

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**  
**UNAN-MANAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE:**  
**ESPECIALISTA EN DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD Y**  
**EPIDEMIOLOGIA.**

**TEMA:**  
**Prevalencia y determinantes del uso de condón en hombres**  
**nicaragüenses entre 15-59 años durante 2011-2012.**

**Autora:** Dra. Adriana Raquel Molina Rodríguez.

**Tutora:** Dra. Alicia Rivas Miranda.  
Master en Salud Pública.  
Posgrado Educación Medica Superior.

Managua, Marzo de 2017.

## **Dedicatoria**

*A Dios, por otorgarme salud y vida, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

*La familia es una de las joyas más preciadas que uno puede tener, sin la familia uno no puede conseguir la fuerza necesaria para lograr las metas. Este documento es un esfuerzo grande que involucra a muchas personas muy cercanas a mí, mi madre y mi esposo.*

Mis hijos, motivo de inspiración:

Valeria Alejandra Chiong Molina y Elián Andrés Chiong Molina: porque su sonrisa es mi fuente de alegría y energía, porque son el motor que me motiva a funcionar y ser mejor cada día.

## **Agradecimiento:**

A Dios.

*Por haberme acompañado y guiado a lo largo de esta especialidad, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje. Por haberme permitido llegar hasta este punto y brindarme salud para lograr mis objetivos.*

A mi familia.

*Por brindarme su apoyo en todo momento, por cuidar de mis hijos, por sus consejos, sus valores, pero más que nada, por su amor incondicional.*

A Profesores y Médicos del MINSA-Managua y de la UNAN-León, que aportaron a este estudio.

*Por su gran apoyo para la elaboración de esta tesis, por el tiempo que me ofrecieron en este trabajo y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.*

## RESUMEN

Los preservativos son un elemento clave de las estrategias de prevención a la que se pueden optar en diferentes momentos la vida para reducir los riesgos de la exposición sexual al Virus de inmunodeficiencia humana. La infección por el Virus de inmunodeficiencia humana y la fase más avanzada de esta, sigue siendo un importante problema de salud pública mundial. Con este estudio se pretendió realizar un análisis secundario de la Encuesta Nicaragüense de demografía y salud 2011/12; lo cual no ha sido estudiado y representa un gran potencial para la prevención del VIH en Nicaragua. El objetivo general del estudio fue determinar la prevalencia y determinantes del uso de condón en hombres nicaragüenses entre 15-59 años durante el 2011-2012 y los objetivos específicos fueron: Describir las características sociodemográficas de la población de estudio, Estimar la prevalencia del uso de condón y relacionar el uso de condón con determinantes sociodemográficos y conductas de riesgo. La mayoría de los hombres estudiados fueron adultos jóvenes de 20-39 años, urbanos, escolaridad secundaria, religión católica, en unión libre o casados, sin seguro social y con hijos. La prevalencia de haber usado alguna vez condón fue insuficiente. Aunque casi todos los hombres habían oído hablar del VIH/sida, diagnóstico y su prevención; un buen porcentaje nunca han usado condón y la mayoría nunca se han realizado la prueba de VIH. La tasa del uso de condón fue mayor en los adolescentes, urbanos, alta escolaridad, solteros, sin religión, asegurados y sin hijos. Además un porcentaje considerable de los hombres tuvieron conductas de riesgo, sin embargo la tasa del uso de condón fue mayor en aquellos hombres con conducta de riesgo.

# Contenido

I.	INTRODUCCION.....	6
II.	ANTECEDENTES.....	8
III.	JUSTIFICACION.....	10
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
V.	OBJETIVOS.....	12
VI.	MARCO TEORICO.....	13
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	26
VIII.	RESULTADOS.....	30
IX.	DISCUSION.....	32
X.	CONCLUSIONES.....	34
XI.	RECOMENDACIONES.....	35
XII.	REFERENCIAS.....	36
	ANEXOS.....	38

***“Ahora es el momento de unir fuerzas de nuevo y acabar  
aquello que empezamos. Aprovechemos esta  
oportunidad y unámonos todos a la acción acelerada  
para poner fin al Sida como amenaza para la salud  
pública para 2030”***

Michel Sidebé  
Director Ejecutivo de ONUIDA  
(<http://www.unaids.org/es>)

## **I. INTRODUCCION**

La utilización del preservativo es un elemento crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), por lo tanto es muy importante su promoción (Holmes, et al., 2004; OMS/ONUSIDA, 2001; CDC, 2013). Los preservativos son un elemento clave de las estrategias combinadas de prevención a las que las personas pueden optar en diferentes momentos de sus vidas para reducir los riesgos de la exposición sexual al VIH. Estas estrategias incluyen el aplazamiento del inicio de la actividad sexual, la abstinencia, un comportamiento más seguro basado en mantenerse fiel a la pareja cuando ambos miembros de la pareja no están infectados, la reducción del número de parejas sexuales, el uso correcto y sistemático del preservativo y la circuncisión masculina (CDC, 2013).

La infección por el VIH y la fase más avanzada de esta infección conocida como síndrome de inmuno-deficiencia adquirida, o sida, sigue siendo un importante problema de salud pública mundial (Gable, et al., 2008; Arthur, et al., 2013; Berthan y Berthan, 2015). Se estima que en el 2014, 36.9 millones de personas vivían con el VIH, 2 millones de casos eran nuevos y 1.2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida. En total se habían registrado aproximadamente más de 34 millones de muertes relacionadas. El número casos sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. La región más afectada es África subsahariana, con casi 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH en 2014 (25.8 millones) (ONUSIDA, 2015).

La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011/12), brinda información confiable y representativa de datos nacionales sobre demografía y salud reproductiva. Se conocen internacionalmente como herramientas diseñadas

para proporcionar información a los administradores de programas de salud y planificación familiar para la toma de decisiones (ENDESA, 2014).

Por lo tanto, con este estudio se pretendió realizar un análisis secundario de la ENDESA 2011/12 para conocer la prevalencia y los determinantes del uso del condón en hombre nicaragüenses entre 15-59 años durante el 2011-2012. Este abordaje no ha sido estudiado en Nicaragua y representa un gran potencial para la prevención del VIH en Nicaragua.



## II. ANTECEDENTES

El Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud (MINSA), ha realizado “ENDESA” en los años 1998, 2001, 2006/07 y la actual 2011/12. Estas encuestas se conocen internacionalmente como herramientas diseñadas para proporcionar información a los administradores de programas de salud y planificación familiar. Además, provee al país de información sociodemográfica actualizada, fidedigna, útil, suficiente y de buena calidad, con el fin de documentar estadísticamente el proceso de formulación de políticas en el campo de salud y población; contribuye al monitoreo y seguimiento de los indicadores establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo Humano (PNDH 2012-2016), en los Planes de Salud y Desarrollo del país, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otros que se encuentran consignados en los compromisos internacionales que adquiere el país en el ámbito de las Naciones Unidas (ENDESA, 2014; CONISIDA, 2012).

Aunque existen muchos estudios nacionales sobre VIH/sida estos generalmente están basados en hospitales o en muestras comunitarias poco representativas. En base a la revisión documental realizada, no se encontraron estudios similares a este. Sin embargo, los resultados de algunos estudios realizados internacionalmente semejantes, se presentan a continuación.

En Costa Rica, Santamaría (2004) realizó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENRR-2010), en la población general entre 15-80 años. La prevalencia del uso de la prueba de VIH en los últimos 12 meses fue de 7.6%. El análisis de riesgo fue ajustado (Regresión logística). En las mujeres el embarazo (OR=5.23) y el riesgo de infección (OR=2.44) fueron características asociadas estadísticamente en la realización de la prueba, pero no así la autoprotección del riesgo (OR=1.01). En los hombres, los comportamientos de riesgo no fueron determinantes, pero sí el mayor nivel educativo (OR=2.24;

$p=0.02$ ). Los hombres entre 25-49 años tienen mayor probabilidad de usar la prueba (OR=2.67;  $p=0.04$ ).

Martínez et al. (2009), realizaron análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2009). Se estudiaron las características demográficas de hombres panameños de 15 a 59 años con conductas sexuales de riesgo y la asociación con el no uso del condón y no realización de la prueba del VIH ( $n=2,456$ ). El 42% mostraron al menos una de las conductas de alto riesgo (pagar o recibir dinero por relaciones sexuales o haber tenido más de dos parejas en los últimos 12 meses). El 44.3% nunca usaron el condón, y 55.6% lo usaron siempre o algunas veces. Menos de la mitad (44.3%) se había realizado la prueba de VIH. Los hombres con menor escolaridad no usaron condón (53.97%) y no se habían realizado la prueba de VIH (73.75%) comparado con los hombres que alcanzaron secundaria o más (40.99% y 49.37%, respectivamente). El uso de condón en la primera relación sexual se asoció al no uso actual del condón. La procedencia rural, indígenas y consumo de alcohol tuvieron menores tasas de realización de la prueba de VIH ( $p<0.05$ ).

En Panamá, Jenkins et al. (2009) realizaron un análisis secundario a partir de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 ( $n= 7,359$  personas con vida sexual activa entre 15-59 años). Se usó el software Stata SE 13.0. El 13.8% de los hombres y 18.4% de las mujeres se realizaron la prueba de VIH en los doce meses previos a la encuesta. Uno de cada diez lo hizo de manera voluntaria. Factores ser indígena, o residir en un área rural se asoció significativamente a la no realización de la prueba en ambos sexos. Factores como el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, uso de condón y conocimientos comprensivos de VIH no mostraron asociación estadísticamente significativa ni en hombres ni en mujeres.

### **III. JUSTIFICACION**

Los motivos por los cuales se decidió realizar este estudio fueron los siguientes: Existe suficiente evidencia del problema de salud pública que representa la epidemia de la infección por el VIH y su potencial de prevención a través del uso del condón en los hombres. Existe la disponibilidad de datos poblacionales representativos y de calidad a través de ENDESA que pueden ser usados para la toma de decisiones para combatir esta enfermedad. Por otro lado, no se encontraron estudios similares en Nicaragua.

Con este estudio se pretende responder a brechas de conocimiento, como lo relacionado a los factores de asociados al no uso del condón y a la no realización de la prueba del VIH, así como su relación con las conductas sexuales de riesgo para el VIH. Se pretende proveer información útil para fortalecer las estrategias de intervención en la prevención del VIH/sida no solamente los hombres, sino también directa e indirectamente a las mujeres en edad fértil, así como a sus hijos o hijas.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los preservativos son un elemento clave de las estrategias combinadas de prevención a las que las personas pueden optar en diferentes momentos de sus vidas para reducir los riesgos de la exposición sexual al VIH.

Este estudio pretende aportar información clave para fortalecer las estrategias de lucha de la infección. Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia del uso del condón y de los determinantes de su uso en hombres nicaragüenses entre 15-59 años durante el 2011-2012?

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar la prevalencia y determinantes del uso de condón en hombres nicaragüenses entre 15-59 años durante el 2011-2012.

### **Específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Valorar la prevalencia del uso de condón en la población de estudio.
3. Relacionar el uso de condón con determinantes sociodemográficos y conductas de riesgo.

## **VI. MARCO TEORICO**

### **La Salud Sexual y Reproductiva:**

“Es un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Además la salud reproductiva comprende la libertad y capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria, placentera y sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (MINSA, 2007).

### **VIH / sida**

El VIH ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida, y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves (ONUSIDA, 2015).

### **Epidemiología**

#### **Global**

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 36.9 millones de personas vivían con el VIH, este número sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y,

como resultado de ello, viven más y con más salud. Según datos de junio de 2015, había 15.8 millones de personas en tratamiento.

Al mismo tiempo, pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un número inaceptablemente alto de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año. En 2014, alrededor de 2 millones de personas se infectaron con el VIH y 1.2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida. El África subsahariana, es la región más afectada, casi 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH en 2014 se registra en África subsahariana (25.8 millones).

La infección por el VIH se suele diagnosticar mediante análisis de sangre en los que se detecta la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus. En general los resultados de estas pruebas están disponibles el mismo día de su realización, hecho esencial para el diagnóstico, el tratamiento y la atención precoces. Aunque no hay cura para la infección por el VIH, los fármacos antirretrovíricos son eficaces pueden controlar el virus y ayudar a prevenir su transmisión, de modo que las personas con VIH o alto riesgo de contraerlo pueden disfrutar de una vida saludable y productiva.

Se calcula que solo el 54% de las personas con VIH conocen su estado serológico. En 2014, casi 150 millones de niños y adultos de 129 países de ingresos bajos y medios se beneficiaron de la realización de pruebas de detección del VIH (ONUSIDA, 2015).

### **Factores de riesgo**

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos:

- Practicar coito anal o vaginal sin protección;
- Padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana;
- Compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables;

- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado;
- Pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario (ONUSIDA, 2015).

## **Epidemia de ITS y VIH en Nicaragua**

### **• Infecciones de Transmisión Sexual**

Según el MINSA, la incidencia de ITS en el 2012 fue de 38/100,000 habitantes (n=2,271 casos), predominando: Condiloma 46.8%, Gonorrea 31.7% y Sífilis adquirida 21.5 %. Los más afectados tenían entre 15-29 años (40.7%) y 5 -14 años, con un ligero predominio en sexo femenino (50.7% vs. 49.3%). Los SILAIS con mayor incidencia fueron: RAAS, Chinandega y la RAAN (CONISIDA, 2012).

### **• Situación del VIH**

En el 2012 se acumularon 7,875 personas afectadas por VIH, de las cuales 6,071 se encuentran en condición VIH, 734 en condición de VIH en etapa avanzada y 1,019 fallecidos. La tasa de prevalencia de 0.21/100 habitantes y la incidencia de 32/100,000 habitantes. En el 2012 identificaron y confirmaron 1,011 personas afectadas por el VIH, según condición el 88.4% en condición VIH y 3.8% en condición enfermedad VIH avanzada, es decir el 91.2 % de los casos se diagnostican en forma temprana, la letalidad fue de 7.7%.

Los grupos más afectados fueron los hombres (57% vs. 43%); entre 25-29 y 30-34 años con 20% cada uno, de 20 -24 años (16%) y de 35 a 39 años (11%). Los SILAIS con mayor porcentaje son: Managua 52.4%, Chinandega 11.7%, Masaya 6.23%, Leon 5.63% y RAAN 5.2% (CONISIDA, 2012).



- **Conocimientos sobre ITS, VIH y sida.**

Según ENDESA 2011/12 el 90.5% de mujeres oyeron hablar de las ITS; de ellas 96% es urbano y 82.1 rural. Por departamentos: Managua 96.3%, Rivas 94.2%, Estelí 93.5%, Masaya 93.4% y León 92.9%. Por ITS se reporta Gonorrea 81.7%, Sífilis 72.6%, Virus del Papiloma humano (VPH) 63.4%, Herpes Genital 61.6% y Condiloma 58.7%. El 80.4% de las mujeres había oído hablar sobre el VIH y sida de forma espontánea, 18.4% dirigido, 98.8% espontanea o dirigido, 98.1% conoce una o más formas de evitar el VIH y sida. El 71.2% conoce la abstinencia, fidelidad y uso de condón en todas las relaciones (Espontaneas o Dirigida) y solamente 5.9% (Espontaneas) (CONISIDA, 2012).

### **Diagnóstico**

Las pruebas de detección han de ser voluntarias: se debe reconocer el derecho de las personas a declinar someterse a ellas. La realización de pruebas obligatorias o bajo coacción, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o un miembro de la familia, es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos (ONUSIDA, 2015).

Todos los servicios de asesoramiento y pruebas de detección deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados a este respecto por la OMS: consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación (o asesoramiento), garantía de que los resultados de la prueba son correctos, y vinculación con la asistencia, el tratamiento y otros servicios (ONUSIDA, 2015).

### **Prevención**

Las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo usados de manera combinada, incluyen los que siguen:

### **1. Uso de preservativos masculinos o femeninos**

Los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

### **2. Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS**

Estas pruebas está altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, para conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento. La OMS también recomienda ofrecer pruebas de detección para el/la compañero/a sexual o para parejas.

### **3. Circuncisión masculina voluntaria practicada por personal médico**

Reduce en aproximadamente un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales.

### **4. Prevención basada en el uso de antirretrovíricos**

- Uso del tratamiento antirretrovírico como método de prevención
- Profilaxis preexposición para la pareja VIH-negativa
- Profilaxis postexposición al VIH
- Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables
- Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño

### **Uso de preservativos y la prevención del VIH**

El uso del condón es crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH, y conviene acelerar su promoción. Se estima que en 2007 alrededor de 2.7 millones de personas se infectaron por el VIH. Cerca del 45% de ellas eran jóvenes de 15 a 24 años de edad, y las muchachas estaban más expuestas a la infección que los muchachos (ONUSIDA, 2009).

El preservativo masculino de látex es la tecnología individual disponible más eficaz para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. El desarrollo de nuevas tecnologías de prevención, como las vacunas contra el VIH y los microbicidas, continúa avanzando, pero los preservativos seguirán siendo por muchos años el principal medio de prevención. Los preservativos son clave en las estrategias combinadas de prevención a las que se pueden optar en diferentes momentos de sus vidas para reducir los riesgos de la exposición sexual al VIH. Estas estrategias incluyen el aplazamiento del inicio de la actividad sexual, la abstinencia, un comportamiento más seguro basado en mantenerse fiel a la pareja cuando ambos miembros de la pareja no están infectados, la reducción del número de parejas sexuales, el uso correcto y sistemático del preservativo y la circuncisión masculina (ONUSIDA, 2009).

Las pruebas concluyentes de numerosas investigaciones efectuadas entre parejas heterosexuales en las que uno de los miembros está infectado por el VIH ponen de manifiesto que la utilización correcta y sistemática del preservativo reduce de forma significativa el riesgo de transmisión del VIH tanto del varón a la mujer como de la mujer al varón. Los ensayos de laboratorio señalan que los preservativos masculinos de látex son impermeables a los agentes infecciosos que pueden estar presentes en los fluidos genitales. Para garantizar su seguridad y eficacia, los preservativos deben fabricarse con arreglo a las normas internacionales más estrictas.

Deben adquirirse conforme a los procedimientos de garantía de la calidad establecidos por la OMS/UNFPA/ONUSIDA, y hay que almacenarlos lejos de cualquier fuente directa de calor. Los programas de prevención deben velar por la disponibilidad de preservativos de alta calidad para las personas que los necesitan y cuando los necesitan, y asegurar que las personas tengan los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para utilizarlos correctamente (ONUSIDA, 2009).

Los preservativos deben estar fácilmente disponibles universalmente, con carácter gratuito o a un precio razonable, y fomentarse de un modo tal que ayude a salvar los obstáculos sociales y personales a su uso. Cuando la persona puede acceder al preservativo de forma gratuita o a un precio muy subvencionado, es más probable que lo utilice. Una promoción eficaz del preservativo no solo debe orientarse a la población general sino también a las personas que están muy expuestas al riesgo de infección por el VIH, como son las mujeres, los jóvenes, los profesionales del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El UNFPA estima que el suministro actual de preservativos en los países de ingresos bajos y medianos está muy por debajo de la cantidad requerida (el déficit de preservativos'). A pesar de ese déficit, los fondos internacionales destinados a la adquisición de preservativos no han experimentado ningún aumento en los últimos años. Es necesario emprender acciones colectivas a todos los niveles para apoyar los esfuerzos de los países, particularmente de aquellos que dependen de la asistencia externa para la adquisición, promoción y distribución de preservativos (ONUSIDA, 2009).

El educación sobre prevención del VIH y la promoción de los preservativos deben superar los obstáculos de los complejos factores de género y culturales. Por lo general, a las muchachas y mujeres se les niega de forma sistemática y repetida la información sobre los preservativos y el acceso a este medio de prevención. A menudo carecen de poder para negociar el uso del preservativo. En muchos contextos sociales, los varones son reacios a utilizarlos. A la hora de formular los programas de promoción del preservativo este hecho debe tenerse en cuenta. Los preservativos femeninos pueden proporcionar a las mujeres más control para protegerse a sí mismas. Pero, seguirán siendo sumamente vulnerables a la infección por el VIH a menos que no compartan con los varones la misma capacidad de decisión en sus relaciones interpersonales.

En muchos países, los preservativos han desempeñado un papel decisivo en los esfuerzos de prevención del VIH. Los preservativos han contribuido a reducir las

tasas de infección por el VIH allí donde el sida ya se ha extendido con fuerza, conteniendo la propagación más generalizada del VIH en lugares donde la epidemia aún está concentrada en grupos de población concretos. Los preservativos también han alentado a adoptar un comportamiento sexual más seguro de forma más amplia. Estudios recientes de la epidemia de sida en Uganda han confirmado que el aumento en el uso del preservativo, conjuntamente con el aplazamiento en la edad de la primera relación sexual y la reducción del número de parejas sexuales, fue un factor importante en el descenso de la prevalencia del VIH en el decenio de 1990. Los esfuerzos de Tailandia para eliminar el estigma ligado al uso de preservativos y su promoción orientada a los profesionales del sexo y sus clientes han reducido drásticamente las infecciones por el VIH en esos grupos de población y ayudado a reducir la propagación de la epidemia a la población general. Una política similar implantada en Camboya ha ayudado a estabilizar la prevalencia nacional del VIH, al tiempo que ha reducido significativamente esta tasa entre los profesionales del sexo. Además de estos progresos, la promoción temprana y enérgica del preservativo llevada a cabo en el Brasil entre la población general y los grupos vulnerables ha contribuido en gran manera al control sostenido de la epidemia.

Un mayor acceso al tratamiento antirretrovírico crea la necesidad y la oportunidad de promover de forma acelerada el uso del preservativo. En los países industrializados, el éxito alcanzado por la terapia antirretrovírica en la reducción de la enfermedad y la prolongación de la vida puede alterar la percepción del riesgo asociado al VIH. Una percepción de bajo riesgo y un exceso de confianza pueden conducir a tener relaciones sexuales sin protección y a un uso limitado o no sistemático del preservativo. La promoción de la utilización correcta y sistemática del preservativo dentro de los programas de tratamiento antirretrovírico, y en el contexto de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar, es fundamental para reducir aún más las posibilidades de transmisión del VIH. Asimismo, para satisfacer las necesidades de prevención de todas las personas,

sean VIH-positivas o negativas, es necesaria la ampliación rápida de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH (ONUSIDA, 2009).

### **Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible**

El mundo ha superado las metas relacionadas con el sida del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) <sup>6</sup>, al detener y revertir la propagación del VIH, y cada vez más países adopta la Respuesta Rápida para poner fin a la epidemia de sida para el 2030 como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 35% desde el 2000 (en un 58 % entre los niños) y las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 42% desde su punto más alto de 2004. La respuesta mundial al VIH ha evitado 30 millones de nuevas infecciones y casi 8 millones (7.8 millones) de muertes relacionadas con el sida desde el 2000, cuando se establecieron los ODM (ONUSIDA, 2015).

Garantizar el acceso al tratamiento antirretrovírico para 15.8 millones de personas era un logro considerado imposible hace 15 años. En el año 2000, menos del 1% de las personas que vivían con el VIH en países de bajos y medianos ingresos tenía acceso al tratamiento.

En 2014, la cobertura mundial de personas que reciben tratamiento antirretrovírico fue del 40%. Pero el VIH sigue mostrando con dureza las desigualdades del mundo. El sida no es aún cosa del pasado. Hay sobradas y apremiantes razones que justifican un cambio. Deben rectificarse importantes lagunas y deficiencias de la respuesta. Acelerar la respuesta al sida en los países de bajos y medianos ingresos podría evitar 28 millones de nuevas infecciones y 21 millones de muertes relacionadas con el sida entre 2015 y 2030, y ahorrar 24,000 millones de dólares anuales en costos de tratamiento del VIH (ONUSIDA, 2015).

## **Programas sobre VIH/sida**

### **ONUSIDA**

El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) fue establecido en 1996 con objeto de coordinar la respuesta internacional a la epidemia de VIH/SIDA y actuar como garante de la acción global y concertada contra el sida. El ONUSIDA está copatrocinado por 10 organizaciones del Sistema de Naciones Unidas: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); la Organización Internacional del Trabajo (OIT); el Fondo de Población de NN.UU (UNFPA); la Oficina contra la Droga y el Delito de Naciones Unidas (UNODC), el Programa Mundial de Alimentos (PAM), el Banco Mundial y el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). ONUSIDA tiene su sede central en Ginebra. Los objetivos principales del ONUSIDA son:

1. Intercambiar información y conocimientos sobre la epidemia y las vías para mitigar su impacto.
2. Promover la coherencia y complementariedad de las actuaciones de los programas de lucha contra el VIH/SIDA de los copatrocinadores.
3. Intensificar los compromisos en la lucha contra el SIDA en todos los frentes.<sup>17</sup>

### **La Respuesta Rápida de ONUSIDA**

Para hacer avanzar la respuesta al sida, ONUSIDA ha desarrollado un enfoque de respuesta rápida para alcanzar un conjunto de objetivos con plazos definidos hasta el año 2020. Los objetivos incluyen que el 90% de todas las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas que sepan que tienen la infección tengan acceso al tratamiento y suprimir la carga viral del 90% de personas en tratamiento. También incluyen reducir las nuevas infecciones por el VIH en un 75% y alcanzar la cero discriminación. El enfoque de Respuesta Rápida combinado con una agenda de justicia social que ponga en primer plano a las personas y se asegure de que sus necesidades de salud y sus

derechos sexuales y reproductivos sean plenamente respetados y atendidos será imparable. Si el mundo no actúa para doblegar la epidemia hasta el 2020, esta podría repuntar hasta los niveles observados hace 10 años. La estrategia de ONUSIDA para 2016-2021 es una de las primeras en el sistema de las Naciones Unidas que se alinea con los ODS, que establecen el marco para la política de desarrollo mundial en los próximos 15 años, y entre los que se incluye poner fin a la epidemia de sida para el 2030 (ONUSIDA, 2015).

El enfoque de Respuesta Rápida puede ser guiado a nivel nacional, pero se lleva a cabo a nivel local. La Respuesta Rápida requiere que ciudades, pueblos y comunidades se hagan cargo de sus respuestas al VIH analizando la naturaleza de su epidemia y aplicando un planteamiento de ubicación-población para centrar sus recursos en programas de alto impacto basados en datos y destinarlos a las zonas geográficas y las poblaciones más necesitadas. La clave es hacer lo necesario en el lugar necesario para las personas que lo necesitan.

## **CONISIDA**

La Comisión Nicaragüense de SIDA (CONISIDA), es una instancia creada según acta legal del 17 de septiembre del año 2000 por la ley 238 y está conformada por personas representantes y delegadas de instituciones Públicas, Privadas, y Organismos No Gubernamentales en el país. En octubre del 2001 se aprueba a lo interno de CONISIDA el Reglamento Organizativo y de Funcionamiento (CONISIDA, 2012).

La comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA) como organismo administrativo y técnico creado en base al Art. 32 de la “Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA” (Ley 238), tiene como objetivo primario velar por la promoción y aplicación de la misma y su respectivo reglamento. La ley 238 fue creada con el principal objetivo de proveer una red de protección legal para las personas afectadas por el VIH-SIDA, así mismo con el fin de promover la



solidaridad social y evitar todo tipo de discriminaciones hacia las personas portadoras (CONISIDA, 2012).

## **Análisis secundario de datos**

### **Definición**

El análisis secundario se podría resumir como “la utilización de fuentes de datos que originalmente se capturaron con un propósito diferente al del usuario actual”. Este concepto es clave, pues la misma fuente de datos o de información puede ser considerada como primaria en un análisis y secundaria en otro.

El análisis secundario de datos cuantitativos es una modalidad de investigación generalmente aceptada (meta análisis, por ejemplo), pero para el caso de análisis secundarios de investigaciones cualitativas no se percibe del mismo modo, en este sentido existen diferentes estrategias de análisis secundario de datos cualitativos: 1) El análisis adicional en profundidad, 2) El análisis adicional de un subconjunto de datos, etc. (Cooke y Iwashyna, 2013; Scribano y Sena, 2009; Schlomer y Copp, 2014).

### **Ventajas y desventajas**

**Ventajas:** la principal es la reducción de costos y tiempo de ejecución, debido a que el investigador no requiere ninguna inversión en el trabajo de campo, trabajo que suele ser complejo, demorado y costoso; de esta forma la mayor parte de los esfuerzos estarán centrados en el procesamiento y análisis de la información según los objetivos del estudio secundario.<sup>18-21</sup>

**Desventajas:** se podría indicar lo inherente a su naturaleza, ya que la información recolectada estaba orientada a responder preguntas de investigación y objetivos que no necesariamente coincidirán con los planteados en el estudio secundario, por

tal razón puede ocurrir que no se hayan incluido ciertas variables de importancia o no estén con los niveles de medición requeridos para este nuevo trabajo, o este de forma agregada y no desagregada. En este caso, solo se podrá trabajar con el dato existente (proxy) y no con el deseado o el ideal. Además, las variables se pueden encontrar categorizadas de manera diferente al nuevo análisis, por ejemplo datos como el estado civil, la raza o incluso la orientación sexual, se pueden haber preguntado de manera diferente a como se requiere en el nuevo análisis, o como se esté solicitando el dato actualmente, lo que produce la necesidad de recodificar, o reagrupar en caso de ser posible, esta información.

Otra desventaja es la no disponibilidad completa de la información requerida y la incapacidad para completarla debido que la información se entrega anonimizada. Finalmente, la principal desventaja, está relacionada con la no participación del nuevo investigador durante las etapas críticas del trabajo: planeación, ejecución recolección y análisis, por lo cual este nuevo actor, desconoce cómo se realizó el estudio, los problemas que se presentaron (verbigracia: bajas tasas de respuesta imputación de datos, problemas de validación de preguntas) y la manera en cómo fueron resueltos, para no ser invalidados los resultados, puntos que en la mayoría de publicaciones no mencionan de manera detallada; lo que exige al nuevo investigador resolver este tipo de problemas por su propia cuenta y por diferentes medios, lo que hace que el analista deba aprender a leer entre líneas y considerar los diferentes problemas enunciados durante los procesos de la investigación original.<sup>18-21</sup> Un resumen de ventajas y desventajas se presentan en Tabla 1 (Cooke y Iwashyna, 2013; Scribano y Sena, 2009; Schlomer y Copp, 2014).

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

**Tipo de estudio:** Descriptivo, observacional y de corte transversal.

**Área y población de estudio:**

El área de estudio es Nicaragua y la población correspondió a la población masculina entre 15-59 años según estimaciones de INIDE.

**Tamaño de la muestra y muestreo**

La muestra comprendió 21,960 hogares ubicados en las zonas urbanas y rurales de Nicaragua. La muestra total fueron 5,942 hombres entre 15-59 que cumplieron con los criterios de inclusión. El diseño de la muestra fue probabilística, por conglomerados, estratificada y polietápica. La selección en cada una de las etapas fue estrictamente aleatoria. Los detalles sobre los aspectos metodológicos de ENDESA-2011/12 han sido publicados previamente (ENDESA, 2014).

**Criterios de inclusión:**

- Hombre entre 15-59 años de edad.
- Hombre que habían iniciado vida sexual activa.
- Hombres que reportaron el uso o no de condón.

**Criterios de exclusión:**

- Hombre que no cumplieron los criterios de inclusión.

**Recolección de información:**

La fuente de información fue la base de datos del ENDESA-2011/12, previa autorización para el uso de la base de datos con fines investigativos.

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Valor/Escala
Edad	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta.	15-19 20-49 50-59
Procedencia	Área de residencia de la población.	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel escolar, se considerará bajo primaria o menos y alta un nivel de secundaria o más.	Baja Alta
Estado civil	Tipo de condición conyugal.	Soltero Casado/Unido Otro
Religión	Es el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de normas morales para la conducta individual, social y de prácticas rituales.	Católica Evangélica Otras Ninguna
Asegurado	Se refiere a si está afiliado a alguna empresa medica previsional del INSS.	Si No
Tiene hijo	Se refiere si es padre de algún hijo vivo al momento del estudio.	Si No
Información sobre VIH/sida	Es el reporte subjetivo sobre si conoce o ha escuchado hablar sobre VIH y sida.	Si No
Información sobre la prueba del VIH	Es el reporte subjetivo sobre si conoce o ha escuchado hablar sobre la prueba del VIH y sida.	Si No
Prevención del VIH	Creencia en la prevención del VIH y sida.	Si No

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor/Escala</b>
Inicio de vida sexual	Edad en que tuvo su primera relación sexual.	<10 10-13 14-16 17-19 ≥20
Uso del condón	Se refiere al uso o no de condón durante alguna vez en su vida, durante su primera relación sexual, en los últimos 12 meses o en la última relación sexual.	Si No
Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales que ha tenido en los últimos 12 meses.	Una Dos o más
Relaciones sexuales por dinero	Se refiere a si ha pagado o recibido dinero por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses.	Si No
Preferencia sexual	Sexo de la pareja con la que tiene relaciones sexuales.	Solo mujeres Solo hombres Ambos
Relaciones actuales	Se refiere a si la pareja es fija u ocasional, o ambas.	Mujer fija Mujer ocasional Fija y ocasional Sin pareja
Infecciones de transmisión sexual	Se refiere al diagnóstico de alguna ITS en los últimos 12 meses.	Si No
Realización de la prueba de VIH	Se refiere a si el entrevistado se había realizado alguna vez la prueba de VIH.	Si No
Resultados de la prueba de VIH	Se refiere a si el entrevistado había recibido los resultados de la prueba de VIH.	Si No
Autopercepción de riesgo de VIH	Estará basada en la medida subjetiva autopercepción de riesgo de adquirir VIH y sida.	Ninguno Bajo Moderado Alto

### **Ventajas del estudio**

- Tamaño de la muestra representativa.
- Base de datos disponible lo que reduce costos, elimina trabajo de campo y facilita el análisis.

### **Limitaciones del estudio**

- Son propias del análisis secundario de bases de datos como: los objetivos específicos en el análisis primario limita el análisis e interpretación de resultados; el tamaño de la muestra no responde a las necesidades del análisis secundario; es difícil controlar sesgos (sistemáticos, del recuerdo, confusión, etc.).
- El análisis secundario estuvo basado en la base de datos de los hombres.

### **Análisis:**

Para el análisis secundario de base de datos (ENDESA-2011/12) se usó el Software SPSS versión 22.0. Para el análisis exploratorio se realizó análisis univariado y bivariedad. Las variables cualitativas se analizaron a través de razones y porcentajes; mientras que las variables cuantitativas se analizaron a través de medidas de centro y de dispersión. Como prueba de significancia estadística se usaron pruebas no paramétricas como chi cuadrado (corregido y no corregido) o prueba exacta de Fisher; y pruebas paramétricas como la prueba t de Student. Las diferencias observadas se consideraron significantes cuando el valor de P fue menor o igual a 0.05.

### **Consideraciones éticas:**

Se solicitó autorización a las autoridades correspondientes para el acceso y uso de la base de datos de ENDESA-2011/12.

## VIII. RESULTADOS

En la base de datos inicial había un total de 7,091 hombres entre 15-59 años de edad, pero al excluir aquellos que no habían tenido vida sexual activa o en los cuales había subregistro en cuando al uso de condón durante relaciones sexuales se obtuvo una muestra final que cumplió con los criterios de inclusión de 5,942 hombres.

Las principales características demográficas de los hombres estudiados fueron las siguientes: edad entre 20-39 años (58.3%), procedencia urbana (60.2%), escolaridad secundaria (39%), religión católica (45.4%), estado civil unido o casado (30.6% y 29.9%), sin seguro social y con hijos con 77.6% y 64.7%, respectivamente (Tabla 1). El promedio de edad fue de  $32.0 \pm 11.6$  años y la mediana de 32 años.

La prevalencia de haber usado alguna vez condón fue de 77.5% (Fig. 1). Sin embargo, la prevalencia del uso de condón durante la primera relación sexual, últimos 6 meses y durante la última relación sexual fue de 27.5%, 45.6% y 38.65%, respectivamente (Fig. 2).

Al relacionar las características sociodemográficas con el haber usado alguna vez condón durante las relaciones sexuales, se determinó que la tasa de menor uso del condón fue mayor en los grupos de mayor edad, procedencia rural, baja escolaridad, estado civil casado o acompañado, religión evangélica, no asegurados y con hijos. Las diferencias observadas en todas estas variables fueron estadísticamente significativas (Tabla 1).

En la Tabla 2 se presentan algunos conocimientos de los hombres y su relación con el uso de condón. Más del 98% de los hombres habían oído hablar del VIH/sida y su prevención. Sin embargo, un 7.5% no había recibido información sobre la prueba de VIH. Al relacionar estos conocimientos con el uso de condón se encontró que

aproximadamente una quinta parte nunca había usado condón. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas.

En la tabla 3 se presentan algunas conductas de riesgo de los hombres y su relación con el uso de condón. El 73.2% había iniciado vida sexual activa durante la adolescencia precoz, 0.8% tiene preferencia homosexual/bisexual, 24.2% tiene relaciones con mujeres ocasionales, 23.3% ha recibido o pagado dinero a cambio de sexo, 27.9% ha tenido más de una pareja en los últimos 12 meses, 1.4% ha tenido infecciones de transmisión sexual en el último año. Con respecto a la autopercepción de riesgo de VIH fue considerado bajo, moderado y alto en 30.5%, 5.8% y 3.3%, respectivamente. Por otro lado, solamente el 26.9% dijo haberse realizado alguna vez la prueba de VIH, y de los que se realizaron esta prueba solamente el 93.8% conoció sus resultados.

La tasa de uso de condón fue mayor en aquellos hombres con conducta de riesgo que en aquellos que no tenían estas conductas. Por ejemplo, fue mayor en los que habían iniciado vida sexual en la adolescencia temprana (83.5%), en homosexuales (100%), bisexuales (90.9%), relaciones ocasionales (90.9% y 88.9%), haber tenido sexo a cambio de dinero (88.6%), haber tenido más de una pareja (88.6%), haber tenido infecciones de transmisión sexual (86.4%) y aquellos con autopercepción de riesgo (>83%). Fue interesante observar que la tasa de uso de condón fue mayor en los hombres que se realizaron la prueba de VIH (86.9% vs. 79.2%). Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas (Tabla 3).



## IX. DISCUSION

La prevalencia de haberse usado alguna vez el condón durante las relaciones sexuales fue de 77.5%. Esta cifra es muy superior a la prevalencia del uso de condón en un estudio realizado en Panamá que fue de 62.1% (Jenkins, et al. 2015). Sin embargo, en Nicaragua y en Panamá se observó una relación similar en el sentido de que los hombres con edades mayores, con baja escolaridad y con estado civil casados/unión tuvieron las tasas más elevadas del no uso de condón.

En el estudio de Jenkins (2015) el 44.3% de los hombres se habían realizado alguna vez la prueba de VIH, muy superior a la encontrada en este estudio en Nicaragua (26.9%). En Costa Rica (Santamaría y Valverde, 2014) y en Panamá (Jenkins, et al. 2015) reportaron una prevalencia en hombres del uso de la prueba de VIH en el último año de 7.6% y 18.4%, respectivamente. Sin embargo se debe recordar que la magnitud de la cobertura a nivel nacional de la ENDESA 2011/12 es superior al de estas estrategias internacionales.

Por otro lado, en un estudio realizado en Nicaragua en mujeres (ENDESA 2011-12) la prevalencia de la prueba de VIH fue muy superior al de los hombres (54.2%). Esto revela que en Nicaragua existe una menor tendencia a realizarse la prueba de tamizaje para VIH con respecto a Panamá, pero es mucho más marcado en los hombres, lo cual podría atribuirse a factores socioculturales y reproductivos, ya que como es sabido las mujeres tienden a realizarse la prueba debido a su embarazo y a que tienen una mayor orientación hacia el autocuidado y al mayor acceso a los servicios de salud. No obstante, esto debería de preocupar a las autoridades de salud ya que la brecha existente entre las bajas tasas del uso del condón y de la realización de la prueba del VIH predispone a la población a un mayor riesgo de infección de VIH. A lo anterior hay que agregar, que un porcentaje considerable de los hombres tiene conductas de riesgo de VIH/sida. Un problema observado es que aunque la mayoría de hombres han recibido información sobre VIH/sida, su prevención y diagnóstico, en la práctica no están haciendo lo que deberían de hacer para evitar esta enfermedad.

La mayoría de pacientes que se realizaron la prueba de VIH obtuvieron sus resultados muy similar a lo reportado en Costa Rica por Santamaría y Valverde (2014) que fue de 91.8%. Esto puede revelar problemas relacionados a la consejería del tamizaje con la prueba de VIH o falta de interés o descuido de los usuarios.

Fue interesante observar que las características demográficas con mayor prevalencia en el uso del condón fueron los grupos más jóvenes, urbanos, con mayor escolaridad, solteros, asegurados y sin religión. Algunos autores (Martínez, et al., 2009) obtuvieron resultados similares en cuanto a la prevalencia del uso de la prueba de VIH en las características antes mencionadas.

La presencia de algunas conductas y condiciones de riesgo se asociaron a tasas más altas del uso de condón durante las relaciones sexuales, por ejemplo, la mayor prevalencia del uso de condón fue observado en los hombres que iniciaron vida sexual más temprano, los que tuvieron más de una pareja durante los últimos 12 meses, los que habían pagado/recibido dinero por sexo, con percepción de riesgo de VIH/sida, con antecedentes de infecciones de transmisión sexual. Esto puede hacer que los hombres que se consideran con riesgo tienen una práctica mayor el uso del condón. Estos datos son similares a lo reportado por Zepeda (datos no publicados) en Nicaragua en donde la prevalencia de la realización de la prueba de VIH es mayor en las mujeres que tienen conductas o condiciones de riesgo de infección de VIH/sida.

Este estudio revela que los hombres con vida sexual activa tienen un porcentaje importante de conducta y condiciones de riesgo de VIH/sida que deben ser abordados por las autoridades de salud de atención primaria para promover prácticas efectivas contra la prevención de VIH/sida, principalmente con la promoción del uso del condón.

## **X. CONCLUSIONES**

1. Las principales características sociodemográficas de los hombres estudiados; la mayoría fueron adultos jóvenes de 20-39 años, urbanos, escolaridad secundaria, religión católica, en unión libre o casados, sin seguro social y con hijos.
2. La prevalencia de haber usado alguna vez condón es insuficiente (77.5%).
3. Aunque casi todos los hombres habían oído hablar del VIH/sida, diagnóstico y su prevención; un 22.4% nunca han usado condón y el 73.1% nunca se han realizado la prueba de VIH.
4. La tasa del uso de condón fue mayor en los adolescentes, urbanos, alta escolaridad, solteros, sin religión, asegurados y sin hijos.
5. Un porcentaje considerable de los hombres tuvieron conductas de riesgo de VIH y la tasa del uso de condón fue mayor en aquellos hombres con conducta de riesgo.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1. Fomentar el cumplimiento de las metas propuestas por el MINSA en lo que respecta al fortalecimiento de los planes de estudio y las campañas de educación sexual que involucren más a los hombres y promuevan en estos la realización de la prueba.
2. Motivar el cambio de la manera en que se abordan los aspectos de educación sexual, por planes educativos que respondan a la realidad sociocultural del país.
3. Promover el uso constante y correcto del preservativo masculino no solo a los adolescentes sino también a hombres y mujeres adultos, además de la importancia y realización de la prueba de VIH.
4. Divulgar estos resultados a las autoridades pertinentes de salud para fortalecer las estrategias de prevención de conductas de riesgo de VIH y sida, así como la promoción del uso de condón y la realización de la prueba de VIH.
5. Promover el uso de análisis secundario de base de datos (ENDESA) para la toma de decisiones de otros problemas de salud sexual y reproductiva. Además de continuar dando seguimiento a este mismo estudio con la ENDESA más reciente.

## XII. REFERENCIAS

Arthur S, Bangha M, Sankoh O. Review of contributions from HDSSs to research in sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *Tropical Medicine and International Health* 2013; 18 (12): 1463–1487.

Berhan Y, Berhan A. A Meta-Analysis of Risky Sexual Behaviour among Male Youth in Developing Countries. *AIDS Research and Treatment* 2015:9.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Los condones y las ETS: Hoja informativa para el personal de salud pública. CDC. 2013. Disponible en: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/latex.html>

Comisión Nicaragüense del Sida. Situación de ITS, VIH y Sida en Nicaragua: Monitoreo y evaluación de avances para contener la epidemia año 2012. Managua: CONISIDA. 2012.

Cooke CR, Iwashyna TJ. Using existing data to address important clinical questions in critical care. *Crit Care Med.* 2013; 41(3): 886–896. doi:10.1097/CCM.0b013e31827bfc3c.

Gable L, Gostin LO, Hodge JG. HIV/AIDS, Reproductive and Sexual Health, and the Law. *Am J Public Health.* 2008; 98:1779–1786. doi: 10.2105/AJPH.2008.138669)

Holmes K, Levine R y Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization.* Ginebra, junio de 2004.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA. 2014.

Jenkins L, et al. ¿Qué determina la realización de la prueba de VIH en la población panameña sexualmente activa entre los 15-59 años de edad? Hallazgos del análisis secundario de ENASSER 2009. Invest. pens. crit. 2015; 3 (1): 4-16.

Martínez L, Martínez A, Rosales K. Características demográficas de hombres panameños de 15 a 59 años con conductas sexuales de riesgo y la asociación con el no uso del condón y no realización de la prueba del VIH. Informe de Análisis Secundario ENASSER 2009.

MINSA. Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Dirección General de Regulación de Salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: “Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos”. Managua: Nicaragua: MINSA, 2007.

OMS/ONUSIDA. Nota informativa sobre la eficacia de los preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH. Ginebra, agosto de 2001.

ONUSIDA. Los preservativos y la prevención del VIH: Declaración de ONUSIDA, UNFPA Y OMS. [Actualizado en 2009] Disponible en:  
<http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/march/20090319preventionposition/#>.

ONUSIDA. El sida en cifras: 2015. Ginebra, Suiza. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015](http://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/AIDS_by_the_numbers_2015)

Santamaría Ulloa C. Factores determinantes de la realización de la prueba de VIH en Costa Rica. San José, Costa Rica: Centro Centroamericano de Población, 2004.

# ANEXOS

Tabla 1 Características sociodemográficas de hombres  
Según uso de condón, Nicaragua, 2011-2012.

Características Sociodemográficas	Uso de condón*		Total (n=5942)**		Valor P
	Si (n=4628)	Nunca (n=1314)	No.	%	
<b><u>Edad (años):</u></b>					
15-19	91.7	8.3	923	15.5	0.000
20-39	79.8	20.2	3461	58.3	
40-59	65.4	35.6	1558	26.2	
<b><u>Procedencia:</u></b>					
Urbano	86.1	13.9	3577	60.2	0.000
Rural	65.4	34.6	2665	39.8	
<b><u>Escolaridad:</u></b>					
Ninguna	65.1	34.9	106	1.8	0.000
Primaria	69.1	30.9	2202	37.1	
Secundaria	86.8	13.2	2316	39.0	
Universitaria	92.9	7.1	824	13.8	
Sin dato	47.1	52.9	494	8.3	
<b><u>Estado civil:</u></b>					
Soltero	93.2	6.8	1705	28.7	0.000
Casado	68.5	31.5	1776	29.9	
Unido	70.8	29.2	1818	30.6	
Divorciado	81.5	18.5	27	0.5	
Separado	82.4	17.6	602	10.1	
Viudo	0.0	100.0	4	0.2	
<b><u>Religión:</u></b>					
Ninguna	80.2	19.8	1382	23.3	0.001
Católico	77.5	22.5	2698	45.4	
Evangélico	75.5	24.5	1610	27.1	
Otras religiones	84.5	16.5	252	4.2	
<b><u>Asegurado:</u></b>					
Si	86.5	13.5	1316	22.1	0.000
No	75.4	24.6	4613	77.6	
Sin dato	100.0	0.0	13	0.2	
<b><u>Tiene hijos:</u></b>					
Si	71.1	28.9	3845	64.7	0.000
No	90.3	9.7	2097	35.3	

\*Porcentajes en base al total de filas.

\*\*Porcentajes en base al total de columna.

**FUENTE:** Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA. 2014.



Tabla 2 Conocimientos sobre VIH/sida de hombres  
Según el uso de condón, Nicaragua, 2011-2012.

Conocimientos	Uso de condón*		Total (n=5942)**		Valor P
	Si (n=4628)	Nunca (n=1314)	No.	%	
<b><u>Ha oído hablar del VIH y sida:</u></b>					
Si	77.9	22.5	5937	99.9	0.009
No	40.0	60.0	5	0.1	
<b><u>Ha oído hablar de la prueba VIH:</u></b>					
Si	79.6	20.4	5497	92.5	0.000
No	56.0	44.0	416	7.0	
Sin dato	65.5	34.5	29	0.5	
<b><u>Cree que el VIH/sida se puede prevenir:</u></b>					
Si	77.9	22.1	5833	98.2	0.000
No	62.5	37.5	72	1.2	
Sin dato	37.1	62.9	37	0.6	

\*Porcentajes en base al total de filas.

\*\*Porcentajes en base al total de columna.

**FUENTE:** Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA. 2014.

Tabla 3 Conductas de riesgo de hombres,  
Según uso de condón, Nicaragua, 2011-2012.

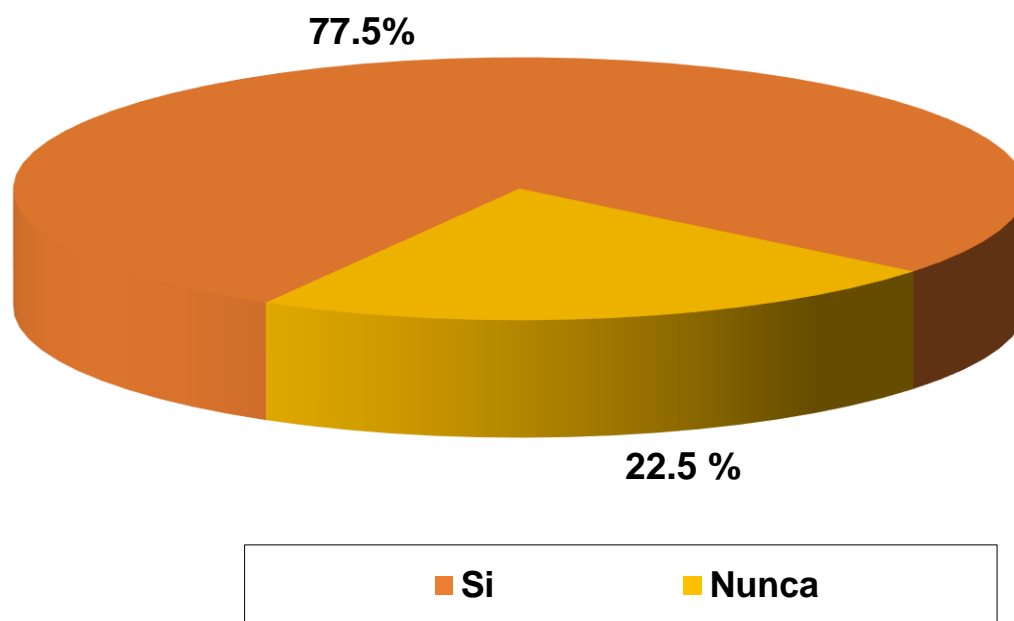
Características	Uso de condón*		Total (n=5940)**	Valor P	
	Si (n=4603)	Nunca (n=1337)			No.
<b><u>IVSA (edad):</u></b>					
<14	83.5	16.5	1118	18.8	0.000
14-16	78.8	21.2	3235	54.4	
17-19	74.3	25.7	1200	20.2	
≥20	65.6	34.4	389	6.5	
<b><u>Preferencia sexual:</u></b>					
Solo mujeres	77.7	22.3	5871	98.8	0.023
Solo hombres	100.0	0.0	21	0.4	
Ambos	90.9	9.1	22	0.4	
Sin dato	85.7	14.3	28	0.5	
<b><u>Relaciones actuales:</u></b>					
Mujer fija	71.3	28.7	3709	62.4	0.000
Mujer ocasional	90.9	9.1	968	16.3	
Mujer fija y ocasiona	88.9	11.1	468	7.9	
Sin pareja	86.2	13.8	797	13.4	
<b><u>Ha pagado/recibido dinero por sexo:</u></b>					
Si	86.8	13.2	1383	23.3	0.000
No	75.2	24.8	4558	76.7	
Sin dato	100	0.0	1	0.0	
<b><u>Ha tenido más de una pareja:</u></b>					
Si	88.6	11.4	1655	27.9	0.000
No	73.7	26.3	4284	72.1	
Sin dato	100.0	0.0	3	0.1	
<b><u>Ha tenido ITS en el último año:</u></b>					
Si	86.4	13.6	81	1.4	0.063
No	77.8	22.2	5861	98.6	
<b><u>Auto percepción de riesgo de VIH:</u></b>					
Ninguno	73.4	26.6	3553	59.8	0.000
Bajo	83.7	16.3	1812	30.5	
Moderado	88.7	11.3	345	5.8	
Alto	88.7	11.3	199	3.3	
Sin dato	69.7	30.3	33	0.6	
<b><u>Se ha realizado la prueba del VIH:</u></b>					
Si	86.9	13.1	1601	26.9	0.000
No	79.2	20.8	3052	51.4	
Sin dato	63.5	36.5	1289	21.7	

\*Porcentajes en base al total de filas.

\*\*Porcentajes en base al total de columna.

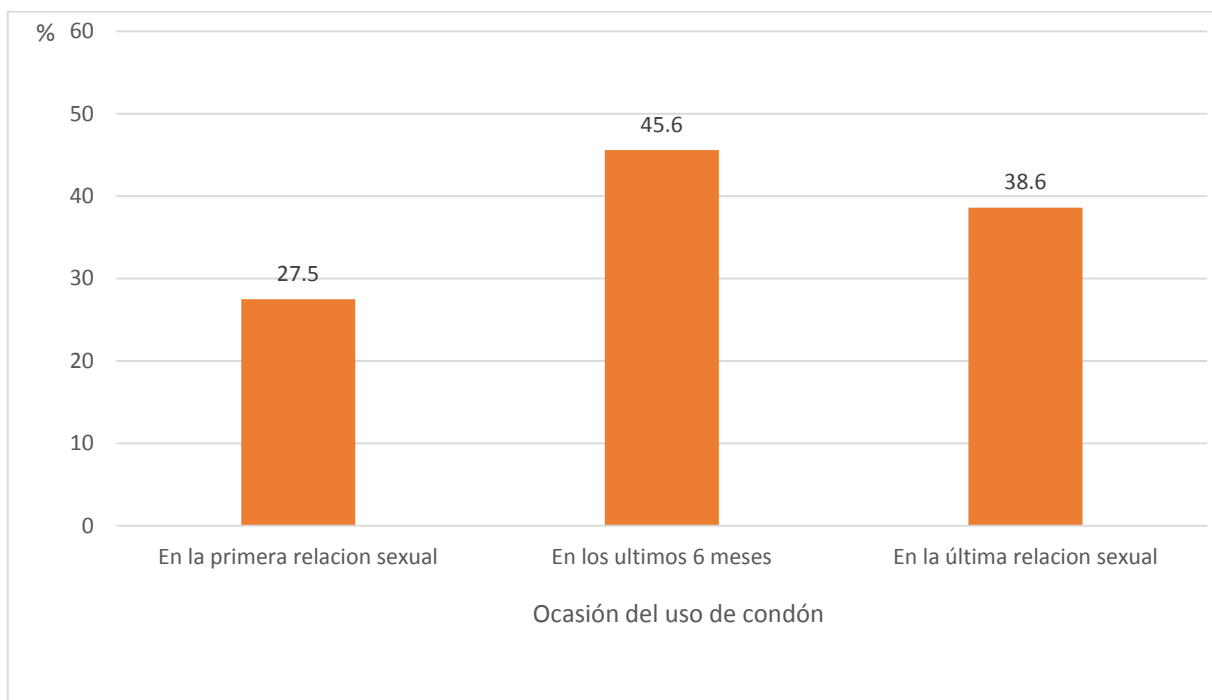
**FUENTE:** Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA. 2014.

Grafico 1. Prevalencia del uso de condón en alguna ocasión en hombres entre 15-59 años, Nicaragua, 2011-2012.



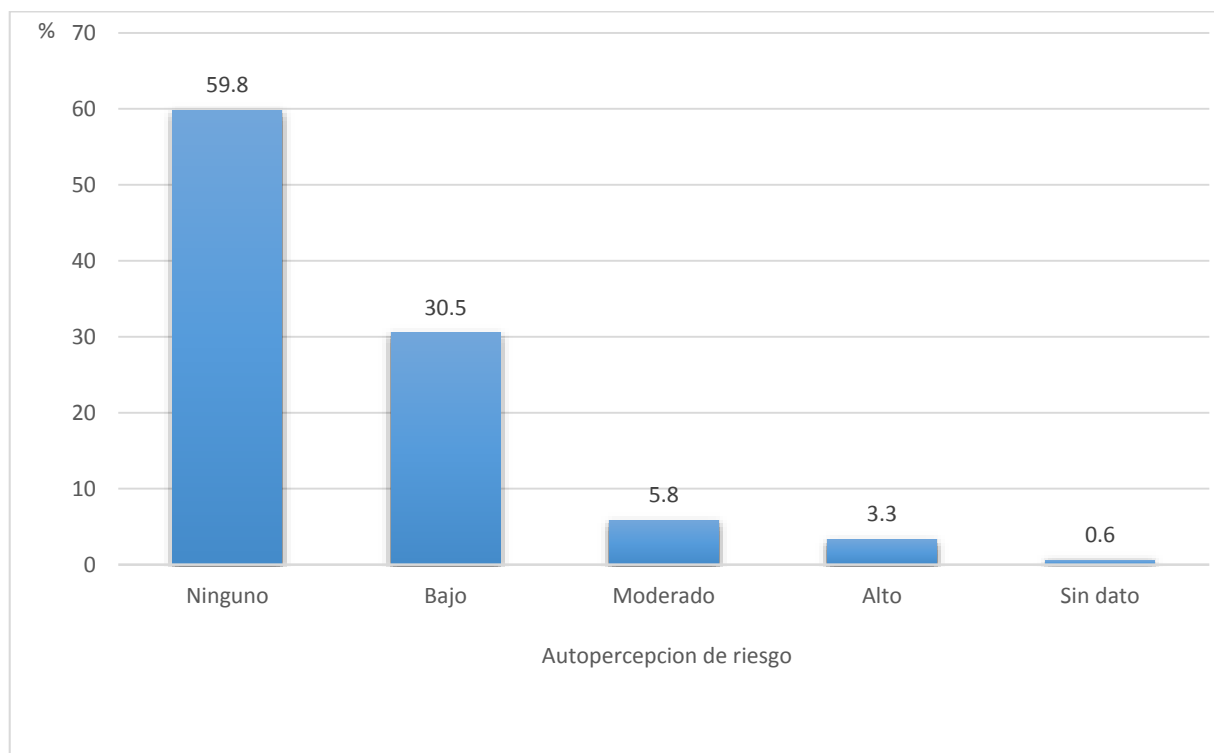
**FUENTE:** Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA. 2014.

Grafico 2. Prevalencia del uso de condón según la ocasión en hombres entre 15-59 años, Nicaragua, 2011-2012.



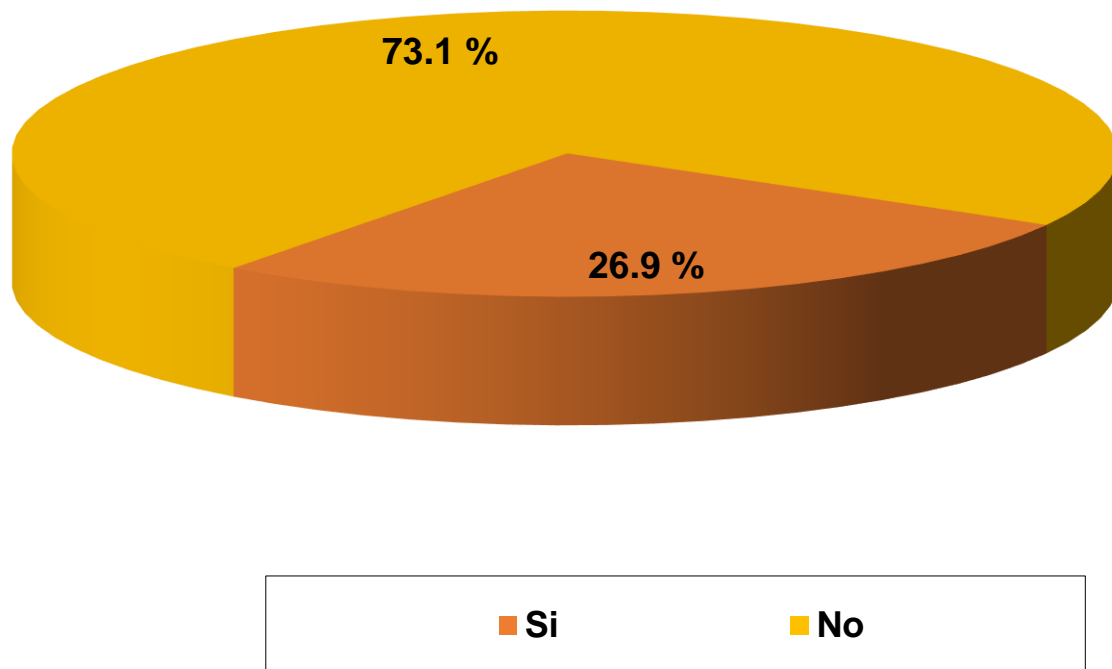
**FUENTE:** Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA. 2014.

**Grafico 3. Auto percepción de riesgo de VIH/sida en los hombres, Nicaragua, 2011-2012.**



**FUENTE:** Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA. 2014.

Grafico 4. Realización de la prueba de VIH en hombres, Nicaragua, 2011-2012.



**FUENTE:** Instituto Nacional de Información de Desarrollo y el Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12: Informe Final (ENDESA 2011/12). Managua, Nicaragua: INIDE/MINSA. 2014.