

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

PROGRAMA CENTRO AMERICANO DE POBLACION
MAESTRIA EN POBLACION Y SALUD

PROYECTO DE GRADUACION

Factores Psicosociales Asociados al Riesgo
de Contraer una ETS o el VIH/SIDA en
Chacarita, Puntarenas

Ramón Antonio Enamorado

San Pedro Montes de Oca, Costa Rica
Junio 30 de 2,000

Resumen Ejecutivo

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general la identificación de elementos para un posible programa de intervención, concebido en términos de prevención de ETS y VIH/SIDA en la población de 18 a 49 años del distrito de Chacarita, Puntarenas.

Los resultados más importantes encontrados fueron los siguientes:

La proporción de entrevistados que tiene conocimiento correcto comprensivo sobre el VIH/SIDA se estimó en 16.5 por ciento. 10.3 por ciento de la muestra observó actitudes de aceptación a personas viviendo con el VIH/SIDA y 60.7 por ciento presentaron actitudes positivas que confieren habilidad a las mujeres para negociar sexo seguro con sus esposo o compañero.

De las personas que tuvieron relaciones sexuales en el último año anterior a la encuesta, 26.5 por ciento dijeron también haber tenido al menos una relación extramatrimonial o no cohabitacional durante ese periodo. De estos 40.9 por ciento aseguró haber usado condones en la última relación de este tipo.

Al preguntar a las personas que habían tenido alguna relación sexual en su vida, sobre algún signo o síntoma asociado a alguna ETS, experimentado en el último año, 13.3 por ciento respondió afirmativamente.

En una segunda etapa y a través de la utilización de un modelo de regresión lineal, se encontró que la ingestión de bebidas alcohólicas, el acceso a información general (medios de comunicación) y el estado conyugal de las personas, estaban significativamente relacionados con el riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA. En el caso del estado conyugal, se observó que dentro de la población masculina, la propensión al riesgo es mayor entre los unidos que entre los no unidos pero dentro de la población femenina el estar unida implica una mayor propensión.

En base a esos resultados se propuso que un programa que intente preparar a la población para la prevención de estas enfermedades, debería orientarse a disminuir la ingestión de bebidas alcohólicas principalmente antes del acto sexual, a mejorar el acceso a la información por parte de la población y a mejorar el conocimiento de la población con respecto al VIH/SIDA. Paralelamente, el programa debería prestar consejería a las personas, con el objeto de que adopten comportamientos más prudentes, como el uso de condones en toda relación sexual de riesgo. Esta intervención debería desarrollarse junto con la búsqueda de la eliminación de todo tipo de limitantes que evitan la adopción de comportamientos menos riesgosos. En el caso de las mujeres unidas, debe promoverse la eliminación de las desigualdades en las relaciones de pareja, las cuales no permiten a las mujeres decidir sobre su propia sexualidad.

Tabla de Contenidos

	Pág.
1. Introducción	
1.1 Ubicación y Justificación del Proyecto	01
1.2 Información Sobre el Distrito de Chacarita	02
1.3 Objetivos	03
2. Marco Teórico	
2.1 Conceptos de “Valoración de Necesidades” y “Teoría del Programa”	03
2.2 VIH/SIDA: Aspectos Biomédicos y Epidemiológicos	04
2.3 VIH/SIDA: Aspectos Sociales	06
2.4 Enfermedades de Transmisión Sexual.	08
2.5 Importancia de los Conocimientos, Actitudes y Comportamiento Sexual	09
3: Metodología	
3.1 Procedimiento de Encuesta, Instrumento y Estructura de Base de Datos	11
3.2 Indicadores de Prevención	12
3.3 Herramientas Estadísticas de Análisis de Datos	14
4: Resultados	
4.1: Caracterización Sociodemográfica de las Personas Entrevistadas	18
4.2: Conocimientos Acerca del VIH/SIDA	20
4.3: Actitudes Hacia las Personas que Viven con el VIH/SIDA (Estigma)	21
4.4: Actitudes Hacia la Negociación Sexual de la Mujer	

en las Relaciones con su Esposo o Compañero	-----	23
4.5: Comportamiento Sexual	-----	23
4.6: Enfermedades de Transmisión Sexual	-----	25
4.8: Factores Relacionados con la “Propensión al Riesgo de Contraer una ETS o el VIH/SIDA	-----	29
5: Propuesta de intervención	-----	33
6. Limitaciones en los resultados	-----	37
7. Anexos		
8. Bibliografía		

1. Introducción

1.1 Ubicación y Justificación del Proyecto.

Por todos es conocido el enorme problema o amenaza que la pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa desde hace algunas décadas para todos las sociedades a nivel mundial. Esta amenaza es aún mayor para aquellos países como los nuestros, los cuales carecen de los recursos económicos y tecnológicos suficientes para hacerle frente al impacto de este contemporáneo mal.

En la lucha incesante contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante del SIDA, las organizaciones, instituciones locales e investigadores alrededor del mundo han desarrollado un cúmulo de conocimientos científicos y de técnicas útiles tanto para la atención de las personas afectas, como para la intervención e investigación social preventiva.

A medida que el conocimiento sobre el VIH/SIDA crece, así también el interés por la planeación, ejecución y más recientemente la evaluación de programas orientados a reducir la expansión del mismo y el impacto que este tiene sobre la vida de las familias y las comunidades. Cada una de estas etapas del desarrollo de los programas requiere a su vez de la realización de investigaciones específicas en el lugar donde estos son aplicados, de manera que la información recopilada complemente el conocimiento teórico y sirva para orientar las acciones en la lucha contra la enfermedad. Esto implica el desarrollo tanto de instrumentos de recolección de datos como de indicadores de los fenómenos relacionados.

Es en este sentido que el equipo de investigadores de MEASURE Evaluation en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, desarrolló un instrumento para la recolección de información base en la generación de indicadores de prevención de VIH/SIDA. Este instrumento, a su vez, fue sometido a una prueba piloto, financiada con fondos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y desarrollada en cinco países de África, además de Tailandia y Costa Rica. En este último país la investigación fue llevada a cabo bajo la conducción de la investigadora Eiliana Montero, en una zona urbana de bajo nivel socioeconómico (Chacarita, Puntarenas).

Una vez que fue realizado el trabajo de campo y se encontró evidencias sobre la validez y confiabilidad del instrumento, se estableció como un objetivo específico al contexto local, la identificación de necesidades en términos de prevención de ETS y VIH/SIDA. Se desea utilizar esta información para elaborar un programa de intervención específico dirigido a la población de la cual fue extraída la muestra. Para ello es conveniente llevar a cabo un análisis de los datos obtenidos, refiriéndose a las dimensiones de conocimiento, actitudes, comportamiento sexual y prevalencia de ciertas ETS .

El presente trabajo tiene como propósito realizar el análisis mencionado e identificar esas necesidades, de manera que puedan ser tomadas en cuenta en futuras intervenciones que se desarrollen en beneficio de la población de esa comunidad.

1.2 Información Sobre el Distrito de Chacarita.

Para seleccionar el lugar donde se llevó a cabo la prueba piloto, fue necesario tomar en consideración el hecho de que su población observara el tipo de comportamiento y los temas tratados en el cuestionario, de tal modo que diera la oportunidad de probar las preguntas en el contenidas. Dado que en Costa Rica, la tasa de prevalencia del VIH es baja y la mayoría de los casos reportados aún se presentan en poblaciones específicas, no fue posible la identificación clara de un lugar donde pudiera asumirse la existencia de una alta tasa de prevalencia en comparación con la población general. Tomando esto en consideración, se seleccionó el barrio “20 de Noviembre” del distrito de Chacarita para llevar a cabo el estudio (Montero, 2000).

Chacarita constituye el distrito número 12 del cantón central de Puntarenas y fue fundado por decreto ejecutivo No. 24822 - G del 5 de Enero de 1995. Situado a la entrada de la ciudad y a orillas del Golfo de Nicoya (Costa del Pacífico), tiene una extensión territorial de 10.88 Km², una altura de solo 4 metros sobre el nivel del mar y temperaturas que oscilan entre los 26 y 29 grados centígrados (Comisión Nacional de División Territorial Administrativa, 1993). Para Julio de 1999, la población del cantón central de Puntarenas se estimó en 108,375 habitantes de los cuales 20 por ciento, o sea unas 21,785 personas corresponden a Chacarita. La población femenina del distrito es de aproximadamente 10,759 mujeres (INEC, 2000).

La población de Chacarita la constituyen principalmente personas de bajos recursos económicos quienes a principios de la década de 1960 se asentaron en el lugar ante la carencia de viviendas y tierras para este grupo social en el centro de la ciudad. Estos asentamientos se formaron debido a la expansión física de la ciudad forzado por las constantes migraciones de familias rurales provenientes de Guanacaste y distritos costeros. (Campos, 1995)

Los pobladores de Chacarita se dedican principalmente a las actividades de pesca, albañilería, carpintería, costura y ventas ambulantes. Los hombres permanecen la mayor parte del día en sus sitios de trabajo al que se transportan usualmente en bicicleta o en autobús y las mujeres, en su mayoría amas de casa, realizan actividades domésticas en el seno de su hogar (Campos, 1995).

1.3 Objetivos

Tomando como base datos existentes, obtenidos a partir de una prueba piloto llevada a cabo en Chacarita, Puntarenas, (cuyo propósito original fue la validación de un instrumento para la generación de indicadores de prevención de VIH/SIDA), se plantearon para este proyecto de investigación, los siguientes objetivos:

1.3.1 Objetivo General

Identificar elementos para un posible programa de intervención, concebido en términos de prevención de ETS y VIH/SIDA, en la población de 18 a 49 años del distrito de Chacarita, Puntarenas.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Elaborar una caracterización sociodemográfica de las personas entrevistadas.
2. Analizar descriptivamente la información sobre indicadores de conocimientos y actitudes hacia el VIH, comportamiento sexual y prevalencia de posibles ETS.
3. Identificar factores asociados con el riesgo de esta población de contraer una ETS o el VIH/SIDA por la vía sexual.
4. Proponer elementos a ser tomados en cuenta en un futuro programa de intervención, tendiente a disminuir el riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA en la población de la cual fue extraída la muestra.

2. Marco Teórico

2.1 Conceptos de “Valoración de Necesidades” y “Teoría del Programa”

Según Rossi y colaboradores, en el libro “Evaluation” (Cap. 4 y 5), La efectividad de un programa que pretende incrementar las condiciones sociales, estará fuertemente determinada por la medida en que el mismo este dirigido realmente a las necesidades sociales y que lo haga de una manera que responda a las circunstancias de aquellos en necesidad (Rossi et al, 1999).

Para esto se requiere primeramente una descripción del problema que el programa intenta aminorar. Este diagnóstico del problema y de la población objetivo debe ser buena y convincentemente establecida y en él debe desarrollarse un proceso de comparación y

priorización de las necesidades, de acuerdo a la seriedad e importancia de las mismas.

También se argumenta, que tanto la definición del problema social como el concepto de necesidades sociales, son conceptos complejos que han ocupado a líderes espirituales, filósofos y científicos espirituales por siglos. Debido a esto, se concibe la noción de que una necesidad es una construcción social negociada entre un conjunto de agentes con responsabilidad para programas sociales y políticas, así como un conjunto de personas que manifiestan la condición y que certifican que el problema existe y requiere intervención. La definición del problema social y la especificación de las metas de intervención, son procesos políticos que no siguen simplemente de las características inherentes de la situación (Rossi et al, 1999).

Por otra parte, el hecho de que los individuos constituyan una población necesitada, en base a un criterio que representa una construcción social de necesidad usada por un programa en un contexto político, no significa necesariamente que ellos requieran el servicio. El deseo de servicios o la voluntad de participar, es lo que se llama demanda de servicios y usualmente la población de demanda es solamente una porción de la población necesitada (Rossi et al, 1999).

Al conjunto de procedimientos para describir y diagnosticar necesidades sociales es a lo que se llama “valoración de necesidades”, y es uno de los elementos con los cuales este trabajo pretende contribuir.

El otro aspecto importante es la articulación de una conceptualización o “teoría del programa”, el cual consta de dos partes, a saber: el establecimiento de las relaciones entre los insumos, actividades y resultados intermedios del eventual programa (Hipótesis de acción), y la identificación de una concepción de lo que debe hacerse o que debe intervenir para lograr los beneficios sociales que se intentan, es decir, saber como se supone que el programa logrará los resultados deseados (Hipótesis conceptual) (Rossi et al, 1999). En este caso el interés se centrará en contribuir con la identificación del segundo elemento, mediante la investigación de relaciones o teorías expuestas en la literatura y la verificación de estas relaciones, usando los datos de la prueba piloto.

2.2 VIH/SIDA: Aspectos Biomédicos y Epidemiológicos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), describe al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como: el conjunto de enfermedades que sobrevienen como resultado de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). (OPS-OMS, 1993). La diferencia entre la infección por el VIH y el SIDA, es que una persona puede estar infectada por el virus y vivir muchos años sin problemas manifiestos de salud. El SIDA es la etapa más grave de la infección, que generalmente se presenta varios años después de haber contraído el virus, una vez que concluye el periodo de incubación.

Las enfermedades que sobrevienen después a la infección, llamadas enfermedades oportunistas, son causantes de la mayoría de los signos y síntomas que se observan en los enfermos de SIDA. Las más comunes enfermedades oportunistas se encuentran: la Neumonía o Infección de los Pulmones, la Tuberculosis, el Sarcoma de Kaposi (tipo de cáncer) así como los Linfomas, los cuales se originan en el sistema linfoide del organismo y provocan el agrandamiento de los ganglios linfáticos (OPS-OMS, 1993) .

Desde su aparición en Estados Unidos en 1981, el virus del SIDA ha estado en constante expansión, transmitiéndose de persona a persona en casi todos los países y afectando no solo a homosexuales sino también a heterosexuales, hombres, mujeres y niños de todas las razas, edades y clases sociales. Actualmente se estima que en el mundo hay un total de 40 millones de infectados con el VIH, de los cuales 10 millones son mujeres y otros 10 millones son niños (OPS-OMS,1993).

Según la OPS en su libro Imágenes de la Epidemia, más del 50 por ciento de los casos de SIDA en el mundo se habían presentado en el África Subsahariana (OPS, 1989). Entre las razones de la difusión del VIH se mencionan los movimientos masivos de población, las guerras, la pobreza, la sequía y decisiones poco acertadas en materia de desarrollo. La principal vía de transmisión en África la constituyen las relaciones heterosexuales.

En América Latina y el Caribe se estima un total acumulado de 1.6 millones de infecciones en adultos para finales de 1997. Originalmente la infección se presentó en varones homosexuales y bisexuales, consumidores de drogas y en menor medida en receptores de sangre. El mayor número de casos de SIDA se reporta en Brasil y la epidemia ha alcanzado niveles alarmante en Haití (Tasa de adultos de 5.17 %) y Honduras (1.46 %). (ONUSIDA, 1999)

En Costa Rica mientras tanto, la epidemia del SIDA inicio en 1984, año en el cual se registraron cuatro casos de la enfermedad. Aunque estos casos se presentaron en personas receptoras de hemoderivados, para finales de 1989, el grupo mayormente afectado era el de los hombres homosexuales y bisexuales con 71.5 por ciento de los casos acumulados (Madrigal et al, 1990).

El documento “VIH/SIDA en Costa Rica: Situación actual y proyecciones futuras”, elaborado por el Ministerio de Salud (MS) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), indica que hasta el 31 de diciembre de 1996 había en el país un total acumulado de 1092 casos reportados (Viquez et al, 1997). Esto implica una tasa de incidencia de 6 casos por cada cien mil habitantes, aunque hay que considerar un subregistro estimado del 30 por ciento, presentado en el mismo documento.

De los casos acumulados hasta esa fecha, 90 corresponden a personas del sexo femenino,

lo cual equivale al 8.2 por ciento del total y a una relación de 1 mujer por cada 11 hombres infectados. Estimaciones presentadas en el mismo documento y basadas en el comportamiento histórico de la epidemia, revelan que en el año 2000 esta razón es de 1: 6.

Por otro lado, la distribución de los casos acumulados hasta ese año según la división política del país, indica que la mayoría de los mismos se habían presentado en la provincia de San José (58.8 %), seguido por Alajuela (10.6 %) y Cartago (7.7 %). En Puntarenas se habían registrado 48 casos lo que corresponde al 4.3 por ciento del total nacional, ubicándose sobre la provincias de Limón (3.7 %) y Guanacaste (1.7 %).

En cuanto a la distribución por edades y estado conyugal, el documento señala que el SIDA ha afectado principalmente a la población comprendida entre los 20 y 50 años (87 %) y a los que están en condición de soltería (67.7 %). Estas personas corresponden al grupo en edad reproductiva y productiva del país.

Las estimaciones realizadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), indican que, en el presente año, el número de personas viviendo con VIH/SIDA en el país alcanza una cifra de 10,000 individuos. De estos, 2600 son personas del sexo femenino entre los 15 y 49 años y 170 son niños menores de 14 (ONUSIDA, 1999). Así mismo, se estima un total de 940 huérfanos a causa de esta enfermedad desde el inicio de la epidemia.

2.3 VIH/SIDA: Aspectos Sociales

El VIH/SIDA no solo afecta al paciente y a sus familiares, sino que ha demostrado tener efectos significativos sobre toda la sociedad, amenazando con destruir la base sobre la cual la misma está fundada. El impacto económico es enorme porque la mayoría de las personas afectadas se encuentran en los grupos de edad productivos. Esto es especialmente significativo si se tiene en cuenta que muchos países atraviesan una grave crisis económica que, a su vez, limita la posibilidad de importación de medicamentos y otros suministros para combatir la enfermedad (OPS-OMS, 1993).

El problema del VIH/SIDA es una fuerte amenaza social que se incrementa cada vez más dejando al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana. Su desarrollo se debe a la existencia de condiciones sociales facilitadoras del mismo, entre las que pueden mencionarse las siguientes:

- **La pobreza:** Esta es causada principalmente por la distribución desigual de los medios de producción y es motivo principal de la falta de educación y de las migraciones y procesos de urbanización, los cuales a su vez propician la drogadicción, la prostitución, el alcoholismo, todo tipo de violaciones y la diseminación de enfermedades de transmisión sexual (OPS y BM, 1998).

- **La existencia de ciertas normas sociales:** Algunas normas sociales a diferencia de otras, alientan la adopción de conductas de alto riesgo. Tal es el caso de lugares donde las parejas múltiples constituyen la norma y culturas donde existe desigualdad entre lo que se considera aceptable para los varones e inaceptable para las mujeres (se ve bien que el varón tenga muchas relaciones sexuales con diferentes parejas pero se ve mal que las mujeres lo hagan)(OPS y BM, 1998) .
- **La falta de una adecuada educación sexual:** La educación sexual debe involucrar además del conocimiento del funcionamiento de nuestros cuerpos, el conocimiento de la existencia de prácticas sexuales diferentes a las que hasta ahora se han enseñado y en donde los temas referentes a la sexualidad no constituyan un tabú ni se enseñen de manera que generen sentimientos, valores y actitudes infundados (Paterson, 1997).
- **Falta de información válida acerca de la enfermedad:** Esto se produce al mezclarse creencias con informes contradictorios y genera estigmatizaciones, creencias de omnipotencia personal, inhibiciones, reacciones mezquinas e irracionales, misterio y temor. Estos factores dificultan la atención sobre las personas en riesgo de infección o infectadas, las primeras porque se abstienen de acudir a los centros facilitadores de medios de protección y las segundas porque renuncian a las instituciones prestadoras de servicios de atención y ocultan su situación con respecto al VIH/SIDA.
- **La desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres:** Esto pone a las mujeres en condiciones de alta vulnerabilidad a la infección con el virus, al dejar de ejercer control sobre su propia sexualidad y por lo tanto no tener el poder para evitar las relaciones riesgosas. En estas condiciones, el riesgo de las mismas de contraer la infección estaría fuertemente determinado por el comportamiento de sus propios compañeros sexuales (AIDS, 2000).

Este último factor es muy importante pues el VIH/SIDA no afecta solamente a homosexuales y drogadictos, sino que hay un claro aumento en la proporción de mujeres infectadas, la mayoría de las cuales contraen el virus en sus relaciones heterosexuales con sus propios maridos (Paterson, 1997).

En Costa Rica, del total de casos de VIH/SIDA reportados hasta el 31 de diciembre de 1996, 90 eran casos de mujeres, de las cuales 73 por ciento se infectó por la vía heterosexual, la mayoría casadas, monógamas y amas de casa (Viquez et al, 1997).

En el Diccionario Comentado de SIDA, que se presenta en versión electrónica en la Página Web de “AIDS”, se hacen los siguientes comentarios en relación con la problemática del SIDA en las mujeres:

“ Según cifras proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud, para el año 2000 hay en el mundo 15 millones de mujeres infectadas y 4 millones ya han muerto. Aproximadamente 3 mil mujeres se infectan diariamente y en una edad promedio menor en 5 a 10 años que los hombres. Las mujeres embarazadas que cursan con la infección por VIH, tienen un 30% de probabilidades de transmitir el padecimiento a su bebé. Según un documento producido por la Coalición de Interagencias de SIDA y Desarrollo de Canadá (ICAD), traducido por Colectivo Sol, A. C., señala que las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH por las siguientes razones:

- Estudios han demostrado que la transmisión de hombre a mujer puede ser 2 a 4 veces más eficaz que la transmisión de mujer a hombre, en parte porque el semen contiene mucho mayor concentración de VIH que los fluidos vaginales.
- La desigualdad en el poder económico, social y físico con los hombres, contribuye a la falta de seguridad en las relaciones sexuales y a la dificultad para muchas mujeres en negociar el sexo seguro. El hacerlo puede tener serias repercusiones que van desde la estigmatización al temor a la violencia o abandono. La desigualdad se agrava por la diferencia de edad; las mujeres generalmente se casan o tienen sexo con hombres mayores, quienes han sido sexualmente activos por más tiempo y tienen mayores probabilidades de estar infectados; los hombres por su parte están empezando a buscar parejas sexuales más jóvenes, pues creen que éstas tienen menos probabilidades de estar infectadas con el VIH.
- Las mujeres son vulnerables al sexo forzado, incluyendo la violación, otros abusos sexuales dentro y fuera de la familia y el trabajo sexual forzado. Todo sexo con penetración, sin consentimiento y por la fuerza puede llevar un mayor riesgo de transmisión del VIH, particularmente porque los hombres no usan condón en estas situaciones.
- La subordinación en la educación, el empleo, la situación social y legal, hace a las mujeres más vulnerables al VIH. Las mujeres que tienen acceso limitado a los recursos financieros tienen mayor probabilidad de volverse económicamente dependientes de los hombres, de ser relegadas a la condición de subsistencia y aún verse obligadas al trabajo sexual comercial". Aunque ya hay un condón femenino su precio y su poca difusión lo hacen inaccesible para la mayoría de las mujeres”.

2.4 Enfermedades de Transmisión Sexual.

El termino Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), se utiliza para todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, durante relaciones sexuales vaginales o anales desprotegidas. Algunas también son transmitidas de la madre al hijo(a) antes o durante el nacimiento, y a través de las donaciones de sangre inseguras(Monir, 1995). El SIDA puede considerarse como una enfermedad de transmisión sexual, sin embargo, el grave problema que representa debido a su carácter letal, hace que en la mayor parte de la literatura se le de un tratamiento especial.

Además de que las ETS son en sí mismas un grave problema de salud, estas infecciones aumentan las probabilidades de contraer la infección por el VIH, principalmente porque las heridas que causan en los órganos reproductivos facilitan el paso del virus. Se ha visto que en los lugares donde la prevalencia del VIH/SIDA se ha incrementado, también ha habido un incremento en la incidencia de ETS. En Honduras, por ejemplo, se observó junto con la aparición del SIDA un incremento en las tasas de incidencia anual de Gonorrea y Sífilis(García, 1998).

Según la OPS, en la región de las Américas no se conoce el verdadero número de casos asintomáticos de ETS (sin contar los relacionados con el VIH). Sin embargo se calcula una cifra de incidencia anual de alrededor de 50 millones de ETS tratables. Algunos estudios indican que cada año aproximadamente 20 por ciento de los adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una infección de transmisión sexual (OPS, 1999).

En Costa Rica, todas las ETS han experimentado un descenso en los últimos años. Las infecciones como la Gonorrea, Sífilis y Chancro Blando, alcanzaron tasas inferiores a los 100 casos por cada 100,000 habitantes en 1996. Esta situación podría deberse a que a partir de 1985 se empezó a hablar del uso del condón en los medios masivos de comunicación, pero se cree que también puede haber un subregistro en la notificación, el cual se calcula aproximadamente entre el 50 y el 60 por ciento de los casos reportados (Viquez et al, 1997).

Los factores sociales que facilitan el desarrollo del problema del VIH/SIDA, son también facilitadores del desarrollo de las ETS. La pobreza, las normas sociales, la subordinación de la mujer y la falta de educación y de información sexual, actúan en este caso, de la misma manera que lo hacen para el caso del VIH/SIDA. De nuevo la mujer que no tiene capacidad de negociación en sus relaciones con su compañero, se encuentra en situación de vulnerabilidad ante este tipo de infecciones.

2.5 Importancia de los Conocimientos, Actitudes y el Comportamiento Sexual

Mientras los investigadores perseveran en la búsqueda de una cura o de una vacuna que sea accesible para los países en desarrollo, el elemento promisorio más importante para combatir la epidemia del VIH/SIDA en un futuro previsible consiste en ayudar a las personas a seguir un comportamiento más prudente por consiguiente, a estar menos expuestas a contraer y transmitir el VIH (OPS y BM, 1998).

Los principales estudios sobre la transmisión del virus del SIDA señalan a las relaciones sexuales como la principal forma de infección. Como consecuencia, los organismos nacionales, internacionales y especialistas recomiendan como medidas de prevención,

entre otros, practicar la monogamia, la abstinencia sexual y las relaciones sexuales seguras (Madrigal et al, 1990). Estas recomendaciones son también sugeridas para la prevención de las ETS en general.

El comportamiento prudente o de riesgo, dependerá en gran medida de los conocimientos que las personas tienen sobre la enfermedad y de la manera como internalicen estos conocimientos, es decir las actitudes que tengan hacia la misma enfermedad o hacia las personas infectadas. Se supone que entre mayor sea el conocimiento sobre las ETS y el VIH/SIDA y menores los prejuicios hacia esas enfermedades, mayores serán las probabilidades de modificar o prevenir el comportamiento de riesgo.

En cuanto al conocimiento, es importante que las personas tengan información válida acerca de las ETS y VIH/SIDA, sus formas de transmisión y las maneras para prevenirlas. Para esto es recomendable el desarrollo de campañas educativas y la incorporación de los temas sobre sexualidad en los programas de estudio de los sistemas de educación.

Es importante hacer notar que el conocimiento sobre el VIH/SIDA disminuye el comportamiento riesgoso pero no lo suficiente. Algunas personas con comportamiento de alto riesgo pueden estar mejor informadas como consecuencia de los programas de prevención orientados a destinatarios específicos. Sin embargo se ha visto que muchos persisten en un comportamiento riesgoso, indicando que la mayor sensibilización con respecto al VIH/SIDA no modificara los comportamientos de riesgo en grado suficiente como para poner fin a la epidemia (OPS y BM, 1998).

Entre las razones por las cuales estas personas informadas y que han internalizado los peligros, persisten en su comportamiento de riesgo, están primeramente los costos claros e inmediatos en la disminución de los riesgos, en tanto que los beneficios son inciertos y lejanos. Después están los factores de pobreza, normas sociales y desigualdad de género que se expusieron anteriormente y con cuya intervención se puede modificar la conducta en grado más sustancial que con los meros conocimientos (OPS y BM, 1998).

Las actitudes, por su parte, son predisposiciones a responder de una forma más o menos emocional a ciertos objetos e ideas. En el caso del VIH/SIDA y las ETS, la actitud funciona como un factor de la personalidad del individuo, que favorece, desfavorece o fortalece, el desarrollo de ciertos comportamientos que sitúan a las personas en riesgo de contagio. Las personas pueden tener una idea de lo que deben y no deben hacer para protegerse, pero las actitudes, que funcionan como cargas emocionales fuertes, pueden sabotear muchos de estos conocimientos. En el caso del SIDA, el hecho de que se crea que la enfermedad es de tipo gay, hace que las personas se desvinculen del problema y no le presten la atención que merece. Así mismo, al asociar al VIH/SIDA con la práctica homosexual, la población heterosexual podría sentirse inmunizada y descuidar su propia salud (Madrigal et al, 1990).

3: Metodología

3.1 Procedimiento de Encuesta, Instrumento y Estructura de Base de Datos

Este proyecto de investigación está basado en datos existentes, los cuales se recopilamos en una prueba piloto desarrollada en el distrito de Chacarita, con el propósito inicial de validar un instrumento para la generación de indicadores de prevención de VIH/SIDA.

El equipo de entrevistadores que llevó a cabo el trabajo de campo, estaba formado por 5 personas con edades entre 23 y 29 años, tres de los cuales correspondían al sexo masculino y dos al sexo femenino. La investigadora principal también se incorporó en la supervisión y colaboró en el desarrollo de las entrevistas.

Por razones de seguridad de estos entrevistadores y suponiendo una homogeneidad en las características de la población de Chacarita, se decidió llevar a cabo las entrevistas en el barrio “Veinte de Noviembre”, el cual se localiza a la orilla de la carretera principal de acceso a la ciudad de Puntarenas y es uno de los menos afectados por los problemas económicos y delincuenciales (Montero, 2000).

Para llevar a cabo las entrevistas, la sección fue dividida en 5 segmentos de aproximadamente 50 casas cada uno (un segmento seleccionado al azar para cada entrevistador). En los segmentos estudiados se cubrieron todos los hogares y en cada hogar se seleccionó al azar a una sola persona de la población objetivo. Esto ayuda a evitar el sesgo por contaminación, el cual es más probable en el caso de entrevistar a todas las personas en el hogar, debido a que las viviendas son pequeñas y fácilmente puede escucharse las conversaciones de una habitación a otra (Montero, 2000).

Por otro lado, por razones de confianza, se decidió que los entrevistadores masculinos entrevistarán únicamente a varones y las femeninas entrevistarán únicamente a personas de su mismo sexo. De esta manera, el procedimiento para escoger aleatoriamente a la persona a entrevistar en cada hogar, implicó la ocurrencia de tres situaciones diferentes, a saber:

Situación 1. En el hogar solamente existía una persona elegible y del mismo sexo que el entrevistador. En este caso simplemente se administró el cuestionario individual a esa persona.

Situación 2. Existían, en el hogar, dos o más personas del mismo sexo que el entrevistador. En este caso se seleccionó a la persona a entrevistar, de acuerdo a un orden alfabético. Por ejemplo, si Juan y Antonio eran dos personas elegibles, se

entrevistó a Antonio . Si Antonio no se encontraba en ese momento, el entrevistador regresaba más tarde.

Situación 3: Cuando no habían personas elegibles del mismo sexo que el entrevistador en el hogar, entonces este continuaba su trabajo en otra casa. (Montero, 2000)

De acuerdo con este proceso de selección, al final se obtuvo una muestra efectiva de 97 personas a las cuales se aplicó el instrumento (46 de ellas fueron mujeres).

El instrumento de medición fue provisto por el equipo de investigación de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill y fue traducido y adaptado a las condiciones del contexto costarricense por la investigadora principal. Después de la prueba piloto, el mismo mostró un nivel aceptable de calidad técnica que permite realizar análisis sustantivos en la mayoría de las dimensiones medidas (Montero, 2000).

La preparación de la base de datos, se llevó a cabo mediante la utilización de una estructura y de programas de captura desarrollados en Carolina del Norte por medio del paquete computacional estadístico EPI/INFO. Sin embargo para efectos de creación de tabulados, y para efectuar el análisis de la información, se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

3.2 Indicadores de Prevención

Los siguientes indicadores son propuestos por el equipo de investigadores de MEASURE Evaluation en Chapel Hill y fueron utilizados en el análisis descriptivo de la información, de acuerdo con el objetivo número 2.

Indicador de conocimiento.

⇒ Conocimiento correcto comprensivo acerca del VIH/SIDA

Definición: Porcentaje de respondientes que correctamente identifican las tres mayores maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH/SIDA y que rechazan los tres mayores conceptos erróneos acerca de la transmisión o prevención del mismo.

Medición: En una serie de 6 preguntas, a los entrevistados se les presentan afirmaciones correctas e incorrectas acerca de la prevención y transmisión del VIH/SIDA. Las respuestas a las proposiciones correctas son indicador del conocimiento acerca de los métodos de prevención. Las respuestas a la proposiciones incorrectas son indicadores del nivel de creencias erróneas prevalente en la población entrevistada. Se considera que una persona tiene un conocimiento correcto comprensivo acerca del VIH/SIDA, si conoce los métodos primarios de prevención (no tener relaciones sexuales penetrativas, el

uso correcto de condones en cada relación sexual y tener sexo solo con un compañero no infectado) y además no tiene creencias erróneas. De esta forma, solo aquellos que respondieron correctamente a todas las seis preguntas son incluidas en el numerador. El denominador lo constituyen todos los encuestados sea que hayan o no, oído hablar acerca del VIH/SIDA.

Indicador de estigma

⇒ Actitudes de aceptación hacia personas viviendo con VIH/SIDA

Definición: Porcentaje de personas que expresan actitudes de aceptación hacia aquellas personas que viven con VIH/SIDA, tomando como base todas las personas en la muestra

Medición: En el numerador entran aquellas personas que expresan actitudes de aceptación en cuatro proposiciones presentadas en el cuestionario, y en el denominador todas las personas encuestadas.

Indicadores de comportamiento sexual

Para efectos de medición del comportamiento, se propone dividir las relaciones sexuales en base a la cohabitación y el matrimonio. El sexo extramatrimonial o no cohabitacional será considerado de alto riesgo en comparación con aquel que se tiene con una pareja con la cual se cohabita (manteniendo constantes otros factores como el uso de condones) (UNAIDS, WHO, USAID, MEASURE Evaluation, 2000).

⇒ Sexo de alto riesgo en el último año

Definición: Proporción de todos los respondientes sexualmente activos en los últimos 12 meses, que han tenido sexo con parejas extramatrimoniales o no cohabitacionales durante ese periodo.

Medición: Los encuestados son consultados acerca de su estado marital y acerca de las últimas tres parejas sexuales dentro de los 12 meses que preceden a la fecha de la encuesta. Para cada pareja se preguntan detalles acerca del estado cohabitacional como la duración de la relación, uso de condones y otros factores. El numerador está constituido por aquellos respondientes que aseguran haber tenido sexo con alguien que no es su esposa o compañera con la que ha vivido en los últimos doce meses. El denominador lo constituyen todas las personas que reportan haber tenido sexo en algún momento durante ese periodo.

⇒ Uso de condones en la última relación sexual de riesgo

Definición: Porcentaje de personas que han tenido sexo con una pareja extramatrimonial o no cohabitacional en los últimos 12 meses y que dijeron haber usado condones en la última relación con la última pareja de este tipo.

Medición: Para cada pareja listada en los últimos meses, se pregunta a los encuestados si usaron condón la última vez que tuvieron sexo. Todos aquellos que reportaron al menos una relación sexual extramatrimonial o no cohabitacional en los últimos 12 meses forman el denominador. El numerador es el número de aquellos en el denominador que uso condón la última vez que tuvo sexo con su más reciente pareja extramatrimonial o no cohabitacional.

Indicadores de negociación sexual

⇒ Habilidad de la mujer para negociar sexo seguro con su esposo o compañero

Definición : Porcentaje de todos los respondientes que han oído hablar de ETS, quienes creen que, si su esposo tiene una ETS, una mujer puede negarse a tener sexo con él, o proponer el uso del condón.

Medición: Este indicador está basado en una pregunta puesta en el instrumento de encuesta . A ambos, hombres y mujeres, se les pregunta si puede una mujer rehusarse a tener sexo con su esposo o compañero, en el caso que este tenga una ETS , o si por lo menos, puede esta pedirle el uso del condón. Se considera que una respuesta positiva indicará mayor habilidad en la mujer para negociar sexo seguro, en contraposición a las respuestas negativas.

3.3 Herramientas Estadísticas de Análisis de Datos

El análisis de los datos se llevó a cabo y se presenta en dos partes o secciones. Primero se desarrolló un análisis univariado que responde a los dos primeros objetivos específicos y en el cual se utilizan técnicas de estadística descriptiva para resumir la información recolectada. Los resultados obtenidos a partir de los indicadores definidos por el equipo de MEASURE Evaluation fueron analizados aquí. En la segunda parte se desarrolló un análisis multivariado, utilizando modelos de regresión lineal para la identificación de factores relacionados con el riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA. Para estos análisis se definieron y construyeron otros indicadores de los mismos aspectos, de acuerdo con los principios de la Teoría Psicométrica de modo que ayudaran a incrementar el poder estadístico de las pruebas de significancia.

Dado que los indicadores de comportamiento sexual que se describen en la sección 3.1 constituyen variables dicotómicas, se intentó inicialmente la elaboración de modelos de regresión logística (con los indicadores comportamientos de riesgo como variables dependientes) para tratar de identificar los factores asociados a dicho comportamiento. No obstante, dos aspectos se combinaron como limitantes para el logro de una aplicación óptima de este tipo de regresión. Estos son: el tamaño limitado de la muestra y el escaso número de personas que, en la mayoría de los casos, se ubicaban en la categoría de interés (aquella con el código 1 en la variable dummy).

Por tal motivo y después de hacer intentos con otras metodologías (incluso tablas de contingencia), se propuso, para la parte de análisis multivariado, y siguiendo el planteamiento de la Teoría Psicométrica, considerar estos indicadores como manifestaciones de un solo factor psicológico latente o constructo, al que podemos llamar “propensión al riesgo”. La medición de este constructo puede ser concebida como un puntaje en un “continuum”, de tal forma que permite desarrollar un modelo de regresión lineal.

De acuerdo con Jum Nunnally e Ira Bernstein (Teoría Psicométrica, 1995) la obtención del valor verdadero de un constructo en una persona en particular, se logra por medio de la aplicación del dominio hipotético completo de reactivos o indicadores (universo o población de reactivos) que pueden construirse en relación con el mismo (Nunnally, 1995). El propósito de cualquier medición particular es estimar ese valor verdadero. La estimación de este valor por medio de una muestra de reactivos (prueba), puede estar afectado por un error de medición el cual consta de dos componentes, a saber: errores causados por procesos sistemáticos y errores aleatorios. El primero puede cometerse por ejemplo cuando se usa instrumentos mal calibrados para efectuar las mediciones y el segundo es causado por el hecho de utilizar solo una muestra aleatoria de reactivos o ítems y no utilizar el conjunto completo de los mismos.

Los errores de medición aleatorios nunca se eliminan por completo, pero deben minimizarse tanto como sea posible, ya que limitan el grado validez de los indicadores y dificultan la exploración y verificación de relaciones sustantivas. Una manera de disminuir este error es tratar de utilizar el mayor número posible de reactivos (ítems, o indicadores) para llevar a cabo la medición (principio de agregación). (Nunnally y Bernstein, 1995)

El hecho de reducir el error de medición proporciona un mayor poder estadístico por las siguientes razones: Las pruebas de hipótesis dependen del error estándar del estimador, el cual es a su vez función del error de medición asociado al indicador y el tamaño de la muestra. El tamaño de muestra en nuestro caso es fijo y es más factible aplicar el principio de agregación de los indicadores que tratar de incrementar el número de casos. Además, en las ciencias sociales es frecuente que más del 50 por ciento de la variancia entre las observaciones se dé por errores de medición (Figueredo et. al.; 2000).

Tomando en cuenta esta teoría, se procedió a obtener una estimación del nivel de “propensión al riesgo”, por medio de la agregación de diferentes indicadores que teóricamente están representándolo, considerando la mayor cantidad de ítems pertinentes en el cuestionario.

De esta manera, las diez variables que se ilustran en el siguiente cuadro, fueron consideradas en la construcción de la medida compuesta que se usó como indicador del constructo “propensión al riesgo”.

Figura 1: Variables consideradas en la construcción del indicador de “Propensión al Riesgo de Contraer una ETS o el VIH/SIDA”.

Indicador	Compañero(a) No. 1	Compañero(a) No. 2	Compañero(a) No. 3
Es una pareja no cohabitacional	Q305A	Q305B	Q305C
Usaron condón en última relación sexual	Q313A	Q313B	Q313C
Cree que esa persona tiene otras parejas	Q318A	Q318B	Q318
Número de parejas que la persona dijo tener en el último año (Q320)	---	---	---

Las primeras nueve variables en el cuadro son dicotómicas 0-1. Si por ejemplo, la persona dijo que el primer compañero(a) más reciente dentro de los últimos doce meses, fue de tipo no cohabitacional, entonces se asignó un punto en la variable q305A. En el caso contrario o en el caso de que la persona no hubiese tenido dicho compañero(a), entonces se asignó un cero. De la misma forma se procedió con las restantes 8 variables, de manera que las puntuaciones altas correspondan con un mayor grado de propensión al riesgo. La última variable (número de compañeros en el último año) se tomó tal cual.

Para la construcción del indicador, primero se procedió a estandarizar cada una de las 10 variables antes mencionadas, y luego se calculó el promedio de estos valores estandarizados para cada individuo. La estandarización de las variables elimina el efecto de las diferentes unidades de medida y diferentes variancias en el cálculo de la medida compuesta, de tal manera que todas tienen la misma ponderación o peso. (Figueredo et. al.; 2000)

Este indicador, así construido, tiene las ventajas de no ser una variable dicotómica, utiliza otros ítems del cuestionario que miden el mismo constructo de “propensión al riesgo” e involucra a todos los casos en la muestra. Se soluciona así el problemas de los valores faltantes. (Figueredo et. al.; 2000).

Utilizando este mismo razonamiento, se construyeron otros indicadores de factores que, acorde con la teoría, pueden estar relacionados con la “propensión al riesgo”. Estos factores son los siguientes:

- **Acceso a información general:** incluye si la persona puede leer y entender fácilmente una carta o periódico, la frecuencia con que las personas escuchan radio, miran la televisión y leen periódicos.
- **Acceso a información sobre VIH:** incluye si la persona ha oído alguna vez hablar acerca del VIH, si ha visto o escuchado cualquier información acerca del VIH/SIDA en los últimos cuatro meses, si ha visto anuncios de condones y si ha conversado sobre SIDA con alguna persona .
- **Conocimiento sobre VIH/SIDA :** incluye las formas de prevención y las creencias erróneas que la persona tiene con respecto a la enfermedad. Nótese que aquí no interesa que la persona conozca todas las formas de prevención y rechace todas las creencias erróneas, sino que cada respuesta correcta suma puntos que incrementan el puntaje final de conocimiento.
- **Estigma:** se consideraron los ítems de actitudes que se tomaron en cuenta en el indicador de estigma inicial (dado por el equipo de Chapel Hill), con la diferencia de que esta vez se asignó un punto si la persona tenía una actitud positiva hacia los enfermos de SIDA.
- **Habilidad percibida de una mujer para negociar sexo seguro:** Para medir este constructo se consideraron preguntas como: si puede una mujer por cualquier razón pedirle a un hombre que use un condón durante las relaciones sexuales, si el entrevistado cree que las mujeres que no están casadas deberían estar siempre en capacidad de comprar condones y si puede una mujer negarse a tener relaciones sexuales o insistirle a su marido que use condones cuando él tiene una ETS.
- **Propensión a tomar bebidas alcohólicas:** incluye si la persona ha tomado alguna vez una bebida alcohólica, el número de días que tomó alcohol en las últimas cuatro semanas y si tomó alcohol en la última relación con cada una de las tres parejas de las cuales se obtuvo información.

Una vez construidos estos indicadores y con la intención de determinar la relación entre estos factores y el nivel de “propensión al riesgo”, se procedió a la identificación de un modelo de regresión lineal adecuado.

Idealmente se trataba de realizar un análisis exploratorio con todas las variables en el cuestionario posiblemente relacionadas con la “propensión al riesgo”. Sin embargo,

debido a la limitación en el número de casos disponibles, se procedió en una primera fase, a seleccionar algunas variables a ser probadas con el modelo de regresión. Para la selección de las mismas se tomó en cuenta la fundamentación teórica, la relevancia desde el punto de vista de un programa de intervención y el hecho de ser un posible factor confusor. Una vez elegidas esas variables, se utilizó el programa SPSS para proceder a eliminar una a una aquellas variables que no resultaran significativas (Estrategia Backward). Las variables probadas, además de los indicadores de los constructos de interés mencionados, fueron: la edad, el sexo, la escolaridad y el estado conyugal de las personas entrevistadas.

Luego de que por medio de este modelo, se lograron identificar las variables independientes que eran estadísticamente significativas, se ejecutó, en una segunda fase, una regresión que incluyó a esas variables significativas como factores principales y las interacciones entre ellas y el sexo (nuevamente, el limitado número de casos no permitió probar otras interacciones de menor interés). Se dispuso las variables en bloques, de manera que el programa diera menos prioridad a las interacciones y en cada bloque se usó el método “Backward”. Todas las pruebas se realizaron con un nivel de significancia del 5 por ciento.

La razones por la que se investigaron esas interacciones con la variable sexo, en particular, y no otras, incluyen el interés mostrado por la investigadora principal en determinar efectos diferenciales de acuerdo con el sexo de la persona. Además, en el marco teórico de este documento se establece que hombres y mujeres enfrentan diferentes problemáticas en relación con el riesgo de contraer VIH y otras ETS.

Por último se llevo a cabo un diagnóstico del modelo final, para determinar el cumplimiento de supuestos como la normalidad de la variable dependiente y otros que la teoría de los modelos lineales asume.

4: Resultados

4.1: Caracterización Sociodemográfica de las Personas Entrevistadas

Distribución por sexo y edad

Existen en la muestra un total de 97 personas entrevistadas, de las cuales 51 corresponden al sexo masculino y 46 al sexo femenino. La edad de las mismas oscilan entre los 18 y 47 años, con un promedio de 31 en hombres y 32.5 en mujeres (31.7 en ambos sexos).

(Cuadro No.1).

Escolaridad

En cuanto al nivel educativo, podríamos considerarlo bastante aceptable ya que la mayoría de los entrevistados dijo haber cursado estudios a nivel secundario (52.6 %). Solo una persona dijo no haber asistido nunca a la escuela y 34 por ciento dijeron haber llegado a cursar estudios hasta algún grado del nivel primario.

Las mujeres presentan una distribución que refleja un nivel de escolaridad superior al de los hombres, lo cual se deduce de la comparación de las proporciones entre ambos sexos tanto en el nivel primario como en el nivel universitario (cuadro No. 1).

Por otro lado, es importante hacer notar que un total de 4 personas (tres hombres y una mujer), reportaron no poder leer del todo una carta o periódico y otras 10 personas (10.3 %), dijeron hacerlo con dificultad. Esta situación no permite a este grupo tener acceso a información por los medios escritos, de modo que un programa de información que intente captarlos, debería considerar otros medios de comunicación.

Estado conyugal

En cuanto al estado conyugal, el 69.1 por ciento de las personas aseguró estar en unión, ya sea casados legalmente (40.2 %) o en unión libre (28.9 %). La edad mediana a la unión se estimó en 20 años, siendo mayor en los hombres que en las mujeres (21 y 20 respectivamente).

Al hacer comparaciones por sexo, se observa que la proporción de hombres en estado de soltería es mayor que la proporción correspondiente de mujeres (25.5 % contra 10.9 % respectivamente). Esta situación se invierte en la categoría de "otro", la cual incluye a divorciados, viudos y separados y en donde las mujeres observan una mayor proporción (17.4 % contra 7.8 %). (Cuadro No. 1)

Un dato importante lo constituye la proporción de personas que dijeron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Esta proporción resultó en 93 por ciento del total de la muestra, con una edad mediana de 17 años a la primera relación. En el caso de los hombres esta medida se estimó en 15 años y para las mujeres en 17.5.

Religión

La distribución de la muestra según la religión que profesan los entrevistados, indica que estos son cristianos, con predominio de las iglesias Católica (59.8 %) y Evangélica (21.6 %). No obstante, destaca un 12.4 por ciento de respondientes que dijeron no tener ninguna religión. (Cuadro No. 1)

En cuanto a la distribución por sexo, las mujeres observan proporciones ligeramente menores que las de los hombres en las religiones católica y evangélica. Esto implica un mayor porcentaje de mujeres en las otras categorías, sobresaliendo un 15.2 por ciento de mujeres que no tienen ninguna religión contra 9.8 por ciento de varones que respondieron de igual forma.

Ocupación

Entre las mujeres, la principal ocupación son los oficios domésticos (56.5 %). En segundo lugar ellas prefieren prestar servicios personales (13 %) o son profesionales o técnicos administrativos (10.8 %). Los hombres por su parte se dedican principalmente a las ocupaciones de producción artesanal e industrial (35.2 %), servicios profesionales o técnicos administrativos (21.5 %) y la agricultura,, ganadería y pesca (13.7 %).

4.2: Conocimientos Acerca del VIH/SIDA

En principio podemos decir que el conocimiento de los aspectos investigados en relación con el VIH/SIDA es bueno, con la existencia de algunas excepciones. Por ejemplo, el 100 por ciento de la muestra ha oído hablar del VIH/SIDA y 93.8 por ciento de los entrevistados creen que hay algo que ellos puedan hacer para evitar el contagio con el virus. Luego, al preguntar por las formas de prevención una a una, se observa que 80.4 por ciento conocen a la monogamia como forma de prevención, 78.4 por ciento cree que el uso correcto del condón en cada relación sexual puede protegerlo del VIH y solamente el 53.6 por ciento estuvo de acuerdo en que la abstinencia (no tener relaciones sexuales del todo) es una forma de prevención de la enfermedad (Cuadro No. 2). Este último resultado puede verse afectado por el hecho de que las personas en realidad saben que la abstinencia es una forma de prevención de la enfermedad pero no lo consideran factible.

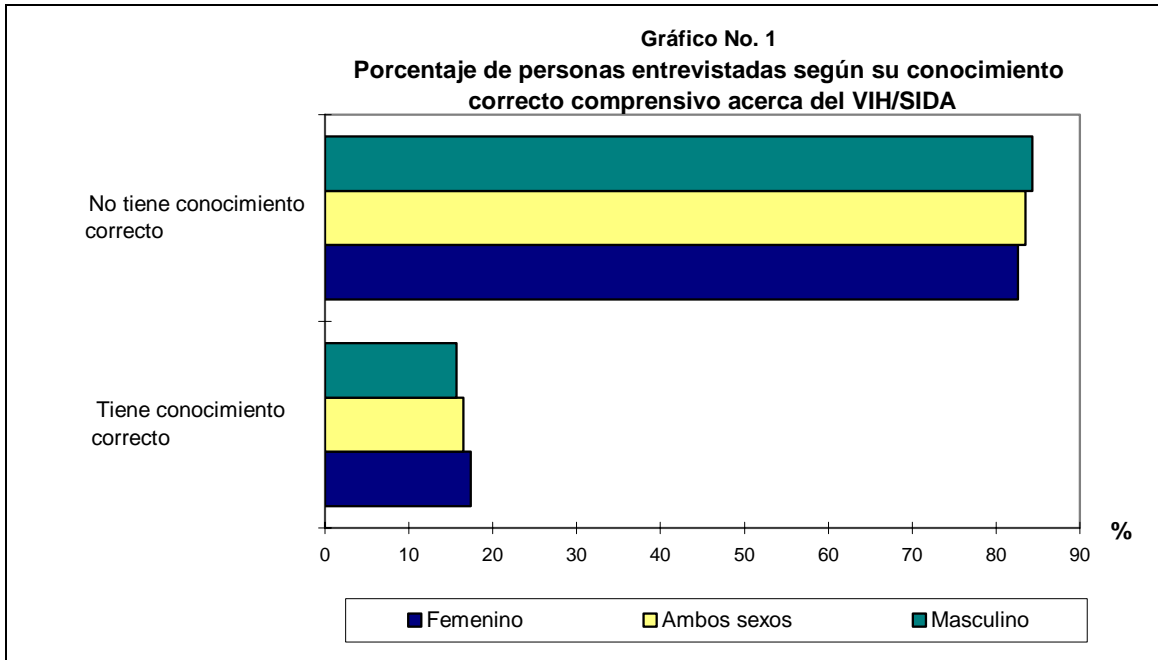
Por otro lado, 92.8 por ciento de la muestra sabe que una persona que se ve saludable puede estar infectado con el VIH, pero hay porcentajes considerables de personas que tienen creencias erróneas acerca de la enfermedad. Por ejemplo, 45.4 por ciento cree que las personas pueden contagiarse por medio de un beso y 22.9 por ciento cree que esto puede pasar al compartir una comida con otra persona infectada (Cuadro No. 2).

Analizando los diferenciales por sexo y en cuanto a las formas de prevención, se observa una diferencia positiva a favor de las mujeres excepto en el uso correcto del condón (80.4 % en hombres y 76.1 % en mujeres) . Sin embargo, los mayores porcentajes de personas con creencias erróneas se observan en el grupo femenino, excepto en la falsa creencia de que el VIH puede transmitirse por compartir una comida con una persona infectada (24 % en hombres y 21.7 % en mujeres).

Si en un sentido más estricto, consideramos que una persona tiene un conocimiento correcto de los aspectos de la enfermedad cuando identifica las tres mayores maneras de

prevenir la transmisión sexual del VIH/SIDA y al mismo tiempo rechaza los tres mayores conceptos erróneos acerca de la transmisión o prevención de la enfermedad (indicador de conocimiento, ver indicadores), notamos que solo 16.5 por ciento de las personas entrevistadas cumple con esta condición (Gráfico No. 1). Esto nos lleva a concluir que en realidad el conocimiento correcto comprensivo es muy bajo.

De acuerdo con este indicador, el mayor conocimiento correcto comprensivo acerca del VIH/SIDA se concentra en la población femenina, entre la cual la proporción de personas que conocen correctamente la enfermedad es de 17.4 por ciento, mientras que la proporción de hombres conocedores es solo de 15.7 por ciento.



4.3: Actitudes Hacia las Personas que Viven con el VIH/SIDA (Estigma)

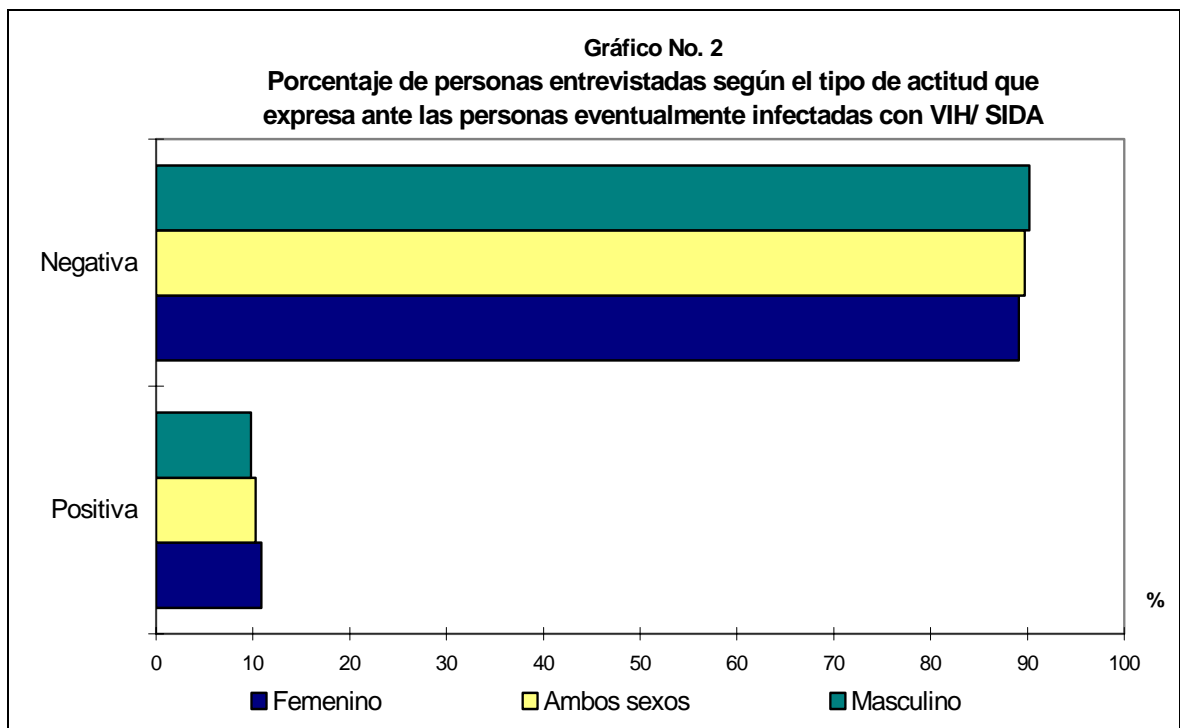
Las preguntas sobre actitudes se orientaron básicamente a recopilar información sobre estigmatización y discriminación de las personas eventualmente afectadas por la enfermedad. El análisis correspondiente es análogo al que se realizó para los conocimientos, observando que en este aspecto, se encuentran marcadas deficiencias pues las proporciones de entrevistados con actitudes de aceptación a las personas eventualmente afectadas, salvo en algunas excepciones, son bastante bajas.

Por ejemplo, solo 59.8 por ciento de las personas entrevistadas está de acuerdo en que un maestro eventualmente infectado debe tener permiso de seguir laborando (Cuadro No. 3

); solo el 53.6 por ciento de los respondientes aseguró que no mantendría en secreto el eventual hecho de que un miembro de la familia se contagie con la enfermedad; y solamente 14.4 por ciento respondió que sí le compraría comida a un dependiente o vendedor a quien se halla identificado como portador del virus (Cuadro No. 3). Un resultado más positivo es el porcentaje de respondientes que cree que un(a) enfermo(a) de SIDA debería recibir más cuidados médicos que alguien que padezca otra enfermedad incurable (60.8 %) (Cuadro No. 3).

Las mujeres observan porcentajes mayores de actitudes positivas, excepto para el caso de estar dispuesto a cuidar en el hogar a un pariente enfermo de SIDA (74.5 % para hombres y 67.4 % para mujeres).

Con el objeto de tener una medida única de las actitudes de la población muestreada con respecto a los enfermos de SIDA o infectados con el VIH, se construyó el indicador de estigma, el cual toma en cuenta a aquellas personas que respondieron en forma positiva (aceptación de personas con VIH/SIDA) ante las 4 diferentes proposiciones planteadas que se mostraron anteriormente. Los resultados de esta medida, ilustrados en el gráfico No. 2, muestran que solamente 10.3 por ciento de los encuestados tienen actitudes positivas. Este indicador es un poco más alto en mujeres (10.9 %) e inferior en los hombres (9.8 %).



4.4: Actitudes Hacia la Negociación Sexual de la Mujer en las

Relaciones con su Esposo o Compañero

Los conocimientos y actitudes que las personas tienen sobre el VIH/SIDA, son factores importantes que pueden determinar el comportamiento de riesgo de las mismas, así como la utilización del condón en este tipo de relaciones. Sin embargo, como lo mencionamos en el marco teórico, en el caso de las mujeres cobra vital importancia el análisis del grado de condicionamiento de la voluntad de la mujer a la de su marido o compañero sexual, o visto en el sentido contrario, el grado de poder que la mujer tenga para negociar en las relaciones sexuales con su marido o compañero. En el estudio se buscó una aproximación de la medición de este factor, a través de la medición de la habilidad que los entrevistados le confieren a esta para negarse a tener relaciones sexuales o para usar el condón como protección cuando sabe que su compañero sexual tiene otra compañera o padece una ETS.

Un alto porcentaje de los entrevistados (21.6 %), no creen que una mujer puede protegerse a si misma de una ETS si su marido la tiene. Esta proporción se mantiene independientemente del sexo de la persona y existe un 3.1 por ciento de entrevistados que no supieron responder ante esta interrogante (indecisos).

Por otro lado, al preguntar por la manera que creen que la mujer puede protegerse, un 17.7 por ciento mencionó que tomar medicinas u otra forma. Estas últimas maneras no son indicación de habilidad en la negociación sexual, por lo que, si sumamos este porcentaje al 21.6 por ciento que no creen que la mujer puede protegerse a si misma, obtenemos que la habilidad de negociación sexual de las mujeres se reduce a 60.7 %.

El uso de los condones es mayormente mencionada en comparación con la negación a las relaciones sexuales. Esta diferencia a favor del uso de condones es mayor entre los hombres que entre las mujeres.

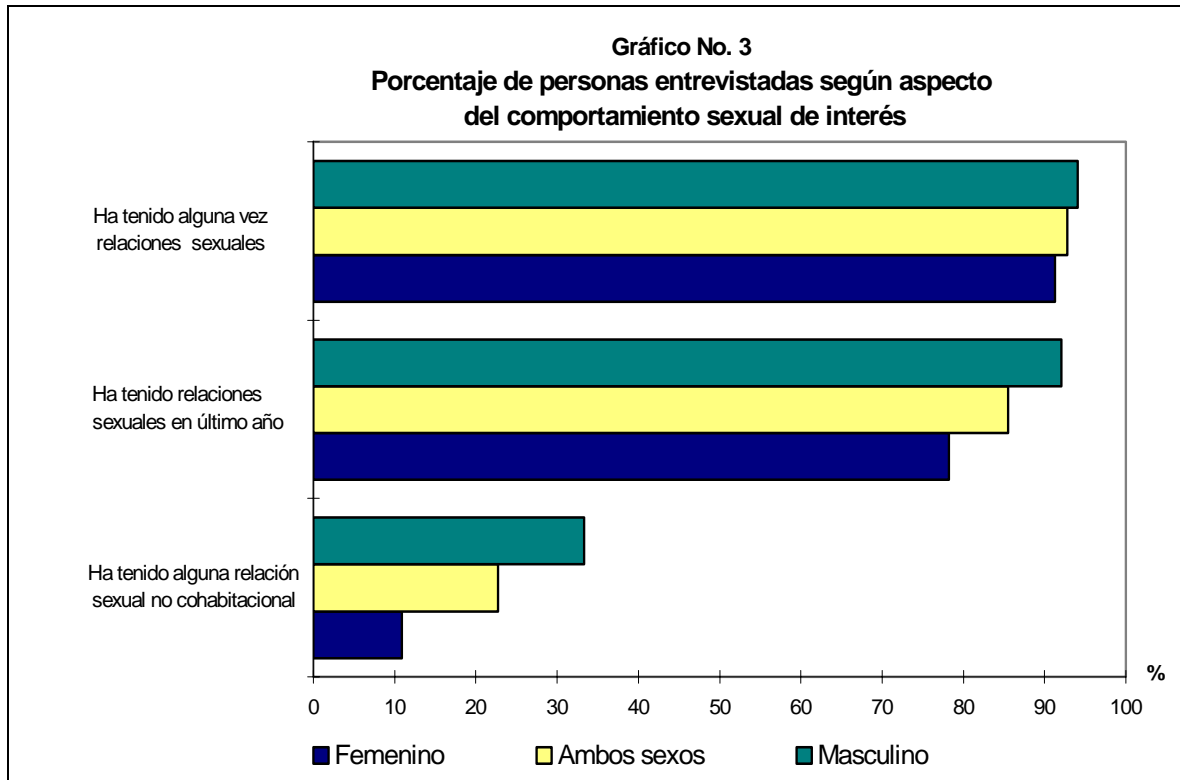
En estos resultados es necesario tomar en consideración el hecho de que se preguntó sobre la mujer en forma general. Los resultados pueden ser muy diferentes si se preguntara de manera más específica, refiriéndose a la mujer entrevistada o, si es un hombre, al caso de su mujer.

4.5: Comportamiento Sexual

De las 97 personas entrevistadas, 92.7 por ciento han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, 85.6 por ciento han tenido uno o más compañeros sexuales en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta y 22.7 por ciento han tenido una relación sexual extramatrimonial o no cohabitacional durante ese periodo (Gráfico No. 3).

Al comparar estas estadísticas por sexo, vemos que las mujeres observan números

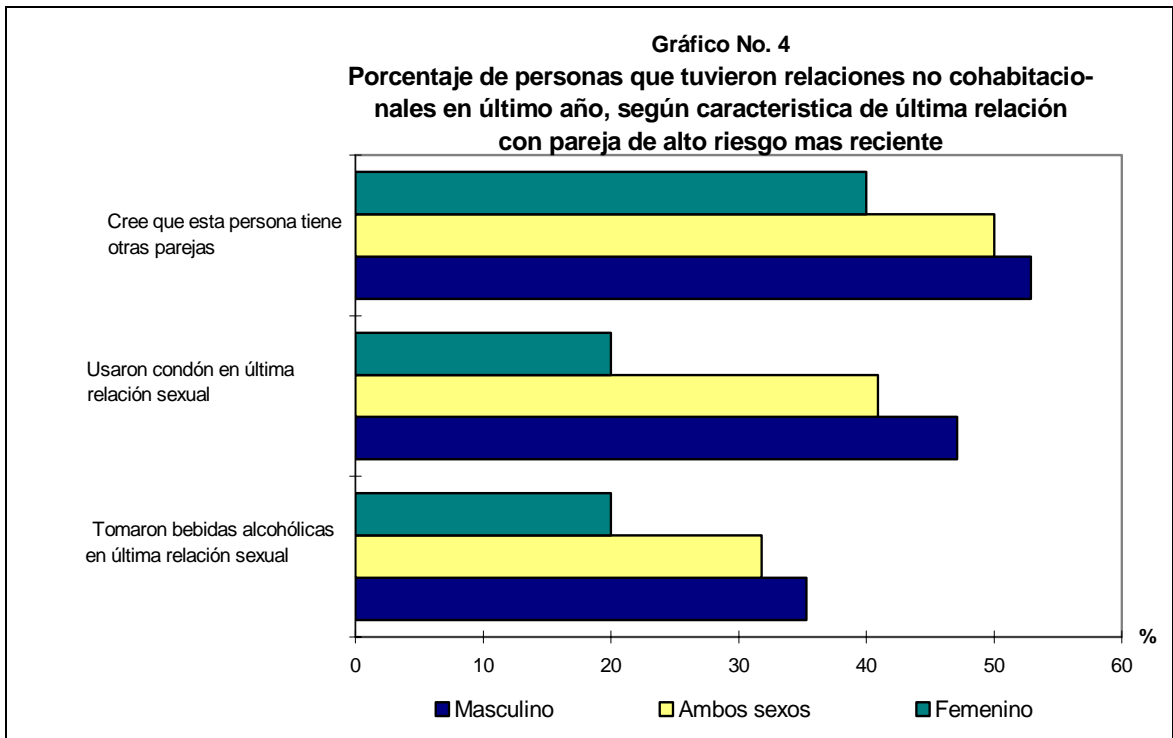
favorables en comparación a las de los hombres: el 78.3 por ciento de las mujeres ha tenido una o más parejas sexuales durante el último año, mientras que en los hombres esta proporción es de 92.2 por ciento; por otra parte, mientras que en las mujeres 10.9 por ciento han tenido alguna relación sexual no cohabitacional, en los hombres esta cifra es de 33.3 por ciento.



De acuerdo a la definición de indicador de comportamiento que aquí tomamos en consideración (ver indicadores), el comportamiento de alto riesgo viene dado por la proporción resultante al tomar las personas que han tenido relaciones extramatrimoniales o no cohabitacionales (22.7 % del total) de aquellas que han tenido relaciones sexuales durante el último año (85.6 % del total). Esta medida resulta en 26.5 por ciento, es decir, de cada 100 personas sexualmente activas, aproximadamente 27 han tenido relaciones sexuales de alto riesgo en el último año. Análogamente, el comportamiento de alto riesgo para los hombres se estima en 36 por ciento y en las mujeres en 13.9 por ciento.

Otro indicador de interés es el uso de condones en las relaciones sexuales de riesgo. El gráfico No. 4 nos muestra algunos aspectos relacionados con la última pareja no cohabitacional que las personas reportaron haber tenido durante el último año, incluyendo el uso de condones en la última relación sexual. Vemos que de las personas que tuvieron este tipo de parejas (22 personas), 40.9 por ciento aseguró haber usado condones en la última relación sexual de riesgo. este porcentaje es de 20 por ciento en

las mujeres y de 47.1 por ciento de los hombres.



4.6: Enfermedades de Transmisión Sexual

El 96.9 por ciento de las personas entrevistadas han oído alguna vez acerca de las ETS. Por el contrario, 3 por ciento de los encuestados aseguró que no ha oído hablar de estas enfermedades, siendo este desconocimiento mayor entre los hombres que entre las mujeres. (3.9 % y 2.2 % respectivamente).

A las personas que habían tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, se les preguntó si habían tenido algún signo como flujo anormal o alguna úlcera en las genitales durante los últimos doce meses anteriores a la encuesta. Del total de 90 personas que habían tenido relaciones sexuales, 13.3 por ciento, equivalente a 12 personas, aseguró que había tenido alguno de estos signos. De estas personas, solamente 1 corresponde al sexo masculino y las restantes 11 son de sexo femenino.

Todas estas personas aseveraron que buscaron algún tipo de consejo o tratamiento para tratarse la ETS. Las 11 mujeres dijeron haber buscado consejos o medicinas de un trabajador de la salud en una clínica u hospital, dos visitaron una farmacia y 3 de ellas, así como el hombre que reporto haber tenido los signos, pidieron consejos a amigos o parientes.

Cuadro 1 (Archivo excel)

Cuadro 2 (Archivo excel)

Cuadro 3 (Archivo excel)

4.8: Factores Relacionados con la “Propensión al Riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA por la Vía Sexual”.

En el primer procedimiento de regresión, se escogió el modelo más simple, considerando que lo importante en este caso era identificar los factores primarios relevantes relacionados con el constructo de interés. Este modelo resultó significativo ($p \leq 0.01$) y explica el 44 por ciento de la variabilidad total en las puntuaciones promedio de la “propensión al riesgo” ($R^2 = 0.44$).

Modelo final:

Después de llevar a cabo el procedimiento de regresión con los factores principales y sus interacciones con la variable sexo como variables independientes, se seleccionó como modelo final al modelo más simple, manteniendo al indicador del constructo de conocimientos sobre VIH, el cual no resultó significativo pero es relevante desde el punto de vista de un programa de intervención. Este modelo es significativo ($p \leq 0.01$) y explica el 55 por ciento de la variabilidad total en el puntaje de la variable dependiente ($R^2 = 0.55$).

La tabla a continuación es parte de las “salidas” obtenidas del SPSS, y contiene las variables que componen el modelo seleccionado junto con algunos estadísticos de interés.

Variable	B	SE B	BETA	VIF	T	Sig. T
X1: Unido	-0.6747	0.1327	-0.4879	1.866	-5.083	0.0000
X2: Femenino	-0.7623	0.1665	-0.5955	3.425	-4.58	0.0000
X3: Información	-0.1951	0.0775	-0.1895	1.146	-2.519	0.0135
X4: Conocimiento	-0.2529	0.1716	-0.1120	1.170	-1.474	0.144
X5: Alcohol	0.5493	0.0716	0.5825	1.167	7.676	0.0000
X6: Unidofem	1.0296	0.1970	0.7631	4.316	5.228	0.0000
C: (Constante)	0.4773	0.1102			4.329	0.0000

X1: Es el estado conyugal de la persona, categorizado como uno si es casado o unido y cero si tiene otro estado conyugal.

X2: Es la variable indicadora del sexo de la persona. (uno indica que es femenino y cero si es masculino).

X3: Es la medida del acceso a información general (radio, televisión y periódicos).

X4: Promedio de los puntajes obtenidos en la prueba de conocimientos.

- X5: Medida del constructo de propensión al alcohol.
- X6: Es la interacción entre el estado conyugal y el sexo, y corresponde al producto de estas variables. ($X6 = X1 * X2$).
- C: Término independiente, o constante del modelo.
- B: Es el coeficiente de regresión respectivo, para cada variable del modelo.
- SEB: Error estándar del coeficiente de regresión.
- BETA: Coeficiente de regresión estandarizado.
- VIF: Factor de Inflación de Variancia (Variance Inflation Factor). Indicador de la posible colinealidad de cada variable con alguna otra variable independiente del modelo. Valores mayores que 10 indican problemas de multicolinealidad.
- T: Valor de la distribución “t de Student” estimado para la prueba estadística de B.
- Sig. T: Significancia del valor “ T ” , o valor “p” asociado con la prueba.

Como se observa, de las interacciones, la única que resultó significativa es la interacción entre el estado conyugal y el sexo de la persona. Esto indica que el efecto del estado conyugal sobre la propensión al riesgo de contraer una ETS o el SIDA, varía de acuerdo con el sexo. Por ese motivo, conviene hacer una interpretación por separado para cada una de las esas poblaciones.

Las ecuaciones lineales pueden disponerse de la siguiente manera:

Población general:

$$\text{Propensión al Riesgo} = 0.47 - 0.67X1 - 0.76X2 - 0.19X3 - 0.25X4 + 0.55X5 + 1.03X6 + \text{error}$$

Población masculina:

$$\text{Propensión al Riesgo} = 0.47 - 0.67X1 - 0.19 X3 - 0.25 X4 + 0.55 X5 + \text{error}$$

Población femenina:

$$\text{Propensión al Riesgo} = (0.47-0.76) + (1.03 - 0.67)X1 - 0.19X3 - 0.25X4 + 0.55X5 + \text{error}$$

$$= -0.29 + 0.36X1 - 0.19X3 - 0.25X4 + 0.55X5 + \text{error}$$

De esta forma, manteniendo las otras variables constantes y con un margen de error del 5 por ciento (salvo en el caso del conocimiento), podemos tomar las siguientes conclusiones en relación con cada constructo:

- ⇒ Los hombres casados o unidos tienen una menor propensión al riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA por la vía sexual, que aquellos en otro estado conyugal.
- ⇒ Los datos arrojan evidencias como para indicar que un incremento en el acceso a información general (acceso a la radio, la televisión y los periódicos), produce una disminución en la propensión al riesgo de contraer el VIH/SIDA o una ETS.
- ⇒ El conocimiento acerca del VIH/SIDA, se relaciona en forma inversa con la propensión al riesgo de contraer la enfermedad (con el aumento de los conocimientos disminuye el riesgo). Aunque esta relación no es significativa, se considera importante desde el punto de vista de una intervención. Es posible que con un tamaño de muestra mayor se encuentren evidencias a favor de la misma.
- ⇒ La propensión a bebidas alcohólicas se relaciona directamente con la propensión al riesgo de contraer una ETS o el virus del SIDA.
- ⇒ A diferencia de los hombres, en las mujeres la propensión al riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA por la vía sexual, es mayor entre las mujeres casadas o unidas, que entre aquellas que tienen otro estado conyugal.

Una posible explicación para este último resultado es que, como se observó en el análisis descriptivo (Gráficos 3 y 4), los hombres dicen tener más parejas no cohabitacionales que las mujeres, pero el uso de condones es mayor entre los primeros. Es posible que al estar unidos, los hombres tienen menos parejas sexuales y menos relaciones incidentales que cuando están solteros. En las mujeres en cambio, existe una mayor frecuencia de relaciones sexuales en las unidas, en comparación con las no unidas, y aunque sea con un mismo compañero, su riesgo se incrementa por el hecho de no usar el condón (en las relaciones cohabitacionales, usar condón no es la regla).

Tratando de verificar en parte esa explicación se elaboró una tabla de contingencia entre esas variables, observándose que el promedio en el número de parejas sexuales durante el último año era de 1.15 entre los hombres en unión contra 2.06 entre los que tenían otro estado conyugal. En las mujeres en cambio, esta cifra es mayor entre las unidas que entre las no unidas (1.06 y 0.62 respectivamente).

Otro argumento explicativo, lo constituye lo descrito en el Diccionario Ampliado de SIDA (Pag. Web de AIDS.org), en relación a que, la desigualdad en el poder económico,

social y físico con los hombres, contribuye a la falta de seguridad en las relaciones sexuales y a la dificultad para muchas mujeres en negociar el sexo seguro con su compañero. Aquí se expone además, que aunque ya existe un condón femenino, su precio y su poca difusión lo hacen inaccesible para la mayoría de las mujeres (AIDS, 2000)..

En cuanto a esto, puede mencionarse que, en los resultados de la entrevista a profundidad que se llevó a cabo junto con la aplicación del cuestionario estructurado, se señala la existencia de una desconfianza mostrada por las mujeres casadas o unidas, en relación con el comportamiento de sus esposos o compañeros habituales. Sin embargo, muchas de estas mujeres expresaron que sentían que no era posible pedir a los maridos el uso del condón o pedirle que se practicaran una prueba detectora del VIH o de una ETS (Montero, 2000).

Por último, podemos recalcar lo expuesto en el marco teórico, en relación a que , el 73 por ciento de los 90 casos de VIH/SIDA reportados en mujeres costarricenses hasta diciembre de 1996, se infectó por la vía heterosexual y la mayoría fueron casadas, monógamas y amas de casa (MS y CCSS).

Diagnóstico del Modelo:

Después de analizar las variables incluidas en el modelo, sus interrelaciones y las relaciones con la variable dependiente, se observó que en general, el modelo cumple con los supuestos de los modelos lineales.

El histograma de residuos estandarizados y el gráfico de probabilidades normales, nos muestran como la variable dependiente tiene un comportamiento que tiende a ajustarse a la curva normal (Gráficos 1 y 2, Anexos). En el caso del gráfico de probabilidades normales, lo ideal sería que la curva a ajustara perfectamente a la línea diagonal, sin embargo las desviaciones observadas no se consideran un problema grave de no normalidad de la variable dependiente.

En cuanto al problema de la multicolinealidad, puede verse que ninguna variable tiene un Factor de Inflación de Variancia (VIF por sus siglas en inglés) mayor que 10 (ver tabla de variables del modelo, Pág. 29). Esto indica que el modelo no presenta problemas de multicolinealidad.

Por otro lado, al observar las distancias de Cook y los residuos estandarizados, se notó la existencia de valores extremos en los registros No. 60 y No.75. Después de hacer una revisión de los casos, se observó que estos valores no constituyen errores de campo ni de digitación y se decidió mantenerlos dentro del modelo. Estos dos valores también pueden observarse en la parte superior del diagrama de dispersión resultante entre los valores predichos estandarizados y los residuos estandarizados (Gráfico 3 , anexos).

Por último se llevó a cabo un análisis de los “ploteos de residuos parciales”, resultantes entre cada variable independiente y la variable dependiente. No se observaron problemas mayúsculos de heterocedasticidad o de no linealidad en las relaciones.

5: Propuesta de Intervención

Se considera que los resultados encontrados proveen información importante que ayuda a identificar las necesidades en términos de prevención de las ETS y el VIH/SIDA, así como también los elementos sobre los cuales debe intervenir para lograr la satisfacción de dichas necesidades en la población de Chacarita. No obstante, el estudio posee limitaciones que deben ser consideradas en el momento de usar estos resultados para alimentar futuros programas de intervención y la toma de decisiones. Estas limitaciones se listan en la siguiente sección.

Como se menciona en el marco teórico, la eficacia de un programa que pretende mejorar las condiciones sociales, estará determinada por la medida en que se conozcan y evidencien las necesidades de la población meta, sus niveles y distribución social y por la medida en que se cuente con una hipótesis estratégica que explique sobre qué factores debe actuarse para obtener la satisfacción de estas necesidades (Rossi et al, 1999).

En nuestro caso, existe consenso social en que la propensión al riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA, constituye un problema no solamente para el individuo que observa esa condición, sino para toda la colectividad social (existen externalidades). También estaremos de acuerdo en que las relaciones sexuales fuera de la cohabitación y el no uso de condones en este tipo de relaciones, son conductas sexuales que manifiestan en parte esa propensión. (UNAIDS,WHO,USAID, MEASURE-Evaluation; 2000).

Por su parte, los resultados obtenidos en el análisis descriptivo acerca del comportamiento sexual de los entrevistados, indican que 26.5 por ciento de las personas que habían tenido relaciones sexuales durante el último año anterior a la encuesta, también tuvieron por lo menos una relación sexual no cohabitacional durante ese período. De estos, menos de la mitad (40.9 %) dijeron haber usado condones en la última relación sexual de este tipo.

De acuerdo con este planteamiento, hay un grupo considerable de personas que manifiestan propensión al riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA y, por tanto, certifican la existencia de un problema que requiere intervención. Más aún, se encontró que 13.3 por ciento de los entrevistados había tenido alguna vez un signo o síntoma de alguna ETS, lo cual es ya una consecuencia de esta propensión.

Los resultados del análisis de regresión, indican que la propensión al riesgo, está

relacionada con el estado conyugal de las personas y que esta relación es directa o inversa, dependiendo del sexo de las mismas. En la población masculina, esta propensión es menor entre los que están casados o unidos que entre los que están en otro estado conyugal. En la población femenina, la evidencia es a favor de que las casadas o unidas son las más expuestas.

Además, de lo anterior, el análisis también permite la identificación de otros factores que se relacionan con esta propensión manifiesta, con esto se logra obtener información para señalar elementos clave que deben ser considerados al plantear un diseño de intervención para esta población específica (teoría del programa).

Tres hipótesis conceptuales se pueden generar a partir de este análisis, en relación con la población general:

1. Si se disminuyen los niveles de propensión de las personas a las bebidas alcohólicas y especialmente la ingestión antes del acto sexual, se producirá también una disminución en la propensión al riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA.
2. En la medida que se mejore el acceso a la información general que tiene la población, la propensión al riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA disminuirá.
3. En la medida en que se incremente el conocimiento sobre el VIH/SIDA, se producirá una reducción en la propensión al riesgo.

Las dos siguientes ilustraciones muestran los resultados relevantes obtenidos en el modelo de regresión en el cual se basan las hipótesis conceptuales antes mencionadas.

Figura 2. Hipótesis conceptuales para un eventual programa de intervención.
Población Masculina

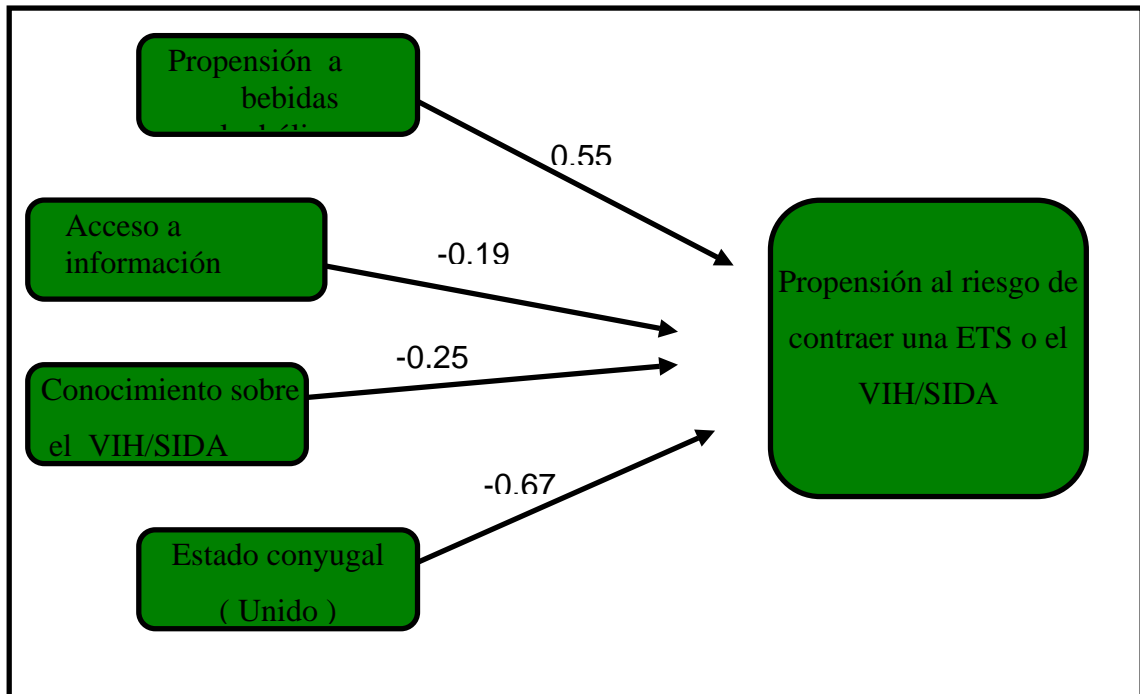
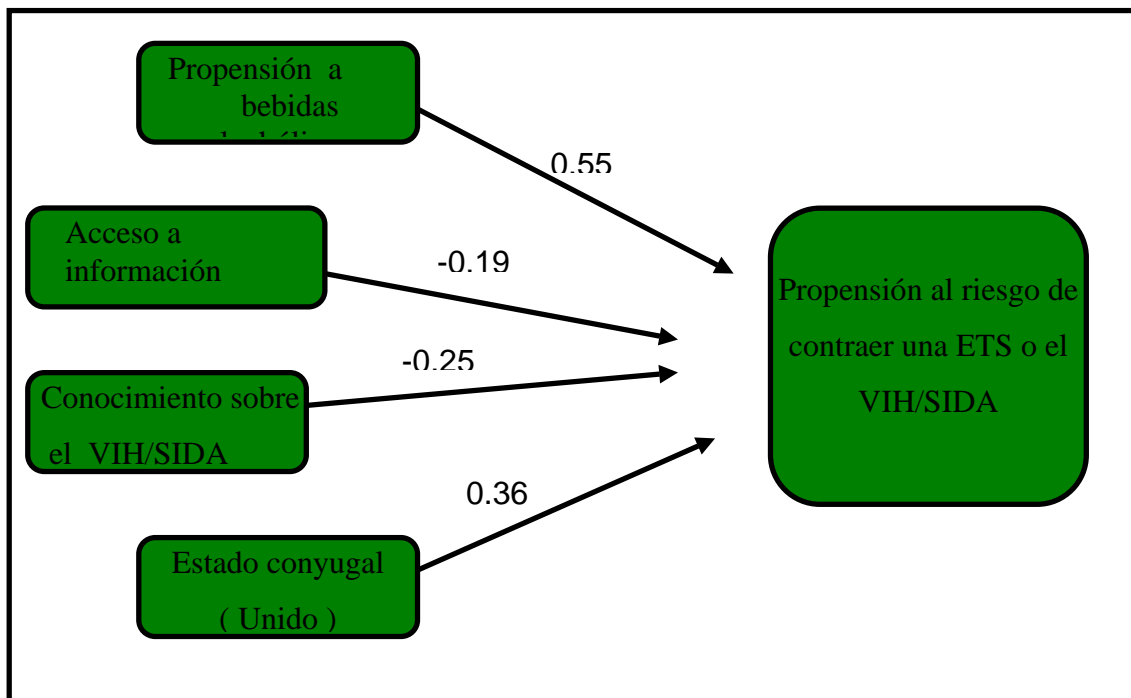


Figura3. Hipótesis conceptuales para un eventual programa de intervención.
Población Femenina



De acuerdo con estos hallazgos, se propone, en principio, desarrollar dos tipos de intervenciones tendientes a disminuir el riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA en la población estudiada:

- ⇒ **Intervención indirecta:** Orientada a reducir los niveles de ingestión de bebidas alcohólicas, especialmente antes del acto sexual, a mejorar el conocimiento sobre el VIH/SIDA, y/o a mejorar el acceso a los medios masivos de comunicación.
- ⇒ **Intervención directa:** Que podría estar dirigida a la reducción del nivel de “propensión al riesgo”, mediante la orientación y consejería a las personas, promocionando formas de prevención como el uso del condón en las relaciones sexuales de riesgo, la reducción del número de parejas sexuales y la abstinencia de relaciones fuera de la cohabitación.

El diseño del programa debería tomar en cuenta las diferencias existentes entre las poblaciones femenina y masculina, en cuanto a las formas y niveles de exposición:

En la población masculina conviene promover la reducción de las relaciones no cohabitacionales y el uso de preservativos cuando este tipo de relaciones se presente. Los esfuerzos deberían estar más concentrados en la población de hombres no unidos (para los cuales se encontró evidencia de tener mayor propensión al riesgo).

En las mujeres en cambio, la evidencia es a favor de que las no unidas tienen menor propensión que las casadas o unidas, por este motivo, el énfasis debería orientarse hacia este último grupo (casadas o unidas). La abstinencia y/o el uso de condones en las relaciones sexuales cuando se sospecha que el cónyuge tiene otras compañeras, parecen ser las formas de prevención que más conviene promocionar en este caso. Sin embargo, conveniente tener en consideración la desigualdad en el poder económico, social y físico entre mujeres y hombres, la cual es señalada en el marco teórico como determinante de la exposición de la mujer a las relaciones sexuales inseguras (AIDS, 2000). En ese sentido, conviene también el fomento de una cultura de igualdad en las relaciones de pareja, de manera que se permita a ambos tener la posibilidad de decidir sobre su propia sexualidad y por tanto controlar su propio riesgo.

Como una aclaratoria final sobre todo lo anteriormente expuesto, se hace notar que las propuestas aquí presentadas constituyen solamente esbozos de lo que, en principio, debería tomarse en cuenta para el planeamiento de un programa de intervención. La consideración de otras fuentes de información, e incluso la elaboración de estudios más completos deberían considerarse para confirmar las relaciones que aquí se establecen y buscar otras que pueden ser relevantes.

5: Limitaciones en los Resultados

Los resultados de este estudio presentan limitaciones que deberían tomarse en consideración al momento de tomar decisiones con base en ellos. Entre las más importantes se pueden mencionar las siguientes:

1. Los resultados se derivan de una “prueba piloto” concebida inicialmente para responder a objetivos diferentes a los de este estudio. Esto implica que este proyecto de investigación es de tipo exploratorio.
2. Por razones de seguridad de los entrevistadores, el trabajo de campo se llevó a cabo en un sector del barrio “20 de Noviembre” y no en todo el distrito de Chacarita. Para la inferencia de los resultados a toda la población, se supone la existencia de homogeneidad en las características poblacionales.
3. El estudio se diseñó de tal manera que se entrevistó a las personas en forma particular y no en forma de parejas. El supuesto de que el riesgo de contraer una ETS o el VIH/SIDA depende de la persona misma, no es necesariamente cierto. El riesgo de las mujeres unidas puede estar determinado por el comportamiento de sus esposos o compañeros.
4. Los resultados pueden estar sesgados por el efecto de la “deseabilidad social”, en lo que se refiere al comportamiento sexual. Este sesgo sucede cuando las personas responden de manera más o menos acorde con lo que la sociedad espera de ellos y no en concordancia con su verdadera conducta. De acuerdo a esto, es posible, por ejemplo, que los hombres declaren un mayor número de parejas sexuales, mientras que las mujeres indiquen un número menor.

Anexos

Gráfico No. 1
Análisis de residuos del modelo final de regresión

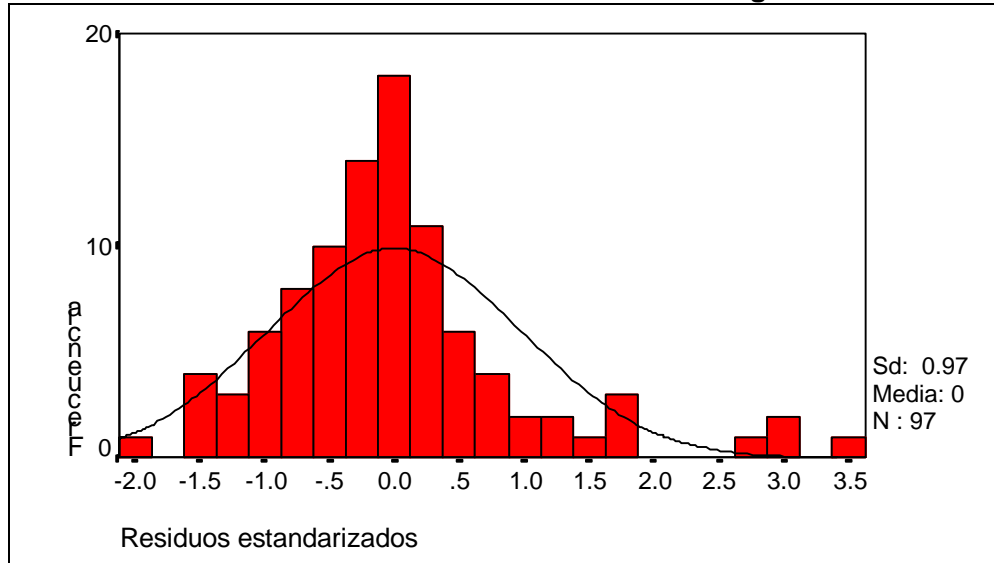


Gráfico No. 2
Gráfico de probabilidades normales para los residuos estandarizados

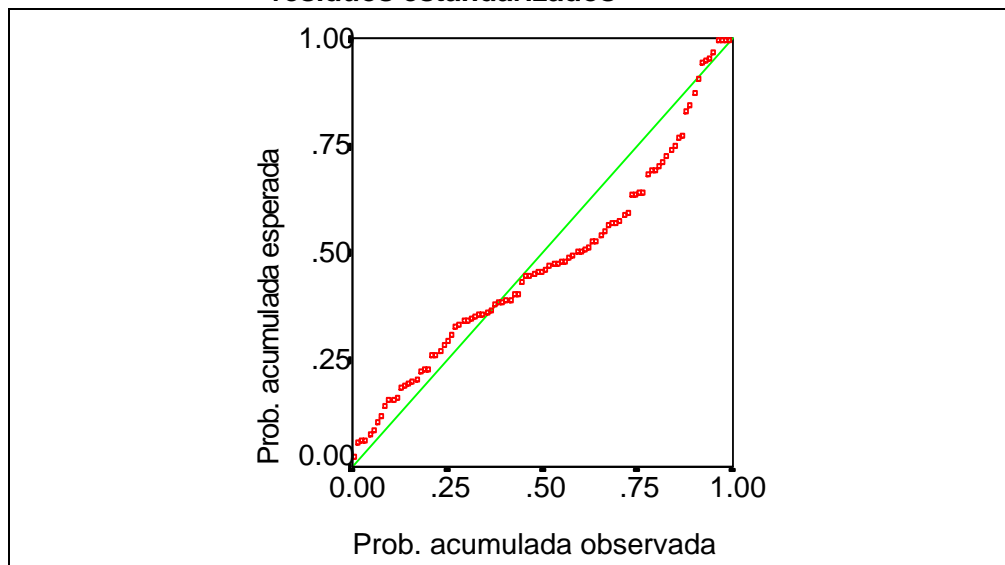
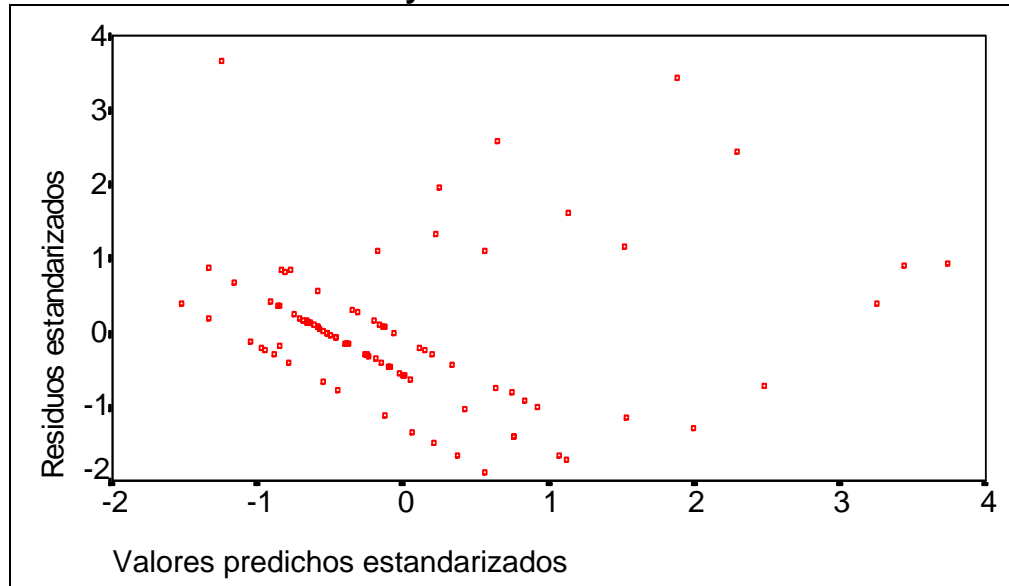


Gráfico No. 3
Diagrama de dispersión entre valores predichos
y residuos estandarizados



Bibliografía

1. AIDS. Diccionario Comentado sobre SIDA.; [http: www.aids.sida.org](http://www.aids.sida.org). 2000.
2. Campos Yurlany. Pianguar: Un Trabajo Cotidiano en los Manglares. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. UCR, San José, Costa Rica; 1995;(Tesis): pp. 22-28.
3. Comisión Nacional de División Territorial Administrativa. División Territorial Administrativa de la República de Costa Rica. San José, Costa Rica: Imprenta Nacional; 1993;(2da): pp. 108,168.
4. Figueredo A.; McKnight P; McKnight K; Sidani s. Multivariate Modeling of Missing Data Within and Across Assessment Waves. (Por publicar) ed. 2000.
5. García Odalys; Paredes Mayté; Sierra Manuel. VIH/SIDA, Análisis de la Evolución de la Epidemia en Honduras [Fundación Fomento en Salud, USAID, SS, CNCPS]. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.; 1998; p. 12.
6. INEC. Costa Rica, Cálculo de Población al Primero de Julio de 1999. San José, Costa Rica; 2000; p. 15.
7. Islam Monir; Piot Peter. ¿Qué son las ETSS? [Acción en SIDA]. México D.F.: Colectivo SOL; 1995; p. 2.
8. Madrigal Pana, Johnny. Al Vaivén de un Cabezal. Un estudio sobre los trailers en América Central y su relación con el SIDA. San José, Cosa Rica: ILPES; 1998; p. 16.
9. Madrigal Pana, Johnny. Un Ensayo Evaluativo sobre Conocimiento y Actitud en la Mujer [ADC]. San José, Costa Rica; 1988; 4 pp. 2-25.
10. Madrigal Pana, Johnny; Schifter Jacobo. Primera Encuesta Nacional Sobre SIDA. Informe de Resultados [ADC]. San José, Costa Rica; 1990; pp. 3, 10, 37, 77-79.
11. Madrigal Pana, Johnny ; Gómez Barrantes Miguel. SIDA: Conocimiento, Actitud y Comportamiento Sexual en la Universidad de Costa Rica. [Escuela de Estadística , UCR]. San José, Costa Rica; 1988.
12. Montero Eiliana. HIV/AIDS Prevention Indicator Survey. Knowledge, Atitudes, Sexual Behavoir and Stigma (Pilot Test in Costa Rica). San José, C.R.; 2000.

13. Nunnally Jum; Bersnstein Ira. Teoría Psicométrica. 3 ed. México, D.F.: Mc Graw - Hill; 1995; pp. 235-276.
14. OMS. AIDS: Profile of an Epidemic [Cientific Publication]. Washington; 1989;(504).
15. OPS. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. 14 ed. Washington,D.C, EUA; 1985.
16. OPS. Imágenes de una Epidemia [Publicación Científica 514]. Washington DC; 1989.
17. OPS. SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual en las Américas [Revista Panamericana de la Salud Pública]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1999; 6(3): p. 216.
18. OPS, Banco Mundial. Hacer Frente al SIDA. Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial [OPS]. Washington, D.C, E.U.A; 1998; pp. 127-162.
19. OPS, OMS. SIDA: La Epidemia de los Tiempos Modernos. Washington D.C , EUA; 1993; pp. 1-54.
20. Paterson Gillian. El Amor en los Tiempos del SIDA. La Mujer, La Salud, y el Desafío del VIH. España: Editorial SAL TERRAE Santander; 1997; pp. 31, 39.
21. Rossi P. H. ; Freeman H & Lipsey M. W. Evaluation: A Sistematic Approach.: Sage Publicatios; 1999.
22. Supulvéda Guillermo. SIDA, Política, Cultura y Enfermedad. [Revista Nueva Sociedad]. Venezuela; 1999; p. 122.
23. UNAIDS; WHO; USAID;MEASURE Evaluation. National AIDS Programmes. A Guide to Monitoring and Evaluation.; 2000.
24. Víquez Abel; Elizondo Jorge. VIH/SIDA en Costa Rica: Situación Actual y Proyecciones Futuras .MS, CCSS. San José, Costa Rica; 1997; pp. 12,13.
25. Velásquez Gloria; Gómez Dario. SIDA, Enfoque Integral. 2da ed. Medellín, Colombia; 1996; p. 3.