	0.0
Utilizó el condón en su último relación sexual	202	90.6	20	9.0	1	0.4
Su pareja tiene otras parejas sexuales	25	11.3	185	83.7	11	5.0
Ha tenido una infección de transmisión sexual	21	9.4	200	89.7	2	0.9
Ha tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo	2	0.9	221	99.1	0	0.0
Ha sido abusado/a sexualmente alguna vez en su vida	8	3.0	252	95.5	4	1.5
Ha ido a vivir o trabajar en otro lugar en los últimos 5 años	46	17.4	216	81.8	2	0.8
Ha tenido relaciones sexuales con alguien que ha ido a vivir o trabajar en otro lugar en los últimos 5 años	10	3.8	250	94.7	4	1.5

Fuente: cuestionarios

Tabla 16: Otras conductas relacionadas con el VIH y SIDA

Otras conductas relacionadas con VIH/SIDA	Mayor Riesgo		Menos riesgo		NS/NR	
		%		%		%
Ha hecho la prueba de VIH	191	72.3	70	26.5	3	1.1
Ha sido golpeado alguna vez por su pareja	25	12.3	178	87.3	1	0.5
Ha golpeado alguna vez a su pareja	17	8.5	182	91.0	1	0.5
Habla con su pareja sobre VIH/SIDA	72	36.9	120	61.5	3	1.5
Habla con sus hijos adolescentes sobre VIH/SIDA	57	46.3	64	52.0	2	1.6
Habla con sus hijas adolescentes sobre VIH/SIDA	62	50.8	59	48.4	1	0.8
Se ha emborrachado en el último mes	27	10.2	231	87.5	6	2.3
Su pareja se ha emborrachado en el último mes	38	19.6	152	78.4	4	2.1

Fuente: cuestionarios

Tabla 17: Respuestas adecuadas en prácticas por nivel educativo

	Ninguno	Alfabetizado	Primaria	Secundaria	Pos-secundaria
Utiliza condones en sus relaciones sexuales	7 (13.0%)	4 (26.7%)	29 (28.2%)	17 (42.5%)	9 (81.8%)
Ha hecho la prueba de VIH	12 (18.8%)	5 (31.3%)	28 (23.1%)	17 (34.0%)	8 (61.5%)

Nota: los porcentajes son del total de personas del nivel académico señalado que respondieron adecuadamente a la pregunta.

Fuente: cuestionarios

ANEXO 5: Cuadros

Cuadro 1: Diferencias entre conocimientos y prácticas por sexo

Pregunta	Frecuencia x Sexo			Significancia			
	Resp	Masc	Fem	Ratio	LC95%	Significancia	
Obtuvo información sobre VIH/SIDA de la radio	Si	72 (56.7%)	61 (44.5%)	OR 1.63	0.97	2.73	$\chi^2 = 3.90$
	No	55 (43.3%)	76 (55.5%)				
	Total	127 (100%)	137 (100%)	RR 1.27	1.00	1.62	$P = 0.0007702$
Utiliza condones en sus relaciones sexuales	Si	42 (41.2%)	24 (19.8%)	OR 2.74	1.45	5.23	$\chi^2 = 11.32$
	No	60 (58.8%)	94 (77.7%)				
	NS/NR	0 (0.0%)	3 (2.5%)				
	Total	102 (100%)	121 (100%)	RR 2.02	1.32	3.10	$P = 0.0007702$
Utilizó el condón en última relación sexual	Si	13 (12.7%)	7 (5.8%)	OR 2.74	1.45	5.23	$\chi^2 = 11.31$
	No	88 (86.3%)	114 (94.2%)				
	NS/NR	1 (1.0%)	0 (0.0%)				
	Total	102 (100%)	121 (100%)	RR 2.02	1.32	3.10	$P = 0.0007702$
Ha hecho la prueba de VIH	Si	24 (18.9%)	46 (33.6%)	OR 0.46	0.25	0.83	$\chi^2 = 7.50$
	No	102 (80.3%)	89 (65.0%)				
	NS/NR	1 (0.8%)	2 (1.5%)				
	Total	127 (100%)	137 (100%)	RR 0.56	0.36	0.86	$P = 0.0061779$
Se ha emborrachado en el último mes	Si	23 (18.1%)	4 (2.9%)	OR 7.40	2.40	30.17	$\chi^2 = 16.65$
	No	101 (79.5%)	130 (94.9%)				
	NS/NR	3 (2.4%)	3 (2.2%)				
	Total	127 (100%)	137 (100%)	RR 6.21	2.21	17.46	$P = 0.0000450$
Su pareja tiene otras parejas sexuales	Si	5 (5.0%)	20 (16.7%)	OR 0.26	0.07	0.75	$\chi^2 = 7.56$
	No	91 (90.1%)	94 (78.3%)				
	NS/NR	5 (5.0%)	6 (5.0%)				
	Total	101 (100%)	120 (100%)	RR 0.30	0.12	0.76	$P = 0.0059633$
Ha tenido una infección de ITS	Si	5 (4.9%)	16 (13.2%)	OR 0.34	0.09	1.02	$\chi^2 = 4.48$
	No	96 (94.1%)	104 (86.0%)				
	NS/NR	1 (1.0%)	1 (0.8%)				
	Total	102 (100%)	121 (100%)	RR 0.37	0.14	0.98	$P = 0.0342627$

Fuente: cuestionarios

Cuadro 2: Diferencias entre conocimientos, actitudes y prácticas por religión

Pregunta	Frecuencia x Religión				Significancia							
	Resp	Católico	Evangélico	Ninguno	Ratio	LC95%	Significancia					
VIH y el SIDA son la misma cosa	Si	39 (37.5%)	58 (47.2%)	17 (45.9%)	OR 1.81	0.98	3.35	$\chi^2 = 4.08$				
	No	51 (49.0%)	42 (34.1%)	16 (43.2%)					(evangélico vs católico)			
	NS/NR	14 (13.5%)	23 (18.7%)	4 (10.8%)								
	Total	104 (100%)	123 (100%)	37 (100%)	RR 1.34	1.00	1.79	$P = 0.0434554$				
Condón como forma de prevenir el VIH	Si	35 (33.7%)	57 (46.3%)	25 (67.6%)	OR 3.03	1.38	6.96	$\chi^2 = 9.29$				
	No	69 (66.3%)	66 (53.7%)	12 (32.4%)					(no creyentes vs. creyentes)			
	Total	104 (100%)	123 (100%)	37 (100%)	RR 1.66	1.26	2.18	$P = 0.0023065$				
Obtuvo información del Personal de MINSA	Si	23 (22.1%)	36 (29.3%)	4 (10.8%)	OR 0.35	0.09	1.03	$\chi^2 = 4.04$				
	No	81 (77.9%)	87 (70.7%)	33 (89.2%)					(no creyentes vs. creyentes)			
	Total	104 (100%)	123 (100%)	37 (100%)	RR 0.42	0.16	1.08	$P = 0.0445616$				
Obtuvo información del Agente Comunitario	Si	33 (31.7%)	22 (17.9%)	6 (16.2%)	OR 2.19	1.18	4.08	$\chi^2 = 7.18$				
	No	71 (68.3%)	101 (82.1%)	31 (83.8%)					(católico vs no católico)			
	Total	104 (100%)	123 (100%)	37 (100%)	RR 1.81	1.17	2.81	$P = 0.0073542$				
El VIH/SIDA es castigo de Dios	Si	22 (21.2%)	52 (42.3%)	6 (16.2%)	OR 2.99	1.56	5.77	$\chi^2 = 12.87$				
	No	72 (69.2%)	57 (46.3%)	29 (78.4%)					(evangélico vs católico)			
	NS/NR	10 (9.6%)	14 (11.4%)	2 (5.4%)								
	Total	104 (100%)	123 (100%)	37 (100%)	RR 2.04	1.35	3.09	$P = 0.0003342$				
Si estuviera enfermo de SIDA, se lo diría a sus familiares	Si	74 (71.2%)	109 (88.6%)	30 (81.1%)	OR 2.72	1.23	6.19	$\chi^2 = 7.43$				
	No	24 (23.1%)	13 (10.6%)	7 (18.9%)					(evangélico vs católico)			
	NS/NR	6 (5.8%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)								
	Total	104 (100%)	123 (100%)	37 (100%)	RR 1.18	1.04	1.35	$P = 0.0063983$				
Utiliza condones en sus relaciones sexuales	Si	27 (29.7%)	25 (24.8%)	14 (45.2%)	OR 2.17	0.92	5.04	$\chi^2 = 3.95$				
	No	63 (69.2%)	74 (73.3%)	17 (54.8%)					(no creyentes vs. creyentes)			
	NS/NR	1 (1.1%)	2 (2.0%)	0 (0.0%)								
	Total	91 (100%)	101 (100%)	31 (100%)	RR 1.64	1.04	2.58	$P = 0.0468768$				
Ha sido golpeado por su pareja alguna vez	Si	4 (4.8%)	16 (17.6%)	5 (16.7%)	OR 0.24	0.06	0.77	$\chi^2 = 7.05$				
	No	78 (94.0%)	75 (82.4%)	25 (83.3%)					(católico vs no católico)			
	NS/NR	6 (5.8%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)								
	Total	104 (100%)	123 (100%)	37 (100%)	RR 0.28	0.10	0.79	$P = 0.0079417$				
Habla con sus hijos adolescentes sobre el uso del condón	Si	26 (46.4%)	26 (50.0%)	12 (80.0%)	OR 4.15	1.03	23.98	$\chi^2 = 5.05$				
	No	28 (50.0%)	26 (50.0%)	3 (20.0%)					(no creyentes vs. creyentes)			
	NS/NR	2 (3.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)								
	Total	56 (100%)	52 (100%)	15 (100%)	RR 1.63	1.19	2.24	$P = 0.0246305$				
Usted se ha emborrachado en el último mes	Si	8 (7.7%)	9 (7.3%)	10 (27.0%)	OR 4.64	1.69	12.02	$\chi^2 = 13.38$				
	No	93 (89.4%)	112 (91.1%)	26 (70.3%)					(no creyentes vs. creyentes)			
	NS/NR	3 (2.9%)	2 (1.6%)	1 (2.7%)								
	Total	104 (100%)	123 (100%)	37 (100%)	RR 3.63	1.81	7.28	$P = 0.0002539$				

Fuente: cuestionarios

Cuadro 3: Diferencias entre conocimientos y actitudes por área de residencia

Pregunta	Frecuencia x Área			Significancia			
	Resp	Urbano	Rural	Ratio	LC95%	Significancia	
Está de acuerdo en que se utiliza el condón como método de protección para el VIH/SIDA	Si	35 (79.5%)	194 (88.2%)	OR 0.24	0.09	0.70	$\chi^2 = 10.08$
	No	9 (20.5%)	12 (5.5%)				
	NS/NR	0 (0.0%)	14 (6.4%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 0.84	0.72	0.98	$P = 0.0041838^*$
El VIH/SIDA es castigo de Dios	Si	4 (9.1%)	76 (34.5%)	OR 0.18	0.05	0.55	$\chi^2 = 11.40$
	No	35 (79.5%)	123 (55.9%)				
	NS/NR	5 (11.4%)	21 (9.5%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 0.27	0.10	0.69	$P = 0.0007331$
Aceptaría darle la mano a una persona con SIDA	Si	35 (79.5%)	116 (52.7%)	OR 3.25	1.44	8.05	$\chi^2 = 9.47$
	No	9 (20.5%)	97 (44.1%)				
	NS/NR	0 (0.0%)	7 (3.2%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 1.46	1.20	1.77	$P = 0.0020893$
Aceptaría compartir platos y tenedores con una persona con VIH.	Si	28 (63.6%)	76 (34.5%)	OR 3.55	1.68	7.74	$\chi^2 = 13.59$
	No	14 (31.8%)	135 (61.4%)				
	NS/NR	2 (4.5%)	9 (4.1%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 1.85	1.40	2.45	$P = 0.0002274$
Permitiría que sus hijos vayan a clase o juegan con niños VIH positivos	Si	26 (59.1%)	81 (36.8%)	OR 2.65	1.26	5.63	$\chi^2 = 7.94$
	No	15 (34.1%)	124 (56.4%)				
	NS/NR	3 (6.8%)	15 (6.8%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 1.60	1.20	2.14	$P = 0.0048286$
La mujer debe pedir permiso a su pareja para usar métodos anticonceptivos o de prevención ITS	Si	24 (54.5%)	192 (87.3%)	OR 0.13	0.06	0.31	$\chi^2 = 32.15$
	No	18 (40.9%)	19 (8.6%)				
	NS/NR	2 (4.5%)	9 (4.1%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 0.63	0.48	0.82	$P = 0.0000000$
Ha tenido una infección de ITS	Si	18 (46.2%)	48 (26.1%)	OR 2.51	1.14	5.46	$\chi^2 = 6.60$
	No	20 (51.3%)	134 (72.8%)				
	NS/NR	1 (2.6%)	2 (1.1%)				
	Total	39 (100%)	184 (100%)	RR 1.80	1.19	2.72	$P = 0.0102073$
El VIH se transmite de la mujer embarazada a su bebe	Si	22 (50.0%)	176 (80.0%)	OR 0.25	0.12	0.52	$\chi^2 = 17.60$
	No	1 (2.3%)	7 (3.2%)	Comparando respuestas (Si) con (No y NS/NR)			
	NS/NR	21 (47.7%)	37 (16.8%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 0.63	0.46	0.85	$P = 0.0000273$
El VIH se transmite por medio de la leche materna	Si	14 (31.8%)	159 (72.3%)	OR 0.18	0.08	0.38	$\chi^2 = 26.57$
	No	5 (11.4%)	16 (7.3%)	Comparando respuestas (Si) con (No y NS/NR)			
	NS/NR	25 (56.8%)	45 (20.5%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 0.44	0.28	0.68	$P = 0.0000003$
Formas de prevención: condón	Si	31 (70.5%)	86 (39.1%)	OR 3.72	1.76	8.15	$\chi^2 = 14.62$
	No	13 (29.6%)	134 (60.9%)				
	Total	44 (100%)	220 (100%)	RR 1.80	1.40	2.32	$P = 0.0001318$
Cree que las personas con VIH pueden seguir	Si	33 (75.0%)	112 (50.9%)	OR 2.89	1.34	6.66	$\chi^2 = 8.60$
	No	10 (22.7%)	97 (44.1%)	Comparando respuestas (Si) con (No y NS/NR)			

Fuente: cuestionarios

* Fisher exact values de p utilizado dado que un valor esperado es menor de 5.

Cuadro 4: Respuestas adecuadas en conocimientos por nivel educativo

	Ninguno	Alfabetizado	Primaria	Secundaria	Pos-secundaria
Conoce la ley 238	15 (23.4%)	9 (56.3%)	45 (37.2%)	19 (38.0%)	9 (69.2%)
VIH y el SIDA son la misma cosa	19 (29.7%)	9 (56.3%)	50 (41.3%)	22 (44.0%)	9 (69.2%)
Una persona con VIH puede transmitir la infección	53 (82.8%)	16 (100%)	104 (86.0%)	47 (94.0%)	12 (92.3%)
Una persona con VIH al paso de los años presentará síntomas	49 (76.6%)	11 (68.8%)	106 (87.6%)	49 (98.0%)	12 (92.3%)
Se puede curar la enfermedad del SIDA	55 (85.9%)	14 (87.5%)	105 (86.8%)	48 (96.0%)	13 (100%)
Existe tratamiento contra el VIH/SIDA	25 (39.1%)	5 (31.3%)	54 (44.6%)	21 (42.0%)	7 (53.8%)
CONOCIMIENTO GENERAL VIH/SIDA (promedio de respuestas)	36.0 (56.3%)	10.7 (66.7%)	77.3 (63.9%)	34.3 (68.7%)	10.3 (79.5%)
Transmisión por relaciones sexuales sin protección	51 (79.7%)	14 (87.5%)	108 (89.3%)	50 (100%)	13 (100%)
Transmisión por utilizar jeringas usadas	48 (75.0%)	16 (100%)	99 (81.8%)	41 (82.0%)	13 (100%)
Transmisión por transfusión de sangre	47 (73.4%)	15 (93.8%)	91 (75.2%)	40 (80.0%)	11 (84.6%)
Transmisión de la mujer embarazada a su bebe	49 (76.6%)	13 (81.3%)	91 (75.2%)	35 (70.0%)	10 (76.9%)
Transmisión por medio de la leche materna	43 (67.2%)	13 (81.3%)	81 (66.9%)	28 (56.0%)	8 (61.5%)
Transmisión por medio del zancudo	11 (17.2%)	1 (6.3%)	20 (16.5%)	12 (24.0%)	9 (69.2%)
Transmisión a través de un beso	21 (32.8%)	6 (37.5%)	53 (43.8%)	24 (48.0%)	11 (84.6%)
Transmisión por comer en el mismo plato	25 (39.1%)	6 (37.5%)	52 (43.0%)	24 (48.0%)	11 (84.6%)
CONOCIMIENTO TRANSMISION VIH (promedio de respuestas)	36.9 (57.6%)	10.5 (65.6%)	74.4 (61.5%)	31.8 (63.5%)	10.8 (82.7%)
Mencionan ABC como estrategia de prevención (promedio de respuestas)	13.3 (20.8%)	4.7 (29.2%)	33.7 (27.8%)	18.0 (36.0%)	9.0 (69.2%)

Nota: los porcentajes son del total de personas del nivel académico señalado que respondieron adecuadamente a la pregunta.

Fuente: cuestionarios

Cuadro 5: Respuestas adecuadas en actitudes por nivel educativo

	Ninguno	Alfabetizado	Primario	Secundario	Pos-secundario
Cree que algún día se podría conseguir el VIH/SIDA	25 (39.1%)	6 (37.5%)	53 (43.8%)	27 (54.0%)	12 (92.3%)
Está de acuerdo que se utilice el condón como método de prevención del VIH	57 (89.1%)	14 (87.5%)	101 (83.5%)	47 (94.0%)	10 (76.9%)
Considera que el SIDA es un problema de salud en Waslala	49 (76.6%)	12 (75.0%)	102 (84.3%)	37 (74.0%)	10 (76.9%)
Hablaría a su hijo sobre VIH/SIDA	49 (76.6%)	15 (93.9%)	110 (90.9%)	42 (84.0%)	12 (92.3%)
Hablaría a su hija sobre VIH/SIDA	51 (79.7%)	15 (93.8%)	110 (90.9%)	39 (78.0%)	11 (84.6%)
Estaría dispuesto hacerse la prueba de VIH	47 (73.4%)	13 (81.3%)	102 (84.2%)	44 (88.0%)	12 (92.3%)
Es correcto que un hombre tenga más que una pareja	63 (98.4%)	15 (93.8%)	118 (97.5%)	45 (90.0%)	13 (100%)
Es correcto que una mujer tenga más que una pareja	61 (95.3%)	15 (93.8%)	118 (97.5%)	49 (90.0%)	13 (100%)
La mujer debe pedir permiso a su pareja para usar métodos anticonceptivos o de prevención de ITS	5 (7.8%)	0 (0.0%)	11 (9.1%)	14 (28.0%)	7 (53.8%)
ACTITUDES DE RIESGO (promedio de respuestas)	45.2 (70.7%)	11.7 (72.9%)	91.7 (75.8%)	38.2 (76.4%)	11.1 (85.5%)
El VIH/SIDA es castigo de Dios	36 (56.3%)	5 (31.3%)	68 (56.2%)	37 (74.0%)	12 (92.3%)
Aceptaría darle la mano a una persona con SIDA	26 (40.6%)	8 (50.0%)	64 (52.9%)	41 (82.0%)	12 (92.3%)
Aceptaría compartir platos y tenedores con una persona con VIH	20 (31.3%)	4 (25.0%)	41 (33.9%)	29 (58.0%)	10 (76.9%)
Permitiría que sus hijos vayan a clases o jueguen con niños VIH positivo	23 (35.9%)	4 (25.0%)	41 (33.9%)	28 (56.0%)	11 (84.6%)
Cree que las persona con el VIH pueden seguir trabajando mientras su condición se lo permita	29 (45.3%)	9 (56.3%)	63 (52.1%)	31 (62.0%)	13 (100%)
Si estuviera enfermo de SIDA, se lo diría a sus familiares	54 (84.4%)	14 (87.5%)	91 (75.2%)	41 (82.0%)	13 (100%)
ACTITUDES DE ESTIGMA ANTE EL VIH/SIDA (promedio de respuestas)	31.3 (49.0%)	7.3 (45.8%)	61.3 (50.7%)	34.5 (69.0%)	11.8 (91.0%)

Nota: los porcentajes son del total de personas del nivel académico señalado que respondieron adecuadamente a la pregunta.

Fuente: cuestionarios

ANEXO 7: Siglas utilizadas

ARRM	AIDS Risk Reduction Model (Modelo de Reducción del Riesgo ante el SIDA)
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CIES	Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
CPV	Consejería y Prueba Voluntaria del VIH
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INIDE	Instituto Nacional de Información para el Desarrollo
ITS	Infección de Transmisión Sexual
Ic	Limites de confianza
MCS	Modelo de Creencias de Salud
MINED	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
OBFF	Organizaciones basadas en la fe
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de la Organización de las Naciones Unidas para el SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Oportunidad Relativa (Odds Ratio)
PEN	El Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y Sida
PIS	Programa Integral en Salud
PVVS	Persona que vive con VIH o SIDA
RACN	Región Autónoma del Caribe Norte
RR	Riesgo Relativo

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud sexual y reproductiva
TAR	Tratamiento antiretroviral
TRA	Theory of Reasoned Action (Teoría de Acción Razonada)
TS	Trabajadores/as del sexo
UDI	Usuarios de drogas intravenosas
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA)
VBG	Violencia basada en género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana