



SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS
Dirección General de Promoción de la Salud
Departamento de ITS/VIH/SIDA

Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC)
Oficina Regional del Programa Global de SIDA para
Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP)

Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en
Poblaciones Vulnerables: Personas con VIH.

ECVC. Honduras



Esta encuesta fue realizada desde la rectoría del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras, con el apoyo técnico y financiero de los Centros para la prevención y control de enfermedades a través del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC/GAP/CAP), con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Tegucigalpa, Honduras, octubre 2007.

Tegucigalpa

Región Metropolitana de Tegucigalpa
Centro de Salud Alonso Suazo
Centro de Salud del Carrizal
ASONAPVSIDAH
Coordinadora de Grupos de Auto apoyo de Tegucigalpa
Sala de Infectología del Instituto Nacional del Tórax
CAI del Hospital Escuela
CAI del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
Laboratorio de Referencia Nacional de ITS

San Pedro Sula

CAI Hospital Mario Catarino Rivas “José Roberto Trejo”
Ministerios Siempre Unidos de la Iglesia Episcopal
CAI del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
Asociación de Personas con VIH /SIDA de Honduras (ASONAPVSIDAH)
Laboratorio Regional, Departamento de Cortés

Investigadoras principales

Mayte Paredes
Jefa del Departamento de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud de Honduras

Sonia Morales Miranda
Coordinadora de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica e Investigación. Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá. (GAP-CAP). Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC)

Co-Investigadores

Gabriela Paz. CDC/GAP/CAP
Berta Álvarez. ECVC-CDC/GAP/CAP/Honduras
Suyapa Mendoza. Laboratorio Nacional de ITS. Secretaría de Salud de Honduras
Rita Meza. Laboratorio Nacional de VIH/SIDA. Secretaría de Salud de Honduras
Ivette Lorenzana de Rivera. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)
Keith Sabin. CDC/GAP Atlanta, Georgia, EUA
Edgar Monterroso. CDC/GAP/CAP

Equipo Nacional de la ECVC

Sonia Morales Miranda. Investigadora principal
Berta Álvarez. Coordinadora nacional
Nelson Arambu. Coordinador regional
Carlos Alonso Medrano. Coordinador regional

Equipos de Campo

Tegucigalpa

Centro de atención integral. El Carrizal

René Landa

Andrés Murillo

Reina Esther Paguaga

Alejandra Paola Montes

Centro de atención integral. Alonso Suazo

Vilma Carolina Rodríguez

Eduviges Moreira

Lirio Maradiaga

Ana Rivera

Centro de atención integral. Instituto Nacional del Tórax

Elizabeth Daccarett

Emil Padget

Dilcia Jasmín Gómez

Ada Pavón

Juan Ramón Osorto

Alejandrina Hernández

Ela Dianiria Márquez

Claudia Pinto

Alejandra Paola Montes

Martha Hernández

Edith Velásquez

San Pedro Sula

Centro de Atención Integral. José

Roberto Trejo. Hospital Mario

Catarino Rivas

Néstor Geovanny Hernández

Karen Bográn

Mario Fu

Herman Zavala

Delia Sánchez

Miriam Ávila

Diana Sevilla

Miriam Talavera

Ángela Andrade

Gustavo Alfredo Rodríguez

Gladis Sabina Aguilar

Equipos de Coordinación

Tegucigalpa

Nerza Paz	Directora región departamental Metropolitana de Tegucigalpa
Marlen Rivera	Grupo de coordinadores de grupos de auto apoyo de Tegucigalpa
Lesby Castro	Programa ITS/VIH/SIDA, región metropolitana de Tegucigalpa
Eduviges Moreira	Laboratorio. Césamo Alonso Suazo
Carolina Banegas	Hospital escuela
Elsa Palou	Sala de Infectología del INT
Isabel Zelaya	CAI del IHSS- Tegucigalpa

San Pedro Sula

Julio César Rodríguez	Director Regional Departamental Metropolitana SPS
Juana María Aldana	Programa Regional de ITS/VIH/SIDA. SPS Hospital Mario Catarino Rivas
Luisa María Pineda	ASONAPVSI DAH
Luis Marroquín	ASONAPVSI DAH
Aracely Martínez	Ministerio Siempre Unidos. Iglesia Episcopal
Estuardo Denie Lorenzana	CAI del Ministerio Siempre Unidos. Iglesia Episcopal
Alda Santos	CAI del Ministerio Siempre Unidos. Iglesia Episcopal
Esther Flores	CAI del IHSS
Ondina Martínez	CAI del IHSS
Charles Parchment	CAI del IHSS

Agradecimientos

Honduras

Freddy Flores
Miguel Andino
Marlen Rivera
Alejandra Poala Montes
Edith Velásquez
Martha Hernández
Luís Marroquín
Araceli Martínez
Nestor Hernández
Karen Bográn
Gustavo Rodríguez
Sabina Aguilar
Wilda Cálix
José Salomón
Licida Bautista (COMCAVI)
Carlos Rivera (PASMO)
Kellie Stewart (USAID)

Guatemala

Natalie Roberts
Luis Carlos Castellanos
Marvin Maldonado
Renai Edwards
Gabriela Molina
Mónica Morales
Sandra Juárez
Cesar Núñez (PASCA)

Atlanta

Keith Sabin
Ron Ballard
Celine Taboy
Laura Hickman
Eddas Bennett

Informe técnico preparado por
Sonia Morales Miranda

Autoridades de Salud

Dra. Jenny Mercedes Meza
Secretaria en el Despacho de Salud

Dra. Nerza Paz
Sub-Secretaria de Redes de Servicios

Dr. Aníbal Fúnez
Sub-Secretario de Política Sectorial

Dr. Carlos Aguilar
Sub-Secretario de Riesgos Poblacionales

Dr. Manuel Adalid Gomero
Director General de Redes de Servicios y Sistemas de Salud

Dr. Ángel Vásquez
Director General de Vigilancia de la Salud

Dr. Orles Escobar
Director General de Regulación Sanitaria

Dra. Sandra Ramírez
Directora General de Promoción de la Salud

Dra. Adriana Mayte Paredes
Jefa Departamento ITS/VIH/SIDA

Esta encuesta se realizó por medio del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud, dentro del Acuerdo Cooperativo Secretaría de Salud CDC/GAP/CAP/ No. 04276 técnico y financiero con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y gracias al aporte financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Lo expresado en esta publicación refleja únicamente la opinión de los autores y no necesariamente la opinión de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades o de USAID.

Se agradece la colaboración del Proyecto PASCA, PASMO, COMCAVI, los socios nacionales y en especial a las poblaciones que facilitaron y permitieron la realización de este trabajo con apropiación, responsabilidad y compromiso en las diferentes etapas de su desarrollo.

Índice

	Resumen ejecutivo	7
	Glosario	8
	Lista de cuadros y gráficas	9
I	Introducción	10
II	Antecedentes	10
	- La epidemia del VIH en Honduras	
	- Estudios previos	
	- Objetivos del estudio	
III	Métodos	11
	- Población de estudio y sitios	
	- Criterios de inclusión	
	- Tamaño de muestra	
	- Muestreo de los grupos objetivo	
IV	Procedimientos de la encuesta	14
	- Procedimientos clínicos y de laboratorio	
	- Tratamiento sintomático y etiológico	
	- Equipos de campo	
	- Capacitación	
	- Coordinación del trabajo de campo y sitios de entrevista	
	- Análisis de datos	
	- Aspectos éticos	
	- Recolección de datos	
V	Resultados	17
	- Características sociodemográficas	
	Uso de drogas	
	Comportamiento sexual, parejas sexuales y clientes	
	Acceso y disponibilidad de condones, uso de lubricantes	
	Prevalencias de infecciones de transmisión sexual	
	Conocimiento sobre VIH y acceso a servicios	
	Estigma y discriminación	
VI	Discusión	46
VII	Recomendaciones	50
	- Estrategias para la prevención	
	- Mejoría y acceso a los servicios de salud	
	- Otras recomendaciones	
VIII	Referencias	52

Resumen ejecutivo

Antecedentes. La vigilancia del comportamiento en Centroamérica se ha enfocado a la población de mayor riesgo de adquirir la infección por el VIH; por ejemplo, los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales. Por las características de la epidemia de VIH en Honduras, donde se han observado áreas con prevalencias que describen epidemias generalizadas y otras con características de epidemia concentrada, se evidenció la necesidad de caracterizar el comportamiento de las personas con VIH, para disponer de mayor información que guíe las acciones de prevención. La presente encuesta de comportamiento y prevalencia de ITS, es la primera que se realiza en la región, con el objetivo de contar con información para el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención, control y mejora de la atención de las personas con VIH.

Métodos. El reclutamiento de las personas con VIH fue a través de un muestreo consecutivo en salas de espera de los hospitales donde se atiende a esta población. Se entrevistó a 824 personas en Tegucigalpa y San Pedro Sula. Las entrevistas de comportamiento se hicieron a través de un sistema de entrevistas asistidas por computadora denominado ACASI (audio computer-assisted self-interviewing). Con previo consentimiento informado, a todas las personas participantes se les realizaron pruebas en sangre, orina e hisopado vaginal e hisopado de úlcera genital, cuando se encontraron para diagnóstico de sífilis, clamidia, gonorrea, tricomoniasis, micoplasmosis, herpes tipo 2, linfogranuloma venéreo (LGV) y vaginosis bacteriana.

Resultados. La recolección de datos se llevó a cabo de junio a septiembre de 2006. El dato acerca de uso de condón durante la última relación sexual fue bajo. Se reportó 48.7%; en hombres 62.2% y en mujeres 38.1%; se observa una diferencia significativamente menor ($p < 0.05$). De la población estudiada, más de la mitad tuvo relaciones sexuales de riesgo durante el último año, una cuarta parte de las mujeres participantes nunca usaron condón con pareja ocasional durante el último año. Esta población reportó baja escolaridad, la mayoría no tiene empleo y mostró escaso conocimiento de los métodos de prevención, de las formas de transmisión y de la reinfección por VIH. Una cuarta parte de la población estudiada reportó haber usado drogas en el último año y 3.0% usó drogas inyectables. Del total de entrevistados 1.6% actualmente son trabajadores sexuales y 9.3% de los hombres encuestados reportan tener relaciones sexuales con hombres. La prevalencia de gonorrea fue de 0.2%, clamidia 1.4%, sífilis 1.2%, tricomonas 4.9%, micoplasma 11.8% y de herpes tipo 2 fue 77.9%. Se observó una diferencia estadísticamente significativa por sexo en tricomoniasis, micoplasma y herpes tipo 2; las mujeres reportan 8.0%, 16.1%, 84.8% comparado con el 1.3%, 6.9%, 71.2% en hombres, respectivamente ($p = 0.000$), para sífilis la diferencia estadística es menor en las mujeres: 0.4% comparado con 2.2% en hombres ($p = 0.020$).

Conclusiones. La reducción del índice de la transmisión del VIH en Honduras requiere nuevas estrategias, que incluyan intervenciones de comportamiento específicas para personas con VIH y que tomen en cuenta el nivel educativo así como las carencias esenciales de vida que caracterizan a esta población. Este estudio destaca especialmente la importancia de la desigualdad del género, relacionadas con el conocimiento de VIH, el acceso al diagnóstico y tratamiento de las ITS para la mejoría de la atención integral, el acceso al condón como medida de salud pública que incida directamente en evitar comportamientos de riesgo, así como de la incorporación programática de acciones sostenidas hacia el personal de salud que brinda la asistencia médica y que debe asumir el aumento de la educación y la prevención del VIH.

Recomendaciones. Es urgente responder al riesgo de transmisión de VIH a través de estrategias de prevención efectivas, que se adapten a las características de las personas con VIH, que refuercen el tema de la reinfección, el diagnóstico y tratamiento de las ITS para la mejoría de la atención integral de las personas con VIH. Las intervenciones educativas brindadas durante la atención médica la incorporación de un programa permanente de consejería, diagnóstico y tratamiento de las ITS a las consultas periódicas para su tratamiento con ARV, además de otros programas de que refuercen el auto cuidado. Reforzar el rol de los grupos de autoayuda y buscar nuevos escenarios para el empoderamiento de las mujeres y la adaptación de género en la promoción del condón, además de un marco legal sólido para tratar el estigma del VIH e incorporar a diversos actores políticos y sociales a la lucha contra la discriminación de las personas con VIH.

Glosario

ACASI	Audio computer-assisted self-interviewing
ASONAPVSI DAH	Asociación de personas que viven con VIH SIDA
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
CDC	Centros para el control y prevención de las enfermedades
CD4	Examen de conteo de linfocitos D4
ELISA	Enzima de radio inmuno ensayo
EVC	Encuestas de vigilancia de comportamiento
ECVC	Estudio centroamericano de vigilancia de comportamiento
FHI	Family Health Internacional
FTF	(Face to face - entrevista cara a cara)
GAP	Programa Global de SIDA
HSH	Hombres que tienen sexo con Hombres
HSV	Herpes simple virus
IDU	Usuario de drogas inyectables
IMPACT	Implementing SIDA/AIDS Prevention and Care
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGV	Linfogranuloma venéreo
MIF	Prueba de microimmunofluorescencia
N	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no-gubernamental
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PHSC	Protection of Human Subjects Committee
PNS	Programa Nacional del Control del SIDA
PPS	Probabilidad proporcional al tamaño de muestra
RDS	Muestreo dirigido por entrevistados
RPR	Rapid Plasma Reagin
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia humana
TLS	Muestreo por tiempo y localidad
TPHA	Ensayo de hemaglutinación para el <i>treponema pallidum</i>
TS	Trabajadoras sexuales
TSM	Trabajador sexual masculino
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo
VCT	Consejería voluntaria con prueba rápida para VIH
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Lista de cuadros y gráficas

- Cuadro 1: Tamaño de la muestra establecida por ciudad
- Cuadro 2: Censo y tamaño de muestra por establecimiento de salud
- Cuadro 3. Resumen de muestras y pruebas de laboratorio
- Cuadro 4. Muestra total obtenida
- Gráfica 1 : Grupos de edad por sexo
- Gráfica 2 : Escolaridad por sexo
- Gráfica 3 : Actividad principal por sexo
- Cuadro 5. Características sociodemográficas por sexo
- Cuadro 6: Lugar de origen y residencia por sexo
- Cuadro 7. Uso de alcohol y drogas por sexo
- Cuadro 8. Historia sexual por sexo
- Cuadro 9. Trabajo sexual por sexo ¹
- Cuadro 10. Comportamiento sexual, última relación sexual por sexo
- Gráfica 4 : Tipo de pareja y uso de condón en la última relación sexual por sexo
- Gráfica 5 : Quién sugirió el uso de condón, en la última relación sexual por sexo
- Cuadro 11. Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses y Frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 30 días, por sexo
- Gráficas 6, 7, 8: Número de parejas en los últimos 12 meses por tipo de pareja y por sexo.
- Cuadro 12. Características del uso de condón con la pareja sexual regular más reciente por sexo
- Cuadro 13. Características del uso de condón con la pareja sexual ocasional más reciente por sexo.¹
- Cuadro 14. Características del uso de condón con la pareja sexual comercial más reciente por sexo
- Gráfica 9: Porcentaje de uso de condón por tipo de pareja más reciente en la última relación sexual por sexo
- Gráfica 10: Porcentaje de uso de condón, por tipo de pareja por sexo
- Cuadro 15. No uso de condón por sexo
- Cuadro 16. Disponibilidad del condón por sexo
- Cuadro 17. Conocimiento de ITS por sexo
- Cuadro 18. Síntomas de ITS por sexo
- Cuadro 19. Tratamiento de ITS por sexo
- Cuadro 20. Prevalencia de ITS por sexo
- Cuadro 21. Conocimiento relacionado a la infección del VIH por sexo
- Cuadro 22. Índice de conocimiento relacionado con la infección y las formas de prevención por sexo
- Cuadro 23: Autocuidado y motivación personal por sexo
- Cuadro 24. Diagnóstico y situación de salud por sexo
- Cuadro 25. Apoyo y atención por sexo
- Cuadro 26. Apoyo y atención de la familia por sexo
- Cuadro 27. Atención y apoyo en los grupos de autoayuda por sexo
- Cuadro 28. Conocimiento de Derechos Humanos por sexo
- Cuadro 29. Estigma y discriminación por ser persona con VIH por sexo
- Cuadro 30. Estigma y discriminación a la familia de las personas con VIH por sexo
- Cuadro 31. Estigma y discriminación de los centros de salud por sexo
- Cuadro 32. Autoestigma por ser persona con VIH por sexo

I. Introducción

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento y Prevalencia de ITS en personas con VIH, es el resultado del trabajo multisectorial cuyo objetivo común fue la obtención de información estratégica y actualizada de las personas con VIH. Esta información apoyará la incidencia política, que el Departamento de ITS/VIH/SIDA tiene en los ámbitos de rectoría y elaboración del plan estratégico nacional de lucha contra el SIDA, un objetivo fundamental es lograr una mayor asignación de recursos y procurar que estos se dirijan a tener un mayor impacto en las intervenciones que se realizan en esa población. Además, servirán para guiar las estrategias de las instituciones y organizaciones que trabajan con las personas con VIH. Los resultados de esta encuesta también contribuirán a la caracterización de la epidemia de VIH en el país.

Esta encuesta fue realizada desde la rectoría del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras, con el apoyo técnico y financiero de los Centros para la prevención y control de enfermedades a través del Programa Global de SIDA de la oficina regional para Centroamérica y Panamá, CDC/GAP, de los grupos de autoapoyo, la ASONAPVSIDAH, el Ministerio Siempre Unidos de la Iglesia Episcopal y con el apoyo financiero de la USAID.

En recientes lineamiento de la OPS se propone la actualización para la denominación de “personas que viven con VIH” quienes son la población objeto de esta encuesta. Este término debe sustituir al término y siglas usados anteriormente como: “personas que viven con VIH”, “VIH positivos”, “personas infectadas” y “seropositivo” PVVS [1].

II. Antecedentes

En América Latina alrededor de 1.6 personas viven con VIH. Los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras y trabajadores sexuales, y los usuarios de drogas constituyen las tres poblaciones principalmente afectadas por el VIH en toda la región [2] En Centro América el VIH se propaga predominantemente a través de las relaciones sexuales heterosexuales como entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres [3].

Para finales de 2005, se estima que en la región existe un número acumulado de 68,836 casos de VIH; la mayor parte de ellos en Honduras (22,847) seguido por Guatemala (11,303), El Salvador (16,353) y Panamá (10,712). La relación hombre mujer va de 0.7:1 en Belice a 3.0:1 en Nicaragua y Panamá [4].

La epidemia del VIH en Honduras

Según la definición de ONUSIDA, Honduras tiene una epidemia del VIH generalizada, con una prevalencia en adultos estimada de 1 a 2%. Según los estudios de vigilancia centinela en mujeres embarazadas en control prenatal, la prevalencia de VIH fluctuaba en valores cercanos a 1% en Tegucigalpa hasta valores de 3% a 4% en el Valle de Sula [4]. Estudios en grupos específicos de población, como trabajadoras sexuales, reportan que las prevalencias en esta población eran de 9.9% en 1998 y 10.1% en 2001, mientras que las prevalencias de VIH para hombres que tienen sexo con hombres han estado entre 8% a 10%, [5]. En población Garífuna se reportan prevalencias de 8% a 14% [6].

Hasta enero de 2007 se han registrado 23,963 casos de personas infectadas con el VIH, de los cuales 18,208 son casos SIDA y 5,755 de VIH [7]. Sin embargo, se considera que el sistema nacional de vigilancia tiene una sub-notificación importante, el mayor porcentaje de la notificación se realiza a través de la Secretaría de Salud cuya cobertura es insuficiente (60% la Secretaría de Salud, 18% el Seguro Social, 5% el sector privado y el restante 17% no tiene cobertura). Actualmente no se dispone de estudios que cuantifiquen esta sub-notificación [7].

La epidemia del VIH se concentra principalmente en los departamentos de Cortés, Francisco Morazán, Atlántida y Yoro. De forma acumulada, estos departamentos notificaron 76.3% del total de casos de SIDA y 76.6% de los casos de VIH [8]. Los departamentos con el menor número de casos registrados son Gracias a Dios, Intibucá, Ocotepeque, Lempira e Islas de la Bahía [8].

En Honduras la forma primaria de transmisión es la vía sexual. Los casos reportados a la Secretaría de Salud indican que más de 90% de las infecciones por el VIH son transmitidas por contacto sexual. De esos casos 85.1% se atribuyen a transmisiones heterosexuales, 6.6% a transmisiones homosexuales/bisexuales, 6.5% a transmisión vertical, 0.4% a transmisiones por contacto con sangre infectada (los últimos casos de transmisión por esta vía fueron notificados en 2000). De 1.4% se ignora el mecanismo de transmisión y por uso de drogas inyectables es de 0.05% (en 1997 fue notificado el último caso de transmisión por esta vía). La razón hombre mujer de los casos acumulados de SIDA desde 1985 hasta 2006 es de 1.3:1, y de VIH es de 0.6:1[8].

Debido a la necesidad de una mejor caracterización de la epidemia en Honduras, actualmente la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de ITS y VIH/SIDA está implementando un viraje hacia la vigilancia de segunda generación. En este marco se desarrolló el actual estudio de vigilancia de comportamiento y de prevalencias del VIH e ITS en poblaciones específicas.

Estudios previos

Los esfuerzos para la vigilancia del comportamiento en Centroamérica se ha enfocado a la población de mayor riesgo de infección por VIH; por ejemplo los hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales, sin embargo, por las características de la epidemia de VIH en Honduras, donde se han observado áreas con prevalencias que describen epidemias generalizadas y otras con características de epidemia concentrada, se evidenció la necesidad de caracterizar el comportamiento de las personas con VIH, para contar con mayor información que guíe las acciones de prevención y refuerce las mejores estrategias para una atención integral de las personas que viven con VIH. La presente encuesta de comportamiento y prevalencia de ITS en personas con VIH, es la primera que se realiza en la región.

Un estudio previo que se realizó con 206 personas con VIH, que incluyó cinco ciudades de Honduras, encontró una prevalencia de 5.5% para sífilis, 1.7% para gonorrea, 6.25 % para clamidia, 17.6% para hepatitis B, 3.5% para HTLV-1 y 40.2% para alguna ITS. De estos, 21% fueron trabajadoras sexuales y 46.2% homosexuales [9].

Objetivos del estudio

1. Obtener los principales indicadores de comportamiento sexual en personas con VIH.
2. Determinar la prevalencia de ITS, en personas con VIH en las áreas geográficas seleccionadas.
3. Proporcionar información que pueda asistir a las distintas agencias de financiamiento, al Programa Nacional del SIDA (PNS) y otras organizaciones locales en la planeación estratégica y en la definición de políticas de la respuesta en lucha contra el VIH/SIDA.
4. Apoyar al desarrollo de las capacidades locales para el establecimiento de la vigilancia del VIH y de comportamientos en poblaciones vulnerables.

III. Métodos

Población de estudio y sitios

Se planeó entrevistar a 800 personas, la ECVC para personas con VIH se llevó a cabo en dos ciudades del país: Tegucigalpa y San Pedro Sula.

Criterios de inclusión

Se estableció como criterio de inclusión tener 18 años de edad o más, que sean VIH positivos y que para su atención médica asistan a centros especializados para la atención de pacientes con VIH. Además, que estén vinculadas a organizaciones de autoapoyo de la sociedad civil o y que dieran su consentimiento informado por escrito.

Tamaño de muestra

La siguiente fórmula es usada para determinar los tamaños de la muestra para cada grupo objetivo.

$$n = D \frac{\left[\sqrt{2P(1-P)}Z_{1-\alpha} + \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}Z_{1-\beta} \right]^2}{\Delta^2}$$

Donde:

- D = efecto del diseño
- P1 = la proporción estimada en el tiempo de la primera investigación
- P2 = la proporción en una fecha futura donde la cantidad (P2 - P1) es el tamaño de la magnitud de cambio que se desea detectar
- P = (P1 + P2) / 2
- Z1- α = el marcador z correspondiente a la probabilidad que es deseada para poder concluir que un cambio observado de tamaño (P2 - P1) no pudo haber ocurrido por casualidad
- Z1- β = el marcador z correspondiente al grado de confianza deseado para estar seguro de detectar un cambio de tamaño (P2 - P1) si alguno ocurriera

$\alpha = 0.05$ (Z1- $\alpha = 1.65$) $\beta = 0.20$ (Z1- $\beta = 0.84$)

Debido a la falta de indicadores de comportamiento específicos en esta población se estableció un valor inicial de (P1) estimado en 50% y se propone detectar un cambio de 15 puntos porcentuales. Con un nivel de precisión (α) de 0.05 y un margen de error de 2.0% ⁷.

Con la aplicación de la fórmula descrita anteriormente, se obtuvo una muestra de 367 entrevistas para cada grupo objetivo por ciudad. Se propone un tamaño de muestra de 400 (200 hombres y 200 mujeres para cada ciudad). En el cuadro uno se reseña el tamaño de la muestra.

Cuadro 1. Tamaño de la muestra establecida por ciudad

Poblaciones	Tegucigalpa	San Pedro Sula	Total
Hombres	200	200	400
Mujeres	200	200	400
Total	400	400	800

Muestreo de los grupos objetivos

Los sitios para realizar la encuesta para las personas con VIH fueron los establecimientos de salud en donde esta población recibe atención médica. En cada uno de los sitios de la encuesta se obtuvo el número de personas con VIH que se atiende en estos establecimientos de salud. El número de pacientes se estableció de acuerdo con el total de pacientes activos.

Cuadro 2. Censo y tamaño de muestra por establecimiento de salud. ECVC

Tegucigalpa		Censo de personas con VIH			Muestra propuesta		
Establecimiento de salud	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
CAI Carrizal	29	28	57	6	12	18	
CAI Alonso Suazo	29	44	73	12	15	27	
CAI Hospital Escuela Instituto Nacional del Tórax (INT)	188	267	455	90	102	192	
Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	172	168	340	45	91	136	
	79	62	141	22	15	37	
Total	583	757	1340	175	235	410	

San Pedro Sula		Censo de personas con VIH			Muestra propuesta		
Establecimiento de salud	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Hospital Mario Catarino Rivas	864	709	1573	180	170	350	
Iglesia Episcopal	67	66	133	5	6	11	
Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	108	92	200	28	21	49	
Total	1039	867	1906	213	197	410	

A las personas con VIH se les entrevistó en los establecimientos de salud que atienden de manera específica a esta población. Se trabajó de manera vinculada a los grupos de autoapoyo. Se obtuvo el número total de personas que son atendidas en los principales establecimientos de salud para personas con VIH, tanto de la Secretaría de Salud como del Instituto Hondureño de Seguridad Social en Tegucigalpa y en San Pedro Sula, sin importar si reciben o no tratamiento antirretroviral. Además, con los grupos de autoapoyo se obtuvo el número total de personas que acuden a dichos grupos, tanto de aquellas que asisten a consulta en los establecimientos de salud, como de las que no asisten.

Con las listas de las personas que acuden para obtener atención médica en los establecimientos de salud y las de las personas de los grupos de autoayuda que no acuden a esta consulta médica, se realizó una selección proporcional al tamaño del número de pacientes activos en cada establecimiento de salud y de quienes asisten a los grupos de autoayuda. Con este resultado se seleccionó aleatoriamente y se enroló a pacientes consecutivos atendidos en las salas de espera de los establecimientos de salud y en los grupos de autoayuda que participaron.

A las organizaciones y establecimientos de salud participantes se les solicitó referir a los participantes seleccionados aleatoriamente a los sitios de la encuesta ubicados, para Tegucigalpa, en dos centros de salud y un hospital de la Secretaría de Salud y en San Pedro Sula, en un hospital de esta misma institución.

Método de entrevista ACASI

Las entrevistas de comportamiento se llevaron a cabo por medio del sistema ACASI. Este sistema es útil para obtener información vinculada a temas de mayor privacidad como la sexualidad. ACASI ha mostrado que disminuye el sesgo introducido en las entrevistas cara a cara en las cuales los entrevistados tienden a disminuir datos concernientes a comportamientos de riesgo.

Este sistema permite que la persona encuestada "sea entrevistada" a través de una computadora. La computadora muestra las preguntas del cuestionario al entrevistado, quien escucha la lectura de las preguntas y las indicaciones correspondientes a través de audífonos. De esta manera se administra sucesivamente cada pregunta del cuestionario y el entrevistado incorpora sus respuestas, codificadas en color, usando el teclado o el ratón.

Antes de realizar la encuesta en Honduras, se realizó una prueba piloto del método en Guatemala, para la aplicación de la entrevista de comportamiento ACASI, en poblaciones con características como las que serían encuestadas en Honduras. El equipo nacional diseñó y realizó revisiones técnicas de los cuestionarios con el acompañamiento de los representantes de las organizaciones de personas con VIH de Tegucigalpa y se modificaron de acuerdo con el contexto de la población y de las ciudades estudiadas. Posteriormente se realizaron dos pruebas piloto del cuestionario para personas con VIH en ciudades que no estuvieron incluidas en la encuesta (Puerto Cortés y Choluteca) para lograr objetividad y no contaminar la muestra de las ciudades objeto del estudio. También se evaluó el desempeño del método ACASI en poblaciones en las que se reporta baja escolaridad y poco o nulo acceso a sistemas computarizados. Los resultados de esta prueba permitieron ajustar los cuestionarios.

Una vez definidos los cuestionarios se procedió a articular cada uno de ellos con el programa ACASI. Este proceso requirió realizar grandes esfuerzos y enfrentar retos importantes; se efectuaron las pruebas y ajustes necesarios para iniciar la recolección de datos. En esta etapa se integraron líderes de la población de estudio de cada ciudad incluida.

IV. Procedimientos de la encuesta

El Departamento ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud de Honduras conjuntamente con el CDC, a través del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá, organizó las actividades generales de la encuesta; y coordinó las acciones con el Laboratorio Nacional de ITS, con otras instituciones y organizaciones de personas con VIH. El Departamento de ITS/VIH/SIDA, convocó a actores clave, vinculados a las poblaciones de estudio.

En la etapa preparatoria del trabajo de campo se realizaron dos talleres para la presentación de los objetivos de la encuesta a las autoridades de los servicios de salud locales, instituciones, organizaciones y personas clave involucradas en cada las ciudad. La presentación de la encuesta fue convocada por el Departamento de ITS/VIH/SIDA, en colaboración con el CDC/GAP/CAP.

Procedimientos clínicos y de laboratorio

Antes de la colección de las muestras biológicas se llevó a cabo una consejería sobre VIH e ITS y sólo se tomaron muestras de quienes hayan firmado la hoja de consentimiento.

Los procedimientos clínicos fueron estandarizados para la recolección de las muestras biológicas; todo el personal involucrado en dichos procedimientos estaba capacitado. La muestras en los participantes masculinos incluyeron: sangre venosa y orina. Las muestras en mujeres incluyeron: sangre venosa, e hisopados vaginales. En aquellos casos donde existían úlceras genitales o anales se tomaron muestras con hisopo, tanto en hombres como en mujeres.

Las pruebas realizadas fueron las siguientes:

1. Pruebas en sangre venosa. A todos los participantes que aceptaron hacerse las pruebas en sangre venosa, se les extrajo 10 ml. de sangre para el estudio de sífilis, HSV. El examen cuantitativo de sífilis fue realizado por Rapid Plasma Reagin (RPR), en cada uno de los laboratorios regionales. Las muestras con RPR positivo fueron enviadas al Laboratorio Nacional en Tegucigalpa para el examen confirmatorio de *Treponema Pallidum Agglutination Particles (TP- PA)*. El resto de sueros, debidamente rotulados se guardaron a una temperatura de +4° C y fueron enviados posteriormente al laboratorio nacional de ITS. Se realizó la técnica de estudio específico para el virus del herpes tipo 2 (HSV-2. Herpes Select-2 ELISA IgG, Focus Technology, Inc.). El examen Focus ELISA tiene una sensibilidad de 96% y una especificidad de 97% para detectar HSV-2-anticuerpos específicos.
2. Examen de orina para gonorrea, *Clamidia*, *Mycoplasma* y tricomoniasis. A los hombres, se les pidió una muestra de 10 ml. de orina, con la cual se realizaron pruebas para *N. gonorrhoea* y *C. trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* y *Tricomoniasis* usando un examen comercial de PCR. La muestra de orina se guardó en un envase de 50 ml. y se mantuvo en refrigeración hasta el momento de ser enviada al laboratorio nacional de ITS, donde se separó en cuatro

alícuotas. Posteriormente se enviaron muestras al CDC en Atlanta, en donde fueron examinadas por medio de la técnica de PCR.

3. Examen de hisopado vaginal. A las mujeres se les recolectaron dos hisopados vaginales, con uno se hicieron dos frotis y el otro se uso para el examen por PCR. En los laboratorios locales se realizó la tinción de Gram para evaluar vaginosis bacteriana. Los hisopados y frotis vaginales se mantuvieron en refrigeración y fueron enviados al Laboratorio Central de ITS y posteriormente se enviaron al CDC en Atlanta en donde fueron examinados para *N. gonorrhoea*, *C. trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Tricomoniiasis* y vaginosis bacteriana.
4. Examen de hisopado de las úlceras. A las personas que tuvieron úlceras genitales o rectales se les tomó una muestra de hisopado, esta muestra fue examinada para herpes virus, *sífilis* y *Haemophilus ducrey*. La muestra fue guardada en refrigeración antes de ser transportada al laboratorio Nacional de ITS para su posterior envío al CDC en Atlanta, para ser examinada con técnica de PCR.

El Laboratorio Nacional de ITS realizó el control de calidad de las pruebas hechas en los laboratorios locales, mediante procedimientos específicos para las distintas modalidades de exámenes incluidos en la encuesta; con el propósito de que estuvieran de acuerdo con estándares previamente especificados en cada modalidad de examen. El 10% de las muestras fueron verificadas.

A continuación se presenta en el cuadro 3, el resumen de las pruebas que se realizaron en las diferentes poblaciones de la encuesta, tipos de prueba y laboratorios donde se realizaron.

Cuadro 3. Resumen de muestras y pruebas de laboratorio

Muestra	Prueba	Laboratorio	Volumen
Suero	RPR y TPPA parar sífilis	Laboratorio Nacional Honduras	5 ml
Suero	Serología HSV	Laboratorio Nacional Honduras	
Hisopos vaginales	Vaginosis Bacteriana, Tinción de gram	Laboratorio Nacional Honduras	Hisopo
Orina hombres	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoea</i> , <i>M. genitalium</i> y <i>T. vaginalis</i> PCR	Laboratorio, CDC Atlanta	10 ml
Hisopos vaginales	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoea</i> , <i>M. genitalium</i> y <i>T. vaginalis</i> PCR	Laboratorio, CDC Atlanta	Hisopo

Tratamiento etiológico y referencia

A cada participante se le proporcionó un formato de referencia con el número del código personal (asignado por orden correlativo) donde recibió los resultados de los exámenes de ITS y el tratamiento correspondiente, cuando fue necesario. Se brindó tratamiento sintomático para las ITS detectadas durante la entrevista. Los participantes recibieron los resultados de los exámenes de ITS realizados en el Laboratorio Nacional de Honduras. Estos resultados fueron entregados en los sitios de la encuesta, durante el período de operaciones, con los que se tenían acuerdos previos para dar seguimiento a los pacientes participantes.

Equipos de campo

Los equipos que realizaron el trabajo de campo, aunque no todos tuvieron la misma conformación de personal y los roles pudieron variar por ciudades, estuvieron formados por uno o dos voluntarios (miembros de las organizaciones de personas con VIH), uno o dos entrevistadores (miembros de los grupos de autoapoyo), uno o más médicos, una o más enfermeras, un microbiólogo o técnico de laboratorio, un tomador de la muestra de sangre y un consejero.

Capacitación

Para el personal de cada sitio de trabajo de campo se realizó:

- Un taller para el manejo clínico y de laboratorio, dirigido a quienes efectuarían la parte de atención clínica, recolección, envío y procesamiento de muestras.
- Un taller de capacitación para encuestadores, voluntarios y enlaces que apoyarían en el reclutamiento de participantes, muestreo, manejo de ACASI para las entrevistas de comportamiento y otras actividades organizativas del trabajo de campo.

En total se desarrollaron cuatro talleres de capacitación para los cuatro equipos de campo quienes trabajaron en la encuesta de personas con VIH en las dos ciudades del país.

Se impartieron cuatro talleres para encuestadores, voluntarios y enlaces, que reunieron un total aproximado de 50 personas capacitadas. En estos se incluyó a los responsables de campo de todas las poblaciones objetivo del ECVC y al personal de salud del nivel regional y a líderes de las organizaciones que apoyarían la supervisión del trabajo de campo.

Después de la capacitación del personal de campo y antes de iniciar con la recolección de datos en cada sitio, se llevó a cabo la homogeneización de los procedimientos en cada uno de los roles y en todos los pasos del flujo de realización de la encuesta: obtención de consentimiento informado, realización de la encuesta de comportamiento, toma de muestras biológicas y procedimientos para el almacenaje y envío de éstas a los laboratorios correspondientes, consulta de ITS y probable administración de tratamiento y de las estrategias generales de control de la entrevista, llenado de formatos y de los flujos de información.

Se dispuso de un manual de procedimientos, con el objetivo de proporcionar a los equipos de campo, las herramientas técnicas para consultar los procedimientos clínicos de la encuesta.

Coordinación del trabajo de campo y sitios de entrevista

Durante la organización y desarrollo de las pruebas piloto el equipo nacional probó los mecanismos de coordinación tanto regional como nacional con todas las áreas involucradas, para el abastecimiento de los materiales insumos, reactivos y equipo para el montaje de los sitios de campo.

La adaptación y mejoramiento de la infraestructura de los locales, así como la dotación de mobiliario, fue gracias al compromiso, voluntad y esfuerzo de los establecimientos de salud y las organizaciones involucradas. Los equipos de campo estuvieron conformados principalmente por el personal que rutinariamente atiende a las personas con VIH, quienes con voluntarios de los grupos de autoapoyo, extendieron sus horarios de trabajo para la realización de esta encuesta.

Análisis de datos

Se realizó la limpieza y validación de la información, antes de hacer el acoplamiento de las bases de datos de comportamiento con los datos de las muestras biológicas. Se realizó el análisis univariado y bivariado, para obtener las principales variables de conocimiento y de prevalencias de las ITS diagnosticadas. Para la comparación de medias en variables categóricas se usó una prueba Chi 2 y para las variables continuas una prueba T. Para la limpieza de los datos y para el análisis se utilizó Stata versión 8.0.

Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y del Comité de Ética de la Universidad del Valle de Guatemala (UVG), en donde se encuentra ubicada la Oficina del CDC/GAP/CAP. El Comité de Ética del CDC de Atlanta revisó el protocolo y delegó la aprobación al Comité de Ética de Honduras.

En mayo de 2005, el Comité de Ética de la UNAH planteó recomendaciones iniciales y en agosto del mismo año se sometió nuevamente a revisión de dicho Comité. Finalmente se incorporaron las sugerencias del laboratorio de ITS del CDC/Atlanta para la solicitud de almacenamiento y uso de las muestras en estudios posteriores y se obtuvo una actualización de la aprobación en mayo de 2006.

Recolección de datos

La obtención de la muestra en las dos ciudades fue alcanzada en el tiempo establecido, de cuatro a 12 semanas por sitio. El trabajo de campo en el ámbito nacional, tuvo una duración de cuatro meses, de junio a septiembre del 2006.

En el siguiente cuadro se presenta el número total de entrevistas realizadas en las dos ciudades, a pesar de los esfuerzos invertidos y del trabajo de líderes de los grupos de autoapoyo. Se tuvieron dificultades logísticas para lograr el reclutamiento y asistencia de las personas que asisten a otros establecimientos de salud que no fueron lugares de recolección de datos por ejemplo el Hospital escuela y el IHSS.

Cuadro 4. Muestra total obtenida

Tegucigalpa		Muestra propuesta		
Establecimiento de salud	Hombres	Mujeres	Total	
CAI Carrizal	6	12	18	
CAI Alonso Suazo	12	15	27	
CAI Hospital Escuela	45	91	192	
Instituto Nacional del Tórax (INT)	90	102	136	
Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	22	15	37	
Total	175	235	410	
San Pedro Sula		Muestra propuesta		
Establecimiento de salud	Hombres	Mujeres	Total	
Hospital Mario Catarino Rivas	180	170	350	
Iglesia Episcopal	5	10	15	
Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	28	21	49	
Total	213	197	414	

La muestra total obtenida fue de 410 personas en Tegucigalpa y 414 en San Pedro Sula. Al depurar y validar los datos, se descartaron 10 entrevistas en Tegucigalpa y cuatro en San Pedro Sula por inconsistencias en la encuesta de comportamiento. Al final se analizaron los datos de 400 entrevistados en Tegucigalpa y 410 en San Pedro Sula. A continuación se presentan los primeros hallazgos de esta encuesta.

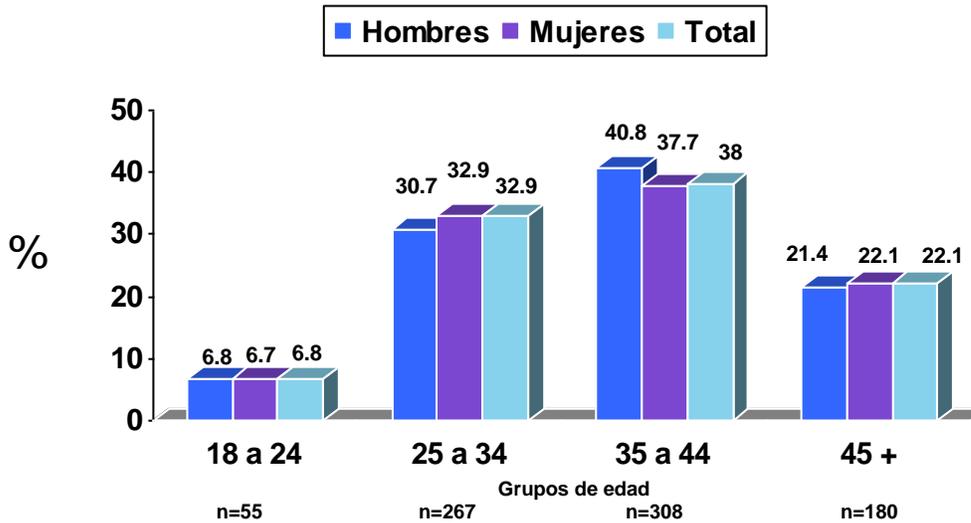
V. Resultados

Como parte de los acuerdos iniciales que se establecieron con la ASONAPVSI DAH y con los grupos de autoayuda, se llevaron a cabo jornadas de socialización con resultados preliminares en cada una de las ciudades participantes; lo cual permitió establecer las líneas principales para este reporte.

Características sociodemográficas

A continuación se presenta la información en los gráficos y en el cuadro cinco, donde se resume la información sociodemográfica de la población encuestada, por sexo.

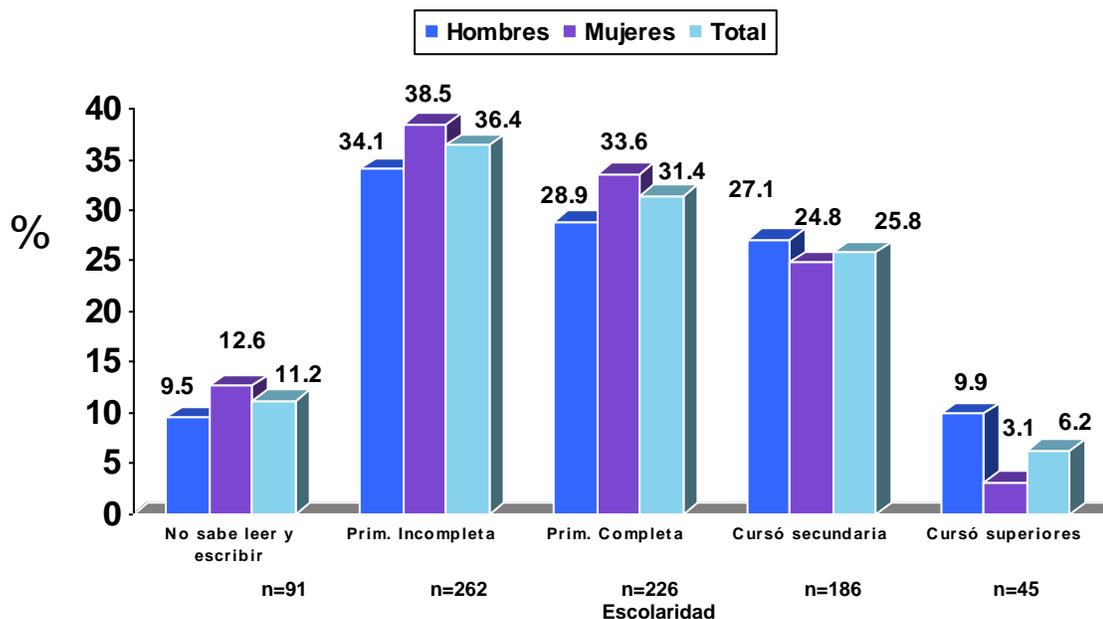
Gráfica 1. Grupos de edad por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.



Variables	Hombres		Mujeres		Total	
	Mediana	Rango IC	Mediana	Rango IC	Mediana	Rango IC
Edad en años	37	(32-43)	37	(30-44)	37	(31-43)

En el gráfico 1 se presenta la edad por sexo. Casi la mitad de los participantes se encuentran entre los 35 y 44 años, el 70.0% se agrupa entre 25 y 44 años y el 6.8% de la población encuestada tenía de 18 a 24 años. No hay diferencias significativas en la edad entre hombres y mujeres, en ambos la mediana fue de 37 años y un rango intercuartil de 31 a 43 años.

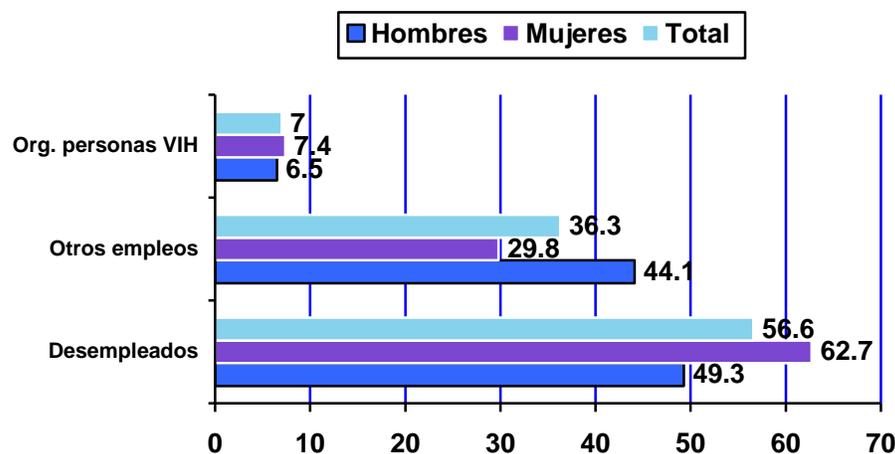
Gráfica 2. Escolaridad por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006



En lo referente a la escolaridad, se estableció que 11.2% del total de los participantes no sabe leer ni escribir, lo cual sumado al 36.4% que no completó la primaria, muestra que cerca del 50% de los entrevistados no completó la educación primaria. El 31.4% tiene educación primaria completa, 25.8%

cursó secundaria y sólo 6.2% cursó estudios superiores. Las mujeres tienen menor escolaridad que los hombres; esta diferencia es estadísticamente significativa, pues el 38.5% de las mujeres no completó la educación primaria en comparación con el 34.0% de los hombres. La proporción de hombres que han cursado estudios superiores fue de 8.7 % comparado con 2.6% en las mujeres.

Gráfica 3. Actividad principal por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.



Los datos acerca de la actividad principal que realizan las personas con VIH, muestran que más de la mitad no tienen empleo, y fueron las mujeres quienes reportaron el mayor porcentaje: 62.7%; los hombres 49.3%. Esta diferencia por sexo es estadísticamente significativa.

El 36.3% reporta tener diferentes empleos y 7.0% de los participantes declaró trabajar vinculado a las organizaciones de personas con VIH.

Cuadro 5. Características sociodemográficas por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total		p
	N	%	n	%		n	%	
Religión								
Católica	144	39.2	136	30.7	280	34.5		
Evangélica	179	48.7	262	59.1	441	54.4		
Testigos de Jehová	5	1.3	8	1.8	13	1.6		
Otra	7	1.9	12	2.7	19	2.3		
No tienen religión	32	8.7	25	5.6	57	7.0		
Total	367	100.0	443	100.0	810	100.0		0.020
Actividad principal								
Desempleado	181	49.3	278	62.7	459	56.6		
Trabaja vinculado a organizaciones de personas con VIH	24	6.5	33	7.4	57	7.0		
Otra	162	44.1	132	29.8	294	36.3		
Total	367	100.0	443	100.0	810	100.0		0.000
Situación marital ¹								
Alguna vez casado o unido	224	70.4	351	86.0	575	79.2		0.000
Actualmente:								
Casado o en unión libre	143	45.0	183	44.6	326	44.8		0.002
Soltero con parejas	61	19.2	44	10.7	105	14.4		0.002
Soltero y sin pareja	113	35.6	182	44.5	295	40.6		0.002
Total	317	100.0	409	100.0	726	100.0		0.002

¹ Sólo quienes son sexualmente activos

En la información acerca de la religión se observa que más de la mitad de las personas entrevistadas son evangélicas; además, hay una diferencia por sexo ya que 59.1% de las mujeres dijeron ser evangélicas y 48.7% de los hombres. El 34.5% de los entrevistados dijeron pertenecer a la religión católica y también se observa una diferencia por sexo; las mujeres representan menor proporción: 30.7% comparado con 39.2% de hombres. Entre quienes declararon no tener religión fue 7.0%, de los cuales los hombres representan la mayor proporción: 8.7% y las mujeres 5.6%.

De quienes declararon ser sexualmente activos, 79.2% alguna vez estuvieron casados o unidos, 86.0% de las mujeres y 70.4% de los hombres, sin embargo, cuando se reportó el estado marital actual se observa que sólo 44.8% reportaron estar casados o unidos. El 14.4% declaró ser soltero y tener pareja; los hombres tienen mayor proporción (19.2%) que las mujeres (10.7%). El 40.6% de los participantes declararon ser solteros y sin pareja, las mujeres representan mayor proporción (44.5%) que los hombres (35.6%), por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.002$).

Cuadro 6. Lugar de origen y de residencia por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total		P
	n	%	n	%		n	%	
Ciudades del estudio								
Tegucigalpa	165	44.9	235	53.0	400	49.3	0.022	
San Pedro de Sula	202	55.0	208	46.9	410	50.6	0.022	
Total	365	100.0	443	100.0	808	100.0	0.022	
País de origen								
Honduras	365	99.4	438	98.8	803	99.1		
Otro	2	0.5	5	1.1	7	0.8		
País de residencia								
Honduras	366	99.7	443	100.0	809	99.8		
Ciudad de residencia								
Tegucigalpa	120	32.7	180	40.6	300	37.0		
San Pedro de Sula	106	28.9	109	24.6	215	26.5		
Puerto Cortés	12	3.2	11	2.4	23	2.4		
El Progreso	11	3.0	9	2.0	20	2.4		
Otros	117	31.9	134	30.2	251	31.0		
Total	365	100.0	443	100.0	808	100.0		
Tiempo de vivir en el lugar de residencia								
Menos de un mes	4	1.1	3	0.6	7	0.8		
De 1 a 11 meses	16	4.3	11	2.4	27	3.3		
12 meses o más	345	94.5	429	96.8	774	95.7		
Total	365	100.0	443	100.0	808	100.0		
Media tiempo de residencia, en años	365	23.8	443	23.1	808	23.2		

¹ Sólo quienes son sexualmente activos.

Se observa que por ciudad, en la encuesta participó mayor número de mujeres que de hombres. En Tegucigalpa hubo mayor porcentaje de participantes mujeres (53.0%) comparado con 44.9% de hombres.

La mayoría de los participantes son hondureños (99.1%). Una tercera parte de los participantes viven en lugares distintos a las dos ciudades de estudio; 3.3% tiene menos de un año de residencia y la media de años de residencia fue de 23.2.

Cuadro 7. Uso de alcohol y drogas por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total		p
	N	%	n	%		n	%	
Uso de alcohol, en el último mes								
Todos los días	6	1.6	7	1.5	13	1.6	0.000	
Por lo menos una vez a la semana	89	24.2	32	7.2	121	14.9	0.000	
Nunca	272	74.1	403	91.1	675	83.4	0.000	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	0.000	
Uso de drogas								
Alguna vez en la vida	135	37.19	58	13.12	193	23.9		
Nunca	228	62.81	384	86.88	612	76.0		
Total	363	100.0	442	100.0	805	100.0		
Uso de drogas últimos 12 meses.								
Fuma marihuana	57	15.7	19	4.3	76	9.4		
Fuma crack	17	4.7	5	1.1	22	2.7		
Inhala cocaína	42	11.6	13	2.9	55	6.8		
Inhala <i>thinner</i> o <i>resistol</i>	7	1.9	2	0.5	9	1.1		
Otros	61	16.8	32	7.2	93	11.6		
Se inyecta cocaína o heroína.								
Últimos 12 meses	4	1.1	2	0.5	6	0.7		
Total	366	100.0	442	100.0	193	100.0	0.040	
Drogas inyectables								
Alguna vez en la vida	14	3.9	9	2.0	23	2.9		
Total	366	100.0	442	100.0	193	100.0	0.030	
Compartieron jeringa durante la última vez que se inyectó drogas¹								
Sí	5	35.71	2	22.22	7	30.43		
Total	14	100.0	9	100.0	23	100.0		

¹ Sólo para quienes se han inyectado drogas.

En el reporte de ingesta de alcohol en el último mes, se observó que la mayoría no tomó bebidas alcohólicas, el 83.4% y el 1.6% lo hizo diariamente. El 15.0% declaró que ingiere bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana, de los cuales se observa una diferencia estadísticamente significativa por sexo ya que los hombres representan mayor proporción (24.2%) comparado con 7.2% en las mujeres.

El 76.0% de los participantes declaró que nunca ha usado drogas ilegales y del 24% que alguna vez han usado drogas, los hombres con 37.2% muestran una diferencia estadísticamente significativa comparada con 13.1% de las mujeres.

En cuanto al uso de drogas durante los últimos 12 meses, del total de participantes, el 9.4% declaró haber fumado marihuana, 15.7% en los hombres comparado con el 4.3% en las mujeres. El 6.8% reportó que inhala cocaína, de los cuales 11.6% son hombres y 2.9% son mujeres. El 2.7% reportó que fuma crack, 4.7% en hombres y 1.1% en mujeres. El 1.1% declaró que inhala *thinner* o *resistol* y el 11.6% reportó usar otro tipo de droga.

Cuando se indagó acerca del uso de drogas inyectables alguna vez en la vida, 3.9% dijo que se ha inyectado y de estos, los hombres tuvieron el doble de la proporción que las mujeres: 3.9% y 2.0% respectivamente. De los 23 que usaron drogas inyectables alguna vez, siete personas declararon que compartieron la jeringa la última vez que se inyectaron drogas.

El 0.7% declaró que se inyectó cocaína o heroína en el último año, el 1.1 en hombres y el 0.5% en mujeres. En el uso de todas las drogas ilegales reportadas durante el último año, los hombres muestran una mayor proporción de consumo que las mujeres.

Cuadro 8. Historia sexual por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total		p
	N	%	n	%		n	%	
Relaciones sexuales								
Alguna vez en la vida	318	86.6	409	92.3	727	89.7	0.008	
Nunca	49	13.3	34	7.6	83	10.2	0.008	
Total	367	100.0	443	100.0	810	100.0		
Edad de la primera relación sexual ¹								
Mediana de edad (rango IC)	313	15 (14-17)	408	17 (15-19)	721	16(14-18)		
Relaciones sexuales en los últimos 12 meses ¹								
Sí	221	69.5	236	57.7	457	62.8	0.001	
Total	318	100.0	409	100.0	727	100.0		
Ha pagado para tener relaciones sexuales ¹								
Ha pagado para tener relaciones sexuales ¹	39	17.7	9	3.8	48	10.5	0.000	
Ha tenido sexo contra su voluntad ¹	21	9.5	41	17.3	62	13.5	0.014	
Ha tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo ¹	43	19.6	11	4.6	54	11.8	0.000	
Pareja extranjera ¹	19	8.6	14	5.9	33	7.2		
Total	220	100.0	236	100.0	456	100.0		
No. actual de parejas ¹								
0	126	39.6	188	45.9	314	43.1	0.003	
1	164	51.5	205	50.1	369	50.7	0.003	
2 o más	28	8.8	16	3.9	44	6.0	0.003	
Total	318	100.0	409	100.0	721	100		
Mediana (rango IC)	318	1 (0-1)	409	1 (0-1)	721	1 (0-1)		

¹ Sólo para quienes son sexualmente activos.

² Sólo para quienes han tenido parejas sexuales en los últimos 12 meses.

Las definiciones usadas para “*relación sexual*” fue sexo vaginal, oral o anal; “*pareja estable*” cónyuge, novio o amante con el que ha tenido relaciones sexuales tres veces o más; “*pareja ocasional*” parejas sexuales con las que no esté casado y no ha vivido con ellas y ha tenido relaciones sexuales menos de tres veces; “*pareja comercial*” pareja que le pagó al entrevistado por tener relaciones sexuales o aquella pareja a quien el entrevistado pagó para tener relaciones sexuales.

El 89.7% de los participantes ha tenido relaciones sexuales y dos terceras partes declaró haber tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. La mediana de edad para la primera relación sexual fue de 16 años.

De los 83 participantes que reportaron no haber tenido relaciones sexuales, 65.0% fueron hombres ($p=0.005$); 73.6% fueron de Tegucigalpa ($p=0.002$); mostraron menor nivel educativo ($p=0.013$) y también mayor carencia de empleo ($p=0.013$); cuatro de ellos dijeron tener antecedentes de uso de drogas inyectables. Sin embargo, 18 (21.0%) reportaron haber tenido una ITS en los últimos 12 meses y 6 (7.2%) fueron diagnosticados como positivos para alguna de la ITS de las pruebas realizadas. De estos mismos participantes, 65 reportaron usar condón como una manera de evitar la re infección; debido a lo anterior suponemos que hubo una inconsistencia en la primera respuesta acerca del inicio de las relaciones sexuales. Estos 83 participantes fueron excluidos del análisis de comportamiento.

El 10.5% reportó haber pagado para tener relaciones sexuales. Los hombres tienen una proporción significativamente más alta, 17.7% comparada con las mujeres 3.8%. El promedio reportado de relaciones con personas de su mismo sexo fue de 11.8%; los hombres con el 19.6% mostraron una proporción mayor que las mujeres con 4.6%.

En lo relativo a la historia de haber tenido relaciones sexuales contra su voluntad se reportó un promedio de 13.5%; las mujeres muestran una diferencia significativamente mayor que los hombres. Más de 50% de los hombres que reportaron haber tenido relaciones sexuales en contra de su voluntad también reportaron haber tenido relaciones sexuales con hombres en el último año.

Se reportó que 7% de los entrevistados tuvieron relaciones sexuales con un extranjero durante los últimos 12 meses. La mitad de los entrevistados reportaron tener una pareja actual y 6.0% dijo tener más de dos parejas, de estos son los hombres quienes tienen un porcentaje significativamente mayor que las mujeres.

Cuadro 9. Trabajo sexual, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		P
	n	%	n	%	n	%	
Relaciones sexuales a cambio de dinero¹							
Alguna vez en la vida	61	19.1	46	11.2	107	14.7	
Nunca	257	80.8	363	88.7	620	85.2	
Total	318	100.0	409	100.0	727	100.0	0.003
Edad de la primera vez que le pagaron por tener relaciones sexuales²							
Mediana (rango IC)	55	18 (15.20)	45	21 (18-30)	100	18 (15.5-23)	
Alguna vez ha sido trabajador sexual							
Sí	17	5.3	23	5.6	40	5.5	
Total	318	100.0	409	100.0	727	100.0	
Actualmente se dedica al trabajo sexual							
Sí	5	1.5	7	1.7	12	1.6	
Total	318	100.0	409	100.0	727	100.0	

¹ Sólo para quienes son sexualmente activos.

² Sólo para quienes reportaron haber tenido relaciones sexuales a cambio de dinero.

El 14.7 % de los participantes dijo haber tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, los hombres tienen un promedio significativamente mayor que las mujeres (p=0.003). El 5.5% dijo haber sido trabajadores sexuales alguna vez y el 1.6 se dedica actualmente al trabajo sexual, no hay diferencias por sexo.

Cuadro 10. Comportamiento sexual, última relación sexual, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	N	%	n	%	n	%	
Tiempo de la última relación sexual¹							
≤ 1 día	31	9.7	27	6.7	58	8.0	
2-7 días	70	22.0	76	18.8	146	20.2	
8-30 días	64	20.1	59	14.6	123	17.0	
1-6 meses	61	19.2	68	16.8	129	17.9	
Más de 6 meses	91	28.7	173	42.9	264	36.6	
Total	317	100.0	403	100.0	720	100.0	0.010
Tipo de pareja sexual (última relación sexual)¹							
Pareja regular (vive con ella)	159	50.0	233	56.9	392	53.9	
Pareja regular (no vive con ella)	64	20.1	135	33.0	199	27.3	
Pareja ocasional	73	22.9	33	8.0	106	14.5	
Pareja comercial	22	6.9	8	1.9	30	4.1	
Total	318	100.0	409	100.0	727	100.0	0.000
Uso de condón con última pareja sexual¹							
Sí	198	62.2	156	38.1	354	48.7	
Total	318	100.0	409	100.0	727	100.0	0.000
Quién sugirió el uso de condón^{1,2}							
Yo mismo	93	46.9	75	48.0	168	47.4	
La pareja	30	15.1	34	21.7	64	18.0	
Decidimos juntos	75	37.8	47	30.1	122	34.4	

Total 198 100.0 156 100.0 354 100.0 0.02

¹ Sólo para quienes son sexualmente activos.

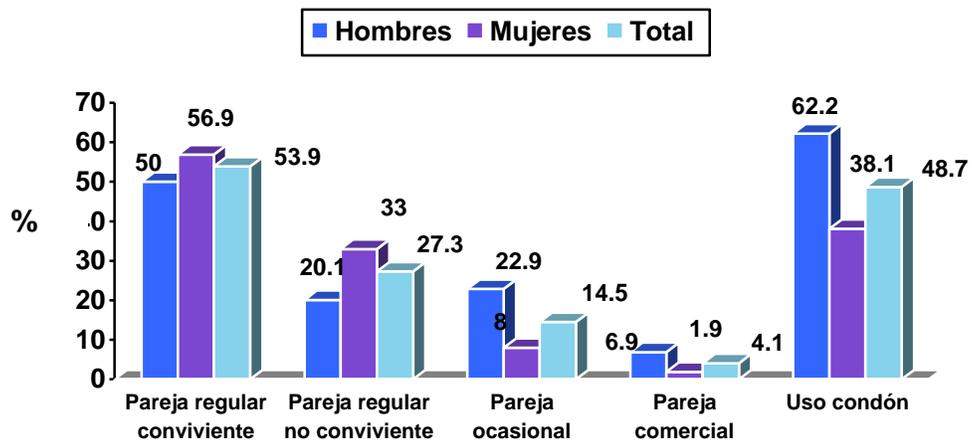
² Sólo para quienes usaron condón en la última relación sexual.

En cuanto al tiempo de haber tenido la última relación sexual, 36.6% reportó haberla tenido hace más de seis meses; las mujeres representan mayor proporción ($p= 0.01$).

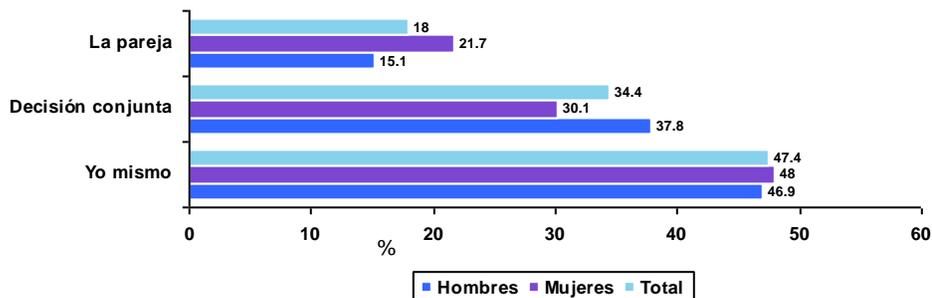
De acuerdo con lo reportado, en el tipo de pareja con la que tuvieron su última relación sexual el 53.9% informó que fue con pareja regular que vive con ella; el 27.3% con pareja regular pero que no vive con ella. Las mujeres tienen significativamente mayor proporción en ambos tipos de parejas ($p=0.000$). Los hombres tienen significativamente mayor porcentaje de parejas ocasionales y comerciales que las mujeres.

Poco menos de la mitad de los entrevistados reportó haber usado condón durante la última relación sexual; las mujeres reportaron una menor proporción (38.1%); en comparación con 62.2% de los hombres ($p=0.000$). En el uso de condón durante la última relación sexual, hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (0.02), casi la mitad de quienes declararon haber usado condón fueron quienes propusieron su uso, una mayor proporción de mujeres declaró que fue su pareja quien sugirió el uso del condón (21.7%) comparado con el 15.15 en los hombres (gráfica 4 y 5).

Gráfica 4. Tipo de pareja y uso de condón, en la última relación sexual, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.



Gráfica 5. Quién sugirió el uso de condón, en la última relación sexual, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.



Cuadro 11. Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses y frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 30 días, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		P
	n	%	n	%	n	%	
Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses							
Pareja regular							
0	24	11.2	13	5.5	37	8.2	
1	128	59.8	181	77.0	309	68.8	
2 o más	62	29.0	41	17.5	103	23.0	0.050
Mediana (rango IC)	214	1 (1-2)	235	1 (1-1)	449	1 (1-1)	
Pareja ocasional							
0	82	38.8	145	63.0	227	51.4	
1	55	26.0	58	25.2	113	25.6	
2 o más	74	35.2	27	11.8	101	23.0	0.000
Mediana (rango IC)	211	1 (0-2)	230	0 (0-1)	441	0 (0-1)	
Pareja comercial							
0	146	70.2	196	85.6	342	78.2	
1	30	14.4	16	7.0	46	10.5	
2 o más	32	15.4	17	7.4	49	11.3	0.005
Mediana (rango IC)	208	0 (0-1)	229	0 (0-0)	437	0 (0-0)	
	n	Mediana (rango IC)	n	Mediana (rango IC)	n	Mediana (rango IC)	
Frecuencia de relaciones sexuales en el último mes							
Pareja regular	167	3 (1-8)	195	2 (1-5)	362	3 (1-6)	
Pareja ocasional	80	2 (1-4)	44	1 (0-3.5)	124	3 (0-4)	
Pareja comercial	67	1 (0-3)	24	1 (1-3.5)	91	1 (0-3)	

¹ Sólo para quienes son sexualmente activos.

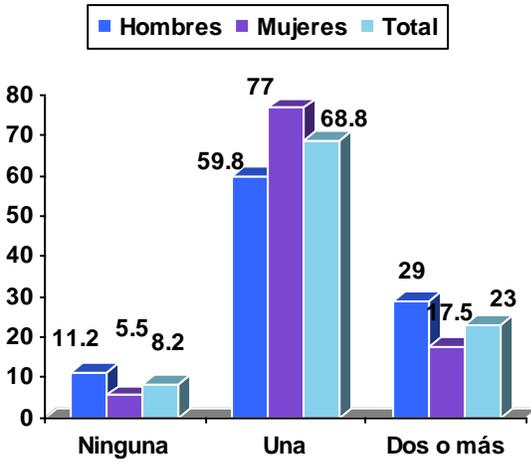
² Sólo para quienes han tenido pareja sexuales en los últimos 12 meses.

El cuanto a las parejas sexuales que tuvieron durante los últimos 12 meses, la mayoría reportó tener una pareja. La mayor proporción (68.8) fue pareja regular, 25.6% fue pareja ocasional y 10.5% pareja comercial. En las mujeres que reportaron tener una pareja regular se observa una diferencia significativamente mayor que los hombres; los hombres que reportaron tener más de dos parejas regulares mostraron una mayor proporción que las mujeres, esta última diferencia se observa también con parejas ocasionales y comerciales.

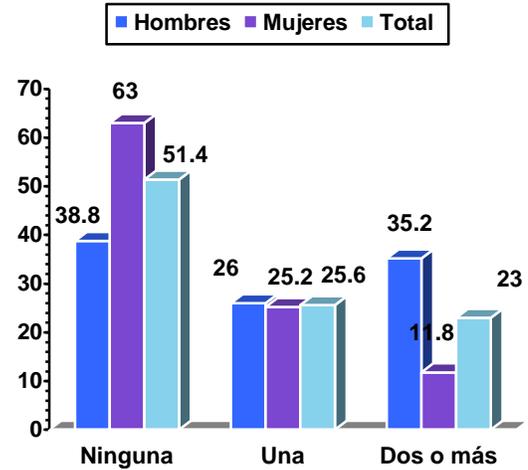
La mediana en la frecuencia de relaciones sexuales en el último mes, fue mayor con parejas regulares y mayor en hombres que en mujeres con parejas regulares y ocasionales (gráfica 6,7 y8).

Gráficas 6, 7 y 8. Número de parejas en los últimos 12 meses por tipo de pareja y por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

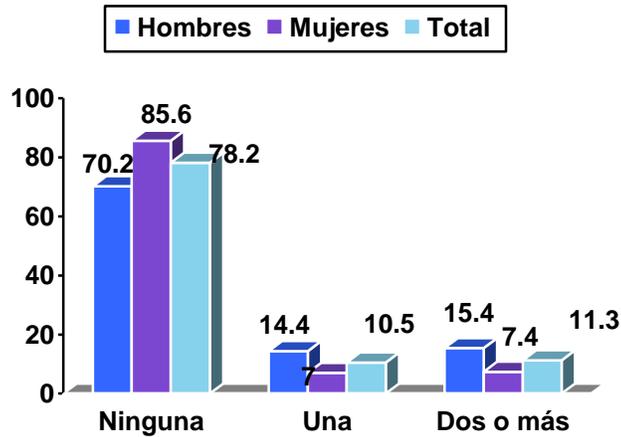
Gráfica 6. Pareja regular



Gráfica 7. Pareja ocasional



Gráfica 8. Pareja comercial



Cuadro 12. Características del uso de condón con la pareja sexual regular más reciente, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

Pareja regular ¹	Hombres		Mujeres		n	Total %	p
	n	%	n	%			
Uso de condón con la última pareja sexual.							
Sí	118	70.6	114	58.4	232	64.0	
Total	167	100.0	195	100.0	362	100.0	0.016
Quien sugirió el uso de condón ²							
Yo mismo	43	36.4	53	46.4	96	41.3	
Mi pareja	16	13.5	24	21.0	40	17.2	
Decidimos juntos	59	50.0	37	32.4	96	41.3	
Total	118	100.0	114	100.0	232	100.0	0.022
Uso de condón los últimos 12 meses ²							
Siempre	97	58.7	74	38.1	171	47.6	
Casi siempre	16	9.7	29	14.9	45	12.5	
Algunas veces	22	13.3	37	19.0	59	16.4	
Nunca	30	18.1	54	27.8	84	23.4	
Total	165	100.0	194	100.0	359	100.0	0.002
Razones para no usar condón ³							
No están disponibles	17	36.1	18	22.5	35	27.5	
A mi pareja no le gusta	9	19.1	40	50.0	49	38.5	0.001
No me gusta	11	23.4	11	13.7	22	17.3	
No pienso que sea necesario	5	10.6	6	7.5	11	8.6	
Confío en mi pareja	7	14.8	8	10.0	15	11.8	
Reduce el placer	11	23.4	6	7.5	17	13.3	0.011
Los condones no funcionan	5	10.6	3	3.7	8	6.3	
Total	47	100.0	80	100.0	127	100.0	

¹ Sólo para quienes son sexualmente activos.

² Sólo para quienes usaron condón en la última relación sexual con pareja regular..

³ Sólo los que dijeron que no usaron condón en la última relación sexual.

En la descripción del uso de condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con la pareja regular más reciente, 64.0% informó haberlo utilizado; declararon mayor uso los hombres que las mujeres: 70.6% y 58.4% respectivamente ($p=0.01$). Se observa una diferencia estadísticamente significativa por sexo en el reporte de quién sugirió el uso de condón. Las mujeres representan una proporción más alta de sugerir ellas mismas el uso de condón con pareja regular que los hombres, quienes también en mayor porcentaje indicaron que es la pareja quien lo sugirió; en la respuesta de que lo decidieron juntos las mujeres tienen menor porcentaje que los hombres.

Quienes declararon no usar condón con la pareja regular, señalaron como razón más común "porque a mi pareja no le gusta" y de estos son las mujeres quienes tienen significativamente un mayor porcentaje (50.0%) comparado con 19.1% en los hombres ($p=0.001$). Es importante notar que casi una tercera parte de quienes dijeron no usar condón declararon que fue porque los condones no están disponibles para ellos (27.5%). Los hombres que no usaron condón y que dieron como respuesta "porque reduce el placer" fue significativamente mayor que las mujeres ($p=0.011$).

En el uso consistente de condón con pareja regular, 47.6% respondió que siempre lo ha usado en los últimos 12 meses; 23.4% dijo no haberlo usado nunca.

El 20% reportó uso inconsistente del condón en los últimos 12 meses con pareja regular. En el uso consistente de condón con parejas regulares, las mujeres muestran una diferencia estadísticamente significativamente menor que los hombres. El 38.1% y 58.7% respectivamente; en el reporte de uso

inconsistente con pareja regular fue de 34.0% y 23.0% respectivamente y también tienen un mayor porcentaje para quienes reportaron no haberlo usado nunca 27.8% comparado con el 18.1% en los hombres ($p=0.002$).

Cuadro 13. Características del uso de condón con la pareja sexual ocasional más reciente, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

Pareja ocasional ¹	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Uso de condón en la última relación sexual.							
Sí	47	74.6	20	60.6	67	69.8	
Total	63	100.0	33	100.0	96	100.0	
Quién sugirió el uso de condón ²							
Yo mismo	26	55.3	15	75.0	41	61.2	
Mi pareja	2	4.2	1	5.0	3	4.5	
Decidimos juntos	19	40.4	4	20.0	23	34.3	
Total	47	100.0	20	100.0	67	100.0	
Uso de condón los últimos 12 meses ²							
Todo el tiempo	38	60.3	14	42.4	52	54.1	
Casi siempre	7	11.1	5	15.1	12	12.5	
Algunas veces	13	20.6	6	18.1	19	19.7	
Nunca	5	7.9	8	24.2	13	13.5	
Total	63	100.0	33	100.0	96	100.0	
Razones para no usar condón ³							
No están disponibles	3	18.7	2	15.3	5	17.2	
A la pareja no le gusta	1	6.2	8	61.5	9	31.0	0.001
No me gusta	3	18.7	0	0	3	10.3	
No pienso que sea necesario	6	37.5	2	15.3	8	27.6	
Confío en mi pareja	2	12.	0	0	2	6.9	
Reduce el placer	1	6.2	1	7.6	2	6.9	
Mi pareja esta infectada con SIDA	2	12.5	1	7.6	3	10.3	
Queremos tener hijos	2	12.5	0	0	2	6.9	
Total	16		13		29		

¹ Sólo para quienes son sexualmente activos.

² Sólo para quienes usaron condón en la última relación sexual.

³ Sólo quienes dijeron que no usaron condón en la última relación sexual.

En lo referente al uso de condón en la última relación sexual con la pareja ocasional más reciente, se reportó mayor uso que con pareja regular: 64.0%. Los hombres declararon mayor uso que las mujeres: 74.6% y 60.6% respectivamente, aunque no hay una marcada diferencia.

De quienes usaron condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con pareja ocasional, reportaron mayoritariamente que ellos sugirieron su uso y una tercera parte declaró que lo decidieron juntos. En este tipo de parejas son las mujeres quienes en mayor proporción reportaron que ellas sugirieron el uso de condón durante la última relación sexual.

De quienes declararon no usar condón durante la última relación sexual con pareja ocasional, la razón más común fue "porque a la pareja no le gusta" y de estos fueron mujeres quienes representaron un porcentaje significativamente mayor: 61.5% comparado con 6.2% en los hombres ($p=0.001$). Es importante notar que casi una tercera parte de quienes dijeron no usar condón declararon que fue porque "No piensan que sea necesario": 27.5% y fueron los hombres quienes representaron el mayor porcentaje: 37.5% comparado con 15.3% en las mujeres, diferencia que fue estadísticamente significativa ($p=0.011$).

En el uso consistente de condón con la pareja ocasional más reciente 54.1% respondió que siempre lo ha usado en los últimos 12 meses. El 13.5% dijo no haberlo usado nunca. El 32.5% reportó un uso inconsistente.

Un poco más de la mitad reportó un uso consistente de condón con la pareja ocasional durante los últimos 12 meses, una tercera parte declaró usarlo de manera inconsistente y 13.5% dijo que no lo usaron nunca con este tipo de pareja. Un 24.2% de las mujeres reportó que nunca usaron el condón con la pareja ocasional durante los últimos 12 meses.

Cuadro 14. Características del uso de condón con la pareja sexual comercial más reciente, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

Pareja comercial ¹	Hombres		Mujeres		n	Total %	p
	n	%	n	%			
Uso de condón en la última relación sexual							
Sí	35	83.3	19	82.6	54	83.0	
Total	42	100.0	23	100.0	65	100.0	
Quien sugirió el uso de condón ²							
Yo mismo	21	60.0	13	68.4	34	62.9	
Mi pareja	6	17.1	2	10.5	8	14.8	
Decidimos juntos	8	22.8	4	21.0	12	22.2	
Total	35	100.0	19	100.0	54	100.0	
Uso de condón los últimos 12 meses							
Todo el tiempo	25	59.5	12	54.5	37	57.8	
Casi siempre	8	19.0	2	9.0	10	15.6	
Algunas veces	5	11.9	4	18.1	9	14.0	
Nunca	4	9.5	4	18.1	8	12.5	
Total	42	100.0	22	100.0	64	100.0	
Razones para no usar condón ³							
No están disponibles	2	28.5	0	0	2	18.1	
A mi pareja no le gusta	2	28.5	2	50.0	4	36.3	
No me gusta	3	42.8	0	0	3	27.2	
Total	7	100.0	4	100.0	11	100.0	

¹ Sólo para quienes son sexualmente activos

² Sólo para quienes usaron condón en la última relación sexual

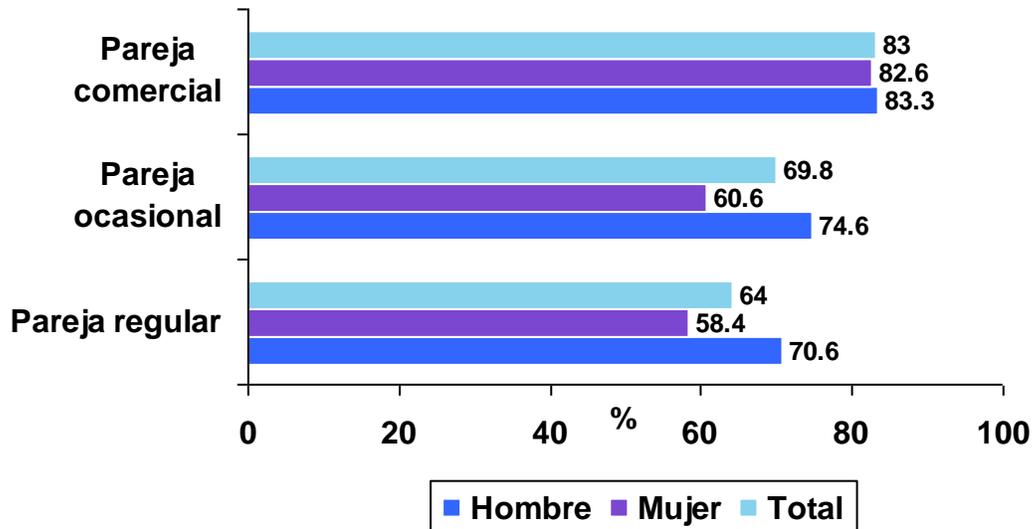
³ Sólo los que dijeron que no usaron condón en la última relación sexual.

El 83.0% de quienes reportaron tener parejas comerciales, usaron condón durante la última relación sexual con la pareja más reciente de este tipo. El 62.9% reportó que la última vez que tuvo relaciones sexuales con pareja comercial y usó condón, ellos mismos sugirieron su uso y una tercera parte dijo que juntos decidieron su uso.

De quienes declararon no usar condón durante la última relación sexual con pareja comercial, una tercera parte dio como razón "porque a la pareja no le gusta".

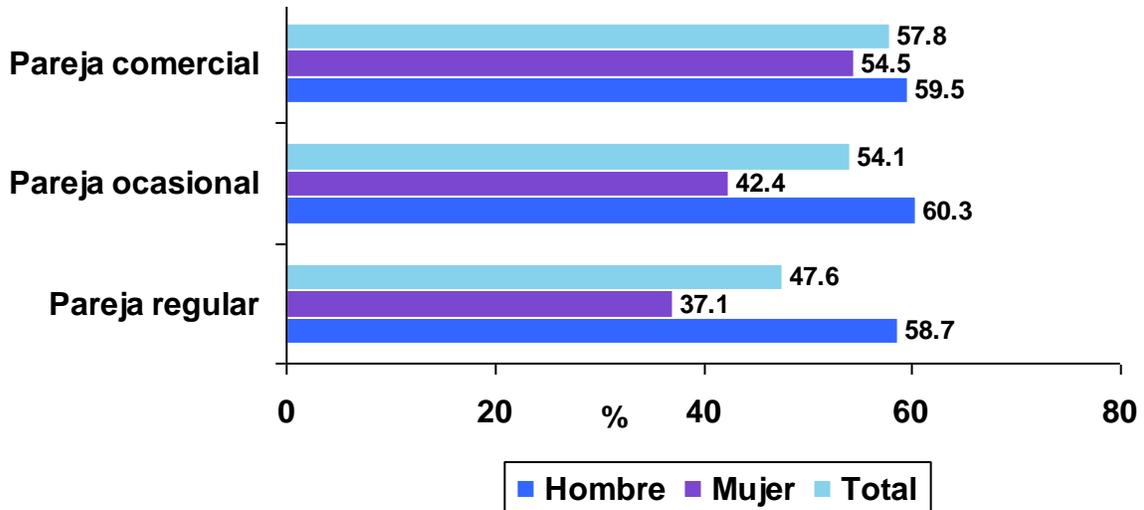
En el uso consistente de condón con la pareja comercial más reciente, el 57.8% respondió que siempre lo ha usado en los últimos 12 meses; 12.5% dijo no haberlo usado nunca. El 29.6% reportó un uso inconsistente (gráficas 9 y 10).

Gráfica 9. Porcentaje de uso de condón por tipo de pareja más reciente en la última relación sexual, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.



Gráfica 10. Porcentaje de uso consistente de condón, por tipo de pareja, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

Siempre usaron condón.



Cuadro 15. No uso de condón, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	N	%	
Alguna vez no usó condón en los últimos 12 meses.							
Si	67	21.1	83	20.3	150	20.6	
Total	317	100.0	408	100.0	725	100.0	
Razones de no uso de condón ¹							
Cuando está tomado	57	23.3	26	10.2	83	16.6	
Cuando ha consumido droga	15	6.1	13	5.1	28	5.6	
Sexo con pareja regular	61	25.0	113	44.3	174	34.8	0.000
Pareja no eyacula adentro	6	2.4	19	7.4	25	5.0	0.011
No eyaculó dentro	22	9.0	11	4.3	33	6.6	0.035
Hago el sexo oral	34	13.9	25	9.8	59	11.8	
Pareja hace sexo oral	25	10.2	21	8.2	46	9.2	
Masturbación	73	29.9	36	14.1	109	21.8	0.000
Pareja está infectada con SIDA	21	8.6	48	18.8	69	13.8	0.001
A mi pareja no le gusta	46	18.8	56	21.9	102	20.4	
Total	244		255		499		

El 20% de personas entrevistadas dijo alguna vez no haber usado condón durante los últimos 12 meses. Informaron no usar condón al tener relaciones sexuales con pareja regular 34.8%; el 21.8% manifestó no usarlo cuando practica la masturbación; y porque a su pareja no le gusta el 20.4%. Entre las mujeres, 18.8% respondió que no lo usan porque sus parejas son seropositivas a VIH, porcentaje significativamente mayor al de los hombres que fue 8.6% (p=0.001).

Cuadro 16. Disponibilidad del condón, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Lugares donde se pueden obtener los condones							
Centro de salud, hospital	219	69.5	320	81.2	539	76.0	0.000
ONG	38	12.0	38	9.6	76	10.7	
Chicleras	8	2.5	11	2.7	19	2.6	
Cetros de planificación familiar	58	18.4	97	24.6	155	21.8	0.047
Tiendas y supermercados	52	16.5	47	11.9	99	13.9	
Farmacia	184	58.4	201	51.0	385	54.3	0.049
Amigos	45	14.2	33	8.3	78	11.0	0.012
Bar/Disco	14	4.4	7	1.7	21	2.9	0.037
Hotel/motel/hospedaje	45	14.2	53	13.4	98	13.8	
Promotor	39	12.3	44	11.1	83	11.7	
Total	315		394		709		
Obtener un condón es...							
Muy fácil	155	49.0	147	37.1	302	42.4	0.000
Fácil	115	36.3	154	38.8	269	37.7	0.000
Regular	31	9.8	35	8.8	66	9.2	0.000
Difícil	11	3.4	36	9.0	47	6.6	0.000
Muy difícil	4	1.2	24	6.0	28	3.9	0.000
Total	316	100.0	396	100.0	712	100.0	
Porque es difícil obtener un condón ¹							
Me da pena	7	46.6	46	76.6	53	70.6	0.022
Muy caro	2	13.3	5	8.3	7	9.3	
No sé donde comprarlo	1	6.6	4	6.6	5	6.6	
No tengo dinero para comprarlos	3	20.0	11	18.3	14	18.6	
No hay en el centro de salud	4	26.6	9	15.0	13	17.3	
Total	15		60		75		

¹ Solo para aquellos que reportaron tener dificultades para obtenerlos

Los entrevistados informaron que el lugar donde consiguen con más frecuencia los condones, es el centro de salud o el hospital: 76.0%, en las farmacias 54.3%. Es significativamente más frecuente que las mujeres los consigan en los centros de salud que los hombres y ocurre lo contrario cuando los compran en las farmacias ($p=0.000$) y ($p= 0.04$) respectivamente.

Los participantes que dijeron haber usado condón durante los últimos 12 meses, reportaron que es muy fácil conseguirlos; 42.4% y 37.7% que es fácil, el 10.0% dijo que les es difícil y muy difícil. Las mujeres representaron una proporción significativamente mayor de quienes dijeron que es difícil y muy difícil conseguirlos; 15.0% comparado con 4.6% en los hombres.

De las 75 personas que dijeron que es difícil obtener un condón, 70.0% indicó que fue porque le da pena; las mujeres reportaron 76.6% que es una proporción significativamente mayor que la de hombres: 46.6% ($p=0.02$). De quienes dijeron que les es difícil obtener los condones 36.0% declaró que es porque no tienen dinero o porque no hay en el centro de salud.

Cuadro 17. Conocimiento de ITS, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Han escuchado alguna vez acerca de las ITS							
Sí	361	98.3	436	98.4	797	98.4	
Total	367	100.0	443	100.0	810	100.0	
Conoce los síntomas de ITS en mujeres.							
Flujo vaginal	165	52.2	303	72.8	468	63.9	0.000
Ardor al orinar	146	46.2	241	57.9	387	52.8	0.002
Úlcera genital o anal	88	27.8	158	37.9	246	33.6	0.004
Ganglios inflamados	65	20.5	122	29.3	187	25.5	0.007
Verrugas condilomas	70	22.1	107	25.7	177	24.1	
Dolor en el bajo vientre	67	21.2	144	34.6	211	28.8	0.000
Inflamación genital	144	36.0	216	51.9	330	45.0	0.000
Mal olor en los genitales	115	36.3	190	45.6	305	41.6	0.012
Total	316		416		732		
Número de síntomas de ITS en mujeres que conoce							
0	30	9.4	13	3.1	43	6.2	0.000
1	117	37.0	107	25.7	224	31.2	0.002
2 o más	169	53.5	296	71.0	465	62.5	0.004
Total	316	100.0	416	100.0	732	100.0	
Conoce los síntomas de ITS en hombres							
Salida de líquido por el pene	180	52.9	234	64.2	414	58.8	0.002
Ardor al orinar	187	55.0	215	59.0	402	57.1	
Úlceras genitales o anales	133	39.1	171	46.9	304	43.1	0.035
Inflamación de los ganglios	84	24.7	125	34.3	209	29.6	0.005
Verrugas condilomas	96	28.2	114	31.3	210	29.8	
Inflamación genital	149	43.8	184	50.5	333	47.3	0.074
Total	340		364		704		
Número de síntomas de ITS en hombres que conoce							
0	37	11.4	20	5.5	57	8.6	
1	114	34.0	104	28.3	218	31.4	
2 o más	189	54.5	240	66.0	429	59.9	
Total	340	100.0	364	100.0	704	100.0	
Índice de conocimiento de ITS por sexo							
Número de síntomas de ITS conocidos							
0	41	14.03	20	5.44	61	9.85	
1	101	32.62	94	26.26	195	29.53	
2 o más	165	53.35	246	68.30	411	60.63	0.04
Total	307	100.00	360	100.00	667		

La mayoría de los entrevistados dijeron que han escuchado acerca de las ITS. Las mujeres identifican en mayor proporción los síntomas de las ITS tanto en mujeres como en hombres, también identifican un mayor número de estos síntomas en ambos sexos ($p < .05$).

Cuadro 18. Síntomas de ITS por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Historia de ITS en los últimos 12 meses							
Sí	60	19.0	68	17.0	128	17.9	
Total	363	100.00	432	100.00	795	100.00	
Qué hizo la última vez que tuvo los síntomas de una ITS ¹							
No hizo nada	5	7.2	8	10.0	13	8.7	
Buscó consejo en IAC	10	14.4	13	16.2	23	15.4	
Fue a un centro de salud	32	46.3	35	43.7	67	44.9	
Fue a una clínica privada	8	11.5	5	6.2	13	8.7	
Fue a la farmacia	10	14.4	7	8.7	17	11.4	
Se automedicó	9	13.0	7	8.7	16	10.7	
Dejó de tener relaciones sexuales	12	17.3	13	16.2	25	16.7	
Usó condón	15	21.7	10	12.5	25	16.7	
Total	69		80		149		
Cuánto tiempo tardó en buscar consulta médica la última vez que tuvo síntomas de una ITS ¹							
Menos de una semana	20	33.9	21	32.3	41	33.0	
De una semana a un mes	19	32.2	22	33.8	41	33.0	
Más de un mes	20	33.9	22	33.8	42	33.8	
Total	59	100.0	65	100.0	124	100.0	

¹ Sólo los que reportaron síntomas de ITS en los últimos 12 meses

El 18.0% de los participantes reportaron haber tenido una ITS en los últimos 12 meses, el 45.0% de los que reportaron haber tenido alguna ITS dijo que la última vez que tuvo síntomas de ese tipo de infecciones buscó ayuda en un centro de salud y una tercera parte buscó ayuda antes de una semana, otro tercio después de una semana pero antes de un mes y el tercio restante después de un mes.

Cuadro 19. Tratamiento de ITS, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Prescripción tratamiento de ITS.							
Sí	52	83.87	59	90.77	111	87.40	
Total	62	100.00	65	100.00	127	100.00	
Obtuvo la medicina ¹							
Sí	34	65.38	31	51.67	65	58.04	
Sí, pero solo algunos	15	28.85	23	38.33	38	33.93	
No	3	5.77	6	10	9	8.04	
Total	52	100.00	60	100.00	112	100.00	
Tomó toda la medicina ¹							
Sí	44	89.80	50	92.59	94	91.26	
Total	49	100.00	54	100.00	103	100.00	

¹ Sólo quienes reportaron prescripción de tratamiento de ITS

De aquellos participantes que reportaron haber tenido una ITS, el 87.4% dijo haber tenido tratamiento con una prescripción médica, de estos 58.0% obtuvo la medicina, un tercio no lo consiguió todo y el 8.0% no lo consiguió. El 91.2% tomó el medicamento de quienes lo obtuvieron.

Cuadro 20. Prevalencia de ITS, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total		p
	n	%	n	%		n	%	
Gonorrea	0	---	2	0.4	2	0.2		
Clamidia	7	1.9	4	0.9	11	1.4		
Total	362	100.0	421	100.0	783	100.0		
Sífilis	8	2.2	2	0.4	10	1.2	0.020	
Total	363	100.0	443	100.0	796	100.0		
Tricomoniasis	5	1.3	34	8.0	39	4.9	0.000	
<i>Mycoplasma genitalium</i>	25	6.9	68	16.1	93	11.8	0.000	
Total	362	100.0	421	100.0	783	100.0		
Herpes	256	71.2	367	84.8	623	77.9	0.000	
Total	363	100.0	433	100.0	796	100.0		
Úlcera genital ¹								
<i>T.pallidum</i>	0	0	0	0	0	0		
HSV-1	0	0	0	0	0	0		
HSV-2	3	39.9	5	70.9	8	52.9		
<i>H.ducreyi</i>	0	0	0	0	0	0		
Total	8		7		15			

¹ Sólo para quienes tuvieron úlcera genital

La prevalencia de gonorrea fue de 0.2%; los dos casos que se diagnosticaron corresponden a mujeres. En clamidia se reporta una prevalencia de 1.4. La prevalencia de sífilis fue de 1.2 que representa una diferencia estadísticamente significativa por sexo. Los hombres fueron quienes tuvieron mayor prevalencia: 2.2% comparado con 0.4% en mujeres. La tricomoniasis y micoplasmosis tuvo una prevalencia de 4.9% y 11.8% respectivamente, con una diferencia estadísticamente significativa por sexo. Las mujeres tuvieron una prevalencia de tricomoniasis de 8.0% comparado con 1.3% en los hombres y para micoplasmosis tuvieron una prevalencia de 16.1% comparado con 6.9% de los hombres. La prevalencia de herpes tipo II fue de 77.9% y también las mujeres tuvieron una prevalencia estadísticamente significativa: 84.8% comparado con 71.2% de los hombres.

A las 15 personas que informaron padecer úlcera genital se les realizó el diagnóstico diferencial para sífilis, *haemophilus ducreyi* y herpes tipo 1 y 2. De estos se diagnosticaron 8 casos de herpes tipo 2, cinco mujeres y tres hombres.

Cuadro 21. Conocimiento relacionado a la infección del VIH, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total %	p
	n	%	n	%			
Sabe que el VIH se puede transmitir por...							
Relaciones sexuales no protegidas	328	91.6	420	95.4	748	93.7	0.026
Transfusiones con sangre infectada	242	67.6	304	69.0	546	68.4	
Inyectarse con una jeringa usada	226	63.1	290	65.9	516	64.6	
Durante el embarazo de una madre infectada a su hijo	143	39.9	232	52.7	375	46.9	0.000
Total	358		440		798		
Sabe que el VIH se puede prevenir por...							
Uso consistente de condón	309	86.0	389	88.6	698	87.4	
Ser fiel a una pareja	236	65.7	315	71.7	551	69.0	0.067
No compartir jeringas usadas	200	55.7	254	57.8	454	56.8	
Abstinencia	168	46.8	252	57.4	420	52.6	0.003
No transfusión de sangre infectada	111	30.9	167	38.0	278	34.84	0.036
Total	359		439		798		
Sabe que una persona con VIH se puede re infectar con el VIH							
Sí	282	78.9	329	77.2	611	78.0	
Total	357	100.0	426	100.0	783	100.0	
Sabe que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH							
Sí	336	92.0	406	92.6	742	92.4	
Total	365	100.0	438	100.0	803	100.0	

En lo relativo al conocimiento de la infección de VIH, se observa que la mayoría de personas saben que el VIH se puede transmitir al tener relaciones sexuales no protegidas. Las mujeres tuvieron una proporción significativamente mayor: 95.4% comparado con el 91.6% en los hombres. El 92.0% sabe que una persona que se ve saludable puede estar infectada por el VIH.

La respuesta de mayor porcentaje en el conocimiento de las formas de prevenir el VIH fue el uso consistente de condón con 87.4%, le sigue el ser fiel a una pareja con n 69.0%. El 78.0% de los participantes, sabe que puede re infectarse con el VIH.

Cuadro 22. Índice de conocimiento relacionado con la infección y las formas de prevención del VIH por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		N	Total %	P
	n	%	n	%			
Nº formas de transmisión del VIH conocidas							
0	7	2.0	1	0.2	8	1.1	
1	94	26.5	96	21.7	190	24.1	
2 o más	257	71.3	343	77.9	600	74.6	
Total	358	100.0	440	100.0	798	100.0	0.040
Nº de estrategias de prevención del VIH conocidas							
0	3	0.8	0	0	3	0.4	
1	96	27.5	95	21.4	191	24.4	
2 o más	260	71.6	344	78.5	604	75.0	
Total	359	100.0	439	100.0	798	100.0	0.000

Tres cuartas partes de las participantes conocen dos o más formas de transmisión y de prevención del VIH; son las mujeres quienes mostraron conocer significativamente una mayor proporción de número de formas de transmisión y de estrategias de prevención.

Cuadro 23. Autocuidado y motivación personal por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total %	p
	n	%	n	%			
Mayor atención a su salud después de conocer su diagnóstico							
Sí	361	98.3	440	99.3	801	98.8	
Total	367	100.0	443	100.0	810	100.0	
Motivación personal para atender su salud							
Mensajes de radio	93	26.8	119	28.1	212	27.5	
Mensajes de TV	118	34.0	127	30.0	245	31.8	
Información escrita	121	34.8	141	33.3	262	34.0	
Pláticas con amigos	103	29.6	126	29.7	229	29.7	
Pláticas en las ONG	82	23.6	106	25.0	188	24.4	
Consejos en la iglesia	118	34.0	185	43.7	303	39.3	0.006
Por la muerte de una persona cercana	99	28.5	117	27.6	216	28.0	
Después de mi resultado positivo de VIH	144	41.5	161	38.0	305	39.6	
Amor por mi pareja	212	61.1	359	84.8	571	74.1	0.000
Por respeto a mí mismo	215	61.9	293	69.2	508	65.9	0.033
Para ayudar a otros	96	27.6	147	34.7	243	31.5	0.035
Total	347		423		770		
Conocimiento y comportamiento acerca de la reinfección							
Ninguno	13	3.7	23	5.4	36	4.6	
Uso de condón siempre	211	60.1	188	44.3	399	51.4	0.000
Uso de condón con desconocidos	113	32.1	64	15.0	177	22.8	0.000
Uso de condón con pareja regular	124	35.3	123	29.0	247	31.8	0.060
No tener relaciones sexuales con desconocidos	106	30.2	120	28.3	226	29.1	
No tener relaciones sexuales penetrativas	37	10.5	44	10.3	81	10.4	
No tener sexo oral	38	10.8	49	11.5	87	11.2	
No tener sexo vaginal	21	5.9	41	9.6	62	8.0	
No tener sexo anal	42	11.9	66	15.5	108	13.9	
Abstinencia	76	21.6	134	31.6	210	27.1	0.002
Ser fiel a su pareja	98	27.9	125	29.4	223	28.7	
Tener menor número de parejas	48	13.6	38	8.9	86	11.1	0.038
No tomar alcohol	120	34.1	135	31.8	255	32.9	
No usar drogas	118	33.6	140	33.0	258	33.2	
Total	351		424		775		
Buscar ayuda para su salud							
Tiene supervisión médica cuando tiene un problema de salud	328	85.8	392	88.9	720	89.2	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	

Casi todos los participantes dijeron procurar mayor atención a su salud después de conocer el diagnóstico de VIH positivo. Respecto a que los motiva a cuidar de su salud, respondieron “*por amor a mi pareja*” 74.1%, “*por respeto a mí mismo*” 65.9%. Una tercera parte respondió que es “*Por mensajes de radio y TV*”, “*información escrita*”, “*pláticas con amigos*” y “*para ayudar a otros*”.

En el reporte del comportamiento para no reinfectarse, la mitad respondió que siempre usó el condón, una tercera parte dijo “*uso condón con pareja regular*”, “*no tener relaciones sexuales con desconocidos*”, “*la abstinencia*”, “*ser fiel a la pareja*”, “*no tomar alcohol*”, “*no usar drogas*”. A excepción de la abstinencia y ser fiel a la pareja son los hombres quienes tienen un significativo mayor

porcentaje en todas la categorías anteriormente descritas. El 89.2% de los participantes dijo tener supervisión médica cuando padece problemas de salud.

Cuadro 24. Diagnóstico y situación de salud, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Su diagnóstico fue							
Infección por VIH	317	87.5	374	86.9	691	87.2	
Caso SIDA	45	12.4	56	13.0	101	12.7	
Total	362	100.0	430	100.0	792	100.0	
Razones para hacerse la prueba de VIH							
Prueba voluntaria	131	36.7	139	31.9	270	34.3	
Me solicitaron la prueba	45	12.1	57	12.4	102	12.2	
Ya estaba enfermo	145	39.3	158	35.5	303	37.4	
Cuando diagnosticaron a mi pareja como VIH-SIDA	36	9.3	84	19.0	120	14.1	
Cuando doné sangre	9	2.5	5	1.0	14	1.8	
Total	366	100.0	443	100.0	809	100.0	
Lugar de diagnóstico							
Centro de salud	57	15.5	89	20.0	146	18.0	
Hospital	169	46.1	206	46.5	375	46.3	
Clínica privada	59	16.1	58	13.0	117	14.4	
Laboratorio privado	47	12.8	51	11.5	98	12.1	
ONG	2	0.5	0	0	2	0.2	
Cruz Roja	17	4.6	26	5.8	43	5.3	
Otras	15	4.1	13	2.9	28	3.4	
Total	366	100.00	443	100.00	809	100.0	

La mayoría de los participantes dijo que fue diagnosticado como VIH positivo: 87.2% y 12.7% como caso SIDA. La mayoría fue diagnosticado cuando ya estaba enfermo: 37.4%, el 34.3% cuando se realizó una prueba voluntaria y 14.1% lo diagnosticaron después de que fue diagnosticada su pareja; las mujeres representaron 19.0% y los hombres 9.3%.

El 46.3% refirió que fue diagnosticado en un hospital, el 18.0% en un centro de salud y el 26.6% en una clínica o laboratorio privado.

Cuadro 25. Apoyo y atención por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Atención médica							
Sí	357	97.2	432	97.5	789	97.4	
Total	367	100.0	443	100.0	810	100.0	
Lugar de la atención médica.							
Hospital	264	73.9	328	75.9	592	75.0	
Clínica o laboratorio privado	7	2.0	4	0.9	11	1.5	
Centro de salud	30	8.4	28	6.4	58	7.3	
ONG	4	1.1	5	1.1	9	1.1	
Centro de atención integral	95	26.6	130	30.0	225	28.5	
Total	357		432		789		
Tipo de atención médica							
Examen clínico	203	57.3	258	60.1	461	58.8	
Tratamiento antirretroviral	299	84.4	359	83.6	658	84.0	
Tratamiento de infecciones oportunistas	136	38.4	205	47.7	341	43.5	0.009
Otros estudios de laboratorio	201	56.7	273	63.6	474	60.5	0.051
Estudios especiales (CD4, carga viral)	249	70.3	324	75.5	573	73.1	
Ayuda a la familia	40	11.3	55	12.8	95	12.1	
Consejería y pláticas educativas	148	41.8	201	46.8	349	44.5	
Visitas domiciliarias	45	12.7	74	17.2	119	15.2	
Atención Hospitalaria	43	12.1	36	8.3	79	10.0	
Total	354		429		783		

¹ Sólo para quienes declararon estar bajo supervisión médica.

El mayor porcentaje de lugar de atención médica reportado por los participantes fue hospital: 75.0% y en CAI un 28.5%. El 84.0% declaró que recibe tratamiento antirretroviral; a 73.1% le realizan los estudios de monitoreo de la enfermedad CD4 y carga viral; al 60.0% le realizan estudios de laboratorio y exámenes clínicos; a 43.5% le brindan tratamiento contra las enfermedades oportunistas; las mujeres representaron un porcentaje significativamente mayor que los hombres. El 44.5% declaró que recibe consejería y pláticas educativas, solo el 15.2% reportó que recibe visitas domiciliarias.

Cuadro 26. Apoyo y atención de la familia, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total		p
	n	%	n	%		n	%	
Apoyo y atención en el hogar								
Sí	273	74.4	282	64.	555	69.4		
Total	367	100.0	441	100.0	808	100.0		
De quienes recibe apoyo ¹								
Pareja	92	33.7	81	28.7	173	31.1		
Padres	144	52.7	128	45.3	272	49.0		
Hermanos	187	68.5	164	58.1	351	63.2	0.012	
Tíos	41	15.0	37	13.1	78	14.0		
Abuelos	21	7.6	10	3.5	31	5.5	0.033	
Hijos	62	22.7	134	47.5	196	35.3	0.000	
Total	273		282		555			
Tipo de atención recibida								
Educativa	18	51.4	26	52.0	44	51.76		
Tratamiento antiretroviral	20	57.1	16	32.0	36	42.3	0.021	
Atención de las infecciones oportunistas	20	57.1	13	26.0	33	38.8	0.004	
Alimentación	13	37.1	17	34.0	30	35.2		
Apoyo familiar	29	82.8	34	68.0	63	74.1		
Total	100		106		206			

¹ Sólo para quienes dijeron tener apoyo en su hogar

Dos terceras partes de los entrevistados reportaron que reciben atención en el hogar, la misma proporción dijo que este apoyo lo recibía de sus hermanos, la mitad dijo que de sus padres y una tercera parte dijo que de sus parejas o de sus hijos. A excepción del apoyo de los hijos, los hombres tienen un porcentaje significativamente más elevado de recibir apoyo de la familia respecto a las mujeres. El tipo de atención que reciben en el hogar, el apoyo familiar fue un 74.1%, y tratamiento antiretroviral 42.3%, la atención de infecciones oportunistas, 38.8% y la alimentación en un 35.2%.

Cuadro 27. Atención y apoyo en los grupos de autoayuda, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Ha escuchado alguna vez de ASONAPVSI DAH							
Sí	220	59.9	279	63.5	499	61.9	
Total	367	100.0	439	100.0	806	100.0	
Asiste a grupos de autoayuda para personas con VIH							
Sí	167	45.5	218	49.3	385	47.5	
No	200	54.5	224	50.6	424	52.4	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	
Motivación para asistir a grupos de autoayuda ¹							
De otra persona con VIH	76	45.7	111	51.1	187	48.8	
De un familiar	36	21.6	34	15.6	70	18.2	
De mis vecinos	7	4.2	13	5.9	20	5.2	
De mis amigos	41	24.7	53	24.4	94	24.5	
De trabajadores de la salud	89	53.6	110	50.6	199	51.9	
De materiales educativos	19	11.4	24	11.0	43	11.2	
Total	166		217		383		
Actividades en las que participa en los grupos de autoayuda ¹							
Compartir mi experiencia de vida	106	63.8	148	67.8	254	66.1	
Brindar compañía y apoyo	83	50.0	125	57.3	208	54.1	
Educación de pares	35	21.0	37	16.9	72	18.7	
Haciendo visitas domiciliarias	46	27.7	54	24.7	100	26.0	
Pláticas educativas	59	35.5	70	32.1	129	33.5	
Dar capacitación	31	18.6	27	12.3	58	15.1	
Trabajo con otras organizaciones	44	26.5	43	19.7	87	22.6	
Motivación para otros	75	45.1	117	53.6	192	50.0	
Acude a capacitarse	85	51.2	140	64.2	225	58.5	0.010
Total	166	100.0	218	100.0	384	100.0	
Disposición para formar parte de grupos de autoayuda							
Si	326	89.3	376	85.6	702	87.3	
Total	365	100.0	439	100.0	804	100.0	
Porque no participa en grupos de autoayuda ¹							
No tiene tiempo	75	37.8	77	34.3	152	36.0	
No tiene medios económicos	86	43.4	107	47.7	193	45.7	
Ignoraba que existían	68	34.3	74	33.0	142	33.6	
Miedo a ser reconocido como persona con VIH	61	30.8	85	37.9	146	34.6	
Total	198		224		422		

¹ Sólo para quienes están vinculados a grupos de autoayuda.

¹ Sólo para quienes nunca han estado ligados a grupos de autoayuda.

En lo que se refiere a la atención y ayuda a través de grupos de autoayuda, el 61.9% declaró que ha oído hablar de la ASONAPVSI DAH y casi la mitad declaró que asiste a dichos grupos. Al preguntar a los entrevistados quién lo motiva para asistir a estos grupos, el 52.0% dijo que es el personal de salud y el 48.8% dijo que fue otra persona con VIH; una cuarta parte dijo que son sus amigos y en menor proporción mencionaron a los familiares, vecinos y material educativo.

De las actividades que realizan en los grupos de autoayuda, el 66.1% dijeron que comparten su experiencia de vida, el 58.5% acude a capacitarse, el 54.1 para brindar apoyo y compañía; la mitad de quienes contestaron que asisten a grupos de autoayuda expresaron que lo hacen para dar motivación

a otras personas con VIH, una tercera parte asiste a pláticas educativas y una cuarta parte de los entrevistados informó que realiza visitas domiciliarias.

Del total de participantes, 87.3% dijo tener disposición para formar parte de los grupos de autoayuda. De quienes contestaron no tener disposición para integrar estos grupos, 45.7% dijo que es por no contar con medios económicos para hacerlo y una tercera parte contestó que es porque “no tiene tiempo”, “porque ignoraba que existían” y por miedo a ser reconocido como persona con VIH”.

Cuadro 28. Conocimiento de Derechos Humanos, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total %	P
	n	%	n	%			
Conoce acerca de existencia de una ley especial para VIH							
Sí	213	58.3	258	59.0	471	58.7	
Total	365	100.0	437	100.0	802	100.0	
Conoce acerca de los derechos y obligaciones de las persona con VIH							
Sí	214	58.9	257	59.0	471	59.0	
Total	363	100.0	435	100.0	798	100.0	
Reportaría usted una violación de sus derechos humanos							
Sí	313	87.3	370	85.6	683	86.5	
Total	360	100.0	433	100.0	793	100.0	
Razones para no denunciaría una violación de sus derechos humanos							
No cambiaría nada	26	52.0	36	51.0	62	51.4	
La gente sabría que tengo VIH	20	37.4	32	46.3	52	42.2	
Para proteger a mi familia	21	41.4	42	61.1	63	51.9	
Total	67	100.0	110	100.0	177	100.0	
A donde acudiría para denunciar una violación de sus derechos humanos como persona con VIH.							
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	236	76.1	248	69.5	484	72.9	
Fiscalía de los Derechos Humanos	211	67.1	276	76.3	487	71.6	
Ministerio Público	123	39.4	121	33.3	244	36.4	
Policía Nacional	59	18.5	80	22.3	139	20.3	
Comité Visitación Padilla	29	9.4	61	16.9	90	13.0	
Abogados privados	47	15.4	47	13.1	94	14.3	
Alcaldía	22	7.5	27	7.8	49	7.6	
ONG	48	15.8	37	10.1	85	13.0	
Iglesia	32	10.4	31	8.6	63	9.5	
Total	311	100.0	363	100.0	674	100.0	
Buscó ayuda para hacer la denuncia							
Sí	94	26.5	118	26.6	212	26.5	
Total	357	100.0	441	100.0	798	100.0	
Ayuda recibida para hacer la denuncia ¹							
Legal	36	38.1	39	33.0	75	35.6	
Psicológica	54	56.4	74	63.5	128	59.9	
Médica	48	49.4	47	40.4	95	44.9	
Espiritual	43	45.2	51	44.3	94	44.7	
Nutricional	18	18.2	19	16.8	37	17.5	
Ninguna	6	5.8	8	6.9	14	6.3	
Total	94	100.0	117	100.0	211	100.0	

¹ Sólo para quienes reportaron apoyo para denunciar una violación de los derechos humanos

En relación con los Derechos Humanos, del total de participantes 58.7% respondió conocer la existencia de la ley especial para personas con VIH; el 59.0% dijo conocer los derechos y obligaciones de las personas con VIH.

El 86.5% contestó que reportaría una violación de sus derechos humanos. De quienes dijeron que no reportarían, mencionaron como razones principales para no hacerlo, las siguientes: “no cambiaría nada”, “la gente sabría que es una persona con VIH” y “para proteger a la familia”.

De quienes sí denunciarían una violación a sus derechos humanos, el 73.0% dijo que acudiría a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 71.6% a la Fiscalía de los Derechos Humanos, una tercera parte al Ministerio Público y 20.0% a la Policía Nacional.

Una cuarta parte de los entrevistados dijo que buscó ayuda cuando hizo una denuncia. De quienes buscaron ayuda, 60% recibió ayuda psicológica, 45.0% médica y espiritual y 35.6%, legal.

Cuadro 29. Estigma y discriminación por ser persona con VIH, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Discriminación por ser una persona con VIH*							
Sí	92	25.1	156	35.2	248	30.6	0.002
Total	366	100.0	442	100.0	808	100.0	
Tipo de discriminación sufrida ¹							
Aislamiento de sus familiares y amigos	43	47.2	87	56.1	130	52.8	
Abstenerse de contacto físico	21	23.0	38	24.5	59	23.9	
Expulsión de su trabajo	31	34.0	38	24.5	69	28.0	
Expulsión de la casa	22	24.1	29	18.7	51	20.7	
Lo trataron mal en un establecimiento de salud	19	20.8	32	20.6	51	20.7	
Total	91	100.0	155	100.0	246	100.0	
Por quien fue rechazado¹							
Familia	39	42.3	66	43.1	105	42.8	
Amigos	36	39.1	55	35.9	91	37.1	
Jefe	23	25.0	24	15.6	47	19.1	
Otras personas con VIH	8	8.7	12	7.8	20	8.1	
Personal médico	11	11.9	28	18.3	39	15.9	
Miembros de la comunidad	29	31.5	59	38.5	88	35.9	
Total	92	100.0	153	100.0	245	100.0	

¹ Sólo quienes reportador estigma y discriminación por su status de VIH

En el reporte de estigma y discriminación, una tercera parte de los participantes declaró haber sido discriminado por ser una persona con VIH. Las mujeres reportaron mayor porcentaje: 35.2% comparado con 25.1% de los hombres. La mitad de quienes reportaron haber sido discriminados dijeron que fue por el aislamiento de sus familiares y amigos, el 28.0% fue expulsado de su trabajo, el 23.9% porque se abstuvieron de tener contacto físico con él, al 20.0% lo expulsaron de su casa y 20.7% reportó que lo trataron mal en un establecimiento de salud.

Las personas que reportaron haber sido discriminados se les preguntó por quiénes habían sido rechazados, 42.8% dijo que por su familia, 35.9% que por miembros de la comunidad, 37.1% por sus amigos, 19.1% por su jefe y 15.9% por el personal médico, solamente un 8.1% mencionó haber sido discriminado por otra persona con VIH.

Cuadro 30. Estigma y discriminación a la familia de las personas con VIH, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total		p
	n	%	n	%		n	%	
Estigmatización y discriminación de la familia								
Sí	39	10.6	63	14.4	102	12.7		
Total	366	100.0	437	100.0	803	100.0		
Tipo de actos de discriminación sufridos por la familia								
Aislamiento de sus familiares y amigos	18	46.1	38	60.3	56	54.9		
Abstenerse de contacto físico	14	35.9	23	36.5	37	36.2		
Expulsión de su trabajo	12	30.7	13	20.6	25	24.5		
Expulsión de la casa	16	41.0	15	23.8	31	30.3		
Lo trataron mal en un establecimiento de salud	5	12.8	14	22.2	19	18.6		
Total	39	100.0	63	100.0	102	100.0		
Quiénes han rechazado a la familia de la persona con VIH ¹								
Familia	22	56.4	31	46.9	53	50.4		
Amigos	12	30.7	34	51.5	46	43.8	0.038	
Jefes	3	7.6	8	12.1	11	10.4		
Otras personas con VIH	1	2.5	4	6.0	5	4.7		
Personal de salud	6	15.3	7	10.6	13	12.3		
Miembros de la comunidad	22	56.4	36	54.5	58	55.2		
Total	39	100.0	66	100.0	105	100.0		

¹ Solo para quienes reportaron haber sufrido discriminación de su familia

Del total de participantes, 12.7% declaró que su familia ha sufrido discriminación porque uno de sus integrantes tiene VIH. Más de la mitad sufrió el aislamiento de familiares y amigos y la tercera parte dijo que fue expulsada de la casa o del trabajo. La mitad declaró que fueron personas de su familia quienes los han rechazado, 55.2% dijo que miembros de la comunidad y 43.8% dijo que amigos, siendo las familias de las mujeres quienes mostraron un porcentaje significativamente mayor.

Cuadro 31. Estigma y discriminación en el ámbito social, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

Establecimientos de salud	Hombres		Mujeres		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Alguna vez a sido discriminado en un establecimiento de salud, por ser una persona con VIH							
Sí	30	8.1	55	12.4	85	10.5	0.049
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	
Alguna vez le han negado la atención médica o tratamiento en establecimientos de salud por ser una persona con VIH, en los últimos 12 meses							
Sí	21	5.7	16	3.6	37	4.5	
Total	366	100.0	442	100.0	808	100.0	
Sabía el personal médico que usted era una persona con VIH, en su última consulta médica							
Sí	274	74.6	319	72.3	593	73.3	
Total	367	100.0	44	100.0	808	100.0	
Calidad de los servicios de salud durante su última consulta							
Buena	309	84.2	391	88.4	700	86.5	
Regular	54	14.7	44	9.9	98	12.1	
Mala	4	1.0	7	1.5	11	1.3	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	
En el hogar							
Abandonado por su familia o alejado de su familia							
Sí	41	11.1	65	14.7	106	13.1	
Exclusión del hogar							
Sí	29	7.9	43	9.7	72	8.9	
Forzado a comer solo							
Sí	28	7.6	65	14.7	93	11.5	
Forzado a usar utensilios diferentes para comer							
Sí	24	6.5	40	9.0	64	7.9	
Forzado a dormir solo							
Sí	35	9.5	37	8.3	72	8.9	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	
En el trabajo							
Perdió su trabajo							
Sí	72	19.6	106	23.9	178	22.0	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	
Le han negado una promoción a capacitación en el trabajo							
Sí	32	8.7	16	3.6	48	5.9	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	
Alojamiento perdido o no poder rentar vivienda							
Sí	44	11.9	40	9.0	84	10.3	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	
Le han quitado su propiedad							
Sí	26	7.0	51	11.5	77	9.5	0.032
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	

El 10% del total de entrevistados declaró que ha sido discriminado por su condición de ser persona con VIH en algún establecimiento de salud y el 4.5% dijo que le han negado la atención o tratamiento en los últimos 12 meses. El 73.3% dijo que el personal médico sabía de su condición y el 86.5% dijo que la calidad de la atención había sido buena.

En relación con el hogar, 13.1% declaró que han sido abandonados o alejados de su familia y 9.0% ha sido excluido, 11.5% ha sido forzado a comer solo; 8.0% a usar diferentes utensilios para comer y 9.0% ha sido forzado a dormir solo.

En lo relativo a la discriminación en la esfera laboral el 22.0% reporta haber perdido su trabajo, al 6.0% le han negado una promoción o capacitación por ser una persona con VIH.

El 10.3% de los entrevistados dijo haber perdido su alojamiento o no haber podido rentar una vivienda por su condición y 9.5% reportó que le han quitado su propiedad. De esta última categoría son las mujeres quienes tienen un significativamente mayor porcentaje que los hombres.

Cuadro 32. Autoestigma por ser una persona con VIH, por sexo. Personas con VIH. ECVC, Honduras 2006.

	Hombres		Mujeres		n	Total %	p
	n	%	n	%			
Conoce alguna organización a la que pueda acudir cuando sufra un acto de rechazo o discriminación							
Sí	184	50.8	208	47.4	392	49.0	
Total	362	100.0	438	100.0	800	100.00	
Ha buscado ayuda en alguna organización cuando ha sido discriminado							
Sí	48	13.0	50	11.3	98	12.1	
Total	367	100.0	442	100.0	809	100.0	
Alguna vez a pospuesto su tratamiento medico por sentirse discriminado en los servicios de salud							
Sí	20	5.4	36	8.1	56	6.9	
Total	367	100.	442	100.0	809	100.0	
Se marginó de amigo							
Sí	110	30.1	146	33.1	256	31.7	
Total	365	100.0	441	100.0	806	100.0	
Alguna vez a cancelado o la inscripción a la escuela o alguna capacitación por su status de VIH							
Sí	29	7.9	37	8.4	66	8.2	
Total	367	100.0	438	100.0	805	100.0	

La mitad de los entrevistados conoce alguna organización a la cual acudir en caso de algún acto de discriminación y sólo 12.1% reportó que ha buscado ayuda. En lo relativo al autoestigma, 7.0% ha postergado su atención médica por sentirse discriminado; una tercera parte declaró que se ha marginado por esa misma causa y el 8.2% ha cancelado el inicio de alguna capacitación o inscripción a alguna escuela debido a su status de VIH.

VI. Discusión

La mediana de edad de la población fue de 37 años, en general la población informó poseer escasa escolaridad; 45% indicó tener primaria incompleta o no saben leer ni escribir, 63% de las mujeres no tienen empleo. Un estudio anterior encontró 50.0% de desempleo en esta misma población (San Pedro Sula) [10] y describió una necesidad de empleo de 72.0% ya que los empleos que desempeñados son de poca calidad, por ejemplo: operarios de manufacturas, trabajadores a destajo, jornaleros que realizan cualquier actividad.

El 48% de los hombres y el 58% de las mujeres son evangélicos, este porcentaje es mayor que el reportado en la media nacional, esto es importante porque se vincula con el autocuidado; al indagar

acerca de las razones que los motivan a cuidar de su salud 40.0% respondió que por consejo en la iglesia. Quizás son las mujeres quienes están en mayor búsqueda de apoyo; reportaron 43.7%.

La mayoría de entrevistados no están casados ni unidos pero son sexualmente activos y las mujeres representan mayor proporción que los hombres de haber estado casadas o unidas alguna vez. En la actualidad las mujeres tienen significativamente menor proporción de estar casadas o unidas, en relación con los hombres. Aunque no se sabe la causa de esta situación, sí es sabido que existen causas estructurales que ponen en mayor desventaja individual y social a todas las mujeres. Los resultados muestran que en algunos aspectos el VIH afecta de manera diferenciada más a las mujeres que a los hombres. En estos resultados se observa que ellas son quienes tienen menor escolaridad; menor trabajo y más mujeres han dejado de tener pareja.

Más de 80% de las personas entrevistadas en los CAI son mayores de 30 años, lo cual puede indicar que los casos VIH son captados por los servicios de salud en una fase tardía de la enfermedad. Al comparar la distribución por edades de esta encuesta con los casos notificados, se observa que, los grupos de edad con más alto porcentaje son de mayor edad que la notificación de casos⁶: además, 37.4% de personas con VIH que se realizaron la prueba fue porque ya tenían síntomas de SIDA, 46.3% fue diagnosticado en hospitales. El 84% de las personas entrevistadas están recibiendo terapia con de ARV.

Por las implicaciones que puede tener en el orden programático de los servicios de salud especializados para VIH, es relevante observar que existe una gran movilidad de esta población dentro del territorio hondureño. Así, 36% de las mujeres y 40% de los hombres no residen en la ciudad donde demandan atención. Aunque las causas de por qué buscan atención en una ciudad diferente a la de su residencia puede estar vinculada a no evidenciar su condición de personas con VIH, por temor al rechazo social.

La mayor proporción de participantes tiene comportamientos de riesgo. En general, se encontró un alto uso de drogas, más cuando existe la opinión generalizada de que el uso de drogas no es una práctica común en los países de nuestra región [11] Cerca de 25% de los entrevistados reportaron usar drogas en los últimos 12 meses y 10.8% reportó consumo de cocaína, crack y heroína, 3% se ha inyectado drogas y uno de cada tres ha compartido la jeringa durante la última inyección. Estos datos muestran el sub registro que existe de esta vía de transmisión en los datos de reporte rutinario de vigilancia de VIH en el país; en los que la transmisión por el uso de drogas no se reporta (7). Una importante proporción de los hombres entrevistados inhalan cocaína y pueden estar en riesgo de inyectarla en el futuro; con esto se aumenta el riesgo de infección por esta eficiente vía.

De las personas participantes 83 dijeron no haber tenido relaciones sexuales. Sin embargo, se observa que esta respuesta fue inconsistente en un 80%, porque 7.2% informaron haber padecido una ITS, lo que sugiere un sub reporte de la actividad sexual. Este sesgo ha sido reportado en otros estudios de comportamiento que incluyeron marcadores biológicos [12], [13], [14].

Los resultados de comportamiento demuestran que más de la mitad de los participantes son sexualmente activos; 70% de los hombres y 57% de las mujeres tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y se podría considerar que tienen comportamientos sexuales de mayor riesgo, como parejas múltiples, ocasionales y comerciales, especialmente los hombres. El 17.7% de los hombres y el 4% de las mujeres que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses pagaron por esa actividad; 19.6% de los hombres tuvo relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo.

Los resultados de esta encuesta ponen de manifiesto la extensión de prácticas sexuales de mayor riesgo en esta población; 9% de los hombres y 4% de las mujeres tienen más de una pareja, 17.5% de los hombres y 3.8% de las mujeres tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero. El 30% de los hombres y 10% de las mujeres tienen parejas ocasionales o comerciales. El 16% de los hombres y 7% de las mujeres reportó más de una pareja comercial. A 19.1% de los hombres le pagaron alguna vez a cambio de tener relaciones sexuales, 5.3 reportó que alguna vez fue trabajador sexual y 1.5% reportó que actualmente es trabajador sexual. En las mujeres, 11.2% reportó que le pagaron alguna vez a cambio de tener relaciones sexuales, 5.6% reportó que alguna vez fue trabajadora sexual y 1.7% reportó que actualmente es trabajadora sexual.

El uso del condón en la última relación sexual fue reportado en 62% de los hombres y 38% de las mujeres. Fue más elevado el uso con parejas comerciales: 81.8% y más bajo con pareja regular: 65.1%. Sin embargo, el uso consistente de condón durante el último año se reportó sólo en cerca de 50% de la población en estudio. Una proporción alta de personas con VIH más de hombres que mujeres tiene múltiples parejas, lo cual sumado al bajo uso de condón facilita la reinfección y la transmisión de VIH a la población general.

De los lugares donde se pueden obtener los condones, 70% de los hombres y 81% de las mujeres informó que es en centros de salud y hospital, más de la mitad de los hombres y la mitad de las mujeres indicó que en farmacias. De quienes no usaron condón, a 47% de los hombres y 77% de las mujeres les da pena solicitarlo; 20% no tenía dinero para comprarlos.

En otro estudio [15], mujeres con VIH tuvieron más frecuentemente relaciones sexuales inseguras. En esta encuesta, el reporte de uso de condón es más bajo en mujeres que en hombres. Solamente 38.4% de las mujeres participantes reportaron el uso consistente de condón con parejas regulares y la mitad de las mujeres que no usaron condón mencionaron como razón principal *porque a su pareja no le gusta*. Estos resultados sugieren la existencia de los desequilibrios de poder en las relaciones de sexo, en las que las mujeres muestran carencia para controlar situaciones sexuales de mayor riesgo y dificultades en la negociación del uso de condón.

Esta diferencia por sexo que también se ha encontrado en otras poblaciones de mayor riesgo como el hecho de que las trabajadoras sexuales usen substancialmente menos el condón con sus parejas estables, enfatiza la necesidad de contar con intervenciones generalizadas dirigidas a las mujeres de toda la población. Con ello se contribuirá a reducir la brecha de las relaciones desiguales de sexo en el país, y de manera concreta podría aumentar sus habilidades de negociar el uso del condón

Aunque la mayoría de los participantes, casi el 90% informaron saber que el uso del condón puede prevenir la transmisión del VIH, el conocimiento general reportado de los métodos de la prevención fue bajo y al respecto prevalecen ideas erróneas. Por otro lado, solamente 42.8% de quienes están bajo supervisión médica reportó que participó en pláticas educativas o consejería por parte de los prestadores de servicios de salud. El 97.5% reportó estar bajo supervisión médica y 84.1% mencionó que asiste mensualmente a los servicios de salud porque recibe tratamiento de antiretroviral. Se pone de manifiesto la importancia de las oportunidades que tiene el personal médico en el desempeño de la educación del VIH en esta población.

No hay diferencia de sexo en participación en grupos de autoayuda. Las personas con VIH que reciben diversos tipos de atención médica y que participan en grupos de autoayuda están mejor informados que quienes tienen menos intervenciones, no participan en grupos de autoayuda y tienen menos atención médica. Ser miembro de un grupo estuvo vinculado con un mejor conocimiento de los métodos de prevención del VIH. La experiencia de los grupos de autoayuda de VIH, ha demostrado que tienen un impacto positivo en la capacidad del paciente de hacer frente a la infección. Los resultados actuales, son congruentes con trabajos previos, en los que se evidenció la contribución que dichos grupos pueden ofrecer; por lo que es conveniente reforzar su papel educativo para prevenir la transmisión y reinfección del VIH.

La prevalencia de gonorrea, clamidia y sífilis es baja: menor de 2%. La prevalencia de ITS entre mujeres fue mayor y es significativamente diferente en tricomonas, mycoplasma y herpes.

La úlcera genital (12.8%) fue reportada como secreción genital, 10.8%, que se podría relacionar con la alta prevalencia de HSV-2; 77.9% del total de participantes. De hecho, de las 15 úlceras encontradas y de las que se realizó el diagnóstico diferencial para sífilis, linfogranuloma venéreo, 8 fueron positivas para HSV-2 y no se identificó ninguna etiología en las siete úlceras restantes. La prevalencia de sífilis, gonorrea y clamidia fue de 1.25%, 0.23% y 1.47%, respectivamente. La tricomoniasis fue diagnosticada en 39 personas, 4.58% de las muestras obtenidas; 34 de ellas fueron mujeres.

Aparte de los factores culturales que pueden influir a las mujeres sobre las prácticas sexuales y la negociación del condón, la asociación observada en este estudio entre el sexo femenino y las ITS se puede explicar en parte debido a la alta prevalencia de *tricomona vaginalis* encontrada en mujeres. La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS, debe tener un papel fundamental en la salud de las personas con VIH y de la salud de toda la población.

Más de la mitad de las personas con VIH reconocieron dos o más síntomas de ITS; fueron las mujeres quienes reportaron mayor conocimiento que los hombres. Cerca de 20% informó que padeció una ITS en los últimos 12 meses, de ellos, casi tres cuartas partes buscó una consulta médica y solamente la mitad obtuvo y terminó el tratamiento prescrito. Más de un tercio tardó más de un mes en buscar consulta médica, cuando tuvo síntomas de una ITS, la automedicación y la demora en la búsqueda de atención pueden dificultar el control de las ITS. La mayoría tienen mejor cuidado de su salud al conocer que tiene VIH. La consejería y visita domiciliaria son escasas, de los que reciben apoyo, este proviene más de la familia de primer grado y menos de la pareja.

Los servicios de atención integral son cuestionables en el sentido de que no incluyen aspectos esenciales de la salud de las personas con VIH. Un estudio previo encontró que la infraestructura de los servicios de salud era débil, por una pobre adjudicación de recursos y porque la atención integral enfrentaba fuertes barreras por falta de infraestructura y de recursos humanos. Además, por la persistencia de algunos aspectos moralistas y tabúes respecto a la sexualidad de parte del personal de salud en las áreas de atención integral, las cuales se agudizan en otros servicios hospitalarios [16].

Un alto porcentaje de hombres y mujeres tiene temor de ser reconocidos como persona con VIH, cerca del 60% conocen la ley y un tercio reportó haber sido discriminado en alguna ocasión. El grado de estigma y discriminación reportado en los servicios de salud fue bajo

La mitad de las personas con VIH, dijeron conocer alguna organización a la cual acudir en caso de sufrir un acto de rechazo o discriminación, 12.1% dijo que ha buscado ayuda cuando ha sido discriminada y 7.0% declaró haber pospuesto su tratamiento médico por sentirse discriminado en los servicios de salud. Una tercera parte de las personas con VIH dijo que se ha auto marginado de sus amigos y 8.2% expresó que han cancelado su inscripción en alguna escuela o capacitación debido a su estatus de VIH positivo.

Según lo demuestran estudios previos, el estigma se asocia con mayores índices de relaciones sexuales sin protección [17]. Las personas con VIH en Honduras han sufrido discriminación y exclusión social desde el principio de la epidemia; regularmente el VIH ha sido asociado con la pobreza y con conductas socialmente rechazadas como la homosexualidad y el trabajo sexual. En este país el desconocimiento de la prevención y transmisión del VIH, la homofobia, los mitos y tabúes fortalecen el estigma hacia las personas con VIH [18]. El estigma puede impedir la motivación para reducir los comportamientos de riesgo, por lo tanto la reducción de la discriminación vinculada al VIH podría no ser solamente una intervención esencial para mejorar las condiciones esenciales de las personas con VIH, es también un elemento esencial de la prevención del VIH en Honduras.

Las limitaciones del estudio se presentan en la falta de especificidad de algunas variables, por ejemplo el consumo de alcohol, uso de la drogas, estigma. Además, por la falta de información de variables que no fueron incluidas, la identidad sexual, acceso y apego al tratamiento de ARV, depresión, etnicidad, estatus socioeconómico, información de auto identificación y sexo de la pareja estable, así como el serostatus de la pareja, este es un punto esencial para estimar los riesgos para las nuevas infecciones de VIH. Asimismo, la carencia de la información con respecto al uso reciente de antibióticos para tratar o prevenir infecciones oportunistas, ya que esto podría haber afectado la estimación de la prevalencia de algunas ITS.

A pesar de estas limitaciones, los resultados actuales ofrecen información respecto a las personas con VIH en las dos ciudades estudiadas y ofrecen guías de los principales procesos que necesitan ser tratados en la prevención y atención para las personas que viven con VIH.

Conclusiones

En Honduras, donde la epidemia de VIH en amplias áreas densamente pobladas ha sido clasificada como generalizada, la reducción del índice de la transmisión del VIH requerirá nuevas estrategias, que incluyan intervenciones de comportamiento específicas para personas con VIH. Dichas intervenciones han de tener en cuenta el nivel educativo así como las carencias esenciales de vida que caracterizan a esta población. Este estudio destaca especialmente la importancia de la desigualdad de género, relacionadas con el conocimiento de VIH, el acceso al condón como medida

de salud pública que incida directamente en evitar comportamientos de riesgo. Asimismo, la incorporación programática de acciones sostenidas hacia el personal de salud que brinda la asistencia de salud y que debe asumir un rol verdaderamente activo en el mejoramiento de la educación y la prevención para las personas con VIH. Las intervenciones educativas brindadas durante la atención médica, la incorporación de un programa permanente de consejería, diagnóstico y tratamiento de las ITS en las consultas periódicas para su tratamiento con ARV, además de otros programas que refuercen el auto cuidado. Reforzar el rol de los grupos de autoayuda y buscar nuevos escenarios para el empoderamiento de las mujeres y la adaptación de género en la promoción del uso del condón, además de un marco legal sólido para tratar el estigma del VIH e incorporar a diversos actores políticos y sociales en la lucha contra la discriminación de las personas que viven con VIH.

VII. Recomendaciones

La prevención y atención de las personas con VIH debe ser integral y dirigida hacia al ámbito individual, familiar y colectivo, con intervenciones que logren mejorar las condiciones de vida, que se sientan bien y hagan suya la reducción de la transmisión del VIH a sus parejas. Todos compartimos la responsabilidad de crear las condiciones en las cuales los individuos no infectados y las personas con VIH, pueden tomar decisiones informadas y por lo tanto prevenir la diseminación de la epidemia del VIH. Reconocer en el ámbito de la política nacional que las personas con VIH tienen vidas sexualmente activas y que debemos impactar el curso de la enfermedad y también el curso de la epidemia.

Estrategias para la prevención

- Aumentar el acceso de diagnóstico con consejería para toda la población. Se deben intensificar los esfuerzos que ya se hacen para lograr la ampliación y cobertura de la prueba de VIH. Este esfuerzo debe realizarse para disminuir las barreras que actualmente se enfrentan para la aplicación de la prueba. Se debe tomar en cuenta la legislación para el respeto de los derechos de las personas con VIH.
- El desarrollo urgente de un modelo de salud sexual y reproductiva adaptado al nivel de alfabetismo que enfatice el uso de condón, la detección y atención de ITS y el derecho de una mujer con VIH de optar por el embarazo, en el contexto del programa de transmisión madre al hijo. Las ventajas psicológicas de un modelo holístico para la atención teniendo en cuenta intervenciones médicas, psicológicas, emocionales y de motivación personal parecen mejorar los resultados educativos.
- Con base en este modelo, desarrollar y adaptar estrategias de educación especiales para personas con VIH que incluya materiales educativos y consejería especializada en la sexualidad, apropiadas al nivel de alfabetismo y educativo. Se sugiere el diseño de estrategias para el cambio de comportamiento y que se consulte a especialistas acerca de modelos holísticos de comunicación y de educación sexual y reproductiva para personas con VIH. Estas estrategias deben incluir la mejoría del conocimiento sobre transmisión vertical.
- Los programas de educación deben incluir el tema de los derechos humanos e instrucciones de procesos legales para buscar soluciones a las violaciones de derechos fundamentales de las personas con VIH.
- Estrategias por medios masivos de comunicación para combatir mitos y barreras sobre el uso consistente de condón, dirigidas a la población general. En especial, debe diseñarse una dirigida hacia la mejoría de la negociación del condón por parte de las mujeres.
- Implementación y mejora de las estrategias de distribución de condones de manera más activa; búsqueda de diferentes medios, por ejemplo entre redes sociales, grupos de auto apoyo, personal de salud de los CAI y de otros servicios de salud.
- Programas de apoyo y prevención de la farmacodependencia y uso de drogas específicas para esta población, implementados desde los servicios de salud y reforzados por los grupos de autoayuda.

Mejoría de los servicios de salud

- Fortalecimiento y mejora de la atención integral de los servicios que ofrecen los CAI. Se requiere una política y un modelo de atención integral que incluya a la familia.
- La familia debe ser incluida en la estrategia de atención integral, desde el momento del diagnóstico principal, para incluir a la pareja en las consejerías y para mejorar la calidad del apoyo al paciente
- Acciones directas de educación especial para las personas con VIH en los temas de salud sexual y reproductiva, como parte de la atención periódica. Se debe tener un programa de educación permanente sobre el uso de condón, cuyo propósito sea combatir mitos y barreras sobre el uso consistente de este dispositivo. Además de acciones especiales orientadas hacia la mejora de la negociación de su uso por parte de las mujeres.
- Un programa permanente de distribución de condones que sea acompañado de una consejería especial para la vida sexual de las personas con VIH, adaptado a la escolaridad y enfocada a mejorar el uso en las mujeres.
- La estrategia para abordar de manera integral a las personas con VIH necesita tener un componente sostenible y permanente de la prevención, identificación y tratamiento de las ITS, así como de las infecciones oportunistas.

Otras recomendaciones

- Identificar las oportunidades, crear espacios, buscar socios y desarrollar estrategias que mejoren el soporte económico de las personas con VIH que son quienes cargan con el impacto de la epidemia a nivel individual, familiar y social.
- Fortalecimiento de la auditoria social para el cumplimiento de la ley respecto, al derecho al trabajo que tienen las personas con VIH.
- Soporte psicosocial a las personas con VIH para reducir el impacto familiar y el auto-estigma.
- Buscar socios que puedan colaborar en la mejoría de la oferta de trabajo para las personas con VIH; además, diseñar un programa que impulse el desarrollo de habilidades para la reinserción productiva en la sociedad.
- Reforzar el trabajo de los grupos de autoayuda para mejorar el soporte familiar con visitas domiciliarias, el soporte psicosocial para reducir el impacto familiar y el auto-estigma.
- Reforzar en diferentes ámbitos y de manera integral, las campañas contra el estigma y la discriminación vinculados al VIH. Es importante anotar la necesidad de estrategias permanentes contra el estigma y la discriminación de las personas con VIH difundidas en medios masivos de comunicación dirigidas hacia la población general. Es claro que mientras persista la falta de información adecuada y la exclusión social que sufren las personas diagnosticadas con el VIH, no se está influyendo en las principales barreras para la búsqueda de atención y tratamiento oportuno del VIH.
 - Socialización del problema especialmente a través de medios masivos.
 - Visibilidad, sostenibilidad de intervenciones y desmitificación del acceso a la prueba.
 - Creación de un sistema para el monitoreo del nivel de estigmatización y discriminación vinculados al VIH.
- Realizar Investigaciones futuras que busquen el esclarecimiento de algunos temas importantes como :
 - Salud sexual y reproductiva de las personas con VIH
 - Implicaciones del VIH vinculadas al genero
 - Prácticas sexuales, uso de condón y razones de no uso
 - Estigma y discriminación
 - Las realciones y la asociación del VIH a la religión o al soporte espiritual.
 - Cómo afecta el VIH la integración familiar
 - Calidad y acceso de la atención integral de personas con VIH
 - Cuidado y auto cuidado para mejorar la adherencia al tratamiento antiretroviral

VIII. Referencias

- 1 Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS. 2006
2. Montijo, LJ; Gottsbacher, M. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA, en México y Centroamérica. Guatemala, 2004. Estudios e Informes. Serie Especial, No. 21. UNESCO, 2004.
- 3 UNAIDS. (2006). 2006 Report on the global AIDS epidemic. UNAIDS.
4. Datos reportados por los programas de VIH /SIDA de la región centroamericana.
5. Central American multi-centric study, behavioral surveillance and HIV prevalence among commercial sex workers and men who have sex with men, 2001-2002.
6. Estudio Seroepidemiológico de sífilis, hepatitis B y VIH en población garífuna de El Triunfo de la Cruz, Bajamar, Sambo Creek y Corozal. Secretaría de Salud de Honduras.
7. Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA, Departamento de ITS/VIH/SIDA, Secretaría de Salud de Honduras.
8. Análisis de la situación y de la respuesta de Honduras ante la epidemia del VIH/SIDA en el marco del PENSIDA-III período 2003-2007/Tegucigalpa, Honduras, mayo de 2007.
9. I. Rivera; R. Meza; J. Soto; E. Zelaya; W. Klaskala; M. Essex. Subtipos y prevalencia de ETS en individuos infectados con VIH-1 en Honduras, 1996. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Ministerio de Salud.
10. Secretaria de Salud de Honduras, Organización Panamericana de la Salud. Apoyo social, educativo y mejoramiento en la calidad de los cuidados y servicios a niños menores de 15 años y familiares afectados por la epidemia del VIH/SIDA en Honduras. San Pedro Sula, 2002.
11. Latin America and Caribbean region and Global HIV/AIDS Program (2006). Reducing HIV/AIDS vulnerability in Central America. Regional HIV/AIDS; situation and response to epidemic, the World Bank.
12. Catania, J., Gibson, DR., Marin, B., et al. Response bias? in assessing sexual behaviors relevant to HIV transmission. *Evaluation and Program Planning*, 1990. 13: p. 19-29.
13. Pequegnat, W., Fishbein, M., Celentano, D., et al. NIMH/APPC Workgroup on Behavioral and biological outcomes in HIV/STD prevention studies: A position statement. *Sex transm diseases*, 2000. 2000: p. 127-132.
14. Catania, J., Gibson, DR., Chitwood, DD., Coates, TJ. Methodological problems in AIDS Behavioral research: Influences on measurement error and participation Bias in studies of sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 1990. 108: p. 339-362.
- 15 Bouhnik, A., Préau, M., Lert, F., et al. Unsafe sex in regular partnerships among heterosexual persons living with HIV: evidence from a large representative sample of individuals attending outpatients services in France. *AIDS*, 2007. 21, suppl 1: p. S57-S62.
16. Edison Ariel Montesdeoca. Estimación de la calidad de atención integral en salud en las personas afectadas o viviendo con VIH SIDA: algunos resultados y recomendaciones.
17. Kalichman, S., Simbayi, LC., Cain, D., et al. Generalizing a model of health behavior change and AIDS stigma for use with sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *AIDS Care*, 2006. 18(3): p. 178-182.
18. Honduras HIV/AIDS UNGASS Recommendations follow-up report. Honduras, January-December 2002.