

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA – MANAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA  
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA**

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS  
DE LOS HOMBRES CON RELACION A LAS  
ITS / VIH-SIDA,  
NICARAGUA. 2004”.**

**Informe final de Tesis para optar al título de  
Maestros en Salud Pública**

**Elaborado Por:**

**Dra. Alejandra Narváez Pineda  
Dr. Félix Balladares Moreira**

**Tutor:**

**Lic. Manuel Martínez  
Docente Investigador CIES.**

**Asistencia Técnica:**

**Dr. Andrés Herrera  
Consultor masculinidad género y SSR OPS. Nicaragua**

**Managua, Octubre del 2004**

## Contenido

Resumen Ejecutivo.	ii
Dedicatoria.	iii
Agradecimiento.	iv
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V. OBJETIVOS	6
VI. MARCO DE REFERENCIA	7
VII. DISEÑO METODOLOGICO	25
VIII. RESULTADOS	34
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
X. CONCLUSIONES	51
XI. RECOMENDACIONES	53
XII. BIBLIOGRAFÍA	54
XIII. ANEXOS	57

## **Dedicatoria.**

*A nuestros hijos e hijas por inspirarnos, motivarnos y animarnos a ser mejores padre, madre y profesionales dispuestos a contribuir de forma proactiva al desarrollo de nuestro país.*

*A nuestros familiares, amistades y colegas por acompañarnos, aconsejarnos y ayudarnos a crecer como personas y profesionales.*

## **Agradecimientos.**

*A la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por habernos facilitado acceso a la información disponible sobre el tema investigado y habernos brindado la asistencia técnica solicitada por medio del Dr. Andrés Herrera.*

*Al MINSA por permitirnos desarrollarnos como profesionales de la Salud Pública.*

*Al CIES, especialmente a sus docentes por haber sido maestros(as) y amigos(as) capaces de transmitirnos conocimientos y experiencias útiles.*

*A nuestros colegas con experiencia en salud pública y epidemiología que nos apoyaron incondicionalmente.*

*Al Lic. Manuel Martínez, nuestro tutor por habernos asesorado y enseñado de forma práctica las bases para la investigación científica.*

*A las personas entrevistadas por haber compartido con nosotros sus conocimientos y experiencias sobre salud sexual y reproductiva así como sus opiniones sobre masculinidad.*

## **Resumen Ejecutivo.**

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal en el que se han utilizado métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas cuyo objetivo principal es analizar conocimientos, actitudes, prácticas y características del acceso a servicios de atención y prevención que tienen los hombres en relación a las ITS-VIH-SIDA. Los datos cuantitativos fueron tomados del estudio 'Promoción de la Participación de los hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva' realizado por OPS, GTZ y MINSA en el año 2004. Fueron seleccionados 600 hombres de las ciudades de Managua, Bluefields y Bilwi. Los datos de la parte cualitativa fueron obtenidos de entrevistas en profundidad realizadas a 6 expertos en las temáticas de masculinidad e ITS-VIH-SIDA.

Con los datos cuantitativos fueron construidas variables claves de resumen sobre Conocimiento en ITS-VIH-SIDA, Actitudes de prevención de ITS-VIH-SIDA, Prácticas de riesgo y Acceso a servicios de atención y prevención. Los datos cuantitativos se procesaron en tablas de frecuencia relativa y distribución porcentual por variables claves, utilizando la prueba de asociación de Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95%. Los datos de la parte cualitativa fueron procesados en matrices de descriptores según las respuestas a ítemes diseñados emitidas por los expertos.

El perfil sociodemográfico representativo de los hombres estudiados es: 27 años de edad, mestizo, con secundaria incompleta, católico, soltero, sin hijos y que tuvo su primera relación sexual a los 15 años. Los hombres con bajo nivel de instrucción tienen más bajos niveles de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA, actitud menos favorable para la prevención y mal acceso a los servicios de atención y prevención. El 37% tienen buen nivel de conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA; 27% tienen actitud muy favorable para la prevención de ITS-VIH-SIDA; 37% tienen prácticas de bajo riesgo y sólo 18% tienen buen acceso a servicios de atención y prevención. Las actitudes de prevención no se encontraron estadísticamente asociadas a las prácticas de riesgo.

Los investigadores recomiendan implementar el Programa de Salud Sexual en las escuelas para contribuir a mejorar el nivel de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA en los y las jóvenes, así como fomentar o reforzar la estrategia de educación de 'pares', sobre todo entre hombres y estrategias de Información, Educación y Comunicación que estimulen a los hombres a recibir información preventiva y /o atención curativa en las unidades de salud del MINSA.

## **I. INTRODUCCION**

Durante décadas las mujeres han sido el foco principal de esfuerzos nacionales e internacionales con relación a la planificación familiar, y más recientemente con estrategias dirigidas a intervenir en aspectos básicos de la Salud Sexual y Reproductiva. La omisión de los hombres como grupos metas de los esfuerzos de prevención, promoción y provisión de servicios de Salud Sexual y Reproductiva, ha conllevado a disminuir su capacidad de incidir en acciones relacionadas con este tema. Al mismo tiempo, ha puesto una sobrecarga innecesaria en la mujer, pero ha tenido impacto en la salud y el bienestar de las mujeres, los hombres y la familia en general.

En Nicaragua, se han realizado algunas investigaciones destinadas a identificar el comportamiento de los hombres con relación a temas generalmente abordados con mujeres, como Salud Sexual y Reproductiva, enfoque de género y violencia.

Debido a que existe una tendencia ascendente en la identificación de casos de Infecciones de Transmisión Sexual y especialmente de VIH-SIDA, se hace necesario, buscar nuevas alternativas para el control y prevención de estas enfermedades.

Dado que los hombres son determinantes en las relaciones de parejas y que han sido poco abordados en las acciones de salud sexual y reproductiva, se hace relevante realizar estudios para profundizar la información disponible sobre las características básicas de los hombres con relación a las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo VIH – SIDA.

El propósito de este estudio es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres con relación a ITS – VIH-SIDA, lo cual será útil como referencia en la identificación y análisis de estrategias alternativas para complementar las acciones existentes en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y de Organismos No Gubernamentales que trabajan en este campo.

## II. ANTECEDENTES

En Nicaragua se han realizado diferentes estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres y mujeres, sobre aspectos básicos de Salud Sexual y Reproductiva, tomando el enfoque de género como un referente básico. El mayor énfasis investigativo ha estado en aspectos de salud sexual y reproductiva y paternidad (Grupo de Hombres, 1997; PROSIM, 1999, Kalk, 1999, Sternberg, 2000; Montoya 2000).

Existen muchas coincidencias entre estos estudios respecto al bajo nivel de involucramiento de los hombres en el cuidado de su salud reproductiva y la de sus parejas. Existe un discurso de responsabilidad de parte de los hombres y de crítica al machismo, pero que no se corresponde con sus prácticas. Por ejemplo, los hombres valoran como importante la Planificación Familiar, pero pocos participan activamente en ésta.

En el estudio “Todo Hombre es Bandido” (PROSIM 1999), los autores utilizan una tipología de modelos de masculinidad propuestos por J.V. Marqués y Sobornes y por D. Cazés para analizar sus datos. Según este esquema existen posturas a) machistas, b) paternalistas, c)huidizo e d) igualitario, por parte de los hombres en sus relaciones de género. Se encuentra que en lo relacionado a la práctica de la sexualidad los hombres coinciden con el modelo-imagen huidizo. Este modelo se caracteriza por una actitud evasiva ante la salud sexual y reproductiva, una tímida condena al machismo y una aceptación parcial de los derechos de las mujeres.

CANTERA como organización de la sociedad civil que implementa acciones sobre salud sexual y reproductiva, ofrece cursos de masculinidad. Se publicó en 1999 una evaluación de impacto de estas acciones. Aplicaron una encuesta a 250 hombres participantes en estos cursos desde 1994 hasta 1997. Se reportan ciertos cambios en las actitudes y comportamientos de los hombres a raíz de estos cursos. Por ejemplo, el 61% de los encuestados consideró que los cursos los han hecho menos violento. En sus recomendaciones, el estudio señala la necesidad de construir un sistema de indicadores para valorar los proceso de cambios de los hombres, contando con una encuesta tipo “perfil de entrada” a los talleres como línea de base y luego encuestas posterior a los talleres. También recomiendan sistematizar estas acciones de capacitación con hombres y elaborar materiales didácticos.

Además de los estudios sobre masculinidad realizados en Nicaragua, se logró identificar un diagnóstico sobre respuestas locales ante la violencia intra familiar (Carrasco y Castellón, 1998), auspiciado por OPS-OMS en Masaya, el cual incluyó información sobre las representaciones de la violencia que tienen prestatarios/as de servicios públicos. Sin embargo, esta información no está desagregada por sexo por lo que no determinan diferencias en las actitudes hacia la violencia que tienen hombres y mujeres prestadores de servicios.

El estudio Regional y de Nicaragua realizado en el año 2002, coordinado por el Centro de Análisis Sociocultural de la UCA, el Proyecto forma parte del proyecto Regional “Educación reproductiva y Paternidad responsable en el Istmo Centroamericano”, de la CEPAL, señala que existen problemas con la manera en que los hombres viven su sexualidad, y en particular con las actitudes y prácticas ante la reproducción.

Este estudio recomienda promover cambios de actitud en el estudiantado de los distintos niveles de educación formal, a través de la promoción de conductas de responsabilidad hacia la sexualidad y la paternidad. Así como incorporar temáticas de género en la currícula de todos los niveles educativo, uno de los componentes debe ser la educación para ser padres y madres. De igual forma en la educación informal y en la educación de adultos<sup>1</sup>.

Un estudio realizado en Chinandega en los municipios de Corinto Chinandega y Somotillo por la Fundación Xochiquetzal en el año 2003, acerca de conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH /SIDA de la población de esos municipios, se encontró: que existe una actitud favorable para el uso del condón, sin embargo, este hallazgo no ofrece garantía pues existen otros factores que influyen de forma negativa o positiva.

El conocimiento sobre VIH /SIDA y uso del condón es regular y aceptable respectivamente. Este nivel de conocimiento es indicativo de que las campañas educativas han llegado de una u otra manera a la población.

Existe una estrecha relación entre el uso del alcohol y las relaciones sexuales, práctica que puede conducir a una pobre adopción de medidas de protección en la población <sup>2</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la colaboración técnica de GTZ, UNFPA y del Ministerio de Salud, realizó durante los meses de Enero a Julio del 2003, el estudio “Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva en Centroamérica”. En el caso de Nicaragua, este estudio permitió obtener información acerca de los hombres y su comportamiento ante temas como: Salud reproductiva, planificación familiar, paternidad y violencia intrafamiliar.

En conclusión, gradualmente se está construyendo un cuerpo de conocimientos sobre los hombres nicaragüenses desde su condición de género. <sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Educación reproductiva y paternidad en el Istmo Centroamericano, CEPAL 2002.

<sup>2</sup> Tiempo de Cambiar /Fundación Xochiquetzal, Nicaragua 2003.

<sup>3</sup> Los hombres del SILAIS Masaya, Genero ,Masculinidad y violencia Intrafamiliar en las representaciones Sociales del Trabajador de la Salud .MINSA 2001



### **III. JUSTIFICACIÓN**

De acuerdo a referencias internacionales los hombres de países en vías de desarrollo como Nicaragua, poseen mayor riesgo de contraer VIH-SIDA que las mujeres. Además, desempeñan una posición trascendental en la decisión de las parejas, para utilizar métodos anticonceptivos efectivos como los condones con el fin de evitar infecciones de transmisión sexual. Esta situación hace necesario realizar estudios que evidencien el rol de los hombres ante estos problemas de salud pública.

El presente estudio intenta tomar como referencia investigaciones previas sobre este tema, para añadir criterios técnicos al abordaje de aspectos relacionados con la promoción de intervenciones dirigidas a los hombres, como aporte al Programa Nacional de Salud Sexual Reproductiva en Nicaragua, y proporcionarle un valor adicional a estudios realizados sobre este tema.

Los resultados de este estudio contribuirán a disponer de información técnica adicional a la obtenida en estudios anteriores, sobre características básicas de hombres relacionadas con salud sexual reproductiva, y al mismo tiempo permitirá identificar hallazgos trascendentales, desde la perspectiva de expertos nacionales, para la redefinición de las intervenciones previstas en el Programa Nacional de Salud Reproductiva, particularmente con las acciones dirigidas a los hombres.

Una mayor comprensión de los conocimientos, actitudes y prácticas de los hombres nicaragüenses con relación a las ITS / VIH-SIDA, permitirá reorientar las campañas de promoción y uso de métodos de planificación familiar, mejorar la oferta de servicios básicos de salud sexual y reproductiva para los hombres, así como a la prevención de las ITS/VIH-SIDA logrando un mayor impacto en el control de las enfermedades adquiridas a través de relaciones sexuales.

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

### **PROBLEMA GENERAL**

¿ Cuáles son las características de los conocimientos, actitudes y prácticas así como el acceso a servicios de salud de los hombres con relación a las ITS / VIH – SIDA, en Nicaragua 2004 ?.

### **PROBLEMAS ESPECIFICOS**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los hombres de Nicaragua?.
2. ¿Cuáles son los conocimientos de los hombres con relación a las ITS / VIH-SIDA ?.
3. ¿Cuáles son las actitudes de los hombres con relación a las ITS / VIH-SIDA ?.
4. ¿Cuáles son las prácticas de los hombres con relación a las ITS / VIH – SIDA ?.
5. ¿Cómo es el acceso a servicios de atención y prevención relacionados a ITS / VIH / SIDA que tienen los hombres en Nicaragua?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general**

Analizar los conocimientos, actitudes, prácticas y el acceso a servicios de atención y prevención de los hombres con relación a las ITS / VIH – SIDA, además de las características sociales y demográficas incluidas en el estudio “Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva”, llevado a cabo en Nicaragua en el año 2004.

### **5.2 Objetivos específicos**

1. Conocer la distribución de los hombres según características sociodemográficas.
2. Clasificar a los hombres según nivel de conocimiento con relación a las ITS / VIH-SIDA.
3. Clasificar a los hombres según categorías de actitudes hacia la prevención de las ITS / VIH-SIDA.
4. Clasificar a los hombres en niveles de riesgo para adquirir o transmitir ITS / VIH – SIDA, según el tipo de prácticas sexuales.
5. Clasificar según categorías el acceso a servicios de atención y prevención relacionados a ITS / VIH / SIDA a los hombres en Nicaragua.

## VI. MARCO DE REFERENCIA

A nivel mundial, la OMS (2000) estima que cada año, hay 340 millones de nuevos casos de Infecciones de Transmisión Sexual (sin incluir el VIH) en personas con edades entre 15 - 49 años. Sólo en 1999 la OMS estimó que hubieron 12 millones de nuevos casos de sífilis, 62 millones de gonorrea y 9.3 millones de Clamydia en América Latina. Los hombres juegan un papel muy importante en la propagación de las ITS.

Las infecciones de transmisión sexual afectan a 15% de adolescentes de 15 a 19 años de edad, quienes adquieren cada año tricomoniasis, Chlamydia, gonorrea o sífilis. La mitad de los casos nuevos de VIH ocurren en jóvenes entre 15- 24 años, y la edad promedio de casos está disminuyendo entre 1983 y 1989 era de 32 años; de 1990 a 92 bajó a 25 años. Se estima que en Haití, República Dominicana, Honduras, Panamá y Guatemala, más del 1% de la población de 15-24 años de edad es seropositiva. Por ejemplo en Haití se estima que el 4.9% de los hombres y 2.9% de las mujeres de 15-24 años de edad son seropositivas.

El número de infecciones por VIH y de defunciones por SIDA en los hombres supera el que corresponde a las mujeres en todos los continentes excepto en la región del África subsahariana. Pero incluso en esa región, la cifra de varones afectado es enorme para el final de 1999 habían 10 millones de varones africanos conviviendo con el VIH, en comparación con los 7,5 millones de varones infectados en todo el resto del mundo. Los varones jóvenes corren el riesgo particular en comparación con los varones adultos: alrededor de una de cuatro personas que tienen el VIH es un menor de 25 años.

En la actualidad, hay 1.4 millones de personas en América Latina y 420.000 en el Caribe (ONUSIDA 2001) que padecen el VIH/SIDA. Los índices de VIH y las formas de transmisión en toda la región acusan diferencias significativas. En Latinoamérica y el Caribe, el VIH se transmite principalmente mediante prácticas heterosexuales. El sexo inseguro con compañeros sexuales múltiples es un factor que propaga la epidemia. Otros factores implican una combinación de presiones socioeconómicas, migraciones y turismo (ONUSIDA, 2001).

El área caribeña es la segunda región más afectada en el mundo después del África Subsaharina, con un índice global del 2% (ciertos países tienen tasas aún más elevadas). El índice de prevalencia del VIH/SIDA en América Latina es 0.5%, pero a finales de 1999 en Belice, Honduras, Panamá, Guyana y Surinam alcanzaron al menos el 1%. En Guatemala, El Salvador y Panamá los índices de prevalencia oscilan entre 0.5-0.9% para las mujeres embarazadas (OPS; 2001). Por lo contrario, los países andinos presentan la prevalencia más baja (OPS, 2001).

Las tasas de infecciones nuevas de VIH siguen aumentando en Centroamérica entre las mujeres y los hombres. El porcentaje de la población infectada con VIH varía entre 0.2% en Nicaragua a 2.0% en Honduras y Belice (PRB, 2002).

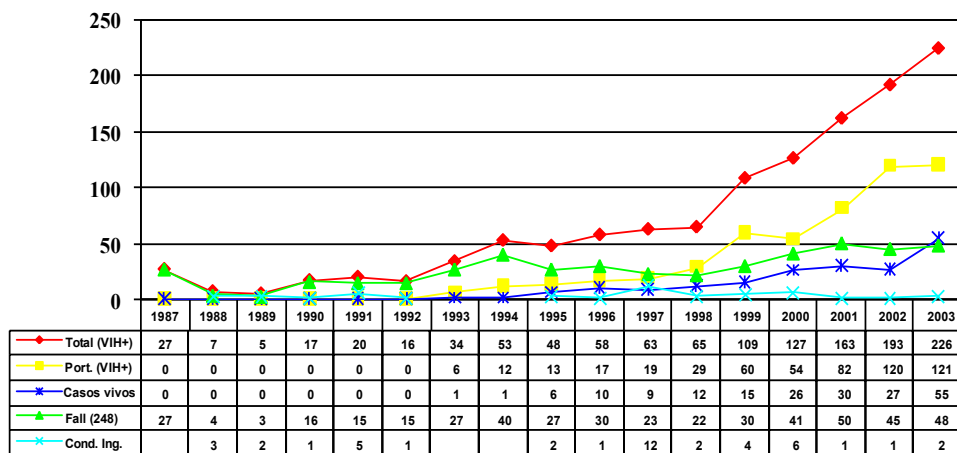
Muchos países en Centroamérica poseen información limitada sobre las tasas de prevalencia de VIH.

En Nicaragua, hasta el año 2003, del total de personas que conviven con VIH/SIDA, el 76.2% pertenece al sexo masculino y el 23.8 % al sexo femenino.

Se presenta una relación hombre-mujer de 3 - 1, esto quiere decir que la enfermedad se ha manifestado, en cuanto al sexo, en una proporción de tres a uno, con predominio de hombres. Esta relación se ha visto disminuida en los últimos años, cuando se tenía una relación de 6 - 1 y demostraría que en el sexo femenino se está incrementando en mayor proporción que en el masculino, o en su efecto, se están diagnosticando con mayor frecuencia.

El compromiso de involucrar a los hombres en la salud sexual y reproductiva y equidad de género se confirmó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo, 1994 y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995).

### Comportamiento del VIH – SIDA en Nicaragua 1987 – 2003.



Fuente: Programa ITS/VIH/SIDA- MINSa

## **Construcción Social de los Hombres**

Las masculinidades son las expresiones sociales de la imagen y expectativas que la sociedad tiene de los hombres en relación con mujeres y otros hombres en un entorno dado.

Enfatizamos la naturaleza plural de estas expresiones porque ellas varían de cultura en cultura y dentro de culturas o entornos determinados a menudo existen múltiples formas reproductivas socialmente de lo que significa ser hombre. Las masculinidades se expresan como un conjunto de características y normas de conducta en una cultura dada. Un punto fundamental en la formación de masculinidades de casi todos los entornos culturales (por no decir en todos) es que el hombre debe poseer una condición dominante dentro de la sociedad<sup>4</sup>

### **Masculinidades**

Diversos estudios han demostrado que los componentes básicos de la masculinidad se basan en la sexualidad y el trabajo (Valdés y Olavarría, 1998). Los hombres obtienen su identidad principalmente de su función como proveedor, productor y protector.

Casi de manera universal, la edad adulta se define sobre la base de la productividad o en torno a la función del soporte material o financiero. (Gilmore, 1995). En un estudio cualitativo realizado en los barrios bajos urbanos de Brasil, hombres y mujeres jóvenes expresaron que existen dos pasos para convertirse en un hombre: Tener una vida sexual activa y poseer recursos financieros para el sostén propio y de la familia. La mayoría de los jóvenes varones entrevistados consideraron la actividad sexual la más fácil de los dos requisitos (Barrer y Lowenstein, 1996).

Diversos estudios confirman un modelo hegemónico de la masculinidad aceptada por hombres y mujeres que determinan la desigualdad de relaciones entre los sexos. Este modelo define al hombre como activo, productivo, competitivo y aparentemente orientado (AVSC internacional y IPPF/WHR, 1999). Existe un perfil prototipo del cuerpo masculino que debe ser fuerte, apto para la labor física, capaz de pelear en guerra y penetrar el cuerpo de las mujeres.

En América Latina, “machismo” es el término usado más común para la versión hegemónica de la masculinidad. Por lo general, el machismo se asocia con bravura, destrezas sexuales, defensa del honor y deseos de enfrentar el peligro, entre otros.

---

<sup>4</sup> FNUAP(2000). “Acompañamiento: Un Nuevo abordaje hacia la Salud Sexual y Reproductiva”, Documento Técnico No. 3, FNUAP, Nueva York.

Estas tradiciones se fusionaron producto de la herencia latino-mediterránea del machismo, la cual sostiene la virilidad de un hombre se mide por el número de conquistas sexuales y vástagos, así como por el comportamiento del sexo femenino alrededor del hombre<sup>5</sup>.

## **Equidad de Género y abordaje de Ciclo de Vida.**

El ciclo de vida se refiere a la forma en que las interacciones y relaciones humanas cambian a lo largo del curso de la vida. Como tal, proporciona un formato útil para incorporar perspectivas interdisciplinarias como el contexto sociocultural (FNUAP, 1998). Este abordaje considera la salud desde una perspectiva holística, tomando en cuenta la forma en que las necesidades y responsabilidades individuales cambian a lo largo de la vida.

El abordaje del ciclo de vida considera las implicaciones de los programas de salud reproductiva en los niños, (por ejemplo: necesidades educativas para los padres e hijos), adolescentes, adultos y adultos mayores; nos pide reflexionar sobre las prácticas discriminatorias de salud y educación a causa de la edad.

El abordaje del ciclo de vida en la salud reproductiva ofrece mayores oportunidades para trabajar con hombres en tema como el autocuidado propio y preocupación por la salud propia en las distintas etapas de la vida. Por ejemplo, sabemos a través de investigaciones de los adolescentes en diversos entornos, en comparación con las mujeres, no tienden a buscar asistencia médica cuando realmente la necesitan y que consideran que los problemas de salud, como la salud reproductiva, son asuntos de “mujeres”<sup>6</sup>. En este ejemplo, el abordaje del ciclo de vida sugiere que veamos de qué forma podemos cambiar la socialización entre los jóvenes para promover un auto cuidado más desarrollado y en qué momentos del ciclo de vida podríamos modificar dichos patrones de socialización.

La adolescencia es una etapa importante porque los valores de los hombres jóvenes se forjan y reafirman. La mayoría de los hombres tienen sus primeras experiencias sexuales durante la adolescencia (Morris, 1993).

Aunque el comportamiento sexual de los varones varía según el entorno y compañera (o) sexual, muchas de las conductas adoptadas en las relaciones sexuales adolescentes continúan en la edad adulta (Barrer, 2000c). Un estudio en valores adolescentes en EE.UU. demostró que los jóvenes que usaron un preservativo en su primer encuentro sexual, presentaban mayores probabilidades de seguir usando preservativos de forma constante (Sonenstein, Pleck y Ku, 1995). Por ende, al trabajar con adolescentes, se pueden evitar algunos patrones

---

<sup>5</sup> Barker, G. (1996) "El Género mal comprendido: Participación Masculina en la Familia y la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe". John D. Y Catherine T. Mac Arthur Foundation, Chicago

<sup>6</sup> Barker, G. (2000b) Y los chicos? Una reseña de información sobre salud y el desarrollo de los jóvenes adolescentes, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

de conducta negativos antes que establezcan sus patrones de comportamiento definitivos.

A pesar de que la labor en adolescentes es clave, los adultos pueden presentar cambios de conducta. Esto significa que los hombres de manera individual pueden y de hecho cambian incluso ya adultos. Además, sabemos que las normas sociales pueden provocar transformaciones en generaciones específicas de hombres.

Los hombres de estos grupos dispuestos a cambiar también muestran un legítimo interés en sus hijos y expresan un mayor goce a través del contacto afectuoso. Es una generación que busca soluciones a un nivel más personal, tanto en el plano profesional como familiar, al practicar de manera más intensa lo que había sido anunciado en su generación anterior” (citado de FNUAP 2000, Muszkat et al 2000). La posibilidad de cambios en los hombres, tanto en nivel individual como colectivo, a lo largo de sus vidas significa que tenemos oportunidades valiosas para trabajar con ellos.

## **La Sexualidad Masculina**

### **Iniciación Sexual**

Diversos estudios realizados en América Latina han examinado la edad de inicio de la vida sexual activa de hombres y mujeres jóvenes. En general, el inicio sexual empieza más temprano para los varones que para las mujeres.

De acuerdo con Morreis (1993), la edad promedio para el acto sexual premarital oscila entre los 12.7 años en Jamaica a los 16.0 años en Santiago, Chile. La edad promedio para el primer acto sexual premarital de los varones en Costa Rica es de 15.3 años, en Quito 15.1 años, en Guayaquil 14.8 años y en Río de Janeiro 15 años.

A la edad de 19 años, al menos el 91% de los hombres en cada país ya han tenido su primer encuentro sexual. La edad promedio del primer acto sexual en las mujeres en los países encuestados, oscilan entre 15.6 años en Jamaica a 17.9 años en Santiago, Chile y por lo general, fue con un varón 4-6 años mayor que ella.

Diversos estudios llevados a cabo alrededor del mundo demuestran que los varones jóvenes a menudo miran el inicio sexual como una forma de probar su “verdadera hombría” y ganar una posición ante los amigos, en vez de considerarla una oportunidad para la intimidad. (Marsiglio, 1988).

En Perú, los adolescentes masculinos expresaron que tenían que probar su hombría constantemente a través de la actividad sexual porque se arriesgaban a ser vistos como “no hombres” (Yon, Jiménez, Valverde 1998).



Un estudio realizado en Managua, Nicaragua encontró que el 93% de las mujeres habían tenido su primera relación sexual con su novio o su pareja estable, en comparación con sólo el 44% de los hombres<sup>7</sup>.

En algunas situaciones, la primera experiencia sexual de los jóvenes puede ser con trabajadoras sexuales debido a la presión de amigos y familiares varones. Algunos chicos puede que no estén listos o deseosos ante este tipo de inicio sexual. En Argentina, el 42% de estudiantes de secundaria dijo que su primera experiencia fue con una trabajadora sexual (Henchí y Schuffer, 1998). El Censo Hondureño de Salud Nacional Masculina reportó que el 8.3% de los jóvenes hombres con edades de 15 a 24 años tuvieron su primera relación sexual con una trabajadora del sexo. (Ministerio de Salud, 1998).

La investigación sugiere que los hombres tienen más parejas durante su vida en comparación con las mujeres. Un estudio realizado en Costa Rica demostró que el 99% de las mujeres expresó haber tenido no más de cinco compañeros sexuales durante su vida, mientras el 55% de los hombres dijo haber tenido 6 o más (ONUSIDA, 2000). Un estudio hecho en 1995, encontró que en los 18 países encuestados, los hombres habían tenido más parejas sexuales que las mujeres (ONUSIDA, 2000).

### **Experiencias Homosexuales y Bisexuales**

Aunque hay resistencia a reconocerlo en muchas culturas, en toda sociedad existen hombres que sostienen relaciones homosexuales. Con frecuencia, se estigmatiza y se oculta el sexo entre hombres. Los estudios confirman que los índices de varones jóvenes y adultos que afirman haber tenido sexo con otros hombres son de 10-16% en Perú, 5-13% en Brasil y 10-14% en EE.UU. (ONUSIDA, 2000).

Algunos sujetos se identifican como “homosexuales” o “gays” pero otros pueden estar casados o involucrados en relaciones con mujeres. A veces, los hombres pueden tener sexo con otros hombres porque no hay mujeres disponibles, como es el caso de las prisiones, el ejército, los internados de varones o los que viven en las calles. Debido al estigma y prejuicios relacionados con la homosexualidad y bisexualidad, es difícil trabajar con hombres en la promoción de prácticas sexuales más seguras, en especial si no se identifican como practicantes de estas conductas sexuales.

---

<sup>7</sup> Montenegro, S. (2000) “La cultura sexual en Nicaragua”, Managua: Centro de Investigaciones de la Comunicación (CINCO)

## **Medidas de prevención de las ITS/VIH-SIDA.**

### **Medidas Generales:**

La abstinencia sexual y la postergación de las relaciones sexuales en los jóvenes y adultos es una de las medidas más eficaces de prevenir ITS/VIH- SIDA, así como la fidelidad mutua de la pareja. Por otra parte, la limitación y selección del número de parejas sexuales y el uso del condón cuando se tiene la menor sospecha de adquirir ITS son medidas que se deben considerar en todo momento.

### **Efectividad del uso de Condón en la prevención de las ITS /VIH / SIDA.**

El condón, una barrera de protección que cubre el pene o la entrada a la vagina o el ano, puede estar hecho de látex, plástico o piel de animal con el fin de impedir el paso del semen y el flujo de semen antes, durante o después que eyacule el hombre. Los hechos de tejido de animal como piel de cordero, son menos efectivos en la protección contra enfermedades de transmisión sexual. Cuando se usan en forma correcta y consistente, los condones de látex y plástico protegen contra la mayoría de las enfermedades sexuales y el VIH. En el caso de herpes genital y verrugas genitales, el virus que los ocasiona, a menudo se transmite por contacto de la piel sin tener lesiones o verrugas presentes. La piel o la mucosa que se cubre con un condón puede aún transmitir el virus.

Dadas las serias consecuencias de la infección por VIH, gran parte de la investigación de la eficacia del condón se ha enfocado en la transmisión del VIH. En general, se reconoce que el condón es una barrera altamente efectiva contra la infección de VIH (CDC, 1998).

Los que se oponen al uso del condón, han manipulado los resultados de pruebas defectuosas de laboratorio para crear la duda en el público acerca de la efectividad del condón contra el VIH. Por ejemplo, un estudio dedujo erróneamente que los condones de látex permitían el paso del virus del VIH, sin tomar en cuenta que se usó como ejemplo partículas que eran 100 millones de veces más pequeñas que las partículas del VIH que se encuentran en el semen (Stone et al., 1999). De hecho, el riesgo de la transmisión del VIH a través de un condón se reduce hasta 10,000 veces (Carey et al., 1992; Cavalieri d'Oro et al., 1994; Weller, 1993).

En un estudio reciente de parejas en las que uno de los compañeros era VIH positivo, solamente un caso de infección (2 por ciento) ocurrió entre los que permanecieron activos sexualmente y usaron condones consistentemente y de manera correcta. En contraste, la incidencia de la infección del VIH fue 14 por ciento con el uso inconstante (Deschamps et al., 1996). Un estudio similar mostró una tasa de infección del 10 por ciento sin el uso consistente del condón (de Vincenzi, 1994). Un metanálisis de 25 estudios sobre la transmisión del VIH y los condones determinó que las tasas de eficacia variaban entre el 87 y el 96 por ciento contra la infección del VIH (Dais & Weller, 1999).

## **Eficacia de condones de látex**

Los condones son eficaces porque bloquean el contacto con los fluidos del cuerpo que causan el embarazo y las infecciones por transmisión sexual. La mayoría de los informes sobre el fracaso del condón son el resultado del uso inconsistente o incorrecto, no su rotura (Macaluso et al., 1999). En los EEUU, la verdadera tasa de rotura es menos de dos por cada 100 condones (CDC, 1998). Las tasas elevadas de rotura en algunos estudios ocurren porque muchas personas mienten acerca del uso del anticonceptivo para culpar a un condón "defectuoso" por su falta de responsabilidad. Tales excesos en los reportes aumentan artificialmente las tasas de rotura (Trussell, 1998).

Los condones de látex son hechos de savia de árboles de goma (caucho), un material fuerte que no permite el paso de esperma, bacteria o virus, incluyendo el HIV.

Estudios de laboratorio indican que los condones de látex son 98% de eficaces en prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el HIV al ser una barrera eficiente. Sin embargo, es más difícil establecer la eficacia de un condón durante la actividad sexual. A menudo, es difícil determinar si un usuario ha sido expuesto a una pareja infectada o si se usó el condón correctamente.

Sin embargo, varios estudios epidemiológicos demuestran que los usuarios de condones de látex y sus parejas tienen una frecuencia más baja de gonorrea, la enfermedad inflamatoria de la pelvis y el cáncer pélvico que las personas que no usan condones. Otros estudios enseñan que cuando se aumenta el uso de condones, se reduce la posibilidad de transmisión de enfermedades sexuales incluyendo el HIV.

En un estudio de dos años en Europa con parejas "discordantes", donde una persona está infectada con el HIV y la otra no, los investigadores demostraron que el uso consistente de condones reduce significativamente la posibilidad de pasar el HIV de una pareja infectada a una no infectada.

De 124 parejas discordantes que usaron condones consistentemente durante el estudio, ninguna de las personas no infectadas, se llegaron a infectar con el HIV. En contraste con 121 personas discordantes que no usaban condones consistentemente, 12 (10%) de las personas no infectadas se infectaron durante el estudio.

Una rotura de un condón durante el sexo anal, podría traer consecuencias muy serias. Debido al riesgo mayor de transmisión del HIV por el coito anal, la rotura de condones durante el coito anal tiene serias consecuencias. Sin embargo, varios estudios documentan que en situaciones de alto riesgo sexual, el uso consistente

de condones todavía reduce significativamente el riesgo, pero no elimina la posibilidad de nuevas infecciones con el HIV.

Un estudio sobre la prevalencia de roturas y salidas accidentales de condones indican que de 353 actos de coito sexual entre trabajadoras del sexo y sus clientes en Nevada - Estados Unidos, había sólo dos reportes de condones resbalándose en el momento de sacar el pene. Otro estudio reportó una tasa de rotura de 2.1% y una tasa de salida accidental de 1.1%. para condones de látex durante el coito sexual. En un estudio en Francia de más de 700 heterosexuales, la cifra de roturas era del 3.4% y de tasas de salida accidental era 1.1%.

## **Tipos de condones**

Además de los ampliamente conocidos condones de látex existen los condones de plástico que son hechos de poliuretano, un material fuerte que no permite el paso de espermatozoides, bacteria o virus incluyendo el HIV. El poliuretano tiene características buenas para transferir el calor comparados con el látex, son menos sensibles a daño cuando se conservan y cuando se usan con lubricantes a base de aceite y también causan menos alergias.

Existen dos tipos de condones de plásticos disponibles al público. El condón de hombre o "condón externo" tiene la misma forma y se usan de la misma manera que se usa el condón de látex. El condón de la mujer o "condón interno" es un tubo ancho y largo con un lado abierto y el otro cerrado.

### El condón externo de plástico

En una investigación reciente de un laboratorio muestra que durante pruebas bajo condiciones severas, los condones de látex y poliuretano son barreras efectivas contra la transmisión de virus y bacterias. Los condones de poliuretano arrojaron resultados que no son significativamente diferentes comparados con los de condones de látex.

### Condomes internos de plástico

Cálculos basados en el uso consistente y correcto, han estimado que el riesgo de infección por HIV fue reducido un 97.1% con cada acto de coito con el uso del condón femenino. Investigaciones en numerosos países y varias culturas enseñan que de 50% a 70% de hombres y mujeres participando en estos estudios, encontraron el condón de mujer como aceptable. Las parejas reportan que el uso del condón de mujer no interrumpió la sensibilidad ni el placer de la relación sexual<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Copyright 2001-2003 Info-Pene.com,pg 2-7.

El uso de ambos, condones de hombre (externos) y de mujer (internos) para el mismo acto sexual no se recomiendan por la posibilidad de fricción que aumenta al usar simultáneamente dos condones.

## **Los hombres y la transmisión de ITS-VIH-SIDA.**

### **Conocimientos de los hombres en ITS-VIH-SIDA.**

En países como Nicaragua, Brasil o Perú, del 27 al 33% de las mujeres adolescentes no conocen ningún método para protegerse del VIH. El porcentaje de hombres que desconoce es menor pero sigue siendo elevado, entre el 15 y 26%.

Según la ENDESA Nicaragua 2001, prácticamente todo(a)s entrevistado (a)s, sin importar su edad, estado conyugal, nivel de educación o residencia, han oído hablar sobre el SIDA. Las mujeres solteras tenían menor nivel de conocimiento que las 'alguna vez casadas o unidas'; las mujeres que habitan en zonas urbanas y en Managua poseen un mayor nivel de conocimiento. La radio y la televisión son los principales medios a través de los cuales han aprendido sobre el SIDA. En las zonas rurales, la radio, la televisión y los amigos o parientes son los medios más importantes. Aunque una parte han recibido información de los trabajadores de la salud. La forma específica más conocida de evitar el SIDA es limitando las parejas sexuales (74%) ubicándose muy por encima del uso del condón (63%), esta diferencia se mantiene constante tanto en mujeres rurales como urbanas, con educación y sin educación.

Las cifras presentadas en la ENDESA Nicaragua 2001, con respecto a la vía de transmisión, rompen totalmente el esquema conceptual que se tenía al inicio de la epidemia, cuando se creía que esta enfermedad se presentaba de forma mayoritaria en homosexuales. Esta situación tiene su relevancia por cuanto la población en general y la heterosexual en particular, todavía mantiene conceptos totalmente erróneos sobre este aspecto, y en todo caso, no piensa, promueve ni realiza ninguna acción de tipo preventiva para evitar la enfermedad.

Puede decirse que existe un conocimiento básico sobre la enfermedad, pero cuando se les preguntó si habían tenido algún cambio en sus comportamiento para prevenir la enfermedad, el 59.1% de mujeres y 25% contestó de forma negativa. En el caso de las mujeres, el 20% manifestó conservar su virginidad; 6.3% mantiene relaciones con una sola pareja; 5.9% pidió fidelidad a su pareja; 5.2% abandonó la práctica sexual y sólo en 1.8% empezó a tener relaciones sexuales con preservativos. Las cifras para los hombres son un poco más alentadoras: 32.0% manifestó tener sexo con una sola pareja; 24.5% empezó a utilizar preservativos; 13.6 redujo el número de compañeras sexuales y 6.2% dejó de tener relaciones sexuales.

Hay una situación aparentemente contradictoria entre el nivel de conocimiento que tiene la población sobre el tema, pero, que todavía no tiene un cambio en el comportamiento sexual, puede ser explicado en parte por la percepción equivocada de no tener posibilidad de adquirir en algún momento el virus del VIH.

### **Actitudes de prevención de las ITS-VIH-SIDA de los hombres.**

En el mundo es sabido que se considere que las mujeres están expuestas a un riesgo especial de contraer el VIH por la falta de poder para decidir cuándo, dónde y si quieren tener una relación sexual. Lo que quizás no se reconoce con tanta frecuencia es que las creencias y expectativas culturales también contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de los varones. Es menos probable que un varón solicite asistencia sanitaria que una mujer, y al mismo tiempo al mismo tiempo es mucho más probable que aquel adopte comportamientos que ponen en riesgo la vida, como el consumo de tabaco, alcohol o sustancias ilegales y la conducción temeraria.

En muchas infecciones de transmisión sexual (como Clamydia) los hombres son asintomáticos, y de esta manera contagian a su pareja sin saberlo. Incluso, algunos hombres pueden sentirse orgullosos de padecer una ITS. Los jóvenes en Bolivia consideraban que tener un ITS era como una “insignia de honor”, prueba de sus conquistas sexuales para presumir ante los amigos y miembros familiares masculinos<sup>9</sup>.

En la cultura del machismo al suponer que el varón debe ser más fuerte, emocionalmente firme, atrevido y viril, expectativas que se traducen en actitudes y comportamientos que con la aparición del SIDA han pasado a ser perjudiciales o claramente letales. Esto ha conllevado a dificultades para la prevención del VIH ya que surge de las expectativas tradicionales que el varón deba adoptar riesgos, tener frecuentes relaciones sexuales con más de una pareja y ejercer su autoridad sobre la mujer. Es decir, que las expectativas animan a los varones a forzar las relaciones sexuales con parejas que no desean tenerla, a rechazar el uso del preservativo y considerar su utilización como algo impropio de un hombre y a percibir el consumo de drogas intravenosa como un riesgo atractivo.

Según la ENDESA Nicaragua 2001, el 64.6% de mujeres manifiesta que no tienen ninguna posibilidad de adquirir el VIH-SIDA y el 19.0% consideran que esa posibilidad es pequeña, sólo 8.8% manifestó tener grandes posibilidades; en los hombres el 41.4% contestó que no tenía ninguna posibilidad de adquirir el VIH-SIDA, 26.6% considera que la posibilidad es pequeña y el 20% considera tener grandes posibilidades de adquirirlo.

---

<sup>9</sup> Barker, G. (2000b) Y los chicos? Una reseña de información sobre salud y el desarrollo de los jóvenes adolescentes ,Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

La condición de subordinación de la mujer en Nicaragua, impide a esta proponer o exigir el uso del condón o negarse a la relación sexual si el compañero rehúsa hacerlo, pues es más vulnerable a la violencia familiar y otros tipos de violencia sexual, situación que aumenta en gran medida la posibilidad de contraer el VIH y la coloca en posición inferior al momento de pedir sexo seguro. En las mujeres que tienen parejas estables, la situación de protección durante las relaciones sexuales es aún más difícil, tomar la iniciativa en cuanto al uso del condón hace que puedan ser estigmatizadas por su pareja como una mujer “cualquiera”, “vaga”, “infiel”.

La desinformación sobre la utilidad y efecto del condón, la falta de comunicación en la pareja, los prejuicios existentes alrededor del tema, la ignorancia general sobre la sexualidad humana y quizás el peor de todos: la mayoría cree y confía en que “a mí nunca me sucederá” intervienen en gran medida en la propagación del VIH/SIDA.

El criterio del uso del condón sólo con mujeres “sospechosas” y en relaciones extramaritales también se constata en estudios con hombres adultos (grupo de hombre contra la violencia, 1997; Sternberg, 2000; Zelaya, 1999; Zelaya, 1999) en que se documenta la inconsistencia en el uso del condón incluso en las relaciones sexuales casuales o furtivas. Prevalece una opinión negativa de los hombres hacia el condón que se centra en tres argumentos: i) “no se siente igual” es decir, el condón disminuye el placer sexual; ii) no es necesario si se hace con una mujer “honesta”; y iii) algunos se rompen ó son de mala calidad (Kalk, 1999; Sternberg, 2000; PROSIM, 1999)<sup>10</sup>.

### **Prácticas de Riesgo en los hombres.**

El comportamiento sexual de los hombres en América Latina y de todo el mundo los pone tanto a ellos como a sus compañeros(as) sexuales en riesgo de contraer VIH. Además, los hombres tienen mayor control en las relaciones sexuales, y por razones biológicas las mujeres son fisiológicamente más susceptibles a contraer el VIH (WHO, 2000). Los hombres también tienen más parejas sexuales que las mujeres (UNAIDS, 2000), y por esta razón, tienen un mayor riesgo de infectarse y transmitirlo a otras personas.

Las ITS constituyen una consecuencia adversa de la conducta sexual, que afecta particularmente a los jóvenes. El inicio del coito a una edad temprana se asocia con una mayor posibilidad de contraer ciertas ITS.

Para las mujeres esto se relaciona con factores biológicos. La ectopia del cuello uterino, algo común en muchas adolescentes, facilita la infección de clamidia, el virus de papiloma humano (VPH) y los otros virus como el Herpes y el VIH (Copey y Kerman, 1992).

---

<sup>10</sup> Naciones Unidas, CEPAL, Educación Reproductiva y Paternidad Responsable en Nicaragua. 6 julio 2001

Otras razones para asociar la actividad sexual temprana del adolescente con ITS son conductuales y se aplican tanto a varones como a mujeres. Los varones adolescentes son menos constantes y efectivos en el uso de anticonceptivos que los adultos, y se benefician menos de los efectos protectores.

Además de los factores biológicos, las personas jóvenes son más vulnerables al VIH, debido al desarrollo cognitivo y emocional. En esta etapa de desarrollo cognitivo se hace más difícil el análisis y la toma de decisiones. Como consecuencia los jóvenes tienden a ser más susceptibles a las opiniones de los pares, lo que puede afectar su capacidad de negociar las relaciones sexuales y el uso de condones.

Los factores sociales conductuales también contribuyen a que las personas jóvenes se encuentren en mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA, por que tienen menos probabilidades de estar casados y tienen más parejas informales. La propagación del VIH/SIDA depende en gran medida de la conducta de las personas jóvenes<sup>11</sup>.

Los varones forman un grupo muy diverso y las generalizaciones acerca de su comportamiento deben ser hechas con prudencia. Los estudios realizados en todo el mundo señalan que por término medio los varones tienen más parejas sexuales que las mujeres. Esto significa que un hombre infectado por VIH probablemente transmitirá el virus a un mayor número de personas que una mujer que está en una misma situación, en particular por razones biológicas el VIH se transmite sexualmente con el doble de facilidad de un varón a una mujer que a la inversa.

En el estudio 'La cultura sexual en Nicaragua' el 71.8 % no usan el condón y el 27.9 % respondió que su pareja usaba el condón. En términos de género, las respuestas reflejan un 37% de los hombres encuestados que los usa versus un 18% de mujeres que afirma lo usa su pareja. Según el grupo de edad quienes más lo usan están entre 21-29 años. Según escolaridad, el uso del condón muestra una tendencia creciente según se asciende en el nivel de estudios, siendo los universitarios los que más lo usan.

Aunque el tema no se discute a menudo, el sexo anal lo practican algunos hombres y mujeres. El sexo anal puede ocurrir cuando se quieren evitar embarazos, conservar la "virginidad", o para el placer. Los tejidos delicados del ano, representan un alto riesgo para la transmisión de VIH.

Algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) pueden denominarse a sí mismos 'gays' u homosexuales, pero otros no. Hay hombres que tienen sexo con hombres y también sostienen relaciones heterosexuales. Las prácticas sexuales de los HSH son variadas, pero el sexo anal es practicado entre el 30 y 80% de ellos (Panos, 1998). El sexo anal constituye el riesgo más alto de la transmisión sexual de VIH.

---

<sup>11</sup> Salud Sexual y VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes. Boletín # 21, Mayo del 2003, OPS/OMS.



En Costa Rica, México, Nicaragua y algunas regiones andinas, el sexo entre hombres continúa siendo la forma más prominente de transmisión del VIH. Estudios recientes realizados en hombres que tienen sexo con hombres en México demuestran que el 14% es seropositivos (OPS, 2001).

En Honduras, que posee los datos más fiables sobre prevalencia e incidencia de casos VIH-SIDA, un estudio realizado a inicios de 1999 teniendo como grupo meta a los vigilantes nocturnos de dos ciudades se obtuvo una prevalencia de VIH en 0.5% de los encuestados, de ellos el 11% expresó haber sostenido sexo anal con hombres, pero también la mayoría reportó practicar relaciones heterosexuales (OPS; 2001).

El estigma social que persigue al comportamiento homosexual y la homosexualidad impide a los hombres recibir la educación e información que necesitan para practicar conductas sexuales más seguras. Además en algunos países en la región el SIDA ha sido identificado como una enfermedad de "gay", haciendo creer a muchos hombres que no se identifican como tales, que no corren ningún riesgo. Los orígenes de ese comportamiento se encuentran en la cultura general y en el hogar. A los niños se les estimula a imitar a los muchachos y los varones adultos, y se les desaconseja que imiten a las muchachas y las mujeres. Los muchachos que ven a sus padres y a otros hombres adoptando comportamientos violentos contra las mujeres, o tratándolas como un objeto sexual pueden llegar a creer que ese es el comportamiento masculino "normal".

El uso del condón se ha venido incrementando, pero no se usa consistentemente. Investigaciones en Nicaragua y otras ciudades capitales de América Latina aportan que los hombres estigmatizan a la pareja cuando eligen usar un condón o no (Montenegro 2000, Pantelides, 2001).

En una investigación cualitativa sobre sexo seguro, se evidenció que muy pocas personas utilizan el condón, la práctica de riesgo más frecuente es tener relaciones sexuales sin protección y creencias equivocadas sobre el uso de preservativos. Entre los motivos mencionados para no usarlo se encontró: sólo se usa para tener sexo con trabajadores sexuales u otra relación diferente a la de su pareja estable y reacción negativa por parte del hombre "no se siente igual", "no es lo mismo". Además se identifican otros elementos muy ligados a la problemática de género: No se ve el sexo sin penetración como alternativa realista, aunque muchas mujeres dicen que lo disfrutan más que cuando hay penetración; Muy pocas persona saben usar correctamente el condón; Los comportamientos de riesgos para el VIH/SIDA se presentan debido a situaciones de género, especialmente en el caso de mujeres que no tienen poder de decidir sobre su propio cuerpo. El hombre es quien determina el cómo y el cuánto tener la relación sexual. La mujer no tiene poder de decisión; la comunicación sobre el sexo y sexualidad en la pareja es limitada, son temas que no pueden ser abordados fácilmente.

A los(as) trabajadores(as) sexuales, el problema de la no utilización de condones está ligado a un problema económico, debido a que la mayoría de ellas son jefas de familia. A menudo se encuentran en la disyuntiva de tener que escoger entre la posible enfermedad o la pérdida del ingreso inmediato, incluso la agresión del cliente, que se niega a usar condones. La mayoría de las veces son los clientes quienes imponen el sexo desprotegido, sin condón. Esta falta de control sobre las “reglas del juego” aumenta cuando lo(a)s trabajador(a)s sexuales e incluso los clientes, usan drogas o alcohol.

Las estrategias de protección más usuales en el mejor de los casos son la selección cuidadosa de parejas sexuales secundarias y un eventual empleo de protección con éstas, pero en muy pocas ocasiones incorporar el uso del condón entre las prácticas aceptables con la pareja estable. La base de esta situación, es la casi total ausencia, por parte de los varones, de la conciencia de que ellos pueden representar un riesgo para sus parejas, y de la visión de un eventual empleo de condones como una práctica designada no solo a protegerlos a ellos mismos, sino también, a su compañera estable<sup>12</sup>.

Algunos estudios confirman un uso inconsistente del condón, pese a que los hombres conocen su función preventiva en embarazo no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Los datos de Kalk(1999) con varones de entre 15 y 19 años muestran que el 67% de los que ya son sexualmente activo han usado el condón alguna vez, pero lo han utilizado preferentemente cuando perciben como riesgosa una relación sexual. El 40% de ellos lo han usado en relaciones “con muchachas desconocidas” y el 47% con trabajadoras sexuales. En sus relaciones sexuales con novias, en la mitad de los casos nunca han usado el condón.

Muchos varones, si no la mayoría de ellos, no corren ni hacen correr riesgo a sus parejas a través de sus prácticas sexuales o del consumo de droga. No obstante, sin los hombres el VIH tendría pocas posibilidades de propagarse. Se estima que más del 70 % de las infecciones por el VIH en todo el mundo se reproducen a través de las relaciones sexuales entre varones y mujeres. Otro 10% se debe a la transmisión sexual entre varones, además se calcula que más del 5% de las infecciones es el resultado de compartir jeringas entre personas que se inyectan drogas.

---

<sup>12</sup> Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra ETS/ VIH/ SIDA. Nicaragua, 2000-2004

## **Acceso de los hombres a servicios de atención y prevención.**

En 1998, el Censo Hondureño de Salud Nacional Masculina encontró que en los últimos doce meses, el 50.6% de los hombres recurrió a un servicio de salud, pero la mayoría de éstos acudió a la farmacia (24%) y un 7% buscó la ayuda de un curandero tradicional (Ministerio de Salud).

Tradicionalmente, los hombres utilizan los servicios de salud menos que las mujeres, existe abundante documentación sobre ello. En la mayor parte de Hispanoamérica, los servicios de salud pública se brindan en el formato tradicional madre-hijo, excluyendo a los hombres de participar en el embarazo de su pareja y recibiendo servicios de SSR juntos.

Dicha investigación mostró que en Honduras los hombres son más reacios que las mujeres a visitar los servicios de salud. Después de completar sus vacunas infantiles, por lo general sólo buscan atención cuando tienen accidentes, heridas e ITS, hasta que van envejeciendo e incrementan sus visitas a los servicios de salud para recibir tratamientos por enfermedades relacionadas con la edad (Ministerio de Salud, 1998).

Por otro lado, el estigma social que por lo general va asociado con las ITS inhibe a muchas personas de buscar el tratamiento necesario. En muchos casos, las personas buscan tratamiento alternativo como: curanderos, remedios caseros o bien, no buscan ninguna atención. En Brasil, casi el 30% de los alrededores masculinos sexualmente activos de las áreas de bajos ingresos dijo haber padecido al menos una vez una ITS. Dentro de este grupo aproximadamente un tercio acudió a la auto-medicación como tratamiento (Chidhope 1997). Por desgracia, la presencia de una ITS no tratada, ya sea ulcerativa o no, puede incrementar 10 veces el riesgo de adquisición y transmisión de VIH. Además, las mejoras en el manejo de ITS pueden reducir en un 40% el índice de infección de VIH-1 en la población general (OMS, 2001) <sup>13</sup>. Por lo tanto, los exámenes de diagnóstico y tratamiento de las ITS son cruciales para evitar la transmisión del VIH.

Un estudio de la CEPAL considera que lo ideal sería que los servicios de salud sexual y reproductiva del hombre consistieran en: Planificación familiar (incluyendo vasectomía), evaluación y tratamiento de infertilidad, información, educación y comunicación (IEC) como orientación, prevención y tratamiento de ITS y VIH/SIDA, sexualidad y disfunción sexual, condiciones urológicas, chequeo de cáncer, drogadicción, salud mental, prevención de la violencia (como la violencia de género) y la promoción de actitudes responsables hacia la sexualidad, embarazo y paternidad (FNUAP, 1998).

---

<sup>13</sup> Salud y VIH /SIDA en adolescentes y jóvenes. Boletín No. 21 OPS/OMS, mayo del 2003.

## **Relación Conocimientos - Actitudes – Prácticas.**

### **¿Por qué las personas no usan condones?**

Principalmente por reacciones emocionales o malas interpretaciones. Los resultados de una encuesta telefónica a heterosexuales en 23 áreas urbanas con alta incidencia de SIDA descubrió que la desconfianza asociada con el uso del condón se ve más acentuada entre los varones, los afro-americanos y los que tienen un bajo nivel de educación.

De los que respondieron a la encuesta el 54% creyeron que los condones podían fallar durante el acto sexual, el 41% se quejó de una reducción en la sensación sexual, el 35% se sentían incómodos al comprarlos y el 21% se sentían incómodos al ponérselos.

En un estudio a los estudiantes de un colegio canadiense, los factores asociados al no uso del condón incluyeron pena o vergüenza al comprar condones, dificultad en discutir el uso del condón con la pareja, el uso de anticonceptivos orales, falta de conocimientos sobre el VIH y de las enfermedades transmitidas sexualmente y la creencia de que los condones interfieren con el placer sexual. La vergüenza se puede contrarrestar con la educación, las pláticas francas acerca de la sexualidad, y un mejor mercadeo y distribución de condones<sup>14</sup>.

En Nicaragua el estudio realizado en Chinandega, referente a las ventajas y barreras para el uso del condón, casi la totalidad de la muestra (96%) considera ventajoso usar del condón para la prevención de las ETS, VIH/SIDA y un embarazo no deseado, esto se considera un aspecto muy favorable para la prevención. A pesar de este hallazgo cuando se relacionó que tan ventajoso consideran usar el condón con su uso, se encontró que el 72.09% no usan el condón.

Entre las barreras encontradas en este estudio en cuanto al uso del condón, se encontró la “vergüenza” en un 39 a 41%, “Da pena comprar condones a una farmacia”, en un 24%. En relación a la “comodidad el 56% de las personas estuvieron en desacuerdo. Estuvo en desacuerdo que se siente lo mismo al hacer el amor con el condón o sin el condón. Otras de la barrera es el miedo al “rechazo al proponer el uso del condón en una relación sexual” en un 63%.

En relación a la efectividad del condón, el 61% de la población no percibe como efectivo el uso del condón. Entre la creencia de esta percepción vale la pena destacar unas de ellas. Son: “Los condones se rompen con frecuencia” y “Los condones salen dañados de fábrica” un 58 y 68% de la población encuestadas están de acuerdo con ellas.

---

<sup>14</sup> Universidad de California , preparado por Pamela de Carlo. Abril 1996

En un 59% de la población encuestada, parecen tener una opinión favorable sobre el uso del condón, sin embargo esta actitud no parece influir en la práctica. A pesar de que más de la mitad de las personas del estudio tienen una actitud favorable hacia el uso del condón no lo utilizan.

Este estudio encontró que el 49% de las personas estudiadas usaron condón en las últimas dos relaciones sexuales y referente a la negociación del condón, se encontró que el 51% de las personas prefirieron no negociar el condón, el 11% lo negocian “siempre” y el 24% “a veces”, y el 14% “en ocasiones”<sup>15</sup>.

El poco uso del condón indica un preocupante nivel de exposición a los riesgos tanto de embarazos como a las infecciones por SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. En las entrevistas grupales, la razón principal que esgrimían los informantes eran que tienden a romperse, son de mala calidad, o bien reducen la sensaciones placenteras.

En el estudio realizado en Chinandega llamado “Tiempo de Cambiar”, se encontró en relación al conocimiento sobre el uso del condón, que el 75% de la población tiene conocimiento aceptable, un 20% conocimiento regular y solo un 5% de conocimiento deficiente.

Es muy interesante encontrar que personas con bajo nivel académico tienen conocimiento del condón, esto puede corresponder con la idea que el conocimiento del condón, es un conocimiento más objetivo y práctico y no necesitan ir a la escuela para aprenderlo, no así el conocimiento sobre el VIH/SIDA es un conocimiento académico y abstracto, (es un virus, es una enfermedad y sus consecuencias).

Un mayor porcentaje de hombre tienen conocimiento aceptable sobre el uso del condón (84%) de los hombres en relación al 66% de las mujeres. Este dato explica al estudiar la cultura nicaragüense, que el hombre decide su sexualidad, por lo tanto sabe más al respecto. Además el hombre que se informa, no es mal visto por la sociedad y se interpreta que este se está preparando para su pareja y su pareja a diferencia de la mujer que si se informa se interpreta “como aventada, como libertina o promiscua”.

La percepción que tenga una persona de poder adquirir el virus de VIH/SIDA puede ser uno de los factores condicionantes del comportamiento, si se admite la posibilidad de adquirir el virus, la persona tendrá comportamiento de auto cuidado. El porcentaje de personas que se consideran susceptibles y que usan el condón es mayor que los no susceptibles y que usan el condón (28.4% y 16:7%). Lo que supone que el considerarse susceptible es una de las variables importantes para poder cambiar patrones de conducta<sup>16</sup>.

---

15 Fundación Xochiquetzal, Tiempo de Cambiar, Primera edición. Nicaragua 2003.

16 Fundación Xochiquetzal, Tiempo de Cambiar, Primera edición. Nicaragua 2003.

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

### a. Tipo de estudio:

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal en el que se utilizaron métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas. Para la parte cualitativa se realizaron entrevistas a profundidad con expertos en las temáticas de Masculinidad y Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual –ITS-VIH-SIDA– siguiendo una guía diseñada previamente.

### b. Objeto de estudio:

La parte cualitativa tiene como objeto de estudio a expertos en masculinidad y prevención y control de ITS, según criterios de inclusión establecidos a priori. Los expertos fueron seleccionados por conveniencia, atendiendo sobre todo factores de índole geográfica y económica que facilitara la logística para localizarlos y entrevistarlos. Según los objetivos fueron seleccionados un total de 6 expertos.

La parte cuantitativa tiene como objeto de estudio al habitante de sexo masculino, con edad comprendida entre 15 y 44 años residente de las ciudades de Managua, Bluefields y Bilwi.

### c. Fuentes de información:

La fuente de información es primaria para la parte cualitativa y secundaria para la parte cuantitativa, en que los datos fueron tomados de la base de datos del estudio “Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva”, que fue iniciado en el año 2003 y publicado en el año 2004 en forma conjunta por la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población, la Agencia de Cooperación Alemana –GTZ- y el Ministerio de Salud, y que ha tenido por objetivo principal: *‘Entender el papel de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva, enfocando tanto en las necesidades propias como en la interacción con sus parejas sexuales y el impacto en la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres.’*

En el estudio de Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, se utilizó un diseño muestral bi etápico probabilístico y estratificado por grupos de edad, teniendo como referente el material del Censo de Población realizado por el INEC en 1995, y las estimaciones de población del año 2003; en la primera etapa fueron seleccionados aleatoriamente los segmentos censales, conglomerados de 60 viviendas en promedio, los que han sido denominados como Unidades Primarias de Muestreo –UPM- y en la segunda etapa dentro de las UPM seleccionadas se seleccionaron aleatoriamente las viviendas, 12 en cada segmento, las viviendas han sido denominadas las Unidades Secundaria de Muestreo –USM-. De cada vivienda fue

seleccionado solamente un hombre. Fueron seleccionados 780 hombres y se logró entrevistar a 766 (tasa de respuesta de 98.2%).

#### **d. Criterios de selección:**

Los criterios de selección para los expertos sujetos a las entrevistas a profundidad fueron:

- Experiencia de al menos 3 años en programas de salud sexual y reproductiva.
- Amplios conocimientos y experiencia sobre la situación y el manejo de las ITS / VIH-SIDA en Nicaragua.
- Funcionarios del Ministerio de Salud, agencia de cooperación externa u organismo no gubernamental que laboran en programas de salud reproductiva, ITS / VIH-SIDA sexualidad y género.

Los criterios de selección para la parte cuantitativa son los mismos del estudio de Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva:

- Habitante del sexo masculino residente en Nicaragua.
- Edad comprendida entre 15 y 44 años.
- Poblador de barrios populares del estrato socioeconómico inferior de las ciudades de Managua, Bluefields ó Bilwi.

#### **e. Sujetos del estudio**

Los sujetos del estudio para la realización de la parte cualitativa fueron:

- a. Un funcionario clave del programa de salud sexual y reproductiva del MINSA Central.
- b. Un funcionario clave del programa de ITS / VIH-SIDA del MINSA Central.
- c. Un funcionario de agencia de cooperación externa con experiencia en programas de salud sexual y reproductiva y conocimiento de aspectos básicos de masculinidad.
- d. Dos funcionarios de organismos no gubernamentales con más de 3 años de experiencia en programas de salud sexual y reproductiva, prevención y control de ITS / VIH – SIDA.
- e. Un experto nacional con experiencia en el diagnóstico, tratamiento y prevención de ITS / VIH – SIDA.

A todos se les realizaron entrevistas a profundidad utilizando una guía de preguntas predeterminadas.

Para la parte cuantitativa fueron seleccionados los 600 casos en que había respuesta para los ítemes de interés según los objetivos del estudio.

#### **f. Descriptores:**

Para dar salida a los objetivos específicos se definió el siguiente cuadro de descriptores:

1. Características sociodemográficas de los hombres:
  - Edad.
  - Grupo étnico.
  - Religión.
  - Nivel de educación.
  - Estado conyugal.
  
2. Conocimiento de los hombres con relación a las ITS / VIH-SIDA:
  - Síntomas de ITS
  - Identificación de personas con VIH – SIDA
  - Efectividad del condón para evitar ITS / VIH – SIDA.
  - Instituciones que ofrecen información sobre ITS / VIH-SIDA
  - El SIDA como enfermedad vinculada a la homosexualidad
  
3. Actitudes de los hombre con relación a las ITS / VIH-SIDA:
  - Actitud hacia el uso de condones
  - Oferta del condón por la mujer
  - Aceptación de gustos sexuales de la pareja
  - Decisión sobre el tipo de relaciones sexuales.
  
4. Prácticas de los hombres, según niveles de riesgo con relación a las ITS / VIH – SIDA:
  - Uso de condón en últimas relaciones sexuales
  - Razón por la cual utiliza el condón.
  - Uso de condón en relaciones sexuales vaginales, anales con mujeres o con hombres.
  - Contagio de ITS.
  - Tratamiento de ITS adquirida
  - Búsqueda de información sobre ITS / VIH –SIDA
  - Necesidad de información sobre ITS / VIH – SIDA
  
5. Acceso a Servicios de Atención y Prevención:
  - En el último año ha buscado asistencia para cualquier problema de salud
  - Ha participado en alguna charla o recibido información sobre sexualidad?
  - Ha ido alguna vez a algún servicio de salud para obtener información ó atención?



## **g. Procesamiento y análisis de la información**

Para la parte cuantitativa la recopilación, digitación y procesamiento de los datos fue realizada por el equipo de trabajo que realizó el estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva' en el programa SPSS. Los investigadores del presente estudio seleccionaron un segmento de la base de datos, con las variables que responden a los objetivos establecidos para el mismo y estructuraron el contenido de su investigación de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio. Para este análisis se diseñaron los siguientes descriptores claves: Nivel de conocimiento en ITS / VIH – SIDA, actitudes de prevención, prácticas de riesgo y acceso a servicios de atención y prevención. Esta información se procesó y preparó en el programa estadístico STATA.

### **Descriptores claves generados para el análisis:**

#### **Nivel de Conocimiento en ITS-VIH-SIDA.**

Este descriptor se generó en base a los siguientes ítems de respuestas cerradas:

1. ¿Conoce en su comunidad alguna institución que ofrezca servicios o información relacionada a Salud Sexual Reproductiva?
2. Si los síntomas de una ITS desaparecen, ¿significa que la persona ya no padece la enfermedad?
3. Una persona que se ve saludable, ¿puede estar infectada con el virus del SIDA?
4. El condón no es efectivo para prevenir VIH-SIDA porque tiene poros pequeños que permiten pasar el virus.
5. Los servicios de salud son para las mujeres y los niños.
6. El SIDA es una enfermedad de los homosexuales.

Se asignó el valor de 1 punto si la respuesta a cada ítem era acertada y 0 en caso contrario, generándose la variable 'Conocimiento en ITS-VIH-SIDA' con enfoque de criterio según el número de puntos acumulados de los 6 ítems, categorizándose como 'Bueno' si el total de puntos era de 5 a 6, 'Regular' si el total de puntos era de 3 a 4 y 'Malo' si el total de puntos era 2 ó menos.

#### **Actitudes de Prevención de ITS-VIH-SIDA.**

Este descriptor se generó en base a los ítems siguientes:

1. Tanto el hombre como la mujer pueden proponer el uso del condón.
2. Aún estando bien con su mujer, el hombre necesita tener otra.

3. La mujer que lleva condones en su cartera, es de la vida fácil, ó sea tiene relaciones sexuales con cualquiera.
4. Sería un insulto si su mujer le pidiera que usara condón.

Se asignó el valor de 1 punto si la apreciación al enunciado del ítem estaba en la línea de prevenir ITS-VIH-SIDA, como la limitación de parejas sexuales y el uso del condón, y se asignó 0 punto en el caso contrario; generándose la variable 'Actitudes de Prevención de ITS-VIH-SIDA' con un enfoque de criterio según el número de puntos acumulados de los 4 ítems, categorizándose como 'Muy favorable' si el total de puntos era de 4 puntos, 'Favorable' si el total de puntos era de 2 a 3 y 'Poco favorable' si el total de puntos era menor de 2.

### **Prácticas de Riesgo.**

Este descriptor se generó en base a los siguientes ítems:

1. La última vez que tuvo relaciones sexuales con una pareja estable, usó condón?
2. En los últimos 6 meses, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales?
3. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, usted había usado alcohol, marihuana, cocaína u otro tipo de droga?
4. La última vez que tuvo una ITS, recibió tratamiento?
5. La última vez que tuvo una ITS, informó a su pareja?
6. La última vez que tuvo una ITS, hizo algo para no transmitirla?
7. Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?
8. La última vez que usted tuvo relaciones sexuales con un hombre, usó condón?

Según la respuesta al ítem estuviera a favor de la práctica de prevención se aplicó a cada ítem un valor de 10 puntos para los ítems 1 al 6, en el caso de los ítems 7 y 8, se asignó 10 puntos si la respuesta al ítem 7 era 'no' y 5 puntos si la respuesta era 'sí' y además la respuesta del ítem 8 era 'sí', se asignó 0 punto en el caso en que la respuesta al ítem 7 era 'sí' y la respuesta al ítem 8 era 'no'. Para esta variable se respetaron los valores perdidos, es decir no se asignó ningún valor en caso de que el ítem no fue respondido. Con un enfoque de criterio se generó la variable 'Prácticas de Riesgo' según un promedio de puntos según los ítems válidos para cada caso estando en un rango de 0 a 10 y se categorizó en 'Bajo Riesgo' si los puntos promedios era iguales ó superiores a 8, en 'Riesgo Medio' si los puntos promedios eran de 5 a 7 y en 'Alto Riesgo' si los puntos promedios eran inferiores a 5.

## **Acceso a Servicios de Atención y Prevención.**

Este descriptor se generó en base a los ítemes siguientes:

1. En el último año, ha buscado alguna asistencia para cualquier problema de salud?
2. Ha participado usted en alguna charla o ha recibido información sobre sexualidad?
3. Usted ha ido alguna vez a un servicio o lugar para obtener información o atención?

Se asignó el valor de 1 punto si la apreciación al enunciado del ítem estaba en la línea de tener acceso a servicios de atención ó prevención de ITS-VIH-SIDA, y 0 punto en caso contrario; generándose la variable 'Acceso a servicios de atención ó prevención de ITS-VIH-SIDA' con un enfoque de criterio según el número de puntos acumulados de los 4 ítemes, categorizándose como 'Bueno' si el total de puntos era de 2 ó más, y 'Malo' si el total de puntos era de 1 ó menos.

## **Análisis Univariado.**

Se realizó análisis univariado, para el análisis de datos cuantitativos a través de variables dependientes los niveles de conocimientos en ITS – VIH – SIDA, las actitudes hacia la prevención primaria o secundaria de las ITS / VIH-SIDA; los niveles de riesgo a que se exponen por las prácticas sexuales y el acceso a servicios de atención y prevención relacionados a ITS / VIH / SIDA a los hombres en Nicaragua; estimando los porcentajes de hombres por las categorías de las variables dependientes según las variables sociodemográficas, utilizándose como medida de asociación entre ellas la prueba del Chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% ( $P < 0.05$ ).

Para la parte cualitativa fueron construidas matrices con los descriptores establecidos según los objetivos del estudio.

Los resultados obtenidos tanto de la parte cuantitativa como de la parte cualitativa fueron sometidos a comparación para observar la existencia de coherencia entre ellos según la matriz de descriptores. Esto sirvió como referencia principal durante el análisis de los resultados.

El análisis de los resultados se caracterizó por la comparación de los hallazgos cualitativos y cuantitativos con estudios anteriores realizados a nivel nacional e internacional sobre el mismo tema.

#### **h. Consideraciones éticas.**

Esta investigación contempla las consideraciones éticas relacionadas con las investigaciones en seres humanos, de conformidad con las normas de la OMS/OPS. Se realizó un proceso de revisión ética y técnica de acuerdo a las normas establecidas.

**Confidencialidad:** Fueron respetados los procedimientos para asegurar la confidencialidad de la información recolectada, así como la disponible en la base de datos.

**Consentimiento Informado:** Se solicitó consentimiento por escrito a los participantes explicándoles previamente el propósito, procedimientos, duración, riesgos y beneficios del estudio, así como el derecho a negarse a participar en forma total o parcial. Se les ha garantizado el manejo confidencial de la información suministrada. Los investigadores han asumido el compromiso de divulgar a los informantes y otros participantes los resultados del estudio.

El protocolo y las guías utilizadas en el estudio cuantitativo fueron revisadas y aprobadas por una comisión académica de la UNAN León.

## i. Matriz de Descriptores

Componentes	Información sobre ITS / VIH – SIDA.	
	Estudio cuantitativo	Estudio cualitativo
<b>Características Sociodemográficas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Edad.</li> <li>◇ Grupo étnico.</li> <li>◇ Religión.</li> <li>◇ Nivel de educación.</li> <li>◇ Estado civil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Edades con mayor incidencia.</li> <li>◇ Influencia de las creencias religiosas, niveles educativos y estado civil.</li> </ul>
<b>Conocimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ ¿Conoce en su comunidad alguna institución que ofrezca servicios o información relacionada a Salud Sexual Reproductiva?</li> <li>◇ Si los síntomas de una ITS desaparecen, ¿significa que la persona ya no padece la enfermedad?</li> <li>◇ Una persona que se ve saludable, ¿puede estar infectada con el virus del SIDA?</li> <li>◇ El condón no es efectivo para prevenir VIH-SIDA porque tiene poros pequeños que permiten pasar el virus.</li> <li>◇ Los servicios de salud son para las mujeres y los niños.</li> <li>◇ El SIDA es una enfermedad de los homosexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Información básica de hombres sobre ITS</li> <li>◇ Efectividad del condón para prevenir ITS.</li> <li>◇ Conocen los hombres instituciones que ofrecen información sobre ITS / VIH-SIDA</li> <li>◇ El SIDA es una enfermedad relacionada con la homosexualidad.</li> </ul>
<b>Actitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Tanto el hombre como la mujer pueden proponer el uso del condón.</li> <li>◇ Aún estando bien con su mujer, el hombre necesita tener otra.</li> <li>◇ La mujer que lleva condones en su cartera, es de la vida fácil, ó sea tiene relaciones sexuales con cualquiera.</li> <li>◇ Sería un insulto si su mujer le pidiera que usara condón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Que tanto usan los hombres el condón, en que tipo de relaciones y por qué?</li> <li>◇ Quien tiene la iniciativa en el uso del condón durante la relación sexual?</li> </ul>
<b>Prácticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ La última vez que tuvo relaciones sexuales con una pareja estable, usó condón?</li> <li>◇ En los últimos 6 meses, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales?</li> <li>◇ La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, usted había usado alcohol, marihuana, cocaína u otro tipo de droga?</li> <li>◇ La última vez que tuvo una ITS, recibió tratamiento?</li> <li>◇ La última vez que tuvo una ITS,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Cuando utilizan condones y por qué?</li> <li>◇ Como tratan los hombres las ITS, a quien acuden?</li> <li>◇ Consultan con la pareja cuando ellos tienen ITS?</li> </ul>

	<p>informó a su pareja?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ La última vez que tuvo una ITS, hizo algo para no transmitirla?</li> <li>◇ Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?</li> <li>◇ La última vez que usted tuvo relaciones sexuales con un hombre, usó condón?</li> </ul>	
<p><b>Acceso a servicios de atención ó prevención.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ En el último año ha buscado asistencia para cualquier problema de salud?</li> <li>◇ Ha participado en alguna charla o recibido información sobre sexualidad?</li> <li>◇ Ha ido alguna vez a algún servicio de salud para obtener información ó atención?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Buscan información sobre ITS / VIH – SIDA y dónde?.</li> <li>◇ Necesitan más información sobre prevención de ITS?</li> <li>◇ Qué tan frecuente los hombres acuden a los servicios de salud cuando tienen una ITS?</li> </ul>

## VIII. RESULTADOS

### 8.1 Resultados de la parte Cualitativa.

En general, todos los entrevistados conocían o habían participado en investigaciones relacionadas con masculinidad, algunos en el contexto de paternidad responsable y otros con relación al comportamiento de hombres ligados a aspectos vinculados con la salud sexual y reproductiva.

#### 8.1.1 Características sociodemográficas de los hombres.

Los entrevistados coincidieron en que las Infecciones de Transmisión Sexual se adquieren con mayor frecuencia en hombres con edades comprendidas entre los 15 y 30 años.

Los entrevistados no coincidieron sobre la importancia del nivel educativo en la transmisión de las ITS y el SIDA, 4 están a favor y 2 no lo están. Entre los comentarios realizados a favor se destacan:

*“Cuando nos referimos específicamente a VIH-SIDA a mayor educación encontramos mayores conocimientos...” y “...menor posibilidad de adquirirlo...”*

Otro entrevistado dijo:

*“A mayor educación más utilización del condón”.*

Otro de los entrevistados afirmó:

*“El nivel educativo es importante, porque incide directamente en la información que manejan los hombres de bajo nivel educativo.”*

En forma similar los expertos no coincidieron en el papel del estado conyugal de los hombres sobre la transmisión de las ITS, 4 están a favor y 2 no lo están, los principales comentarios de los expertos que consideran que el estado conyugal influye en la transmisión de ITS fueron:

*“...si es soltero tiene más parejas sexuales y si es bisexual no se preocupa por la auto percepción de ser una persona de riesgo y por ende no usan condón...”, “...los hombres solteros utilizan más el condón que los casados.”*

Al preguntarles sobre que si consideraban que la religión podía influir en la prevención, control y transmisión de ITS, la mayor parte de los expertos coinciden en que sí influye, 2 de ellos perciben que la religión podría influir positivamente si a través de los grupos religiosos se habla abiertamente sobre este tema, otros 3 expertos dijeron que la influencia de la religión es negativa, uno dijo que de acuerdo a su experiencia la religión ejerce muy poca influencia sobre este tema.

### **8.1.2 Nivel de Conocimiento de los hombres en ITS-VIH-SIDA.**

Con relación a los conocimientos, se preguntó a los expertos si los hombres conocían los signos y síntomas básicos de las ITS. 4 de los 6 consideran que sí tenían un nivel aceptable de conocimientos sobre este tema. Los demás opinaron que los hombres conocían poco.

Se les preguntó a los expertos sobre la información que tenían los hombres de acuerdo a su experiencia, sobre la efectividad de los condones para la prevención de ITS y SIDA. Al respecto dijeron que en general, el condón es el método de barrera más efectivo para prevenir estas enfermedades, un porcentaje de su efectividad depende mucho de cómo lo usan.

Los expertos se dividen sobre si los hombres tienen suficiente información sobre la efectividad del uso del condón para evitar ITS y SIDA. La mitad consideran que los hombres tienen conocimientos suficientes sobre la importancia de usar condones, 2 expertos consideraron que los hombres no tienen suficiente información y uno considera que hay desigualdad entre los hombres en cuanto al nivel de conocimiento que poseen sobre la efectividad del uso del condón, enfatizando en la desventaja que tienen los adolescentes.

Al preguntarle a los expertos si creían que los hombres sabían a donde acudir para obtener información sobre ITS – SIDA, 4 de los 6 expertos entrevistados dijeron que los hombres sí saben dónde tienen que acudir, 2 expertos dijeron que los hombres no cuentan con suficiente información y uno relaciona la respuesta al acceso que tengan a medios masivos de comunicación como la radio y la televisión, si los hombres tienen acceso a dichos medios saben donde preguntar, los demás no.

Se preguntó si consideraban que los hombres relacionaban el SIDA con la homosexualidad, considerándose excluidos de padecerla si se relacionaban sólo con mujeres. 3 de los 6 expertos creen que todavía persiste esa creencia entre los hombres, 2 expertos consideran que aunque el mito persiste ya no es en la mayoría de los hombres, un experto considera que los hombres tienen suficiente conocimiento como para saber que el SIDA no es una enfermedad exclusiva de los homosexuales.



### **8.1.3 Actitudes de los hombres hacia la prevención de las ITS-VIH-SIDA.**

Se les preguntó que si en su opinión los hombres usaban condones durante las relaciones anales con mujeres u hombres, la mayoría contestaron (5) que muy pocos usaban condones, incluso uno de ellos citó una investigación en donde se dice que del 20 – 30% de los hombres usaban condones durante cualquier tipo de relación sexual. Solamente uno dijo que los hombres miraban como ventajoso usar condones en el 96% de los casos.

Aunque ninguno de los expertos expresó que no considera importante para la prevención de las ITS – VIH – SIDA el hecho de quién tiene la iniciativa en el uso del condón durante la relación sexual, sólo 3 de ellos enfatizaron que es un elemento importante. 4 de los 6 expertos consideran que quien toma la iniciativa en el uso del condón es la mujer, dos expertos consideran que es el hombre quien toma la iniciativa en el uso del condón. Uno de ellos consideró oportuno mencionar que debe tomarse en cuenta las relaciones homosexuales entre hombres, en cuyo caso considera que quien hace el papel receptivo es quien toma la iniciativa del uso del condón durante la relación sexual.

### **8.1.4 Prácticas de riesgo en los hombres.**

Con relación a las prácticas sexuales de los hombres, los expertos coinciden en que los hombres inician su vida sexual activa antes de los 20 años entre los 14 y los 15 años. Dos expertos consideran que es importante la edad a que inician la vida sexual activa los hombres – *“Mientras más temprano se inicia la vida sexual, corre más riesgo...”* - un experto considera que la edad de inicio de la vida sexual no es importante – *“No es importante a que edad lo inician sino que se protejan”* -.

Se les preguntó cuándo comienzan los hombres a usar condones y con qué tipo de parejas. Al respecto la mayoría de los expertos (5) coincidieron en considerar que los hombres usan condones hasta después de varias relaciones sexuales, siendo más frecuentes en las relaciones informales u ocasionales.

Al preguntarles por qué creen que los hombres nicaragüenses usaban condones, qué es lo que querían prevenir, los expertos no coincidieron, 3 de los 6 consideran que los hombres que utilizan condón lo hacen pensando en prevenir ITS-VIH-SIDA, dos expertos consideran que los hombres que utilizan condón lo hacen pensando en evitar un embarazo y sólo uno de ellos consideran que los hombres que utilizan condón lo hacen pensando tanto en prevenir ITS-VIH-SIDA como en evitar un embarazo no deseado.

Sobre con quién creían que los hombres usaban más condones, los expertos coinciden en que los hombres usan más el condón con parejas ocasionales o informales.

En cuanto a cuáles son las ITS más frecuentes, coinciden en que entre las más frecuentes se destacan las que tienen como etiología gonococos, seguida de los condilomas (2 expertos).

Sobre si creían que al tener una ITS los hombres informan a su pareja en cuanto la adquieren, la mayoría de los expertos(4) consideran que los hombres no consultaban con su pareja este tipo de situación, y si lo consultan con su pareja esto lo podían hacer sólo ocasionalmente (2).

#### **8.1.5 Acceso de los hombres a los servicios de atención o prevención en ITS-VIH-SIDA.**

Se preguntó que cuándo y dónde acuden los hombres a buscar tratamiento de ITS, la mayoría de los expertos coinciden en que los hombres buscan atención hasta que ya no pueden resolver la situación por sí mismos, recurriendo en primer lugar a amigos, farmacias o centros de salud en ese orden.

Sobre cuál es el medio por el que los hombres reciben información sobre ITS – SIDA, la mitad de los expertos considera que los hombres reciben información a través de amigos, los demás consideran que reciben información a través de los medios masivos de comunicación (radio, televisión y periódicos).

Al preguntarles si consideraban que los hombres necesitaban más información sobre ITS – SIDA, los expertos coinciden en que es necesario brindar más información sobre este tema a los hombres. También coinciden en que los hombres buscan poco los servicios de salud cuando adquieren una ITS.

## **8.2 Resultados de investigación cuantitativa**

### **8.2.1 Características socio demográficas de los hombres.**

La edad media de los hombres estudiados fue de 26.5 años con una desviación estándar de 8.8 años, el 38% tenían edades comprendidas entre 20 y 29 años, el 28% eran menores de 20 años y sólo 12% tenían 40 ó más años.

Los mestizos representaban el 68% del total de los hombres estudiados según grupos étnicos, le siguieron, con mucha distancia, los miskitos con 11% y los negros ó creoles con 9%.

El 82% de los hombres estudiados tenían un nivel de educación de secundaria incompleta ó más, solamente 1% de ellos no tenían ningún nivel de educación formal.

El 40% de los hombres estudiados eran católicos, 24% eran protestantes y 9% eran moravos. El 23% no pertenecían a ninguna religión.

El 80% de los hombres encuestados ya había iniciado la vida sexual, el rango de edad a la que se tuvo la primera relación sexual estaba comprendido entre 15 y 34 años, con una media de 15 años y con una desviación estándar de 2.9 años.

El 52% de los encuestados son solteros, 23% estaban en unión estable, 22% estaban casados y 4% estaban separados o divorciados.

La mitad de los hombres estudiados no tenían hijos, 18% tenían hijos con una sola mujer y 32% tenían hijos con más de una mujer. El rango del número de hijos estaba comprendido entre 0 y 22 con una media de 1 hijo y desviación estándar de 2 hijos.

### **8.2.2 Nivel de Conocimiento de los hombres en ITS-VIH-SIDA.**

En los cuadros 1 a 5 se muestra la distribución de los hombres estudiados según niveles de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA. El 38% de los hombres tiene un nivel 'Bueno' de conocimientos, 48% tienen un nivel 'Regular' de conocimientos y 14% tienen un nivel de conocimiento 'Malo'.

En los cuadros 6 a 11 se muestran las frecuencias relativas de las respuestas a las preguntas que pertenecen al componente de Conocimientos. Se preguntó a los encuestados si consideraban que la desaparición de los síntomas significaba que ya no estaban enfermos, encontrando que casi dos tercios de los entrevistados no estaban de acuerdo con esta afirmación. (Cuadro 6).

Al indagar sobre si una persona que aparentaba estar saludable podría estar infectada por el virus de VIH / SIDA, se encontró que más del 90% de los hombres estaban de acuerdo con esa aseveración. (Cuadro 7).

El 57% de los hombres opinaron que el condón no es un método efectivo para prevenir el VIH-SIDA, un 35% sí lo consideraron un método efectivo. (Cuadro 8).

El 56% de los hombres no conocían en su comunidad alguna institución que ofreciera servicios de atención ó información relacionados con las prácticas sexuales. (Cuadro 9). El servicio de salud más mencionado fue el ofrecido por las ONG's en general, siendo reconocido por casi la mitad de los que habían respondido afirmativamente, seguido de los centros de salud con el 34%. (Cuadro 10).

El 28% de los hombres encuestados estaban de acuerdo o algo indecisos con la afirmación de que el SIDA es una enfermedad de los homosexuales. (Cuadro 11).

### **8.2.3 Actitudes de los hombres hacia la prevención de las ITS-VIH-SIDA.**

En los cuadros 12 a 16 se muestra la distribución porcentual de los hombres estudiados según categoría 'Muy favorable' – 'Favorable' ó 'Poco favorable' de actitudes hacia la prevención primaria o secundaria de ITS-VIH-SIDA. El 27% de los hombres estudiados tiene actitud 'Muy favorable', el 64% tiene actitud 'Favorable' y el 9% tiene actitud 'Poco favorable' para la prevención de ITS-VIH-SIDA.

En los cuadros 17 a 19 se muestran las frecuencias relativas de las respuestas a las preguntas que pertenecen al componente de Actitudes. El 92% de los hombres encuestados estuvieron totalmente de acuerdo en que tanto el hombre como la mujer pueden proponer el uso del condón. (Cuadro 17). Sin embargo un poco más de la mitad consideraban que una mujer que porta en su bolso un condón es de la vida fácil, sólo 36% estaban totalmente en desacuerdo con esta afirmación. (Cuadro 18).

El 26% de los hombres encuestados se considerarían insultados si su mujer les solicitara usar condón. (Cuadro 19).

### **8.2.4 Prácticas de riesgo en los hombres.**

En los cuadros 20 a 24 se muestra la distribución de los hombres estudiados según categorías 'Riesgo Alto' – 'Riesgo Medio' – 'Riesgo Bajo' a que se exponen por las prácticas sexuales que realizan. 16% de los hombres encuestados tienen prácticas de alto riesgo, 47% tienen prácticas de riesgo de nivel medio y 37% tienen prácticas de bajo riesgo.

En los cuadros 25 a 34 se muestran las frecuencias relativas de las respuestas a las preguntas que pertenecen al componente de Prácticas. Del total de los hombres estudiados el 38% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, el 44% entre los 15 y 19 años, 13% aún no habían tenido su primera relación sexual al momento de la entrevista. (Cuadro 25).

De 356 hombres que habían tenido relaciones con su pareja estable, el 85% no usó condón en la última relación sexual que tuvo con su pareja. (Cuadro 26).

De los hombres que aseguraron usar condones (53) 76% lo usaban con el fin de prevenir embarazos y solamente el 24% lo hicieron para prevenir ITS o SIDA. (Cuadro 27).

De los 600 hombres entrevistados 182 habían tenido sexo anal con una mujer, el 75% de ellos no habían usado condón la última vez que realizaron este tipo de práctica (Cuadro 28). Por otra parte, de los 15 hombres que habían tenido sexo anal con otros hombres 8 no utilizaron condón. (Cuadro 29).

De los 600 hombres estudiados el 14% habían usado alguna sustancia psicotrópica cuando la última relación sexual. (Cuadro 30).

De los 600 hombres estudiados el 36% había tenido relaciones sexuales con al menos una persona diferente a su pareja estable en los últimos 6 meses. (Cuadro 31).

De los 600 hombres estudiados 18% habían tenido alguna Infección de Transmisión Sexual (cuadro 32). De éstos el 91% tomaron alguna acción para evitar transmitirla a su pareja (cuadro 33) y el 97% recibieron algún tratamiento (cuadro 34).

#### **8.2.5 Acceso de los hombres a los servicios de atención o prevención en ITS-VIH-SIDA.**

En los cuadros 35 a 39 se muestra la distribución de los hombres estudiados según categorías del acceso 'Bueno' – 'Malo' a servicios de atención y prevención. El 82% de los hombres encuestados tenían dificultad en el acceso a estos servicios y sólo el 18% tuvieron buen acceso.

En los cuadros 40 a 42 se muestran las frecuencias relativas de las respuestas a las preguntas que pertenecen al componente de Acceso. Del total de los hombres estudiados el 55% alguna vez habían participado en una charla de temas alusivos a la salud sexual y reproductiva (cuadro 40) y el 78% nunca habían asistido a algún lugar para solicitar atención ó información en estos temas (cuadro 41). El 39% de los encuestados habían hecho uso de algún establecimiento para atenderse algún problema de salud en el año que antecedió a la entrevista (cuadro 42).

## **IX. ANALISIS DE RESULTADOS**

### **Nivel de Conocimiento de los hombres sobre ITS-VIH-SIDA.**

El modelo de creencias en salud y otros modelos explicativos del nivel de salud de la población contemplan que las prácticas de la población están condicionadas por la actitud e interacción con los conocimientos que se tengan con respecto a una temática específica. El conocimiento es clave para la adopción o modificación de estilos de vida.

El nivel de conocimiento de los hombres en este estudio es similar a lo establecido por la OPS en el 2001 y en la ENDESA del 2001, en que el porcentaje de hombres que desconocen métodos para protegerse del VIH-SIDA está comprendido entre 15 y 26% y además es compartido por los expertos entrevistados y está en la línea de otros estudios realizados en Nicaragua como el de Montenegro (2000) que encuentra que más de la mitad de los hombres ha recibido alguna instrucción en educación sexual y el estudio de Cortés (2003) en Chinandega en que el 81% de la población tiene un nivel Regular a Aceptable de conocimientos sobre VIH-SIDA, aunque ambos estudios no discriminan por sexo.

Ha sido reiteradamente encontrado que el nivel de conocimiento sobre la problemática no influye en las prácticas que se realizan, por otro lado es conveniente establecer comparaciones a lo interno de los grupos de hombres para identificar situaciones de falta de equidad, por lo que se realiza el siguiente análisis univariado.

#### **Análisis Univariado.**

Edad. El cuadro 1 muestra que hay asociación positiva entre la edad y el nivel de conocimiento que tienen los hombres sobre ITS-VIH-SIDA, el porcentaje de hombres con nivel Bueno de conocimientos aumenta en la medida que tienen mayor edad, algo similar ocurre pero en forma inversa con el nivel Malo de conocimiento. La prueba de asociación considera que la probabilidad de que la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas se deba al azar es muy pequeña ( $P < \alpha$ ) y con ello es rechazada la hipótesis nula que considera que las variables son independientes entre sí, dicho de otra forma estadísticamente el nivel de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA está asociado a la edad que tienen los hombres estudiados y no es un hallazgo espúreo o debido al azar, esto al menos con un Nivel de Confianza del 95% ( $X^2 Pr=0.04$ ), sin que signifique que exista una relación causal entre ellas.

Grupo étnico. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre el grupo étnico y el nivel de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA de los hombres ( $X^2$  Pr=0.63), es decir entre mestizos, blancos, indígenas, negros - creoles no hay diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento que tienen los hombres que han participado en este estudio sobre ITS-VIH-SIDA. (Cuadro 2).

Educación. El cuadro 3 muestra que hay asociación positiva entre el nivel de educación que tienen los hombres y el nivel de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA que tienen, el porcentaje de hombres con nivel de conocimiento Bueno aumenta según va siendo mayor el nivel en la educación formal que tienen, y en forma inversa el porcentaje de hombres con nivel de conocimiento Malo desciende según va siendo mayor el nivel en la educación formal que tienen. La prueba de chi cuadrado demuestra que con un Nivel de Confianza del 99.9% el nivel de conocimiento que tienen los hombres sobre ITS-VIH-SIDA está asociado estadísticamente al nivel de educación que tienen ( $X^2$  Pr=0.00).

Religión. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre el nivel de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA de los hombres y la religión que profesan ( $X^2$  Pr=0.33), es decir entre católicos, protestantes, moravos, etc., no hay diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento que tienen los hombres que han participado en este estudio sobre ITS-VIH-SIDA. (Cuadro 4).

Estado conyugal. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre el nivel de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA de los hombres y el estado conyugal que tienen ( $X^2$  Pr=0.31), es decir entre casados, los que viven en unión estable, solteros, divorciados y viudos no hay diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento que tienen los hombres que han participado en este estudio sobre ITS-VIH-SIDA. (Cuadro 5).

### **Elementos cualitativos asociados.**

Uno de los expertos había advertido que sobre la edad, variable estadísticamente asociada al nivel de conocimiento que tienen los hombres, la vulnerabilidad de los adolescentes a las ITS por falta de información, y en efecto los hombres más jóvenes son los que tienen niveles inferiores de conocimiento en ITS-VIH-SIDA.

La asociación positiva entre el nivel educativo y el nivel de conocimiento que tienen los hombres sobre ITS-VIH-SIDA, fue mencionada por los

expertos entrevistados y también encontrada por Cortés (2003) en su estudio del departamento de Chinandega, en que a medida de que la persona tiene mayor nivel educativo mayor es el porcentaje de conocimiento sobre uso del condón. Aunque en Nicaragua aún hay trabas para la implementación de un programa de educación sexual integral e integrado, la autonomía escolar hace que algunos centros educativos, según la actitud que tengan directores y profesores, permitan que sean impartidas charlas en temas alusivos a las ITS-VIH-SIDA por personal del Ministerio de Salud o de Organismos No Gubernamentales a estudiantes y que ello permita apreciar la asociación entre escolaridad y nivel de conocimientos, por otro lado los estudiantes más avanzados, universitarios o de años superiores de la secundaria, tienen una mayor libertad de buscar fuera del perímetro de la escuela y el hogar información o verse expuestos a campañas mediáticas.

Las variables religión y estado conyugal no ha sido encontradas estadísticamente asociadas al nivel de conocimiento que sobre ITS-VIH-SIDA poseen los hombres, y que han sido variables sobre las que los expertos tienen opiniones encontradas sobre si juegan o no un papel en la prevención de ITS-VIH-SIDA.

La variable grupo étnico no ha sido encontrada estadísticamente asociada a ninguna de las variables claves de este estudio.

### **Resumen Conocimientos.**

La distribución de los hombres estudiados según niveles de conocimiento es similar a lo estimado por OPS, lo encontrado en la ENDESA del 2001 y en estudios recientes a nivel nacional. Las variables de control en que los expertos han coincidido son precisamente las variables que han mostrado tener asociación estadística con el nivel de conocimiento, edad y educación.

### **Actitudes de los hombres hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA.**

La actitud puede ser definida como la intención de la actuación, lo que la hace tener una carga de subjetividad al verse los individuos en el compromiso de responder según la 'deseabilidad social' que perciben sobre la base del imaginario social construido colectivamente. Con esto, el machismo arraigado en la sociedad determina que las actitudes hacia la prevención de enfermedades en general y más aún de Infecciones de Transmisión Sexual sean poco favorables. Entre los conocimientos y las actitudes, son éstas las más próximas al comportamiento en la 'vida real' que tendrán los individuos, de ahí la importancia de identificarlas y



evaluarlas. La valoración de las actitudes que tienen los hombres hacia la prevención de las ITS-VIH-SIDA es clave para garantizar el éxito de estrategias y programas ya que son los sujetos del machismo, integrantes (en la mayoría de los casos) de la otra parte de la pareja, cuyos mecanismos de comunicación son vitales para superar los tabúes y mitos, y son por ello los principales agentes para incrementar los niveles de uso del condón

El 86% de los hombres estudiados tienen actitudes favorables o muy favorables hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA, un resultado similar es que ha encontrado Cortés (2003) en que el uso del condón es considerado ventajoso en el 96% de las personas, aunque no discrimina entre hombres y mujeres. Sin embargo, similar a lo encontrado por Zelaya (1999), PROSIM (1999), Kalk (1999) y Sternberg (2000) el 64% de los hombres considera de dudosa reputación a la mujer que lleva condones en su bolso y un 26% se considerarían insultados si su mujer les solicita usar condón (el condón sólo para mujeres sospechosas), es decir que prevalecen peligrosamente elevados los porcentajes de hombres con actitudes poco favorables al uso del condón y la comunicación dentro de la pareja, elemento claves para modificar las prácticas de riesgo.

Aunque no es tan sencillo lograr modificaciones en las actitudes, es importante identificar escenarios en los cuales se deberían dirigir recursos y lograr mayor impacto en este campo, lo que justifica abordar dentro de los grupos de hombres las diferencias según características sociodemográficas en la actitud hacia la prevención de las ITS-VIH-SIDA.

### **Análisis Univariado.**

Edad. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre actitudes de prevención de ITS-VIH-SIDA que tienen los hombres y la edad que tienen ( $X^2$  Pr=0.44), es decir entre adolescentes, jóvenes y adultos no hay diferencia estadísticamente significativa en las actitudes de prevención que tienen los hombres que han participado en este estudio sobre ITS-VIH-SIDA. (Cuadro 12).

Grupo étnico. No existe evidencia empírica de que, con un nivel de confianza de 95%, haya asociación entre actitudes de prevención de ITS-VIH-SIDA que tienen los hombres y el grupo étnico al que pertenecen ( $X^2$  Pr=0.09), es decir entre mestizos, blancos, indígenas, negros ó creoles no hay diferencia estadísticamente significativa en las actitudes de prevención que tienen los hombres que han participado en este estudio sobre ITS-VIH-SIDA. (Cuadro 13).

Educación. El cuadro 14 muestra que hay asociación positiva entre el nivel de educación que tienen los hombres y las actitudes de prevención de ITS-VIH-SIDA que tienen, el porcentaje de hombres con 'actitudes muy favorables' aumenta según va siendo mayor el nivel en la educación formal que tienen, y en forma inversa el porcentaje de hombres con actitudes poco favorables desciende según va siendo mayor el nivel en la educación formal que tienen. La prueba de chi cuadrado demuestra que con un Nivel de Confianza del 99.9% las actitudes de prevención que tienen los hombres está asociadas estadísticamente al nivel de educación que tienen ( $X^2$  Pr=0.00).

Religión. En el cuadro 15 se muestra que entre los católicos y los que no tienen ninguna religión el porcentaje de hombres con actitudes menos favorables para la prevención de ITS-VIH-SIDA es menor. Y de forma análoga el porcentaje de hombres con actitudes muy favorables es mayor entre los católicos y los que no profesan ninguna religión. La prueba de asociación demuestra que con un Nivel de confianza de 99.9% la religión y las actitudes de prevención de ITS-VIH-SIDA están asociadas estadísticamente ( $X^2$  Pr=0.00). Las actitudes de prevención de ITS-VIH-SIDA entre los hombres católicos y los que no profesan ninguna religión son más favorables.

Estado conyugal. No existe evidencia empírica de que, con un nivel de confianza de 95%, haya asociación entre actitudes de prevención de ITS-VIH-SIDA que tienen los hombres y el estado conyugal ( $X^2$  Pr=0.19), es decir entre solteros, los que viven en unión estable, casados, viudos o divorciados no hay diferencia estadísticamente significativa en las actitudes de prevención que tienen los hombres que han participado en este estudio sobre ITS-VIH-SIDA (Cuadro 16).

### **Resumen actitudes**

Los católicos y los que no profesan ninguna religión son los que en mayor porcentaje tienen actitud muy favorable para la prevención de ITS-VIH-SIDA y menor porcentaje con actitud poco favorable. La religión católica, entre la mayoría de las religiones, es la que menos se involucra en el plano personal de sus adeptos, permitiendo que los católicos no vean de una forma extremadamente negativa la difusión de mensajes sobre ITS-VIH-SIDA y con ello se mejore el nivel de conocimiento en esta área, situación que pudiera aplicarse a los que no profesan ninguna religión.

## **Prácticas de riesgo en los hombres.**

Es ampliamente reconocido el papel de los hombres en la propagación de las ITS-VIH-SIDA, papel que lo realizan por medio de las prácticas de riesgo que desarrollan, esto hace ver la necesidad de aumentar lo que se conoce hasta ahora del elemento conductual de los hombres. Las prácticas son consideradas el resultado del acúmulo de conocimientos y actitudes que tienen los hombres alrededor de la prevención de las ITS-VIH-SIDA. En Nicaragua y en otros países en numerosos estudios se ha encontrado una no muy buena sincronía entre conocimiento-actitudes y las prácticas realizadas, pareciera frustrante, sin embargo el tipo de esfuerzo es el que debería valorarse, así situaciones muy contextuales han sido identificadas como determinantes para la adopción de prácticas de riesgo, siendo el papel de los 'pares' fundamental para la 'conservación' de las prácticas seguras de sexo.

El 63% de los hombres estudiados tiene prácticas sexuales de riesgo medio o alto.

La edad media de la primera relación sexual fue 15 años, esto coincide con lo expresado por los expertos y con el estudio de Montenegro (2000), en que el 38% de los hombres tienen la primera relación sexual entre los 13 y los 15 años.

A diferencia del estudio de Cortés (2003) en que el 40% de las personas había referido tener alguna relación sexual bajo la influencia del alcohol, en el presente estudio sólo un 14% de los hombres había usado alguna sustancia psicotrópica durante su última relación sexual.

En este estudio se ha encontrado que el 36% de los hombres habían tenido relaciones sexuales con al menos una persona diferente a su pareja en los últimos 6 meses, la delimitación de los últimos 6 meses puede explicar la diferencia con lo encontrado por Montenegro (2000) en que el 86% de los hombres había tenido a lo largo de su vida al menos una relación sexual ocasional.

Otro hallazgo similar al estudio de Montenegro es el hecho de que el 85% de los hombres no usan condón en su última relación sexual con su pareja, Montenegro (2000) encuentra que el 72% de las personas no usan condón, sin embargo Cortés (2003) encuentra que solamente el 51% de las personas no usan el condón.

El 18% de los hombres había tenido una ITS, este porcentaje es similar al encontrado por Montenegro (2000) en que el 12% de las personas de su

estudio habían tenido alguna ITS en su vida, de ellos la mayoría eran hombres.

### **Análisis Univariado.**

Edad. El cuadro 20 muestra que hay una asociación negativa entre la edad que tienen los hombres y el nivel de riesgo de las prácticas sexuales que realizan, el porcentaje de hombres con prácticas de alto riesgo disminuye según aumenta la edad que tienen, y en forma inversa el porcentaje de hombres con prácticas de riesgo de nivel medio aumenta según aumenta la edad que tienen. La prueba de chi cuadrado, demuestra que con un Nivel de Confianza del 99.9% el nivel de riesgo en las prácticas sexuales de los hombres está asociado, estadísticamente ( $X^2$  Pr=0.00), a la edad que tienen.

Grupo étnico. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre el nivel de riesgo en las prácticas sexuales desarrolladas por los hombres y el grupo étnico al que pertenecen ( $X^2$  Pr=0.81), es decir entre mestizos, blancos, indígenas, negros ó creoles no hay diferencia estadísticamente significativa en los niveles de riesgo desarrollados durante las prácticas sexuales que tienen los hombres que han participado en este estudio sobre ITS-VIH-SIDA. (Cuadro 21).

Educación. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre el nivel de riesgo en las prácticas sexuales desarrolladas por los hombres y el nivel de educación que tienen ( $X^2$  Pr=0.29), es decir que entre hombres con ningún, poco o mucho nivel en la educación formal no hay diferencia estadísticamente significativa en los niveles de riesgo desarrollados durante las prácticas sexuales que realizan. (Cuadro 22).

Religión. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre el nivel de riesgo en las prácticas sexuales desarrolladas por los hombres y el tipo de religión que practican ( $X^2$  Pr=0.52), es decir que entre católicos, protestantes, moravos, los que no profesan ninguna religión no hay diferencia estadísticamente significativa en los niveles de riesgo desarrollados durante las prácticas sexuales que realizan. (Cuadro 23).

Estado conyugal. El cuadro 24 muestra que es mayor el porcentaje de hombres con prácticas de riesgo entre los hombres con estado conyugal 'separados ó divorciados' y es menor el porcentaje de hombres con prácticas de riesgo entre los hombres casados o que viven en unión estable. La prueba de asociación demuestra que con un Nivel de Confianza del 99.9% estado conyugal y prácticas

de riesgo están asociados estadísticamente ( $X^2$  Pr=0.00). En el cuadro 24 se muestra que entre los católicos y los que no tienen ninguna religión el porcentaje de hombres con actitudes menos favorables para la prevención de ITS-VIH-SIDA es menor. Y de forma análoga el porcentaje de hombres con actitudes muy favorables es mayor entre los católicos y los que no profesan ninguna religión. La prueba de asociación demuestra que con un Nivel de confianza de 99.9% la religión y las actitudes de prevención de ITS-VIH-SIDA están asociadas estadísticamente ( $X^2$  Pr=0.00).

### **Resumen prácticas.**

Entre las variables sociodemográficas, solamente edad y estado conyugal resultaron estadísticamente asociadas a las prácticas de riesgo de los hombres estudiados, esto es consistente con las estimaciones de ONUSIDA que establece que entre más joven es el hombre es más vulnerable por no haber concluido las etapas del desarrollo cognitivo ante lo cual es más difícil el análisis y la toma de decisión conductual. El estado conyugal va un poco paralelo con la edad.

### **Acceso de los hombres a servicios de atención y prevención.**

El modelo de las creencias en salud (MCS) establece que una persona evitará una enfermedad si le da importancia y la considera grave, si se siente susceptible a padecer un daño por esta causa y que además el beneficio del comportamiento preventivo es mayor que las incomodidades y costos que este genera. Los hombres hacen poco uso de los servicios de salud en parte por el machismo y en parte por la forma en que ha estado históricamente diseñado el sistema público de salud, dirigido a la mujer y niñez. El machismo determina en el hombre una actitud de 'invencibilidad' ó 'invulnerabilidad' a cosas que atacan a los débiles, como las enfermedades, por lo que se considera que acudir a una unidad de salud es asunto de 'débiles'.

Solamente el 18% de los hombres tiene un acceso bueno a servicios para atención y prevención, hecho que está en la línea de lo que ha estimado OMS en el 2001, el censo hondureño de 1998 y el Ministerio de salud de Honduras en 1998. La situación es peor entre los hombres con niveles de instrucción menor, que de por sí ya tienen otros riesgos para adquirir o transmitir ITS-VIH-SIDA.

### **Análisis Univariado.**

Edad. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre la edad que tienen los hombres y el acceso a servicios de atención y

prevención ( $X^2$  Pr=0.20), es decir que entre adolescentes, jóvenes y adultos no hay diferencia estadísticamente significativa en el acceso a los servicios de atención e información. (Cuadro 35).

Grupo étnico. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre el grupo étnico al que pertenecen los hombres y el acceso a servicios de atención y prevención ( $X^2$  Pr=0.55), es decir que entre mestizos, blancos, indígenas, negros y creoles no hay diferencia estadísticamente significativa en el acceso a los servicios de atención e información. (Cuadro 36).

Educación. El cuadro 37 muestra que hay asociación positiva entre el acceso a servicios de atención e información y el nivel educativo que tienen los hombres, el porcentaje de hombres con buen nivel de acceso a servicios de atención y prevención aumenta según va siendo mayor el nivel en la educación formal que tienen, y en forma inversa el porcentaje de hombres con nivel de acceso malo descende según va siendo mayor el nivel en la educación formal que tienen. La prueba de asociación demuestra que con un Nivel de Confianza del 95% el nivel de educación y el acceso a servicios de atención y prevención están asociados estadísticamente ( $X^2$  Pr=0.03).

Religión. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre la religión que tienen los hombres y el acceso a servicios de atención y prevención ( $X^2$  Pr=0.46), es decir que entre católicos, protestantes, moravos, los que no profesan ninguna religión y otros no hay diferencias en el acceso a servicios de atención y prevención. (Cuadro 38).

Estado conyugal. No existe evidencia empírica de que haya asociación entre el estado conyugal que tienen los hombres y el acceso a servicios de atención y prevención ( $X^2$  Pr=0.93). (Cuadro 39).

## **Resultados del Análisis Univariado entre variables claves.**

Los cuadros 43 al 47 muestran la distribución de los hombres según las variables claves del estudio, así como el nivel de significancia estadística de la prueba de asociación.

### **Actitudes hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA y Niveles de Conocimiento sobre el tema:**

En el cuadro 43 se muestra como el porcentaje de hombres con actitudes muy favorables hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA es mayor entre los hombres que tienen más elevados niveles de conocimiento

sobre este tema, y en forma análoga el porcentaje de hombres con actitudes poco favorables para la prevención es mayor entre los hombres según el nivel de conocimiento sobre el tema es menor (malo). La prueba de asociación demuestra que con un nivel de confianza de 99.9% ambas variables están asociadas entre sí ( $X^2$  Pr=0.00).

#### **Actitudes hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA y Acceso a Servicios de Atención y Prevención:**

En el cuadro 44 se muestra como el porcentaje de hombres con actitudes muy favorables hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA es mayor entre los hombres que tienen Buen nivel de acceso a los servicios de atención y prevención. La prueba de asociación demuestra que con un Nivel de Confianza del 95% las actitudes y el acceso a servicios de atención y prevención están asociados estadísticamente ( $X^2$  Pr=0.03).

#### **Prácticas según niveles de riesgo y Niveles de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA:**

No se encuentra evidencia empírica de que haya asociación entre los niveles de riesgo de las prácticas sexuales realizadas por los hombres y el nivel de conocimiento que sobre este tema tienen los hombres ( $X^2$  Pr=0.91). (Cuadro 45).

#### **Prácticas según niveles de riesgo y Actitudes hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA:**

No se encuentra evidencia empírica de que haya asociación entre los niveles de riesgo de las prácticas sexuales realizadas por los hombres y las actitudes hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA que tienen los hombres ( $X^2$  Pr=0.22). (Cuadro 46).

#### **Acceso a servicios de atención y prevención y Niveles de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA:**

En el cuadro 47 se muestra como el porcentaje de hombres que tienen buen acceso a servicios de atención y prevención aumenta según aumenta el nivel de conocimientos que tienen sobre ITS-VIH-SIDA y viceversa el porcentaje de hombres con dificultades para el acceso a servicios de atención y prevención disminuye en la medida en que que el nivel de conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA es mayor. La prueba de asociación demuestra que con un Nivel de Confianza del 99.9% el acceso y los niveles de conocimiento están asociados estadísticamente ( $X^2$  Pr=0.00).

## **X. CONCLUSIONES**

### **Para el objetivo específico No. 1: Características Socio demográficas.**

1. El perfil sociodemográfico representativo de los hombres estudiados es: 27 años de edad, mestizo, con secundaria incompleta, católico, soltero, sin hijos y que tuvo su primera relación sexual a los 15 años.

### **Para el objetivo específico No.2: Conocimientos.**

2. La mayoría de los hombres estudiados tienen un nivel de conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA de Regular a Bueno.
3. La edad de los hombres está asociada en forma positiva al nivel de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA. Entre más años de edad tienen los hombres el nivel de conocimiento aumenta.
4. La educación está asociada en forma positiva al nivel de conocimiento. Entre mayor es el nivel educativo de los hombres, el nivel de conocimiento aumenta.

### **Para el objetivo específico No.3: Actitudes.**

5. La mayoría de los hombres estudiados tienen actitud favorable o muy favorable para prevenir ITS-VIH-SIDA.
6. La educación está asociada en forma positiva a actitud de prevención de ITS-VIH-SIDA.
7. La mayor parte de los católicos y de los que no profesan ninguna religión, tienen actitud favorable o muy favorable de prevención de ITS-VIH-SIDA.
8. El nivel de conocimiento en ITS-VIH-SIDA está asociado en forma positiva a la escala de actitudes 'poco favorable - favorable - muy favorable' de prevención de ITS-VIH-SIDA. A mayor nivel de conocimiento tienen los hombres mayor es la actitud muy favorable de prevención de ITS-VIH-SIDA.
9. El acceso a servicios de atención y prevención está asociado a la escala de actitudes 'poco favorable - favorable - muy favorable' de prevención de ITS-VIH-SIDA. Los hombres que tienen buen acceso a servicios de atención y prevención tienen actitud muy favorable para la prevención de ITS-VIH-SIDA.



**Para el objetivo específico No.4: Prácticas.**

10. La mayoría de los hombres del estudio tienen prácticas sexuales de bajo riesgo o de riesgo medio.
11. La edad está asociada en forma negativa a la escala de prácticas de bajo – medio y alto riesgo. En otras palabras, en los hombres estudiados a mayor edad menor es la práctica de alto riesgo.
12. La mayor parte de los hombres con estado conyugal ‘separado o divorciado’ tienen prácticas de riesgo medio ó alto; la mayor parte de los solteros, de los que viven en unión estable y de los casados tienen prácticas de riesgo medio o bajo.
13. No se encontró asociación entre Nivel de Conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA y Prácticas de Riesgo.
14. No se encontró asociación entre Actitud de Prevención y Prácticas de Riesgo.

**Para el objetivo específico No.5: Acceso a Servicios.**

15. La mayoría de los hombres estudiados tienen mal acceso a servicios de atención y prevención.
16. El nivel educativo de los hombres está asociado al acceso a servicios de atención y prevención. La proporción de hombres con buen acceso a servicios de atención y prevención aumenta cuando el nivel educativo aumenta.
17. El nivel de conocimiento que tienen los hombres sobre ITS-VIH-SIDA está asociado al acceso a servicios de atención y prevención. Los hombres con buen nivel de conocimientos tienen buen acceso a servicios de atención y prevención.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1. El Ministerio de Salud en coordinación con el CIES y ONGs que que trabajan en Salud Sexual y Reproductiva, deberían estimular la realización de estudios sobre ITS-VIH-SIDA en hombres nicaragüenses; que incluya muestra de todos los departamentos y de hombres del área rural.
2. El Ministerio de Educación, cultura y Deportes, a través del área de Formación, debería implementar en el sistema educativo el Programa de Educación Sexual en las escuelas y así contribuir a mejorar el nivel de conocimiento sobre ITS-VIH-SIDA en los jóvenes. Esto se lograría fortaleciendo y ampliando a nivel nacional el Programa Educación para la Vida del MECD.
3. El Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de ITS – VIH/SIDA, deberían diseñar y promover estrategias educativas que contribuyan a mejorar las actitudes de los hombres hacia la prevención de ITS-VIH-SIDA.
4. Tanto el MINSA como las ONGs que promueven la Salud Sexual y Reproductiva deberían reforzar y ampliar la estrategia de educación de ‘pares’ entre los jóvenes, a fin de que los hombres adquieran prácticas y estilos de vida saludables (prevención primaria) y demanden atención con mejor prontitud ante una ITS (prevención secundaria).
5. El MINSA en coordinación con las ONGs deberían diseñar una estrategia de Información, Educación y Comunicación que promueva la asistencia de los hombres a los servicios de salud sexual y reproductiva en las unidades de salud del MINSA.

## **XII. BIBLIOGRAFÍA**

1. AVSC Internacional.(1997a)Clínica de Profamilia para Hombres : Un caso de estudio, AVSC Internacional, Nueva York.
2. AVSC Internacional.(1997b) “I niciativa Hombres como Compañeros “:Informe del del Resumen de Reseña de Información y Casos Estudio, AVSC Internacional, Nueva York.
3. AVSC Internacional and IPPF/WHR .(1999) Participación Masculina en la Salud Sexual Reproductiva: Nuevos Paradigmas , Informe de Simposios, AVSC Internacional y IPPF / WHR, Nueva York.
4. Barker, G.,C., Barros, C. et al. (1995) ” Roles, esquemas y actitudes sexuales relacionadas con las Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH /SIDA en jóvenes en las calles y de bajos recursos Río de Janeiro (Borrador).
5. Barker, G.(1996) “El género mal comprendido: Participación Masculina en la Familia y la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe. “ John D. y Catherine T. Mac Arthur Foundation, Chicago.
6. Barker,G. (2000a) “Chicos de Género Equitativo en el Mundo de Género injusto. Observaciones de una investigación Cualitativa y Programa de Desarrollo con Jóvenes hombres en Río de Janeiro, Brasil “, Terapia Sexual y Relación, volumen. 15, No. 3, 2000, 263-282.
7. Barker, G. (2000c) “ Chicos, Hombres y VIH/SIDA,” Documento de instrucciones ONUSIDA, ( primer borrador ). Instituto Promundo, Río de Janeiro, Brasil.
8. Censo Hondureño de salud nacional masculina. Honduras. 1998.
9. CEPAL. Educación reproductiva y paternidad responsable en Nicaragua. Jul. 2001.
10. Consejo de Planificación Familiar Nacional (1998) Encuesta de Salud Sexual Reproductiva: Jamaica 1997, Informe de Jóvenes adultos, Kinstong, Jamaica.
11. CID GALLUP. Percepción sobre el SIDA en Centroamérica, 2003.
12. Dowsett, G. & Anglenton, P. ( 1997 ) Estudios en lugares múltiples de los factores Contextuales que afectan la Conducta

Sexual Relacionada con el Riesgo entre Persona Jóvenes en los países en vías de Desarrollo, ONUSIDA Ginebra.

13. Drennan M. Salud Reproductiva: Nuevas Perspectivas sobre Participación de los Hombres. Informes de la Población, Series J, No. 46. Baltimore, Universidad Johns Hopkins, Escuela de Salud Pública; 1998.
14. Encuesta Nacional Demografía y Salud. Bolivia 1998.
15. Encuesta Nacional Demografía y Salud. Brasil 1996.
16. Encuesta Nacional Demografía y Salud, Colombia 2000.
17. Encuesta de Salud Materno Infantil Guatemala 1998/99.
18. Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de Servicios Haití 2000.
19. Encuesta Nacional Demografía y Salud, Nicaragua 1997/98.
20. Encuesta Nacional Demografía y Salud, Perú 2000.
21. Encuesta Nacional Demografía y Salud, Republica Dominicana 1996.
22. FUAP, Acompañamiento: un nuevo abordaje hacia la salud sexual y reproductiva. 2000.
23. FNUAP, (1998) "Participación Masculina en la Salud Sexual Reproductiva.
24. FNUAP / CST ( 1997) Reporte de un Taller Sub- regional sobre el acceso y calidad de los Servicios de Salud Reproductiva, vol, 1. dais Adaba, Etiopía octubre 2-10, 1997.
25. Fundación Xochiquetzal. Tiempo de Cambiar. Primera edición. Nicaragua. 2003.
26. Ministerio Salud, Plan Estratégico Nacional de Lucha Contra ETS /VIH/ SIDA Nicaragua,2000-2004.
27. Ministerio de Salud, Los Hombres del SILAIS Masaya. Julio 2001.
28. Ministerio de Salud, Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes y Jóvenes Varones de Nicaragua. Diciembre del 2003.

29. Montenegro Sonia, La cultura sexual en Nicaragua. Centro de investigación de la comunicación. Managua. 2000.
30. Morales Víctor, Herrera Andrés, García Jairo, Altamirano Evelio. Todo Hombre es Bandido. Managua, 1998.
31. OPS/GTZ/FNUAP/MINSA. Protocolo de Investigación Para Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud reproductiva en Centroamérica, Septiembre 2002.
32. OPS/OMS, Salud Sexual y VIH /SIDA en adolescentes y jóvenes. Boletín # 21, Mayo 2003.
33. OPS/OMS. Prevalencia Global e Incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual Curables Seleccionadas, Perspectiva y Cálculos, Departamento de Vigilancia y Respuestas a las enfermedades de Transmisión , Ginebra. 2001.
34. OPS/ OMS, VIH / SIDA y otras infecciones en la práctica de la Odontoestomatología.
35. ONUSIDA .(2000) “ Los Hombres y el SIDA- Un abordaje de Género “, ONUSIDA, Ginebra .
36. OPS (2001) VIH y SIDA en las Américas : una epidemia Con muchos Rostros , OPS/ OMS, Washington D.C.
37. Rebeca, Lundgren. Protocolo de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina. Enero, 2000.
38. Sosnenstei, F. Pleck, J. And Ku. L. ( 1995) “Por que los Jóvenes Hombres no Usan Preservativos : El Instituto Urbano , Washington D.C.
39. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA). Los varones y el SIDA: Un enfoque basado en consideraciones de género. 2000.

## **XIII. ANEXOS**

## ANEXO 1.

### Tablas con resultados cuantitativos

Resultados relacionados con los conocimientos de la población estudiada.

Cuadro No. 1

Distribución porcentual de hombres por nivel de conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA según grupos de edad.

Edad	n	Nivel de Conocimientos		
		Bueno	Regular	Malo
14 a 19	169	31.4	48.5	20.1
20 a 29	225	35.6	52.4	12.0
30 a 39	135	43.7	44.4	11.9
40 a 45	71	47.9	39.4	12.7
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson  $\chi^2(6) = 13.2179$  Pr = 0.040*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

Cuadro No. 2

Distribución porcentual de hombres por nivel de conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA según grupos étnicos.

Etnia	n	Nivel de Conocimientos		
		Bueno	Regular	Malo
Negro / Creole	56	39.3	48.2	12.5
Mestizo	403	38.5	48.1	13.4
Miskito	67	35.8	41.8	22.4
Blanco	42	40.5	45.2	14.3
Indígena	19	31.6	57.9	10.5
No sabe	13	15.4	69.2	15.4
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson  $\chi^2(10) = 7.9824$  Pr = 0.631*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

Cuadro No. 3

Distribución porcentual de hombres por nivel de conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA según niveles de educación alcanzados.

Educación	n	Nivel de Conocimientos		
		Bueno	Regular	Malo
Ningún nivel	7	14.3	28.6	57.1
Primaria Incompleta	60	13.3	53.3	33.3
Primaria Completa	42	26.2	42.9	31.0
Secundaria Incompleta	257	31.9	53.3	14.8
Sec. Completa ó más	234	53.0	42.3	4.7
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson  $\chi^2(8) = 80.3344$  Pr = 0.000*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 4**  
**Distribución porcentual de hombres por nivel de conocimientos sobre ITS-  
 VIH-SIDA según religión.**

Religión	n	Nivel de Conocimientos		
		Bueno	Regular	Malo
Católica	242	42.2	47.5	10.3
Protestante	143	34.3	49.7	16.1
Morava	54	40.7	42.6	16.7
Otra	23	39.1	39.1	21.7
Ninguna	138	31.9	50.7	17.4
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson chi2(8) = 9.1119 Pr = 0.333*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 5**  
**Distribución porcentual de hombres por nivel de conocimientos sobre ITS-  
 VIH-SIDA según estado conyugal.**

Estado Conyugal	n	Nivel de Conocimientos		
		Bueno	Regular	Malo
Soltero	309	35.0	50.2	14.9
Unión estable	137	40.2	41.6	18.3
Casado	131	42.0	48.1	9.9
Separado o divorciado	23	34.8	56.5	8.7
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson chi2(6) = 7.1617 Pr = 0.306*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 6**  
**Si los síntomas de una ITS desaparecen, significa que la persona ya no sufre  
 la enfermedad? (n=600)**

Respuestas	Porcentaje
Estoy de acuerdo	26.8
No estoy de acuerdo	66.4
No sabe / No responde	6.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS



**Cuadro No. 7**  
**Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el virus del SIDA? (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Estoy de acuerdo	91.2
No estoy de acuerdo	5.5
No sabe / No responde	3.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 8**  
**El condón no es efectivo para prevenir VIH / SIDA porque tiene poros pequeños que permiten pasar el virus. (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentajes</b>
Estoy de acuerdo	56.7
No estoy de acuerdo	34.8
No sabe / No responde	8.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 9**  
**¿Conoce en su comunidad alguna institución que ofrezca servicios o información relacionados con el sexo, la planificación familiar o las Infecciones de Transmisión Sexual?. (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	43.2
No	55.7
No sabe / No responde	1.1
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 10**  
**¿Cuál es esa institución? (n=259)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Centro de salud	33.9
Hospital	3.1
Centro de planificación familiar	5.1
ONG	48.3
Consultorio privado	1.2
No especifica	8.4
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 11**  
**El SIDA es una enfermedad de los homosexuales (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Totalmente de acuerdo	19.2
Parcialmente de acuerdo	2.0
No estoy de acuerdo	72.0
No sabe	6.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Resultados relacionados con las actitudes de la población estudiada.**

**Cuadro No. 12**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Actitudes sobre ITS-VIH-SIDA según grupos de edad.**

<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>Categoría de Actitudes</b>		
		<b>Muy favorable</b>	<b>Favorable</b>	<b>Poco favorable</b>
14 a 19	169	23.1	67.5	9.5
20 a 29	225	25.8	64.4	9.8
30 a 39	135	31.1	62.2	6.7
40 a 45	71	29.6	56.3	14.1
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>26.7</b>	<b>63.8</b>	<b>9.5</b>

*Pearson chi2(6) = 5.8793 Pr = 0.437*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 13**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Actitudes sobre ITS-VIH-SIDA según grupos étnicos.**

<b>Etnia</b>	<b>n</b>	<b>Categoría de Actitudes</b>		
		<b>Muy favorable</b>	<b>Favorable</b>	<b>Poco favorable</b>
Negro / Creole	56	19.6	71.4	8.9
Mestizo	403	29.8	62.8	7.4
Miskito	67	16.4	64.2	19.4
Blanco	42	26.2	62.0	12.0
Indígena	19	15.8	68.4	15.8
No sabe	13	30.8	61.5	7.7
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>26.7</b>	<b>63.8</b>	<b>9.5</b>

*Pearson chi2(10) = 16.5609 Pr = 0.085*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 14**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Actitudes sobre ITS-  
 VIH-SIDA según niveles de educación alcanzados.**

Educación	n	Categoría de Actitudes		
		Muy favorable	Favorable	Poco favorable
Ningún nivel	7	0.0	71.4	28.6
Primaria Incompleta	60	16.7	70.0	13.3
Primaria Completa	42	19.1	66.7	14.3
Secundaria Incompleta	257	17.1	71.6	11.3
Sec. Completa ó más	234	41.9	13.0	5.1
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>26.7</b>	<b>63.8</b>	<b>9.5</b>

*Pearson  $\chi^2(8) = 51.5212$  Pr = 0.000*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 15**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Actitudes sobre ITS-  
 VIH-SIDA según religión.**

Religión	n	Categoría de Actitudes		
		Muy favorable	Favorable	Poco favorable
Católica	242	34.3	57.9	7.9
Protestante	143	16.8	72.0	11.2
Morava	54	22.2	57.4	20.4
Otra	23	21.7	65.2	13.0
Ninguna	138	26.1	68.1	5.8
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson  $\chi^2(8) = 24.8974$  Pr = 0.002*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 16**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Actitudes sobre ITS-  
 VIH-SIDA según estado conyugal.**

Estado Conyugal	n	Categoría de Actitudes		
		Muy favorable	Favorable	Poco favorable
Soltero	309	27.8	64.4	7.8
Unión estable	137	21.9	67.9	10.2
Casado	131	30.5	58.8	10.7
Separado o divorciado	23	17.4	60.9	21.7
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson  $\chi^2(6) = 8.5985$  Pr = 0.197*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 17**  
**Tanto el Hombre como la mujer pueden proponer el uso del condón. (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Totalmente de acuerdo	91.5
Parcialmente de acuerdo	3.2
No estoy de acuerdo	4.0
No sabe	1.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 18**  
**La mujer que lleva condón en la cartera es de vida fácil, o sea tiene relaciones sexuales con muchos hombres. (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Totalmente de acuerdo	50.4
Parcialmente de acuerdo	10.8
No estoy de acuerdo	35.8
No sabe	3.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 19**  
**Es un insulto para el hombre que su mujer le solicite usar condón. (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Totalmente de acuerdo	21.2
Parcialmente de acuerdo	4.7
No estoy de acuerdo	72.6
No sabe	1.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

## Resultados relacionados con las prácticas de la población estudiada.

**Cuadro No. 20**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Prácticas sobre ITS-VIH-SIDA según grupos de edad.**

Edad	n	Categoría de Prácticas		
		Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesgo Bajo
14 a 19	169	20.7	30.8	48.5
20 a 29	225	16.9	47.6	35.6
30 a 39	135	14.1	54.8	31.1
40 a 45	71	5.6	70.4	24.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>16.0</b>	<b>47.2</b>	<b>36.8</b>

*Pearson chi2(6) = 37.7621 Pr = 0.000*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 21**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Prácticas sobre ITS-VIH-SIDA según grupos étnicos.**

Etnia	n	Categoría de Prácticas		
		Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesgo Bajo
Negro / Creole	56	10.7	55.4	34.0
Mestizo	403	17.2	46.4	36.5
Miskito	67	13.4	40.3	46.3
Blanco	42	16.7	50.0	33.3
Indígena	19	15.8	57.9	26.3
No sabe	13	15.4	46.2	38.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>16.0</b>	<b>47.2</b>	<b>36.8</b>

*Pearson chi2(10) = 6.1216 Pr = 0.805*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 22**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Prácticas sobre ITS-  
 VIH-SIDA según niveles de educación.**

Educación	n	Categoría de Prácticas		
		Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesgo Bajo
Ningún nivel	7	14.3	57.1	28.6
Primaria Incompleta	60	6.7	56.7	36.7
Primaria Completa	42	19.1	54.8	26.2
Secundaria Incompleta	257	16.3	42.8	48.9
Sec. Completa ó más	234	17.5	47.9	34.6
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>16.0</b>	<b>47.2</b>	<b>36.8</b>

*Pearson chi2(8) = 9.6158 Pr = 0.293*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 23**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Prácticas sobre ITS-  
 VIH-SIDA según religión.**

Religión	n	Categoría de Prácticas		
		Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesg o Bajo
Católica	242	12.8	47.9	39.3
Protestante	143	17.5	44.8	37.8
Morava	54	18.5	38.9	42.6
Otra	23	17.4	56.5	26.1
Ninguna	138	18.8	50.0	31.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>16.0</b>	<b>47.2</b>	<b>36.8</b>

*Pearson chi2(8) = 7.1589 Pr = 0.520*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 24**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de Prácticas sobre ITS-  
 VIH-SIDA según estado conyugal.**

Estado Conyugal	n	Categoría de Prácticas		
		Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesg o Bajo
Soltero	309	20.1	33.0	46.9
Unión estable	137	8.8	62.8	28.5
Casado	131	10.7	65.7	23.7
Separado o divorciado	23	34.8	39.1	26.1
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>16.0</b>	<b>47.2</b>	<b>36.8</b>

*Pearson chi2(6) = 63.1070 Pr = 0.000*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 25**  
**A que edad tuvo la primera relación sexual? (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Antes de 15 años	37.2
15 – 19 años	43.8
20 – 24 años	2.6
25 – o más años	1.2
No ha tenido relaciones	13.0
No responde	2.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 26**  
**La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja estable, usó condón? (n=346)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	15.3
No	76.9
Nunca uso condón	7.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 27**  
**Por qué usa condón con su pareja durante sus relaciones sexuales? (n=53)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Previene el embarazo	75.5
Me protege contra el ITS / SIDA	24.5
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 28**  
**La última vez que usted tuvo sexo anal con una mujer, usó condón? (n=182)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	24.7
No	75.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 29****La última vez que usted tuvo relaciones con un hombre, usó condón? (n=15)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	46.7
No	53.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 30****La última vez que tuvo relaciones usted había usado? (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Alcohol	13.3
Marihuana	0.5
Cocaína	0.2
Otro	0.3
Ninguna	71.7
No responde	14.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 31****En los últimos 6 meses, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales? (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguna	49.7
1 a 2	22.5
3 a 13	13.3
No responde	1.2
No ha tenido relaciones sexuales	13.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 32****Ha tenido alguna infección de transmisión sexual? (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Si, actualmente	2.0
Si, tuve una ITS en el pasado	16.4
Nunca he tenido ITS	66.8
No sabe / No responde	1.8
No ha tenido relaciones sexuales	13.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS



**Cuadro No. 33**  
**La última vez que tuvo una de esas infecciones, hizo algo para no transmitirla? (n=110)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Abstinencia	59.3
Usó condón	9.3
Otro	22.1
Nada / No responde	9.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 34**  
**La última vez que tuvo una de esas infecciones, recibió algún tratamiento? (n=110)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	97.3
No	2.7
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Resultados relacionados con las acceso de la población estudiada.**

**Cuadro No. 35**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de acceso a servicios de atención y prevención según grupos de edad.**

<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>Acceso a Servicios</b>	
		<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>
14 a 19	169	14.2	85.8
20 a 29	225	22.2	77.8
30 a 39	135	16.3	83.7
40 a 45	71	18.3	81.7
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>18.2</b>	<b>81.8</b>

*Pearson chi<sup>2</sup>(3) = 4.5956 Pr = 0.204*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 36**

**Distribución porcentual de hombres por categoría de acceso a servicios de atención y prevención según grupos étnicos.**

Etnia	n	Acceso a Servicios	
		Bueno	Malo
Negro / Creole	56	19.6	80.4
Mestizo	403	17.1	82.9
Miskito	67	21.0	79.1
Blanco	42	19.1	81.0
Indígena	19	31.6	68.4
No sabe	13	7.7	92.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>18.2</b>	<b>81.8</b>

*Pearson chi2(5) = 3.9942 Pr = 0.550*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 37**

**Distribución porcentual de hombres por categoría de acceso a servicios de atención y prevención según niveles de educación.**

Educación	n	Acceso a Servicios	
		Bueno	Malo
Ningún nivel	7	0.0	100.0
Primaria Incompleta	60	8.3	91.7
Primaria Completa	42	21.4	78.6
Secundaria Incompleta	257	16.0	84.1
Sec. Completa ó más	234	23.1	76.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>18.2</b>	<b>81.8</b>

*Pearson chi2(4) = 10.3991 Pr = 0.034*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 38**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de acceso a servicios de atención y prevención según religión.**

Religión	n	Acceso a Servicios	
		Bueno	Malo
Católica	242	19.4	80.6
Protestante	143	16.8	83.2
Morava	54	18.5	81.5
Otra	23	30.4	69.6
Ninguna	138	15.2	84.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>18.2</b>	<b>81.8</b>

*Pearson chi2(4) = 3.5809 Pr = 0.466*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 39**  
**Distribución porcentual de hombres por categoría de acceso a servicios de atención y prevención según estado conyugal.**

Estado Conyugal	n	Acceso a Servicios	
		Bueno	Malo
Soltero	309	16.8	83.2
Unión estable	137	19.1	80.9
Casado	131	21.7	78.3
Separado o divorciado	23	18.1	81.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>18.2</b>	<b>81.8</b>

*Pearson chi2(3) = 0.4471 Pr = 0.930*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro 40**  
**Ha participado Ud. en alguna charla o recibido información sobre la sexualidad, el embarazo, las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA? (n=600)**

Respuestas	Porcentaje
Sí	54.5
No	45.2
No responde	0.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro 41**

**Ud. ha ido alguna vez a un servicio o lugar para obtener información o atención sobre sexo, planificación familiar o infecciones de transmisión sexual? (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Una vez	8.3
Más de una vez	12.7
Nunca	78.0
No sabe / no responde	1.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro 42**

**En el último año ha buscado alguna asistencia para cualquier problema de salud? (n=600)**

<b>Respuestas</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	39.3
No	64.3
No sabe / no responde	0.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 43**

**Distribución porcentual de hombres por categoría de Actitudes sobre ITS-VIH-SIDA según nivel de conocimientos en el tema.**

<b>Nivel de conocimientos en ITS - VIH - SIDA</b>	<b>n</b>	<b>Categoría de Actitudes</b>		
		<b>Muy favorable</b>	<b>Favorable</b>	<b>Poco favorable</b>
Bueno	226	37.2	55.8	7.1
Regular	288	22.6	68.4	9.0
Malo	86	12.8	69.8	69.8
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson  $\chi^2(4) = 28.2684$  Pr = 0.000*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 44****Distribución porcentual de hombres por categoría de Actitudes sobre ITS-VIH-SIDA según acceso a servicios de atención y prevención.**

Acceso a Servicios de atención y prevención	n	Categoría de Actitudes		
		Muy favorable	Favorable	Poco favorable
Bueno	109	36.7	54.1	9.2
Malo	491	24.4	66.0	9.6
<b>Total</b>	<b>600</b>	<b>37.7</b>	<b>48.0</b>	<b>14.3</b>

*Pearson chi2(2) = 7.0057 Pr = 0.030*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 45****Distribución porcentual de hombres por categoría de Prácticas sobre ITS-VIH-SIDA según niveles de conocimiento sobre el tema.**

Nivel de conocimientos en ITS-VIH-SIDA	n	Categoría de Prácticas		
		Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesgo o Bajo
Bueno	226	17.3	47.8	35.0
Regular	288	15.6	46.2	38.2
Malo	86	14.0	48.8	37.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>16.0</b>	<b>47.2</b>	<b>36.8</b>

*Pearson chi2(4) = 0.9667 Pr = 0.915*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 46****Distribución porcentual de hombres por categoría de Prácticas sobre ITS-VIH-SIDA según escala de actitudes.**

Escala de Actitudes	n	Categoría de Prácticas		
		Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesgo o Bajo
Muy favorable	160	21.3	43.1	35.6
Favorable	132	13.6	48.3	38.1
No favorable	308	17.5	50.1	31.2
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>16.0</b>	<b>47.2</b>	<b>36.8</b>

*Pearson chi2(4) = 5.7347 Pr = 0.220*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

**Cuadro No. 47****Distribución porcentual de hombres por categoría de Acceso a servicios de atención y prevención según nivel de conocimientos sobre ITS-VIH-SIDA.**

<b>Nivel de conocimientos en ITS-VIH-SIDA</b>	<b>n</b>	<b>Acceso a Servicios</b>	
		<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>
Bueno	226	29.2	70.8
Regular	288	13.5	86.5
Malo	86	4.7	95.3
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>18.2</b>	<b>81.8</b>

*Pearson chi2(2) = 33.2291 Pr = 0.000*

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio 'Promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva- 2003'. OPS

## ANEXO 2.

### 8.1 MATRIZ DE RESULTADOS DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD (DATOS CUALITATIVOS)

Descriptor 1	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4
<b>Características sociodemográficas de los hombres sujetos al estudio realizado.</b>	<b>¿Conoce estudios sobre masculinidad o participación de hombres en temas de salud sexual y reproductiva?. Por favor, explique</b>	<b>¿Sabe a que edades son más frecuentes las ITS en hombres, por qué?</b>	<b>¿ Como cree que influye el nivel educativo o el estado civil en la transmisión de ITS por hombres?</b>	<b>¿Cómo considera usted que la religión puede influir en la prevención, control y transmisión de ITS?</b>
Entrevista 1 Román	Conozco un estudio que coordinó OPS el año pasado para fortalecer masculinidad.	Las edades más frecuentes de 15 a 24 años, aquí son las edades en que hay un inicio de una relación sexual, hay una mala educación sobre el uso del condón y por la poca promoción de los servicios de salud en adolescentes para la atención oportuna de una ITS.	Hay un estudio en Chinandega que dice que las ITS se da en los jóvenes solteros, sin pareja estable, el nivel educativo influye muy poco, según registro en la ficha epidemiológica todos los niveles educativos están afectados.	Puede incidir de una manera positiva. Si a través de los grupos religioso se van hablando correctamente, se habla del tema sobre todo cuales son los mecanismos de transmisión y como prevenirlo. Donde se habla de una postergación de una relación sexual y la responsabilidad al iniciar una relación sexual.
Entrevista 2 Beteta	Hay un estudio que se realizó en Masaya hace como dos años, que era el enfoque de genero y algunos temas de salud reproductiva con hombre del SILAIS Masaya y un estudio de la promoción de los hombres de salud sexual y reproductiva que se realizó recientemente a través de la OPS.	Se da entre las edades reproductiva optimas entre los 20-26 años y en los adolescentes.	Pienso mas que el nivel educativo, tiene que ver la propia actitud de cambio de las personas, por que al inicio teníamos una patrón que el SIDA era exclusivo de los homosexuales y de las prostitutas. Ahora en la actualidad más del 60% de casos de	Puede tener una influencia negativa al no permitir hacer o impartir temas educativos a la población por su propia creencia. Nosotros queremos llegar a hablar del uso de los preservativos, ellos dicen que estamos fomentando el sexo, lo que buscamos es como fomentar el uso de preservativos, para prevenir

			VIH/SIDA es profesionales.	los embarazos no deseados y las ITS.
Entrevista 3 Gutiérrez	Estuve participando en varios estudios con un grupo de hombres en contra de la violencia como por ejemplo una investigación sobre paternidad responsable realizada a nivel regional, conozco que Cantera y Puntos de Encuentra ha trabajado mucho este tema. Existen metodologías para trabajar el abordaje del paradigma actual de la masculinidad.	Conociendo las estadísticas con estudios realizados con el SILAIS Managua, es sorpresa saber que la mayoría son jóvenes menores de 30 años y mayores de 14, varones. En el hombre la principal ITS es la gonorrea y luego la Sífilis. En la mujer la sífilis es la más frecuente. En el estudio multicéntrico se disparó el herpes genital, este estudio fue realizado con hombres que tienen sexo con hombres y las trabajadoras sexuales.	El nivel educativo es importante, por que incide directamente en la información que manejan los hombres de bajo nivel educativo. Según el estado civil, si es soltero tiene más parejas sexuales y si es bisexual no se preocupa por la auto percepción de ser una persona de riesgo y por ende no usan condón.	Aun con todos los mitos de condón, esta demostrado que el uso del condón previene la transmisión de las ITS, aunque la iglesia no lo acepte, convirtiéndose en una influencia negativa. Aunque no podemos negar que los condones pueden tener defecto de fábrica y las medidas de almacenamiento de los condón, muchas veces no brindan la garantía de calidad de los mismos.



Entrevista 4 Cárdenas	Si, una investigación realizada sobre este tema en Masaya y el estudio dirigido por el Dr. Andrés Herrera sobre participación de los hombres en programas de salud reproductiva	En las edades en las cuales hay mayor actividad sexual y más reproductiva entre 14 – 27 años	A mayor educación más utilización del condón. Los hombres solteros utilizan más el condón que los casados.	La religión puede influir en esto si promueve en los varones la autoestima y el autocontrol.
Entrevista 5 Cortes	Si, coordiné el estudio sobre CAP y creencias sobre el VIH – SIDA en la población de Chinandega.	Hay una mayor énfasis de estas enfermedades entre 18 – 35 años, la mayoría son reincidentes.	No encontré mucha relación con el estado civil sin embargo los hombres solteros están más expuestos a tener relaciones sexuales ocasionales más peligrosas, en cuanto al nivel educativo, encontré diferencias estadísticas poco significativas. Sin embargo cuando nos referimos específicamente a VIH-SIDA a mayor educación encontramos mayores conocimientos	De acuerdo a mi experiencia encontré muy poca influencia
Entrevista 6 Porrás	Algunos realizados por Xochiquetzal. Creo que la participación de los hombres es limitada, pensamiento sexista y muchos hombres lo asocian con la capacidad de hacer de los hombres.	En un rango entre los 20 o 30 años, esto se da por la falta de educación sexual y muy probablemente con algún comportamiento de infidelidad y promiscuidad, es obvio que el uso del condón es importante.	El estado civil no creo que incide mucho, porque a simple vista igual casados y solteros la padecen, conozco casos de médicos que la padecen por no usar condón.	Cambiando sus discursos, que es dogmático alejado de la evidencia científica, si la religión fuera tolerante, sería un arma útil. Actualmente son muy cerrados.

Descriptor 2	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5
<b>Conocimiento de los hombres con relación a las ITS / VIH-SIDA.</b>	<b>¿De acuerdo a su experiencia, cree que los hombres conocen los síntomas y signos básicos de las ITS?</b>	<b>¿Qué información tiene sobre la efectividad del condón para la prevención de ITS y VIH - SIDA?</b>	<b>¿Cree que los hombres tienen suficiente información sobre la efectividad que tiene el uso del condón para evitar ITS / VIH - SIDA?</b>	<b>¿Cree que los hombres saben a donde tienen que acudir para obtener información sobre la prevención y control de ITS / VIH – SIDA?</b>	<b>¿Considera posible que los hombres relacionen el VIH – SIDA con la homosexualidad, creyéndose excluidos de padecerla si se relacionan solo con mujeres ?</b>
Entrevista 1 Román	Si los conocen, tienen una encuesta con muy buenos conocimientos y ENDESA nos dice que se conoce al tener un síntoma y de VIH es mayor el conocimiento	Que es efectivo cuando se usa correctamente	Si tienen, lo que pasa que se han creados muchos mitos, sobre todo por que pierden la sensibilidad en una relación sexual, pero es una idea errónea.	Lo que ha oído alguna viñeta en la radio, TV, saben donde preguntar para obtener la información.	Si, se mantiene esa apreciación y se esboza en esa concepción los heterosexuales que muchas veces tiene relaciones con otros hombres y terminan siendo bisexuales, pero lo enmarcaran este comportamiento.
Entrevista 2 Beteta	Considero que un porcentaje el 60% podría conocerlo y más por los medios informativo, que por su propia experiencia y cuando se miran algo anormal en sus genitales, se consultan entre ellos mismos y pocos van al medico y asi se difunden la información.	Es el método más efectivo como método de barreta, para evitar la ITS/VIH-SIDA.	Tienen conocimiento de la importancia, pero el problema es que hay que contrarrestar algún tipo de información inadecuada, algunos hombres por el mismo machismo no le gusta usar el condón o que los preservativos no son muy seguros	Pienso que si, pero la misma cultura y el mismo machismo es un factor que mucho incide. Eso implica que las enfermedades de transmisión sexual no tenemos un buen control, por que evitan asistir a los centros de salud o se automedican, por	Tienen suficiente conocimiento que esto no es una enfermedad exclusiva de los homosexuales o de las prostitutas, sino que cualquiera se puede contagiar si no toma las precauciones adecuadas.

			dicen que tienen poros.	pena o por su propia hombría.	
Entrevista 3 Gutiérrez	Los conocen, pero cuando llegan al uso de condón no lo hacen, la práctica es otra y conocen bien sobre la prevención del SIDA y la ITS.	Usarlo siempre en toda la relación sexual penetrativa. El uso adecuado del condón, no romperlo y ponerlo adecuadamente. Podemos decir que tiene un 80% de efectividad y el otro 20% se da por el uso incorrecto, como poner lubricante no a base de agua, el andarlo en la cartera.	Algunos si, otros no, ejemplo en grupos de adolescentes no saben como poner el condón.	Si saben, en los Centro de Salud y organizaciones no gubernamentales.	Aunque ese mito se ha logrado aclarar con el trabajo que se ha venido realizando, pero todavía lo relacionan, porque existe esa falsa creencia suelen decir "si conozco esa persona con que me voy acostar es confiable, es conocida mía, la percepción de riesgo del hombre es baja y esta relacionada con el machismo.
Entrevista 4 Cárdenas	Creo que conocen poco, lo más común es la blenorragia y el condiloma hasta que aparecen.	Creo que su efectividad es alta, mayor del 95%.	No, la información y la metodología para difundirla es mala, no ayuda a cambiar de actitudes.	No, Están muy indefensos, son pocos los centros de salud con esta alternativa y poco conocidos	Así es, a pesar de la propaganda existente, se ha hecho difícil revertir esta creencia.
Entrevista 5 Cortés	La mayoría de hombres que he atendido, así como los que estaban en mi investigación manifestaron reconocer los signos y síntomas de ITS	En general si, son muy efectivos, dependen mucho de cómo se usan.	Los hombres consideran ventajoso usar condones, creo que en general la información les ha llegado. El problema es que cuando se profundiza en la percepción de la efectividad, la	Si saben donde deben acudir para conseguir condones, saben que es barato.	Algunos si asocian el SIDA con la homosexualidad, pero creo que ya no son la mayoría, cada vez los hombres están más informados acerca del peligro de esta enfermedad incluso en sus relaciones con mujeres.

			mayoría cree que no es efectivo		
Entrevista 6 Porras	En general no. Se han hecho muchos estudios sobre ITS/VIH-SIDA y no tienen los conocimientos aun siendo personal de salud, hay estudio CAP que lo fundamenta.	Es un método muy efectivo para prevenir la ITS/VIH-SIDA, es un método útil además.	No, hay mucha mediatización religiosa y del MECD.	No saben, la campaña es muy tímida, solo responde a la demanda que lleva a salud, puede ser por falta de recursos.	Todavía se mantiene esa creencia. Esto se debe a que la campaña informativa ha sido muy tímida.

<b>Descriptor 3</b>	<b>Pregunta 1</b>	<b>Pregunta 2</b>	<b>Pregunta 3</b>	<b>Pregunta 4</b>
<b>Actitudes de los hombre con relación a las ITS / VIH-SIDA.</b>	<b>¿Por qué cree que es importante que las parejas sexuales usen anticonceptivos? Cuales son los más adecuados?</b>	<b>¿Si el hombre es el que decide sobre el tipo de anticonceptivo que debe usar la pareja, como podría influir esto en la transmisión de ITS / VIH-SIDA?</b>	<b>¿Según su opinión, que tanto utilizan los hombres condones durante relaciones sexuales anales con mujeres o con hombres?</b>	<b>¿Quién cree que tiene la iniciativa en el uso de condones durante las relaciones sexuales, cree que esto es importante ?</b>
Entrevista 1 Román	El preservativo, además es una ventaja promocionarlo para prevenir algunas ITS/VIH-SIDA, así como para evitar un embarazo no deseado.	Por lo general la consejería no acude la pareja, solo la mujer la que determina una inyección cada tres meses y otra el uso de dispositivos, muy poca veces, cuando la mujer lo negocia el hombre lo mira como una posible infidelidad o desconfianza .	Muy poco, no la usan en un 100%.	Claro que es importante, por que la iniciativa la tiene que llevar el hombre y si lo hace la mujer es criticada o juzgada por el hombre.
Entrevista 2 Beteta	Los métodos de barrera son los mas indicados, para evitar una mayor contaminación o infección, pero es importante también por el mismo sitio.	El problema es que el hombre siempre por su machismo, incluso profesionales, no asiste con su pareja para solicitar anticonceptivos, hay casos que las mujeres tienen que esconderse de su pareja	No tiene tengo una respuesta, no existe estudio, pero de manera indirecta, dicen las mujeres trabajadoras del sexo que algunos hombres ofrecen pagar más, sin el	Cree que principalmente es la mujer, pero algunas mujeres dicen no sentir el mismo placer y que están seguras del hombre que tienen.

	Es importante recalcar la necesidad de evitar a temprana edad las relaciones sexuales.	para tomarse el anticonceptivo.	uso del condón, por el mismo machismo.	
Entrevista 3 Gutiérrez	Este tema es importante y se tiene que decir a los jóvenes sobre las relaciones placenteras no encasillarla a la reproducción y explicarles son los mas adecuados, entre ellos el condón que es muy importante en la prevención del SIDA y las tabletas que se dice que es mas segura.	En la práctica es lo que menos sucede, porque no hay una cultura de negociar el uso del condón, por la iniquidad de genero, el hombre no lo demandan y la mujer no lo hace por temor que el hombre reaccione la rechace y se nota en el comportamiento de la epidemia.	Muy poco, una preocupación que tenemos es que las investigaciones en hombres realizadas en Managua por PASMO hace dos años dicen que de un 20 a 30% de los hombres usan condón.	Es importante, generalmente la iniciativa la toman las mujeres. Algunas veces hay un pequeño dialogo sobre el uso del condón.
Entrevista 4 Cárdenas	Para que no salgan embarazadas. El método más usado es el gestágeno oral por las mujeres.	Los hombres pueden decidir usar métodos de barrera que son los más efectivos para protegerse contra ITS, el problema radica cuando los hombres no conocen o rechazan este método.	Menos del 5% en las relaciones normales, puede ser que el porcentaje aumente cuando las relaciones son con parejas ocasionales	La mujer en las relaciones informales. En las relaciones matrimoniales ninguno.
Entrevista 5 Cortés	Si, es muy importante que estén informadas sobre las opciones de anticoncepción disponibles para que puedan seleccionar libremente la que más les conviene.	Creo que los hombres son los que más saben sobre el uso de condones, por lo tanto hay mayores posibilidades de prevenir estas enfermedades cuando el decide este método.	En mi investigación el 96% de los hombres consideraban ventajoso usar condones, el problema está en que las ventajas de usar este método no las ven a largo plazo y pueden decidir dejar de usarlo al no tener ninguna motivación.	La iniciativa en mi experiencia la tienen más los hombres que las mujeres.
Entrevista 6 Porras	Es una decisión de pareja, obviamente si la situación es analítica, hay que traer	Por que muy probablemente el hombre no va elegir el condón, por que en esta	Menos del 50% de las veces. La verdad es que no se usa el condón.	Depende el tipo de relación, en hetero sexuales los que demanda

	los hijos que pueda mantener. Las ventajas del uso del condón es doble por que previenen ITS-SIDA y son anticonceptivos. Al margen de la fidelidad.	sociedad el hombre tiene mucha renuencia de usarlo. Esa negación del hombre puede facilitar ITS y el SIDA.		es la mujer y en relaciones homosexuales, es difícil hacer una aseveración, pero es posible que sea demandando por el receptivo. Tiene importancia.
--	---	--	--	---

<b>Descriptor 4 Prácticas de los hombres con relación a las ITS / VIH – SIDA</b>	<b>Pregunta 1</b>	<b>Pregunta 2</b>	<b>Pregunta 3</b>	<b>Pregunta 4</b>
	<b>¿A que edad estima que los hombres inician su vida sexual activa, esto es importante ?</b>	<b>¿Cuándo cree que comienzan a usar condones y con que tipo de parejas?</b>	<b>¿Por qué los hombres nicaragüenses utilizan condones, que cree que quieren prevenir?</b>	<b>¿Con quienes usan más los condones los hombres (con su pareja, en relaciones ocasionales, etc?)</b>
Entrevista 1 Román	Más o menos una encuesta dice que los varones la inician más tardíamente que las niñas y es después de los 15 años, algunos porcentaje tiene promedio a los 18 años y las mujeres la media esta entre los 13-14 años. Esto se da más en el área rural que urbana.	No inician relaciones sexuales con condones en sus primeras relaciones sexuales, pero eso esta relacionado con la alta incidencia de las ITS. La mayoría de las veces lo utilizan con las parejas ocasionales, siempre y cuando ello lo consideran una relación riesgosa.	El que lo utiliza lo hace para prevenir ITS y SIDA y algunos para la prevención de algún embarazo.	Con las parejas ocasionales de riesgos. Según su consideración
Entrevista 2 Beteta	Mientras más temprano se inicia la vida sexual, corre más riesgo, el porcentaje en adolescentes es el 32% y en la planificación familiar el 30% son adolescentes. En estudio de ENDESA el 40% la	Generalmente utilizan más preservativos con parejas extramatrimoniales, o sea que no son su pareja que conviven realmente con ella.	Lo utilizan evitarse un clavo, más por cuidar la reproducción. Hay un porcentaje que están consciente para evitar la ITS. Es una opinión muy personal. El mayor porcentaje es para evitar	En relaciones ocasionales.

	inician antes de 20 años. Creo que los adolescentes inician su vida sexual a los 15 años aproximadamente.		embarazos.	
Entrevista 3 Gutiérrez	Según el estudio multicentrico dice que a los 14 años de edad. No es importante a que edad lo inician si no que se protejan.	No lo tengo claro.	La mayoría no piensan en las ITS-VIH/SIDA SI NO PARA PREVENIR EMBARAZOS NO Deseados se les olvida la percepción de riesgo.	Lo utilizan con ambas
Entrevista 4 Cárdenas	Entre 14 y 15 años	Antes de los 21 años, principalmente con las parejas informales.	Son pocos los hombres que usan condones, lo hacen principalmente para evitar embarazos y en segundo lugar ITS	En las relaciones ocasionales
Entrevista 5 Cortés	Entre los 14 y 15 años	El uso del condón se relaciona con el hecho de que el hombre se sienta susceptible de adquirir enfermedades como el SIDA, el temor incrementa su uso.	La mayoría quiere prevenir el SIDA	Con las parejas ocasionales
Entrevista 6 Porras	Ahora son muy precoces 16 años, me parece que si es innegable que el deseo sexual existe y que va a depende de la educación sexual, a mayor edad, se supone mayor educación.	Los pocos que llegan a usar condones la mitad los utilizan cuando inician su relación sexual y el otro 50% cuando van a tener una relación casual, trabajadoras sexuales o heterosexuales.	Le tiene temor a las ITS/SIDA y al embarazo no deseado.	En relaciones ocasionales.

<b>Descriptor 4 Prácticas de los hombres con relación a las ITS / VIH – SIDA</b>	<b>Pregunta 5</b>	<b>Pregunta 6</b>	<b>Pregunta 7</b>	<b>Pregunta 8</b>
	<b>¿Cuales son las ITS más frecuentes que padecen los hombres?</b>	<b>Cuando y donde cree que los hombres acuden a buscar tratamiento para ITS?</b>	<b>¿ De acuerdo a su opinión, considera posible que los hombres consulten con sus parejas cuando se enferman de alguna ITS?</b>	<b>¿Donde cree que los hombres buscan información sobre ITS / VIH – SIDA?</b>
Entrevista 1 Román	Gonorrea, Sífilis, Chancro.	Cuando ya tiene la sintomatología con un cuadro muy florido y acude a alguna amistad que le refieren un amigo y mucho a la farmacia a auto medicarse, por consejo de un amigo.	Muy poco.	Con amigos, vecinos, en los medios de comunicación, cuando está el tema en debate y muchas veces en unidad de salud y centros alternativo sobre promoción, dirigido a hombres.
Entrevista 2 Beteta	Las más frecuentes son: gonorreas, papiloma humano, el chancro.	La mayoría de los hombres acuden a un centro cuando no han podido solucionar el problema por sus propios medios, recurren primero a amigos.	Lo ocultan.	Por la radio, la televisión o en platicas con otros amigos. En las áreas de salud no llegan casi nunca hombres.
Entrevista 3 Gutiérrez	Gonorrea, Herpes genitales	De hecho no recurren inmediatamente a las unidades de salud, consultan con un amigo de confianza, se automedican y si no les resulta buscan atención médica.	No lo hacen, normalmente lo ocultan por la reacción de la pareja.	En los Centros de Salud, la radio y menos la prensa escrita en el suplemento Salud y Sexualidad del nuevo diario.
Entrevista 4	Gonorrea, condilomas y chlamidias	Médico privado o amigos	Por el contrario, no lo hacen, a menos que la	Con los amigos, en segundo lugar con



Cárdenas			pareja esté con muchos signos y síntomas.	personal de salud y en sitios de entretenimiento que frecuentan más a menudo con hombres (barbería, billar, etc)
Entrevista 5 Cortés	Condilomatosis, en mi estudio fueron la mayoría, seguido de la gonorrea.	Tengo la percepción de que en general no consultan, lo hacen hasta que no pueden resolver el problema solos	No lo hacen.	A través de los medios de información masiva, para poder cambiar de actitud se debe trabajar más la prevención de estas enfermedades con los hombres.
Entrevista 6 Porras	Uretritis gonocócicas, herpes genitales son muy frecuentes,	Primero a la farmacias o amigos el 50% antes de buscar un medico, se automedican y el otro 50% recurre a las unidades de salud. Lo hacen cuando ya no pueden resolver el problema solos.	Muy ocasional.	Una cosa es lo que les llega por la radio y la televisión, que el llegue a buscar la información a algún sitio es poco frecuente ya que no existe ese habito.

<b>Descriptor 4 Prácticas de los hombres con relación a las ITS / VIH – SIDA</b>	<b>Pregunta 9 ¿De acuerdo a sus conocimientos, podrían los hombres necesitar más información sobre la prevención y manejo de las ITS / VIH – SIDA?</b>	<b>Pregunta 10 Que tan frecuente los hombres acuden a los servicios de salud cuando adquieren una ITS, Por qué?.</b>
Entrevista 1 Román	Si necesitan y constante	Muy poco, por pena, temor, lo obligan a lleva la pareja por miedo a la discriminación
Entrevista 2 Beteta	Es necesario darle mayor difusión, para prevenir las enfermedades sexuales	No específicamente, considero que son pocos.
Entrevista 3 Gutiérrez	Si pero dirigida a hombres, la que existe no toman en cuentas todas la practicas sexuales de ellos.	Muy pocas veces hasta que no le ha resultado la automedicación.
Entrevista 4 Cárdenas	Si creo que necesitan contar con más información para que sean convencidos y poder cambiar de actitudes y hábitos.	Cerca del 50% a los públicos, pero creo que la mayoría prefieren asistir a consultorios privados
Entrevista 5 Cortés	SI, estoy seguro de que necesitan mucha más información y que sea de fácil acceso.	No muy frecuente, generalmente intentan resolver su problema solos.
Entrevista 6 Porras	Absolutamente si.	El 50% de los hombres lo hacen de primera intención y el otro 50% solo cuando la automedicación no les ha resuelto.

Clausura de entrevista	Pregunta final	Observación 1	Observación 2	Observación 3
	¿ Cuales aportes o sugerencias le haría a un programa nacional de salud reproductiva?	Cómo fue la disposición del entrevistado?	Como fue el completamiento de las preguntas	Como fue la duración de la entrevista.
Entrevista 1 Román	Esta es una sugerencia que ojala no se mal interprete, que no se cree un monstruo, meter muchas acciones bajo un gran sobria, como paso como atención integral. Que el programa de Salud Reproductiva lo que debe se hacer es fortalecer la coordinación inter programática, sin perder su razón o misión de ser, que es la SSR.	Excelente	Entre 95 – 100%	Entre 40 minutos y una hora
Entrevista 2 Beteta	Hay que tomar en consideración la cultura, el comportamiento, la evaluación cronológica como MINSA de todas la ITS, vamos a incluir al hombre por empezar a dar consulta.	Excelente	Entre 95 – 100%	Entre 40 minutos y una hora
Entrevista 3 Gutiérrez	Que trabajen información para hombres y que los temas a trabajar sean científicos y no lo den desde el punto de vista biologicista y reproductivo. Para que ayude a tomar decisiones en su vida personal. Que les informe sobre las relaciones placenteras sobre la sexualidad.	Excelente	Entre 95 – 100%	Entre 40 minutos y una hora
Entrevista 4 Cárdenas	El enfoque del programa debe ser integral, incluyendo todos los ejes acordados en el Cairo. Hay que ligar la prevención del embarazo en adolescentes y el SIDA en una sola estrategia.	Excelente	Entre 95 – 100%	Entre 40 minutos y una hora
Entrevista 5 Cortés	En general la oferta actual de servicios y consejería en SSR para los hombres debe mejorar en calidad y cantidad.	Excelente	Entre 95 – 100%	Entre 40 minutos y una hora
Entrevista 6 Porras	Que sea con claridad el mensaje y sean desinhibido, atrevido, directo con forme a las practicas reales	Excelente	Entre 95 – 100%	Entre 40 minutos y una hora

## **ANEXO 3.**

### **CUESTIONARIO CUANTITATIVO**

#### **PARTE 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

|—|—| Años cumplidos

2. ¿De qué grupo racial o étnico se considera Ud.?  
(Lea las opciones en el orden dado)

- 1  Negro
- 2  Mestizo/Ladino
- 3  Indígena
- 4  Blanco
- 5  Otro
- 9  No sabe / no responde

3. ¿Profesa alguna religión?

- 1  Católica
- 2  Protestante o evangélica
- 3  No profesa ninguna religión
- 4  Otra. ¿Cuál?.
- 9  No sabe / no responde

4. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que Ud. aprobó?

- 1  Nunca estudió y no sabe leer
- 2  Nunca estudió y sabe leer
- 3  Primaria incompleta
- 4  Primaria completa
- 5  Secundaria o técnica incompleta
- 6  Secundaria o técnica completa
- 7  Universitaria/ terciaria/ superior incompleta
- 8  Universitaria/ terciaria/ superior completa
- 9  No sabe / no responde

5. ¿Cuál es su estado civil actual?  
(Lea las opciones en el orden dado)

- 1  En unión estable
- 2  Casado
- 3  Separado o Divorciado
- 4  Viudo
- 5  Soltero
- 9  No sabe / no responde

6.¿Tiene hijos?

Sí. ¿Cuántos hijos en total tiene? |—|—|

**PARTE 2: CONOCIMIENTOS**

Cód.	Afirmaciones	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No sé/No responde
7	Si los síntomas de una Infección Transmitida Sexualmente desaparecen, significa que la persona ya no tiene la enfermedad.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8	Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el virus de SIDA (el VIH).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9	El condón no es efectivo para prevenir VIH / SIDA porque tiene poros pequeños que permiten pasar el virus.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

10. ¿Conoce en su comunidad alguna institución que ofrezca servicios o información relacionados con el sexo, la planificación familiar o las Infecciones de Transmisión Sexual?

- 1  Sí
- 2  No (Pase al no 148)
- 9  No sabe / no responde (Pase al n° 148)

11. ¿Cuál es esa institución? (Puede marcar más de una opción)

- 1  Centro de salud/Puesto de salud
- 2  Hospital
- 3  Centro de planificación familiar
- 4  Consultorio privado
- 5  Otra ONG: .....
- 6  Otra .....
- 9  No sabe / no responde

12. El SIDA es una enfermedad de homosexuales?

- 1  Totalmente de acuerdo
- 2  Parcialmente de acuerdo
- 2  No estoy de acuerdo
- 4  No sabe

### PARTE 3: ACTITUDES

Cód.	Frases / afirmaciones	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	No estoy de acuerdo	No sabe
13	La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14	Tanto el hombre como la mujer pueden proponer el uso de condones.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15	La mujer que lleva condón en la cartera es de vida fácil, o sea tiene relaciones sexuales con muchos hombres.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16	Es un insulto para el hombre que su mujer le pida usar condón	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
17	En una relación sexual, es importante saber qué le gusta a la pareja.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18	El hombre es quien decide qué tipo de relaciones sexuales debe tener la pareja.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

19. En su opinión, ¿quién debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo?

(Marque sólo una posibilidad)

- 1  El hombre
- 2  La mujer
- 3  Los dos juntos
- 4  Cualquiera de los dos
- 5  Depende de las circunstancias
- 6  No sabe
- 9  No responde

### PARTE 4: PRACTICAS

20. ¿A qué edad tuvo usted la primera relación sexual?

|—|—| Años cumplidos

- 1  No recuerda/ no responde

21. ¿Qué método(s) usan ustedes actualmente para evitar tener hijos?  
(Puede marcar más de una opción)

- 1  Condón
- 2  Esterilización masculina
- 3  Retiro (eyaculación externa)
- 4  No específica
- 5  Ninguno
- 6  No ha tenido relaciones sexuales

22. ¿Quién decidió usar un método para evitar tener hijos?

- 1  Ud. mismo
- 2  La pareja
- 3  Ambos
- 4  Personal de salud
- 9  No sabe / no responde

23. ¿Por qué usó condón en su última relación sexual?  
(Puede marcar más de una opción)

- 1  Previene el embarazo
- 2  Me protege contra las ITS/ SIDA
- 3  Posterga el orgasmo
- 4  Protege mi pareja contra las ITS/ SIDA
- 5  Otro: .....
- 9  No sabe / no responde

24. ¿La última vez que Ud. tuvo sexo anal con una mujer usó el condón?

- 1  Sí
- 2  No
- 9  No recuerda / no responde

25. ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales con un hombre, usó condón?

- 1  Sí
- 2  No
- 9  No recuerda / no responde

26. ¿Ha tenido o tiene Ud. ahora algunas de estas infecciones de transmisión sexual?

- 1  Sí, actualmente
- 1  Sí, tuvo una ITS en el pasado
- 3  Nunca ha tenido una ITS (Pase al n° 143)
- 9  No sabe / no responde (Pase al n° 143)

27. ¿Cuál infección?

- 1  sífilis
- 2  gonorrea
- 3  herpes genital
- 4  chlamydia
- 5  condiloma
- 6  VIH/SIDA
- 6  Otro
- 7  No sabe / no responde

28. La última vez que tuvo una de estas infecciones, ¿recibió algún tratamiento?

- 1  Sí
- 3  No
- 4  No sabe / no responde

29. ¿Ha participado Ud. en alguna charla o recibido información sobre la sexualidad, el embarazo, las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sabe / no responde

30. ¿Ud. cree que los varones necesitan más información sobre los métodos anticonceptivos, la vida sexual en pareja, el SIDA o las Infecciones de Transmisión Sexual?

- 1  Sí
- 2  No
- 9  No sabe / no responde

31. ¿Cuál información cree Ud. que los varones necesitan?  
(Marque todas las que mencione)

- 1  Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA
- 2  La vasectomía
- 3  Los condones
- 4  Otros métodos anticonceptivos
- 5  La salud de los hijos
- 6  La salud de la mujer
- 7  La vida sexual en pareja
- 8  Otro: .....
- 9  No sabe / no responde



32. ¿Cuál de los siguientes servicios cree Ud. que los varones necesitan?  
(Marque todos los que mencione)

- 1  Servicios especializados para las infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA
- 2  Acceso a la vasectomía
- 3  Acceso a condones
- 4  Acceso al examen de próstata
- 5  Servicios para problemas específicos (infertilidad o disfunción sexual)
- 6  Consejería individual (o sea plática con un profesional en forma individual)
- 7  No necesitan más servicios
- 8  No necesitan ninguno
- 9  Otro
- 99  No sabe / no responde

33. ¿Ud. ha ido alguna vez a un servicio o lugar para obtener informaciones o atención sobre sexo, la planificación familiar o las infecciones de transmisión sexual?

- 1  Una vez
- 2  Más de una vez
- 3  Nunca
- 9  No sabe / no responde

**ANEXO 4.**  
**CAP DE HOMBRES CON RELACIONA ITS / VIH - SIDA**  
Guía para Entrevista a Profundidad

Expertos sujetos a estudio

**CONTENIDO DE ENTREVISTA**

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Tiempo de duración de la entrevista: \_\_\_\_\_

Orientaciones para el Entrevistador:

- Explicar el propósito de la entrevista (contexto del estudio, alcance, etc.)
- Explique que todas las respuestas serán guardadas y nunca serán divulgadas ni con nombre ni con detalles que podrían identificarlo.
- Explique que no hay respuestas correctas ni equivocadas para las preguntas que vamos a hacer, que apenas queremos saber sus opiniones.
- Explique que la participación es completamente voluntaria.
- Pregunte si le molesta que se grabe la entrevista.

PREGUNTAS/TEMAS:

**1. Información general y sobre características sociodemográficas de hombres nicaragüenses que padecen de ITS / VIH SIDA:**

- ¿Cuál es su experiencia en programas de salud sexual y reproductiva ?
- ¿Qué tipo de experiencias de trabajo ha tenido sobre ITS / VIH - SIDA?  
¿En dónde y por cuanto tiempo?
- ¿Qué entiende por masculinidad?
- ¿Conoce estudios sobre masculinidad o participación de hombres en temas de salud sexual y reproductiva?. Por favor, explique
- ¿Sabe a que edades son más frecuentes las ITS en hombres, por qué?
- ¿ Como cree que influye el nivel educativo o el estado civil en la transmisión de ITS por hombres?
- ¿Cómo considera usted que la religión puede influir en la prevención, control y transmisión de ITS?

## **2. Información relacionada con conocimientos de los hombres sobre las ITS / VIH - SIDA:**

- ¿De acuerdo a su experiencia, cree que los hombres conocen los síntomas y signos básicos de las ITS?
- ¿Qué información tiene sobre la efectividad del condón para la prevención de ITS y VIH - SIDA?
- ¿Cree que los hombres tienen información suficiente sobre la efectividad que tiene el uso del condón para evitar ITS / VIH - SIDA?
- ¿Cree que los hombres saben a donde tienen que acudir para obtener información sobre la prevención y control de ITS / VIH – SIDA?
- ¿De acuerdo a su experiencia, considera posible que los hombres relacionen el VIH – SIDA con la homosexualidad, creyéndose excluidos de padecerla si se relacionan solo con mujeres ?

## **3. Información relacionada con las actitudes de los hombres sobre las ITS / VIH - SIDA:**

- ¿Por qué cree que es importante que las parejas sexuales usen anticonceptivos? Cuales son los más adecuados?
- ¿Si el hombre es el que decide sobre el tipo de anticonceptivo que debe usar la pareja, como podría influir esto en la transmisión de ITS / VIH-SIDA?
- ¿Según su opinión, que tanto utilizan los hombres condones durante relaciones sexuales anales con mujeres o con hombres ?
- ¿Quién cree que tiene la iniciativa en el uso de condones durante las relaciones sexuales, cree que esto es importante ?

## **4. Información relacionada con las prácticas de los hombres sobre las ITS / VIH – SIDA**

- ¿A que edad estima que los hombres inician su vida sexual activa, esto es importante ?
- ¿Cuándo cree que comienzan a usar condones y con que tipo de parejas?
- ¿Por qué los hombres nicaragüenses utilizan condones, que cree que quieren prevenir?
- ¿Con quienes usan más los condones los hombres (con su pareja, en relaciones ocasionales, etc)?
- ¿Cuales son las ITS más frecuentes que padecen los hombres?
- Cuando y donde cree que los hombres acuden a buscar tratamiento para ITS?

- ¿ De acuerdo a su opinión, considera posible que los hombres consulten con sus parejas cuando se enferman de alguna ITS?
- ¿Donde cree que los hombres buscan información sobre ITS / VIH – SIDA?
- ¿De acuerdo a sus conocimientos, podrían los hombres necesitar más información sobre la prevención y manejo de las ITS / VIH – SIDA?
- Que tan frecuente los hombres acuden a los servicios de salud cuando adquieren una ITS, Por qué?.
- Tiene alguna otra opinión sobre las prácticas de los hombres con relación a las ITS / VIH – SIDA?

**5. Clausura:**

¿Cuales aportes o sugerencias le haría a un programa nacional de salud reproductiva?

¿Como fue la disposición del entrevistado?

Excelente	_____
Buena	_____
Regular Deficiente	_____

El completamiento de la pregunta fue:

Entre el 95 - 100%	_____
Entre 75 – 95%	_____
Entre el 50 – 75%	_____
Menor del 50%	_____

La duración de la entrevista fue:

Menor de 40 minutos	_____
Entre 40 minutos y una hora	_____
Más de una hora	_____