

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas – León**



**Informe final de investigación para optar al título de:
“Máster en Salud Pública”**

***Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH en
Personas Privadas de Libertad de Centros Penales de
Honduras, posterior a una intervención educativa. Febrero a
Diciembre del 2008.***

Autoras:

Dra. Lessa Amalia Medina Arguijo.

Dra. Lizzeth Betancourt Pérez

Dra. María de los Ángeles Espinoza Frenzel

Tutor:

Dr. Juan Almendárez Peralta.¹

Julio, 2012.

¹ Doctor en Medicina y cirugía, Maestro en Salud Pública y educación superior en salud. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN – León.

Dedicatoria

Dedico este esfuerzo:

- A Dios por la oportunidad que me ha brindado para alcanzar un peldaño más en mi desarrollo profesional y personal, para poder contribuir al desarrollo de mi país.
- A mi amada madre que fue un ejemplo de abnegación dedicación, amor, y de lucha por la vida, enseñándome a valorar y agradecer las oportunidades que la vida brinda, conservando en toda circunstancia de la vida, la humildad y el don de servicio.
- A mi adorado Miguel Antonio, quien ha sido un ejemplo en mi vida. ("Donde las limitaciones no son obstáculos, si no razones de superación de las mismas, donde no existen los imposibles...").
- A mi Padre QDGG quien hubiera disfrutado de este logro profesional.
- A mi hermana y a mi sobrina quienes son una fuente de amor y apoyo incondicional.

Lessa

Dedicatoria:

Todo este esfuerzo se lo dedico a:

- A Dios, por permitirme este logro en mi vida
- A mis padres QDGG
- A mi esposo Boris Reyes quien es la persona más especial en mi vida... mi esposo, compañero de luchas, mi mejor amigo y amante.
- A mis adorados hijos: Marcel, Alexander, Krazimir y Pamela, quienes me han complementado como mujer y como madre.
- A mis amigas Marielos y Lessa por haberme motivado a iniciar esta experiencia de superación ...

Lizzeth

Dedicatoria:

Dedico este trabajo

A Dios, quien es el creador del cielo y la tierra, quien tiene control en todos los que depositamos confianza en El.

Mis padres, mi esposo, mis hijos, hermanos, y mis amigos.

Para ustedes esto....

***Todo lo hizo hermoso en su tiempo.....
Eclesiastés 3:11 a***

Marielos

Agradecimientos:

Agradecemos con mucho cariño:

- A nuestros maestros quienes se contribuyeron con nuestra formación profesional.
- Especialmente al Dr. Juan Almendárez por su apoyo incondicional y el compartir sus conocimientos y experiencia profesional que son un ejemplo a seguir en nuestra carrera profesional y con su humildad, nos impulsa a seguir sus pasos, para poder ejercer nuestra profesión, con un rostro humano al servicio de nuestro país.
- Agradecemos al Fondo Mundial (FM) Programa de Naciones Unidas (PNUD) por el apoyo financiero para la realización de este estudio
- A la secretaría de seguridad Nacional por apoyar y colaborar en al realización de este estudio.
- A los líderes y jefes de hogares bartolinas por su apoyo y colaboración en la invitación, coordinación, planificación de las actividades relacionadas con el estudio y con el levantamiento de encuestas.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de valorar los conocimientos aptitudes y prácticas seguras ante el VIH-SIDA, en los privados de libertad posterior a unas actividades educativas a los PPL bajo un modelo mancomunado que tenía definida áreas de intervenciones y estratégicas.

De contenidos en la prevención del VIH con el objetivo de promover conductas sexuales saludables

Para ello se seleccionó una población de 3091 PPL que fueron los que se capacitaron y que estaban dentro de once cárceles y un Centro de Menores Infractores de la ley alrededor del territorio nacional

Los resultados de esta encuesta reveló que los conocimientos adecuados un 72% identificaron las formas correctas de transmisión. Los conocimientos, en cuanto a prevención un 40% conocen las formas correctas de prevención y con respecto al uso correcto del condón solo un 29%

Para valorar las actitudes se les preguntó si habían tenido el contacto con un paciente VIH-SIDA, solo un 36,5% y de ellos solo un 21% tuvo una actitud positiva y solo un 28,15% ha cambiado su conducta de protección sexual pero solo un 4,5% refirió el uso de condón

En cuanto a la tipología sexual un 70% mantiene relaciones sexuales frecuentes, y un 26,3 % es por lo menos una semana y un 68,2% con estabilidad a una pareja

Dentro de sus prácticas sexuales, un 56,2% no usa preservativos, destacándose que un 38,9% _"no tiene pareja", que no es sinónimo de abstinencia sexual y un 42,10 % no hacían uso por referir que tienen una pareja estable. Para la obtención de los preservativos en un 79,3% era dentro del Centro Penal.

En base a estos resultados se debe Los programas de educación en salud que se implementen deben promover el contenido sobre sexo seguro con metodología activas debiendo tener en cuenta el nivel educativo para que no se limite las dificultades de comprensión para la correcta asimilación de conocimientos.

Índice

Contenido	Páginas
1) Introducción	1
2) Antecedentes	3
3) Planteamiento del problema	6
4) Justificación	7
5) Objetivos	8
6) Marco teórico	9
7) Diseño metodológico	37
8) Resultados	42
9) Discusión de resultados	57
10)Conclusiones	61
11)Recomendaciones	63
12)Bibliografía	65
13)Anexos	68

Introducción

La pandemia del VIH y Sida, ha sido la enfermedad más desastrosa en la historia de la humanidad, no solamente por su frecuencia, sino por el elevado costo en vidas humanas, su impacto en la vida productiva de las personas, el gasto de los servicios de salud, el incremento del gasto familiar y por el efecto que tiene en la vida de las familias en general.

Se ha encontrado en muchas cárceles del mundo, que la prevalencia de trastornos mentales y físicos es mayor entre internos que entre la población en general¹, la prevalencia del VIH es considerablemente alta e incluso más elevada que la que existe fuera de prisión². Lo mismo puede decirse de otras infecciones de transmisión sexual y de otros padecimientos como de Tuberculosis y Hepatitis Viral³.

Dentro de los establecimientos penitenciarios se junta un gran número de condiciones inadecuadas para vivir por un lado las características propias de los Centros Penitenciarios y las dinámicas sociales que ocurren en su interior.

En todas las cárceles para hombres generalmente tienen relaciones sexuales entre sí (hombres que tienen sexo con hombres). Negar o no tener en cuenta estos hechos no ayudará a resolver el problema de la constante propagación del VIH, puesto que ambas formas de comportamiento son factores de riesgo de la transmisión del VIH.

Las personas privadas de libertad a menudo se hallan en una posición extremadamente vulnerable: frente al poder de las autoridades penitenciarias exigencias sexuales de sus compañeros de reclusión, muchos de los cuales son violentos por naturaleza. Con frecuencia las cárceles están superpobladas y funcionan con una dinámica interna de castigo y violencia, y a veces de esclavitud dentro de la jerarquía carcelaria.

Las relaciones sexuales entre internos, por ejemplo, están prohibidas reglamentariamente y facilitar la entrega de preservativos a todo interno supondría, desde esta perspectiva, asumir, al menos, que el Estado es ineficiente e incumple con su deber de velar por el cumplimiento de los reglamentos. Incluso va más allá, otros podrían pensar que la entrega de preservativos no sólo refleja una omisión estatal en sus funciones de control, sino que constituye un aporte activo en la promoción de una práctica prohibida⁴.

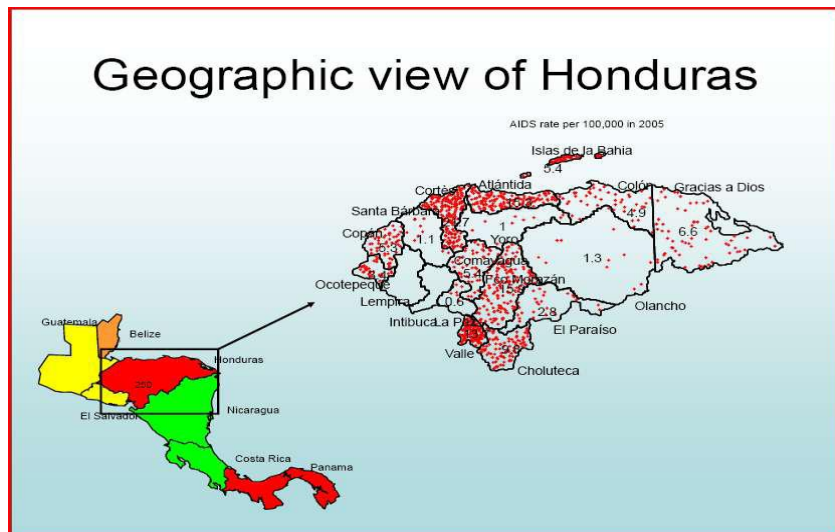
La vulnerabilidad de las personas privadas de libertad (PPL) ante el VIH en las cárceles debe ser motivo de suma preocupación para la comunidad en general. La población de las cárceles es fluctuante, con entradas y salidas constantes de personas. Llega un momento en que la mayor parte de los reclusos salen libres a la comunidad, y algunos ingresan y salen de la cárcel varias veces⁵.

La experiencia ha mostrado que puede hacerse mucho para detener la propagación del VIH, pero para ello los responsables del sistema carcelario deben reconocer determinados factores de riesgo y formas de comportamiento de las personas privadas de libertad (PPL) en relación en las cárceles. Muchas de las personas con VIH en la cárcel ya estaban infectadas antes de ingresar a los centros penales, muchas proceden de sectores de la población que soportan una carga de infecciones por el VIH superior al promedio. Además, un alto porcentaje de los privados de libertad están en la cárcel por consumo o tráfico de drogas y dentro de ella continuarán consumiéndolas lo reconozcan o no las autoridades y aunque se realicen, múltiples esfuerzos por impedir que los PPL introduzcan y consuman drogas en la cárcel⁶.

El estigma y la discriminación relacionados al VIH/SIDA juegan un rol clave en producir y reproducir relaciones de poder y control en cualquier ámbito. Causan la devaluación, desvalorización y menoscabo de algunos grupos/personas, mientras que a otros grupos los hace sentirse que son superiores. Es decir, el estigma crea y es reforzado por las inequidades sociales.

Antecedentes:

En el 2003, la epidemia de VIH/SIDA se cobró la vida de más de tres millones de personas, y se estima que cinco millones se infectaron por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con lo que la cifra de personas que vivían con el virus en todo el mundo se elevó a 40 millones⁷.



A nivel de América Central y sobre todo Honduras la mayoría de las infecciones por el VIH se transmiten por vía sexual (tanto heterosexual como mediante relaciones entre hombres que tiene sexo con hombres). En Honduras desde 1987 hasta el 2007 se ha diagnosticado un total de de 28 000 personas infectadas, que representan 40% de los casos reportados en Centroamérica.²⁰ En 2009 presentaba Una tasa de prevalencia de 0.68 por 100 000 habitantes Honduras es uno de los países con mayor incidencia de VIH/sida en América Latina con alrededor .13, ²¹La relación entre hombres y mujeres ha pasado de 4:1 a 1:1 en la actualidad. La Secretaría de Salud (SS) informó en febrero de 2010 que del total de infectados, 20 000 son portadores activos, 815 niños y 327 embarazadas, lo que hace del sida la segunda causa de muerte entre los jóvenes después de la violencia.

Desde que se reportaron los primeros casos en 1987 hasta el momento su tendencia ha sido al incremento de forma alarmante. Actualmente el país se encuentra en una etapa de “diseminación silenciosa”, ya que hasta la fecha no hay ningún departamento de los 18, que forman el país que no haya sido afectado por la epidemia. Un elemento importante en nuestro medio es que la cadena de transmisión se ha establecido

mediante las prácticas sexuales con pocos niveles de seguridad. El uso de drogas endovenosas no se ha establecido como el principal riesgo de transmisión. Sin embargo cada día es más frecuente ver jóvenes con tatuajes y el consumo de drogas.

Las lecciones que se derivaron de la revisión de PENSIDA II apuntan en una dirección central: fortalecer el proceso de priorización, especialmente los esfuerzos de prevención. Sin embargo, la limitada información disponible, y la posición de algunos de los interesados que se oponían a un enfoque que se concentrara en poblaciones prioritarias fueron obstáculos clave. Para superar este reto, se llegó a un acuerdo en el que ambas partes cedieron en su postura. Los grupos objetivo se clasificaron en tres categorías: (i) los grupos con mayor prioridad que podían priorizarse de acuerdo a la evidencia; (ii) los grupos con prioridad intermedia que incluían poblaciones que se consideraban vulnerables pero tenían una prevalencia de VIH baja; y (iii) grupos vulnerables para los cuales se requería más investigación antes de que pudieran priorizarse.

Esta clasificación de los grupos trató de garantizar que aquellos que se sabía que llevaban la vanguardia de la epidemia recibirían la prioridad más alta, lo cual no implicaba que se ignoraría a los demás. Se esperaba que la clasificación ayudaría a definir la agenda de investigación para que se pudiera obtener información acerca de las sub-poblaciones que podrían tener un riesgo alto pero para las cuales existía poca información. Con este nuevo sistema de categorización de los grupos en riesgo y potencialmente vulnerables, el proceso de priorización pudo avanzar por una línea final que dividía la focalización excesiva en los grupos de alto riesgo y la generalización excesiva. Finalmente, esto aseguró que el proceso participativo que guió la preparación de PENSIDA III.

El sexo seguro ha sido el elemento conceptual que permitiría detener esta epidemia. Este concepto hace referencia “a la toma de precauciones, que disminuyen el riesgo de transmisión y adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), al tener relaciones sexuales”. Algunas formas de prácticas del sexo seguro que se han tomado en cuenta y discutido en diferentes campos ha sido la abstinencia, la fidelidad y el uso

correcto y consistente del condón, la promoción de valores y enseñar las conductas de riesgo que hacen vulnerables a estas poblaciones ante la epidemia del VIH las poblaciones de mayor riesgo(PEMAR).

Diferentes sectores de la sociedad civil, empresa privada, representantes de las PEMAR Y organizaciones no gubernamentales trabajaron en la propuesta de país a través del propuesta de país financiada por Fondo Mundial .tiene diferentes aéreas de prestación de servicios (APS) entre estas áreas esta la de prevención cuyo objetivo es realizar actividades educativas en prevención de VIH en poblaciones PEMAR´s entre estas poblaciones se incluye las personas privadas de libertad.

Se diseñan actividades educativas en base a una temática establecida con ejes centrales y transversales, los contenidos incluyen , sexo sexualidad y genero ligada al VIH, ITS-VIH-SIDA y Uso correcto y consistente del condón masculino ,estigma discriminación y Ley ligada al VIH,COMO eje trasversal Tuberculosis ligada al VIH.

Con el objetivo que la población beneficiaria al final de la trasferencia de conocimientos pueda identificar las formas de transmisión, y de prevención para poder contribuir a disminuir la incidencia, prevalencia del VIH, así como contribuir de disminuir el estigma y discriminación para la promoción de los derechos humanos de las personas que viven con VIH.

Existe un importante consenso en cuanto a la utilidad del análisis de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los individuos y los grupos sociales como una herramienta de investigación para acercarse a las formas concretas como se desarrolla y se vive la sexualidad y la exposición a riesgos. Además permite evaluar el desempeño de los programas educativos que impulsan diferentes organizaciones con el ánimo de valorar su impacto y mejorar los procesos educativos.

Planteamiento del problema:

En Honduras hay 19 centros penales 18 departamentos del país, donde existe una población de 12,000 privadas de libertad. De los cuales son beneficiados por el Fondo Mundial 16 centros penales de adultos y 7 centros de jóvenes infractores de la ley.

Para el estudio se seleccionaron los centros penales y centros de jóvenes infractores de la ley, donde se realizaron actividades educativas en prevención de VIH.

Actualmente se desconocen los conocimientos actitudes y prácticas que tienen las PPL relación al VIH, ya que son pocas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en actividades de información educación e información (IEC) prevención y otras áreas relacionadas al VIH..

Nuestro estudio se orienta a:

- 1) ¿En qué medida las Personas Privadas de Libertad tienen conocimientos adecuados sobre las formas de transmisión y las prácticas de prevención de la transmisión del VIH?
- 2) Qué tan favorables son las actitudes de los PPL alrededor de diferentes aspectos relacionados con la prevención del VIH?
- 3) ¿Cuál es la tipología de la sexualidad en la PPL y en qué medida las Personas Privadas de Libertad tienen prácticas adecuadas para la prevención del VIH?

Justificación

Con el fin de mejorar el impacto de las intervenciones en prevención de VIH que se realizan a través del desarrollo de actividades educativas con estrategias de información educación y comunicación es importante establecer una línea base sobre el conocimiento, actitudes y prácticas que tienen las personas privadas de libertad sobre el VIH. El presente estudio pretende alcanzar una clara comprensión sobre la tipología psicosocial de los comportamientos sexuales de los y las privadas de libertad que ayuden a diseñar, organizar, implementar y evaluar procesos de intervención que promuevan comportamientos sexuales seguros en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y sobre todo la transmisión de VIH.

El análisis de toda esta información permitirá proponer estrategias metodológicas para futuras fases de ejecución del proyecto que permitan transferir conocimientos que ayuden a:

- 1) Disminuir la transmisión del VIH ,
- 2) Disminuir el estigma y la discriminación de las personas que viven con el virus del VIH
- 3) Y la promoción de la adopción de prácticas sexuales saludables y seguras en esta población

Además se aportara una información valiosa que podría contribuir a disminuir los casos de VIH, ya que hay muy pocos estudios relacionados con VIH y personas privadas de libertad.

Objetivos

Objetivo General:

Establecer los conocimientos, actitudes y prácticas que han adquirido los privados(as) de libertad que se encuentran reclusos en los Centros del Sistema Penitenciario Nacional de Honduras en relación la prevención del VIH.

Objetivos Específicos:

- 1) Identificar las principales características socio demográfica de los y las privados de libertad incluidos en el estudio.
- 2) Establecer los conocimientos que tienen los privados de libertad en relación al VIH posterior a una intervención educativa.
- 3) Determinar las actitudes que ha desarrollado esta población ante las personas que viven con el VIH y la prevención.
- 4) Establecer las prácticas que tienen las Personas Privadas de Libertad en relación a su tipología sexual y la prevención ante el VIH.

Marco Teórico

Para finales de 2002, el Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), estimaba que en el mundo existían 42 millones de personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), de los cuales 19.2 millones (45.9%) son mujeres y 3.2 millones (7.7%) menores de 15 años. Durante el 2002, 14,000 personas se infectaron diariamente con el VIH, de los cuales 38.7% correspondieron a mujeres y el 19.4% a menores de 15 años. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2002, el SIDA causó 3 millones de muertes, más de la mitad ocurrieron en mujeres y niños.

Del total de personas con VIH, 95% vive en países en desarrollo. La región más afectada es la África subsahariana que concentra más del 70% de las infecciones de todo el mundo, y en donde el SIDA es responsable de una de cada cinco muertes, constituyendo la principal causa de mortalidad. En el continente africano, el SIDA provoca el doble de muertes que las infecciones respiratorias agudas o el paludismo, y tres veces más defunciones que las enfermedades diarreicas. Como consecuencia de ello, en esa región viven 11 millones de niños huérfanos como consecuencia del VIH/SIDA.

De acuerdo con el último reporte sobre la salud mundial⁸, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, el SIDA es responsable del 5.2% de las muertes que ocurren en todo el mundo, constituyendo la cuarta causa de defunción. El gran impacto de la mortalidad por SIDA ha provocado el descenso en la expectativa de vida en numerosas naciones africanas. Por ejemplo, países como Botswana y Zimbabwe han perdido alrededor de 30 años en su expectativa de vida. Otros países como Sudáfrica, Kenia, Zambia, Costa de Marfil, Ruanda y Mozambique, también presentan reducciones importantes.

En nuestro continente, se estima que Haití ha perdido alrededor de 8 años en su expectativa de vida a pesar de que América Latina y el Caribe tienen una epidemia más reciente, el número de infecciones por VIH alcanzó casi la cifra de 2 millones de infecciones (1.5 millones en América Latina y 420 mil producidas en el Caribe). Sin embargo, lo más preocupante es que el Caribe se ha convertido en la segunda región más afectada por la epidemia del SIDA, después de la África subsahariana, con una prevalencia del 2.3% en población adulta.

Se estima que en América Latina y el Caribe se infectan más de 500 personas por día, lo cual implica que muchos de esos hombres, mujeres y niños morirán en la siguiente década, uniéndose a las 557 mil muertes ocasionadas por el SIDA en las últimas dos décadas. Considerando el número total de casos reportados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH en población adulta que es el indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales, México se ubica en el vigésimo tercer lugar en América y el Caribe, y el sitio setenta y siete a nivel mundial. Los países con mayor prevalencia de SIDA pertenecen al área del Caribe: Haití (6.1%), Bahamas (3.5%), Guyana (2.7%) y República Dominicana (2.5%). Detrás de éstos, en orden de magnitud, aparecen cuatro países de América Central (Belice, Honduras, Guatemala y Panamá), con cifras del 1% al 2% de prevalencia en adultos.

En contraste, México es un país que registra una prevalencia de VIH en población adulta relativamente baja (0.3%), sobre todo si se le compara con los países cercanos, los cuales registran cifras más elevadas, como Belice (2.0%), Guatemala (1.0%), Honduras (1.6%) y Estados Unidos (0.6%) .

Por otra parte, si se considera el peso específico que tienen los diferentes grupos de población en los casos acumulados de SIDA acumulados, en forma esquemática puede hablarse de tres formas de epidemia en la región:

- a. Epidemias predominantemente heterosexuales. Centroamérica y el Caribe tienen epidemias de tipo heterosexual (79% y 80% de los casos acumulados, respectivamente). Tal vez la única excepción sea Costa Rica, en donde la epidemia es mayoritariamente homo-bisexual.
- b. Epidemias predominantemente homo-bisexuales. México y Norteamérica tienen epidemias concentrada en los hombres que tienen sexo con hombres (54% y 50% de los casos acumulados, respectivamente), aunque en México existe un peso creciente de la transmisión heterosexual (39%), en tanto que para Estados Unidos y Canadá los usuarios de drogas inyectables (UDI), constituyen el segundo grupo en importancia (34%).
- c. Epidemias mixtas, con peso importante de los usuarios de drogas inyectables (UDI). Se trata de países que tienen un mayor equilibrio en el tipo de transmisión sexual. Por ejemplo, en Brasil los homo-bisexuales.

Sin embargo, esta forma de clasificar las epidemias presenta una limitación importante, ya que al considerar como criterio central los casos de SIDA en lugar de las personas infectadas por el VIH, en realidad se está haciendo referencia a un desarrollo de la epidemia ocurrida años atrás, y cuyo patrón no necesariamente corresponde a las formas actuales de diseminación de la infección.

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, aunque de acuerdo con análisis retrospectivos y otras técnicas de investigación en salud pública, el inicio de la epidemia del VIH puede ubicarse en 1981. Después de un crecimiento lento en los primeros años, la epidemia registró un crecimiento exponencial en la segunda mitad de los años ochenta; al inicio de la década de los noventa este crecimiento se amortiguó, mostrando una importante desaceleración a partir de 1994.

Desde el inicio de la epidemia, hasta el 30 de noviembre de 2002, en México se han registrado 57,640 casos acumulados de SIDA. Sin embargo, debido al subregistro y retraso en la notificación, se estima que pueden existir alrededor de 64 mil casos acumulados.

Tanto el subregistro como el retraso en la notificación son problemas que afectan, en mayor o menor medida, a todos los países del mundo, incluyendo desde luego a México. Son el resultado de múltiples mecanismos, entre los que destacan el desconocimiento de la normatividad, el largo período de incubación de la enfermedad, el subdiagnóstico, los factores de riesgo desconocidos, la falta de notificación y, finalmente, los mecanismos burocráticos que propician el retraso en el envío de la notificación.

Del total de casos acumulados, 49,207 (85.4%) corresponden a hombres y 8,433 (14.6%) a mujeres, estableciéndose una relación hombre/mujer de 6 a 1. Sin embargo, al analizar los casos según año de diagnóstico, puede observarse un peso creciente de la mujer, que muestra una tendencia ascendente en la historia de la epidemia y que, en para los casos de SIDA diagnosticados en el 2002, la proporción alcanzó el 16.5% de los casos diagnosticados ese año concentran el 36% de los casos acumulados, comparados con el 34% de la población heterosexual, pero en donde los UDI alcanzaron ya el 24%. En los países del Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), la mayor proporción de casos acumulados corresponde a los UDI (35%), seguido del 33% en homo-bisexuales y 24% en heterosexuales.

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES A NIVEL LATINOAMERICANO

Los primeros programas gubernamentales de SIDA se establecieron en la región a inicios de la segunda mitad de los años ochenta, casi en coincidencia con el establecimiento del Programa Global de SIDA de la OMS (PGS/OMS), el cual tuvo la posibilidad de trabajar con elevados niveles de financiamiento y destinó fondos a cada región a través de sus oficinas regionales, las cuales propiciaron el diseño de planes multisectoriales de mediano plazo por parte de cada programa nacional, financiando

parte de sus presupuestos (Cueto, 2001). Este proceso llevó al desarrollo de programas con elementos parecidos y estrategias que, al menos en el diseño, eran también similares, incluyendo programas de prevención con distintos grupos poblacionales.

Este proceso entra en declive con la reducción paulatina del financiamiento del GPS y la transición, a mediados de la década de los noventa, hacia un Programa Conjunto de Naciones Unidas frente al SIDA (ONUSIDA), el cual se define fundamentalmente como un ente de cooperación técnica, dejando de lado tareas significativas de financiamiento. Esta transición coincidió, en América Latina, con la decisión de los programas gubernamentales de control de SIDA más consolidados, de conformar un Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), una red de programas regionales de ITS/SIDA que se convirtió en espacio de importante cooperación e intercambio, y con el tiempo se convirtió en interlocutor directo de ONUSIDA, con el liderazgo fundamental de Brasil y, en menor medida, de Chile, Argentina y México. Su formación y experiencia se plantean como ejemplo de práctica óptima en la lucha contra el SIDA (GCTH, 1999).

La diversidad de la respuesta regional frente al SIDA, por otro lado, hace necesario plantear casos paradigmáticos según país. Es innegable que Brasil organizó el programa nacional más grande y poderoso de la región, con acciones en prevención financiadas con base en un préstamo del Banco Mundial (BIRF), y luego con un vasto programa de tratamiento antirretroviral combinado universal para las personas con indicación de recibirlo, financiado con recursos federales y estatales (Galvão, 2000). Este programa constituye en sí un ejemplo de práctica óptima frente al SIDA (Brazilian AIDS Control Program, 2000). Asimismo, países como Argentina, México, Chile y Perú han desarrollado programas importantes. Argentina obtuvo también un préstamo del BIRF para acciones de prevención, y cubrió costos de tratamiento con fondos de seguros nacionales de salud, aunque tuvo dificultades para integrar estas acciones entre sí y con las acciones de normativización de la atención (Bianco, 1997). México, Chile, Perú, Honduras y República Dominicana utilizaron donaciones internacionales, fundamentalmente para acciones de prevención y capacitación en distintas áreas (Saavedra y Magis, 1998; Cueto, 2001). Otros países experimentaron mayores

dificultades para organizar programas de impacto, aunque a muchos de ellos les fue útil su participación en el GCTH.

En términos generales, las estrategias para la prevención de la infección por VIH implementadas por los programas nacionales de la región se caracterizan por lo siguiente:

- 1) La priorización de la protección de los bancos de sangre y la educación en bioseguridad desde mediados o, en algunos casos, fines de los años ochenta.
- 2) La adopción, en algunos casos, de estrategias de manejo mejorado de ITS, en los servicios de salud, desde mediados de los años noventa.
- 3) Una concentración en programas preventivos dirigidos a la población general desde mediados a fines de los años ochenta, incluyendo en algunos casos programas de educación de pares con trabajadoras sexuales, y más frecuentemente campañas esporádicas en medios masivos, programas de consejería y tamizaje voluntario; esporádicamente programas en **hombres privados de libertad**.
- 4) El apoyo de programas de educación sexual para jóvenes generalmente organizados desde el sector educación.
- 5) El establecimiento de normas para la prevención de transmisión peri natal a mediados de los años noventa en varios países de la región, basadas en profilaxis antirretroviral y sustitución de lactancia materna.
- 6) Resistencia para el trabajo con hombres que tienen sexo con otros hombres y con usuarios de drogas inyectables, grupos con los que se comienza a realizar acciones, generalmente de modo indirecto, hacia fines de los años noventa.

- 7) Un aprendizaje paulatino de formas de trabajar eficientemente con organizaciones comunitarias, incluyendo (hacia fines de los años noventa), las organizaciones de personas viviendo con VIH.

EL VIH EN HONDURAS

El VIH es una epidemia que se ha desarrollado en todo el mundo, surgiendo en el año de 1980, cuando se diagnosticó la enfermedad en compañeros sexuales del paciente cero, el cual mantuvo relaciones sexuales homosexuales y bisexuales en Boston y Canadá. En poco menos de cinco años la epidemia se difundió en el resto de los países de América Latina, en Honduras, el primer caso se diagnosticó en el año de 1984 en San Pedro Sula.

Epidemiología

Según el Programa de las Naciones Unidas (PNUD)², revela que para el año 2000, la epidemia del VIH-SIDA presentaba los siguientes indicadores:

Con cerca de 13,000 casos de SIDA reportados a finales del año 2000, Honduras ocupa el quinto lugar del continente americano en la tasa de reporte oficial de casos acumulados, y reporta casi el 60% de todos los casos de la región centroamericana.

² *En Honduras el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), desarrolla acciones a través del proyecto de Fortalecimiento de la Respuesta Nacional para la Protección y Promoción de la Salud en VIH/SIDA. El proyecto se desarrolla en 39 municipios con tasas de prevalencia para VIH/SIDA mayor de 150 por 100,000 habitantes. De los 289 municipios del país, estos 39 concentran el 48.7% de la población de Honduras y en su mayoría forman parte del "Corredor Central de Desarrollo". Las poblaciones beneficiarias directas con: jóvenes de 12 a 24 años, dentro y fuera del sector formal de la educación, personas privadas de libertad, etnia Garífuna, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras comerciales del sexo, personas que viven con VIH/SIDA y sus afectados.*

Casi un 79% de los casos reportados se atribuyen a transmisión heterosexual, un 15% a transmisión homosexual/bisexual, un 6% a transmisión vertical, y un 1% a transmisión por transfusiones sanguíneas.

- 1) La población económicamente activa de la sociedad hondureña es la que se ve más afectada por la epidemia ya que presenta el 80% de los casos registrados.
- 2) Estudios de vigilancia centinela y de seroprevalencia realizados en el período 1990-2000 han ayudado a conocer el impacto de la epidemia en diferentes grupos poblacionales.
- 3) Se estima una prevalencia nacional en población mayor de 15 años en 1.2%. Los datos reflejan que en el año 2000 unos 3,000 hondureños/as murieron a causa del VIH/SIDA.
- 4) Los datos reflejan que la estancia promedio de días de hospitalización de un paciente con SIDA es de 10 días, con un aproximado de tres internamientos por año. La esperanza de vida de una persona viviendo con VIH/SIDA en Honduras es de 31 años, 39 años por debajo del promedio nacional.

Honduras es reconocida como el epicentro de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina, concentrándose más de la mitad de todos los casos reportados de personas viviendo y conviviendo con el VIH/SIDA en la región Centroamericana. Desde los comienzos de la epidemia (1985) hasta 2007, las autoridades de salud han registrado un total de más que 23,000 personas infectadas.

La infección del VIH/SIDA se localiza principalmente a lo largo del corredor central (desde el municipio de Puerto Cortes a la ciudad capital de Tegucigalpa), y en el sector de las comunidades Garífunas ubicadas en el litoral atlántico de Honduras. Por otra parte y considerando el fenómeno de inmigración temporal y permanente y el crecimiento de asentamientos poblacionales móviles, ningún departamento o sector del territorio nacional puede considerarse exento de la presencia del VIH/SIDA en sus

comunidades. Asimismo se observa una tendencia a la ruralización de la enfermedad viniendo a agravar aún más la situación ya precaria en que viven muchos de nuestros compatriotas del área rural. La enfermedad también afecta significativamente a la población femenina del país pasando de una relación de 4.1 (en los 80) a 1.2 (a finales de los 90) respectivamente.

Honduras ha dado pasos significativos para combatir la enfermedad con acciones tales como la emisión de la Ley Especial del VIH/SIDA, la elaboración del Plan Estratégico Nacional de SIDA – PENSIDA y particularmente la aprobación de fondos para la compra de medicamentos antirretrovirales, permitiendo así que las poblaciones infectadas y afectadas por ésta enfermedad, cuenten con el respaldo nacional asegurándose el inicio de un proceso de dignificación para sus proyectos de vida particular y social.

A pesar de estos logros, el abordaje de la epidemia requiere aún de una mayor coordinación y participación de los diferentes actores que integran y apoyan la respuesta nacional. Es en este contexto que surge la iniciativa del Foro Nacional de SIDA⁹ con el propósito fundamental de construir un espacio para el diálogo y el apoyo a los esfuerzos y actividades coordinadas encaminadas a fortalecer la respuesta nacional en VIH/SIDA, ofreciendo una amplia participación a los grupos infectados y afectados por la epidemia.

Sobre el VIH/SIDA sabemos de sus implicaciones de alto contenido social, político y económico y que, por su magnitud, requiere la participación total de las fuerzas de los países y de la solidaridad internacional. Los esfuerzos para la prevención son prioritarios, particularmente en los grupos más vulnerables. Sabemos que el tratamiento requiere mayor acceso a los servicios médicos y de medicinas más baratas, dentro de un sistema de salud pública mejorado.

También sabemos que los gobiernos pueden dirigir exitosamente la respuesta nacional, que debe ser inclusiva de todos los sectores organizados. Lo que falta es lograr que los actores - nacionales e internacionales - conduzcan el combate contra esta crisis de

manera articulada y a largo plazo. Aquí radica el verdadero leif motif de esta sesión especial: movilizar la voluntad política de todos los actores, nacionales e internacionales, hacia un esfuerzo inteligente, coordinado y sostenido.

Resulta entonces de especial trascendencia conocer la experiencia exitosa en otros países y regiones. Por ello Honduras participa en los talleres de esta sesión especial, para aprender; pero también para compartir el éxito de nuestras gestiones ante la presencia excepcional de la epidemia en nuestro territorio.

La creación al final de los años ochenta del Departamento de VIH/SIDA dentro de la Secretaría de Salud, con presencia en las regiones mayormente afectadas, permitió la identificación inmediata del comportamiento de la epidemia y de la población. Con el primer plan estratégico nacional contra el VIH/SIDA adoptado en 1998, logramos una amplia participación multisectorial.

El oportuno aporte de la comunidad cooperante, permitió promover la participación de nuevos actores que van desde la organización de la sociedad civil y los grupos vulnerables, hasta la participación de gobiernos municipales, cámaras de comercio, asociaciones de maquiladores y el sector religioso. Gradualmente la población hondureña va identificando el VIH/SIDA como un problema nacional.

El marco legal quedó definido en la Ley Especial VIH/SIDA de 1999. Ese año se organizó la Comisión Nacional de SIDA, como gestor de coordinación y de formulación de políticas, donde ya se prepara el segundo plan estratégico nacional para el periodo 2002-2006. Hoy contamos con un intenso sistema de monitoreo para conocer y reaccionar mejor ante la epidemia. También tenemos un número elevado de médicos especialistas trabajando directamente con el problema.

Con estas medidas, hemos logrado que estos últimos años de proyección que se había hecho hace dos años del avance de la epidemia, haya resultado inferior. Nos hemos convertido en un país con experiencia en el manejo de esta problemática y con

capacidad para administrar de manera racional y efectiva los recursos que la comunidad cooperante continúa asegurando.

A pesar de estos esfuerzos debemos reconocer que la epidemia todavía sigue su perversa expansión. Por ello, Honduras está en la disposición de asumir mayores responsabilidades para el combate de la epidemia. Sin embargo, las limitaciones de los recursos nacionales hace necesario del concurso de países con desarrollo científico, tecnológico, humano y económico, para reducir las condiciones que afectan el desarrollo humano, como la pobreza, el desempleo, los derechos humanos y la violencia, que tienen estrecha relación con el tema que nos ocupa.

La ley especial del VIH-SIDA en Honduras

Publicada en el diario oficial La Gaceta del 13 Noviembre de 1999, la ley especial del VIH-SIDA en Honduras es un esfuerzo importante en la lucha contra el VIH-SIDA. La ley es una primera aproximación a establecer un marco legal dirigido a controlar y prevenir la infección por VIH-SIDA, el cual según la ley no debe de provocar marginación o estigmatización para las personas objeto de las normas, sino más bien promover la protección de las personas infectadas o enfermas de SIDA.

El propósito de la ley será promover la protección y promoción integral de la salud de las personas, mediante la adopción de las medidas necesarias conducentes a la prevención, la investigación, control y tratamiento del VIH-SIDA.

Los objetivos de la ley especial del VIH-SIDA en Honduras fueron los siguientes:

- 1) Establecer los mecanismos necesarios de coordinación interinstitucional e intersectorial, conducentes a la educación, prevención, tratamiento, control e investigación del VIH/SIDA.

- 2) Definir las atribuciones y responsabilidades del Estado y sus instituciones, así como de las personas individuales o colectivas vinculadas a la problemática de VIH/SIDA.
- 3) Establecer los derechos y deberes de las personas infectadas por el VIH o enfermas de SIDA, y específicamente personal de salud en situación de riesgo o contagio, la población en general en relación con el VIH/SIDA.

Asimismo la ley establece la organización del Comité Nacional de SIDA (CONASIDA), el cual tendrá representación de la Secretaria de Salud, Secretaria de Educación, Secretaria de Trabajo y Seguridad Social, Secretaria de Seguridad, El Consejo de Educación Superior, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, La Dirección de Sanidad Militar, El Consejo Nacional de la Sangre, La Asociación de Municipalidades de Honduras (AMHON), el Colegio Médico de Honduras, El Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COHEP), la Iglesia Católica, La Asociación de Iglesias Evangélicas (CONSODE), la Red de Organizaciones no gubernamentales de lucha contra el SIDA y un representante de las personas viviendo con VIH/SIDA a propuesta de las ONG's.

En la ley se toman en cuenta diversos tópicos entre ellos cabe mencionar lo siguiente:

De la prevención y el tratamiento.

La prevención y el tratamiento del VIH-SIDA se encuentran normados dentro de la Ley Especial del VIH-SIDA en los artículos 34-40.

Artículo 34. La prevención de la transmisión del VIH es responsabilidad del Estado, sus instituciones y la sociedad civil organizada.

Artículo 35. Las acciones de prevención del VIH-SIDA, deberán ser realizadas en forma coordinada con la instancia superior que esta Ley establece.

Respecto de los derechos de privados de libertad padeciendo VIH-SIDA, la ley otorga dos derechos en sus articulas 63 y 64.

Articulo 63. Las personas privadas de libertad deberán de ser tratadas como cualquier otra persona, no pudiendo ser sometidas a pruebas obligatorias para detectar la infección por VIH, salvo aquellos cuyo proceso judicial lo amerite, manteniendo la confidencialidad de la prueba y los resultados.

Articulo 64. Las personas privadas de libertad, infectadas por VIH o enfermas de SIDA, tienen el derecho a recibir la atención medico-hospitalaria que requieran en condiciones que no lesionen su dignidad o imposibiliten su tratamiento¹⁰.

El Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el SIDA.

Entre 1989 y 1994 la Secretaría de Salud estableció el Programa Nacional de Control de SIDA (PNS), y elaboró el primer, segundo y tercer Plan Nacional de Salud de mediano plazo. De 1994 a 1998 se reforzó la respuesta nacional, estableciéndose una estructura técnica-administrativa para potenciar las capacidades gerenciales, normalización de la atención, la participación multisectorial, promoción de los derechos humanos y la vigilancia epidemiológica de segunda generación para caracterizar mejor la epidemia.

A partir de 1998, Honduras inicia el ejercicio de planificación estratégica de carácter nacional para garantizar una respuesta más amplia a la epidemia de VIH y SIDA. De esa fecha hasta hoy se han elaborado 2 Planes Estratégicos Nacionales de Lucha contra el SIDA, el primero (SS, 1999) del 1998 al 2002 (PENSIDA I), y el segundo (SS, 2003) del 2003 al 2007 (PENSIDA II).

A finales del 2006, y bajo la conducción de un equipo nacional y el apoyo técnico del Banco Mundial / ONUSIDA, de otras agencias de las naciones unidas y agencias bilaterales, se definieron las bases para la elaboración del Tercer Plan Estratégico Nacional (PENSIDA III) para el período del 2008 al 2012. Este proceso se basa en los

principios del Grupo de Trabajo Mundial (GTT por sus siglas en inglés) y el Plan de Acción Estratégico para SIDA (ASAP por sus siglas en inglés).

Para tal efecto, se identificaron 2 grandes fases, la primera fase está orientada al análisis de la situación de la epidemia y a la evaluación de la respuesta nacional enmarcada en el PENSIDA II con propósito de identificar fortalezas, debilidades y oportunidades, para luego elaborar recomendaciones que sean útiles para la elaboración del PENSIDA III (fase dos).

Durante la primera fase se creó un documento de análisis de la información epidemiológica disponible sobre notificación de casos VIH y SIDA, estudios de prevalencia de VIH e ITS y comportamiento, en diferentes grupos como mujeres embarazadas, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadores del sexo, garífunas, etc., para demostrar si la epidemia ha cambiado.

El proceso de Análisis de la Situación y de la Respuesta 2003-2007, dirigido por CONASIDA con apoyo de ASAP, ha sido participativo con representantes de los diferentes sectores del gobierno como Secretaría de Salud, Secretaría de Defensa, Secretaría de Educación, Secretaría de Trabajo y Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Organizaciones de Sociedad Civil como ser el Foro Nacional de SIDA, Centro de Derechos de la Mujer, Personas Viviendo con VIH y SIDA de Honduras, ASONAPVSIDAH, Organización lésbica, Comunidad Gay representada por diferentes organizaciones y grupos; organizaciones internacionales Centros de Control de Enfermedades de los USA (CDC/GAP/CAP), COMCAVI, Fondo Global, Médicos Sin Fronteras, Hivos, etc.; agencias de las naciones unidas ONUSIDA, OPS, UNICEF, UNFPA; y agencias bilaterales USAID, DIFID, ASDI.

Este análisis de las actividades y acciones realizadas o ejecutadas en el PENSIDA II en donde se visualizo que áreas continuarían manteniéndose en el PENSIDA III y cuales áreas deberían reforzarse con el propósito de mejorar o reforzar las líneas estratégicas establecidas en los Planes Estratégicos previos, también durante dicho proceso se recopilarían aquellos insumos necesarios, tanto cualitativos como cuantitativos a ser

incluidos en este nuevo Plan Estratégico Nacional de SIDA 2008–2012 y así consensuar y reforzar todas las gestiones necesarias como país para afianzar la incidencia y prevalencia de VIH en nuestro país.

Luego de la realización de dicho talleres y la consolidación de la información recolectada en los mismos se procedió a su inclusión en el documento síntesis de “Análisis de la Situación y de la Respuesta 2003-2007” para ser presentados posteriormente ante otros actores claves.

Una vez finalizado dicho proceso se comenzó a prever la necesidad de realizar talleres ya de construcción del PENSIDA III donde tanto el personal de la Secretaria de Salud, la Gerencia de CONASIDA, así como los consultores de la ASAP establecieron una metodología a seguir donde previamente los participantes trabajarían en base a las áreas estratégicas estipuladas según sus líneas de trabajo, por lo que quedaron estipulados cuatro grupos prioritarios; Prevención, Atención Integral, Políticas y Monitoria y Evaluación.

Ya estipulados estos cuatro grupos se crearía una matriz según criterios consensuados y lineamientos dados por el grupo consultor, gerente de CONASIDA y personal del Departamento de VIH - SIDA y el llenado se enfocaría en la creación de Resultados/ Metas Indicadores (en conjunto con el grupo de Monitoria y Evaluación) Programas Estratégicos Intervenciones a realizar y la elaboración de un Marco Conceptual que vendría a apoyar o clarificar lo plasmado en la matriz descrita anteriormente, dicha matriz como el marco conceptual se realizaran en base a evidencia comprobada y no por presunciones.

Actualmente los grupos de Políticas, Atención Integral así como el de Prevención están inmersos en un proceso de terminación de las Matrices y creación del Marco Conceptual para cada uno de los componentes.

Todas estas actividades se realizaron previo al Lanzamiento a todo nivel del Plan Estratégico Nacional de SIDA PENSIDA III 2008 – 2012 el día 1 de diciembre de 2007 en el marco del ***Día Mundial de la lucha contra el SIDA¹¹*** .

LOS PRIVADOS DE LIBERTAD Y EL SIDA

Existen muy pocos estudios regionales y locales que ilustren las relaciones existentes entre VIH-SIDA y personas privadas de libertad, sin embargo estudios realizados por la Organización de las Naciones Unidas para la prevención del SIDA (ONUSIDA) en 1997¹², hacen suponer que en muchas cárceles del mundo la prevalencia del VIH es mucho mas alta que en la sociedad exterior. En ellas suele haber también una tasa superior de algunas otras enfermedades, como la hepatitis B y C, la sífilis y la tuberculosis. La experiencia ha mostrado que puede hacerse mucho para contener la propagación del VIH, pero para ello los responsables del sistema penitenciario deben reconocer primero determinados factores de riesgo y formas de comportamiento y dinámicas en las cárceles.

Las cárceles no son mundos completamente cerrados, cada día entran y salen de ella personas que estaban privadas de libertad, así como otras personas, entre ellas el personal de la cárcel y las visitas. Muchas personas privadas de libertad entran a la cárcel para sentencias cortas, otras pasan allí varios periodos volviendo al mundo exterior cada vez que los dejan libres.

Muchas de las personas que son VIH-positivos en la cárcel, ya estaban infectados fuera de ella. Muchas proceden de sectores de la población que soportan una carga de infecciones por el VIH superior al promedio. Además muchos de los PPL están en la cárcel por consumo o trafico de drogas y dentro de ella continúan consumiéndolas. Lo reconozcan o no las autoridades- por mucho que traten de impedirlo- en muchos países los PPL introducen y consumen drogas en la cárcel, y en todas las cárceles para varones estos generalmente tienen relaciones sexuales entre sí, llamados Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH).

Factores de riesgo para infección por VIH-SIDA dentro de los centros de privados de libertad

El problema de las drogas intravenosas

En muchas cárceles, las drogas son un fenómeno habitual, puesto que muchos PPL ingresos con hábitos de toxicomanía arraigados y a menudo encuentran la forma de continuar usando drogas dentro de los centros penitenciarios. Los que suelen inyectarse drogas, acostumbran compartir casi siempre agujas y jeringuillas, en la cárcel este fenómeno es factible, no es fácil volverlas a sacar o deshacerse de ellas. En un contexto penitenciario normal rara vez puede esterilizarse adecuadamente el material de la inyección; el agua por si sola no basta.

Compartir el material de inyección constituye una vía muy eficaz de transmisión del VIH, mucho mayor que el contacto sexual. En una encuesta realizada en el 2000 en una cárcel de mujeres en Alemania. Se demostró que aproximadamente un tercio de la muestra eran consumidoras de drogas por vía intravenosa. El 4.9% de las mujeres pertenecientes a este grupo eran portadoras asintomáticas del VIH, frente al 0.5% de las que no se inyectaban drogas. En algunas otras poblaciones carcelarias se han registrado tasas de infección por el VIH mucho más altas.

Las relaciones sexuales en las cárceles

En las cárceles de varones de todo el mundo, el contacto sexual entre hombres es un fenómeno habitual. Las estimaciones varían considerablemente. Una encuesta realizada en 1993 en Río de Janeiro (Brasil) pareció indicar que el 73% de los presos varones habían tenido relaciones sexuales con otros hombres dentro de las cárceles, mientras que varias encuestas recientes llevadas a cabo en Zambia, Australia y El Canadá arrojan cifras que oscilan entre el 6% y el 12%. Las relaciones pueden ser de común acuerdo, pero pueden ser asimismo forzadas en mayor o menor grado. La violación también es un hecho. En algunas cárceles la violación es un fenómeno

habitual, a veces a modo de iniciación institucionalizada, que puede adoptar la forma de violación en banda.

Muchos reclusos se hallan en la cárcel por delitos violentos. Algunos son psicológicamente inestables. En el ambiente tenso y claustrofóbico de las cárceles, con sus propias reglas, jerarquías, alianzas y enemistades, entre las personas privadas de libertad, pueden producirse con facilidad agresiones, inclusive de tipo sexual contra reclusos.

Entre las relaciones sexuales practicadas entre hombres privadas de libertad figura el coito anal, que puede ser más o menos frecuente según los lugares. El coito anal sin protección es un factor de alto riesgo de transmisión de VIH. El riesgo es incluso mayor sin lubricación o con el coito forzado, como en el caso de la violación. En las cárceles no se dispone por regla general de preservativos.

En las cárceles de mujeres en que hay funcionarios varones, también pueden darse las relaciones sexuales entre ambos sexos.

El Tatuaje

El tatuaje es habitual en las cárceles. Con frecuencia se comparten agujas y pistolas tatuadoras, con el consiguiente riesgo de transmisión del VIH. Los ritos de iniciación de “pacto o hermanad de sangre”, también son actividades de alto riesgo.

Falta de información y pruebas del VIH sin consentimiento

En la mayor parte de las instituciones penitenciarias se hace poco por educar a las personas privadas de libertad de los riesgos del VIH. En algunos países se llevan a cabo pruebas del VIH en la población reclusa, pero a menudo sin haber obtenido el consentimiento informado.

Factores que favorecen la propagación del VIH-SIDA en los centros penitenciarios

En todo el mundo ha habido un crecimiento continuo de la comorbilidad en las cárceles, es decir un crecimiento del número de personas privadas de libertad que padecen una combinación típica de enfermedades tales como la tuberculosis, la hepatitis C y la infección por VIH. Asimismo al igual que en la población general, ha habido un incremento en la incidencia de tuberculosis polifarmacoresistente.

Entre los factores generales imperantes en las cárceles que pueden facilitar la propagación del VIH-SIDA figuran los siguientes:

- 1) El Hacinamiento
- 2) Un ambiente general de violencia
- 3) Tensión y miedo
- 4) Falta de información sobre el VIH-SIDA
- 5) Falta de instalaciones sanitarias adecuadas

Esto sumado a la falta de conocimiento y sensibilización de las autoridades penitenciarias y de salud referente a las dinámicas existentes sobre el VIH-SIDA en cuanto a:

- 1) Estudios comparativos de prevalencia del VIH-SIDA en población en libertad y población privada de libertad.
- 2) Grupos etéreos mas afectadas en la cárcel por sexo y edad.
- 3) Formas de transmisión mas comunes

Situación de los privados de libertad en riesgo por VIH-SIDA en Latinoamérica

En el Perú, entre fines del año 1998 y mediados de 1999 la organización no gubernamental “Médicos sin Fronteras”, realizó una investigación sobre la tuberculosis y el VIH-SIDA, encontrando que los centros penales existe hacinamiento, violencia, falta de acceso a los preservativos, miseria entre la mayor parte de las personas privadas de libertad.

La infección por VIH en el penal de Lurigancho (Lima, Perú), se propaga rápidamente entre su población, debido a algunas características particularmente encontradas, siendo el sexo sin protección el común denominador, debido a que en los días de visita, las prostitutas tienen sexo con aproximadamente 40 hombres cada una, además se practican relaciones sexuales entre hombres, frecuentemente bajo la influencia de las drogas y el alcohol; también es común la práctica informal del tatuaje, y el uso de drogas intravenosas, por lo que estas personas constituyen un grupo vulnerable para la transmisión del VIH. Es importante señalar que la condición de portadores de VIH conlleva una marginación dentro del penal. Aproximadamente en el penal de Lurigancho 40 personas privadas de libertad con infección VIH se encuentran en cuarentena en su propio piso. A esto se agrega que las personas que ingresan con esta infección a un establecimiento penitenciario tienen un mayor riesgo de adquirir otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis, agravándose el caso de la infección con cepas resistentes al tratamiento.

La situación de las cárceles uruguayas respecto del SIDA comienza a aparecer en las denuncias efectuadas por las ONGs por la cantidad de reclusos portadores del VIH o enfermos de SIDA, a los que no se les realizan estudios, ni se les dota de tratamientos adecuados; además de no existir intervenciones preventivas específicas. Se afirma el no cumplimiento de los derechos con respecto al cuidado de la salud, ni el respeto de las condiciones adecuadas de reclusión. Esta situación llega a nivel parlamentario y empieza a ocupar la agenda pública.

Situación de los Privados de Libertad en riesgo por VIH-SIDA en Centroamérica

Las condiciones de hacinamiento de las cárceles de Guatemala hacen que sean lugares propicios para la propagación de epidemias. La respuesta a las necesidades de estos grupos ha sido insuficiente, dado que el personal designado para atender las demandas de salud mental y de prevención del VIH/SIDA es escaso en relación con la población total en las cárceles del país. Hay 10 psicólogos(as) asignados(as) para atender a toda la población privada de libertad en el país. Ello les obliga a tener que trasladarse constantemente a las distintas cárceles del territorio. A pesar de esto, el poco personal asignado participa activamente en las actividades de capacitación y promoción de la ACSLCS y desde que fueron capacitados(as) inicialmente en 1993 han llevado a cabo acciones continuas entre las personas privadas de libertad con el apoyo de aquellas ONG's que han tenido una presencia permanente en los programas de prevención de VIH/SIDA con estas poblaciones.

Respecto a los grupos considerados con una alta vulnerabilidad como los privados de libertad, se reconoce la necesidad de información y se asume la responsabilidad de educación. En este caso, el marco legal considera la problemática de los centros penitenciarios como algo que no se puede reducir a la educación, sino que es necesario producir cambios en ese contexto donde se reproducen los determinantes la transmisión.

En Costa Rica según el artículo 34 de la Ley se plantea: el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, tendrá la responsabilidad de definir y llevar a la práctica las políticas y actividades educativas, tendientes a disminuir el riesgo de la transmisión del VIH tanto para las personas privadas de libertad como para su pareja sexual y los funcionarios penitenciarios.

En su artículo 35 dispone: El Ministerio de Justicia, en coordinación con el sector salud, dispondrá y facilitará preservativos para las personas privadas de libertad durante todo el período de su detención.

Situación de los Privados de Libertad en Riesgo por VIH-SIDA en Honduras.

En Honduras existen muy pocos estudios sobre las dinámicas del VIH en población privada de libertad, mucho menos estudios han sido difundidos por lo que es muy difícil encontrar este tipo de bibliografía.

Propuestas de intervención social en los centros penitenciarios para controlar la epidemia de VIH-SIDA

Entre las respuestas específicas a los problemas del uso de drogas intravenosas y de las relaciones sexuales entre hombre, ONUSIDA (1997) recomienda lo siguiente:

Reducir la demanda y ofrecer tratamiento a las personas privadas de libertad que son toxicómanos, incluidos el tratamiento de sustitución o el programa de suministro (por ejemplo con metadona).

- 1) Suministrar lejía líquida concentrada para esterilizar agujas y jeringuillas (incluidas las que se utilizan para el tatuaje), junto con instrucciones para su uso adecuado.
- 2) Facilitar agujas estériles sobre la base de intercambio: una aguja nueva por una usada.
- 3) Implantar la educación recíproca entre las personas privadas de libertad que se inyectan recurriendo a antiguas personas privadas de libertad y toxicómanos por vía intravenosa.
- 4) Favorecer el acceso discreto y fácil de los preservativos
- 5) Facilitar la educación sobre los riesgos de la transmisión del VIH tanto en las personas privadas de libertad como en el personal de la cárcel.

Todo esto si se considera como derechos humanos de las personas privadas de libertad el acceso a los servicios de salud preventiva y curativa, en este caso las medidas asociadas a la prevención y la contención de la epidemia de VIH-SIDA.

Estudios CAP:

Los estudios de Conocimientos, actitudes y prácticas son estudios evaluativos organizados y dirigidos por el nivel gerencial de los programas de salud o agencias de financiamientos o instituciones educativas para evaluar el impacto que han tenido las intervenciones educativas y de desarrollo de las actividades de promoción de salud y específicamente alrededor de los cambios de actitudes y de comportamientos en poblaciones blanco.

Estos pueden desarrollarse antes de iniciarse un programa (Estudios de línea base) para identificar el punto de partida a tomarse en cuenta en un programa con componentes educativos, durante la intervención del programa o al final para medir el impacto que va teniendo o tuvo el programa.

Los Conocimientos:

Los investigadores de la memoria han considerado la utilidad de dividir un examen de memoria siguiendo el proceso de los ordenadores: Adquisición o entrada, almacenamiento y recuperación, de tal forma que para hacer memoria, la información nueva debe de ser ingresada al sistema, ser almacenada y además recuperada cuando se necesite. Estas teorías son recogidas en el Dania Elieth Pastora Álvarez.

Gleysi de los Ángeles Pichardo Ramírez.. Podemos decir que este organizador aunque muy antiguo proporciona una forma muy práctica de explicar el proceso de la memoria¹³.

En este sentido la información ingresa al sistema mediante la percepción de los sentidos. El cerebro humano posee un Sistema de Tenencia que mantiene brevemente estos estímulos, de tal manera que pueden ocurrir análisis preceptuales.

Mediante la atención y la repetición de información el cerebro puede activar la Memoria de Corto Plazo. En este nivel la información es recordada en “**Trozos significativos**”, que a su vez pueden ser re-codificada en trozos más grandes y/o con mayor significado¹⁴.

Mediante la exposición prolongada a información, el que “aprende” puede re-codificar y re-categorizar información en trozos significativos, que pueden ser depositados en la Memoria a Largo Plazo formando parte de la estructura cognoscitiva del individuo. Es importante reconocer que en cada nivel de almacenamiento se encuentran estrechamente entrelazadas con el nivel superior de almacenamiento proporcionando reconstrucción, en-codificación, recuperación y elaboración de conocimiento nuevo¹⁵.

Actitudes:

A lo largo de la historia distintas escuelas y autores han definido la actitud de formas muy diversas.

La primera definición que se conoce sobre el concepto de actitud fue enunciada en el año 1918 por Tomás y Znaniecki, considerándola como: “*El estado de ánimo de un individuo orientado hacia un valor*”¹⁶. Los valores son creencias referidas a actividades cuyo objetivo principal es conseguir el bienestar de una comunidad.

Kretch y Chutchfield (1952), la definen como: “*Una organización estable de procesos motivacionales, perceptivos y cognoscitivos, concernientes a un aspecto del universo del individuo*”¹⁷. Allport (1935), tras realizar un amplio estudio sobre las actitudes, efectúa una aproximación al concepto de actitud formulando unas cien definiciones, siendo la más representativa: “*La actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, capaz de ejercer una influencia*

directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los que está relacionado”¹⁸.

En la actualidad además de las de Allport, nos encontramos con una gran variedad de definiciones sobre el concepto de la actitud, según la orientación y/o formación del autor que la emita, pero sin que exista acuerdo entre ellos. Por eso ha sido fuertemente criticada y cuestionada su existencia desde diversos paradigmas teóricos.

Algunas consecuencias clave que podemos deducir de las anteriores definiciones son las siguientes:

- La actitud es un concepto en el que se combinan una serie de variables y cuyo resultado es un estado de ánimo de la persona.
- La actitud es el resultado de un proceso organizado.
- La actitud se desarrolla a partir de las experiencias adquiridas por lo que se genera a través del aprendizaje.

“Una actitud es una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción, respecto a un objeto o situación. De ello se deduce que es una predisposición que, debidamente activada, provoca una respuesta preferencial hacia el objeto de actitud, hacia una situación o hacia el mantenimiento o preservación de la actitud misma”.

La actitud se puede estudiar desde tres puntos de vista complementarios: El inductivo, el deductivo y el organizativo.

Aspecto inductivo de la actitud:

En su aspecto inductivo, el concepto de actitud más utilizado es el que indica que está formada por tres componentes o estructura tricotómica de la actitud. Fue formulada

inicialmente por Katz y Stotland (Koch, 1959), pero fueron Krech, Crutchfield y Ballachey (1962) los que definieron su configuración tal y como hoy día la conocemos. Según esta hipótesis, una actitud estaría formada por tres componentes:

- a. Cognoscitivo: o de representación del conocimiento que el sujeto posee del objeto o tema en cuestión.
- b. Afecto-emocional: o conjunto de afectos, sentimientos y emociones que impregnan las ideas, conceptos y creencias. Considerado como el componente más reactivo al cambio por lo implantado que está en el sujeto, tiende a ser coherente con el componente cognoscitivo. Los criterios que se utilizan para establecer las preferencias dan como resultado la evaluación del conocimiento.
- c. Conductual: o de tendencia o predisposición a actuar, reaccionar frente a un tema u objeto psicosocial. En teoría puede predecir la conducta de un sujeto, aunque en la práctica se comprueba que aquella nunca es del todo predecible. Este componente distingue la actitud de otras variables en la medida que impulsa a actuar en cualquier sentido de forma activa. Si una persona se identifica con una causa social, significa que después de una evaluación de otras actitudes y de acuerdo con sus criterios la ha seleccionado.

Los tres componentes de las actitudes dependen en gran medida de cómo se percibe y se organiza la información recibida y la experiencia vivida. La percepción del exterior no es completa ya que normalmente la cantidad de información supera la capacidad de registrarla simultáneamente, lo que obliga a que se produzca una selección, que supone la anulación de parte de la información y a organizar lo percibido según diversas posibilidades.

Aspecto deductivo de la actitud:

Desde el punto de vista deductivo, una actitud es un concepto destinado a definir las relaciones entre un sujeto y un objeto que no se pueden medir principalmente, sino que

se deducen de la conducta o de las declaraciones verbales del sujeto (Katz 1960).
Identifica las siguientes funciones básicas:

- **Función de ajuste:** Los productos o servicios sociales que ofrece el mercado a la población producen valoraciones que pueden ser interpretadas positiva o negativamente y que pueden modificar actitudes preconcebidas.
- **Función de defensa del yo:** En las actitudes, las personas buscan confianza y seguridad. La asunción de conceptos sociales, refuerzan nuestra imagen ante la sociedad y ante nosotros mismos.
- **Función expresiva de valores:** En cada grupo social se manifiestan un conjunto de valores y estos se conectan más fácilmente a determinadas conductas sociales.
- **Función de conocimientos:** Las personas por naturaleza buscamos aprender con orden. Las actitudes ayudan a simplificar una realidad compleja. La función principal es crear actitudes favorables hacia la causa social objeto de interés¹⁹.

Aspecto organizativo de la actitud:

El aspecto más importante y debatido en relación con las actitudes es el que indica que la conducta de una persona es función de su actitud actual y de la situación en la que se pone de manifiesto esa actitud, es decir, se considera que las actitudes tienen el potencial de predecir la conducta humana.

Ese potencial se basa en la concepción del comportamiento como una forma de actitud y se verá influenciado por otras circunstancias tales como la interpretación que el individuo hace de la situación, de sus creencias sobre la intención de otras personas y de las teorías que elabora a partir de otras situaciones similares conocidas.

Asimismo las actitudes del individuo se encuentran determinadas por el sistema sociocultural en el que vive. Dentro del sistema, la influencia de la actitud de la familia

en todo el grupo socio-familiar es de suma importancia. Partiendo de la organización celular básica de la sociedad, la familia, los valores, los prejuicios y las racionalizaciones se transmiten mediante vectores familiares hacia cada uno de sus miembros. Interesa, por tanto, conocer los factores que, a su vez, pueden influir en esas actitudes, en especial, los efectos que produce el problema social objeto de estudio y cómo poder cambiar o modificar dichas actitudes.

Las actitudes se manifiestan en su plenitud en las relaciones interpersonales. Así, existirán tantas actitudes diferentes como individuos y, por el contrario, tendrán un gran parecido las actitudes de los individuos de una misma sociedad y, dentro de ella, entre individuos que componen los distintos grupos o comunidades.

Prácticas: Abarca un conjunto de actividades que preceden, acompañan y siguen las decisiones que toma el individuo sobre una situación o fenómeno de la vida cotidiana. Las prácticas se expresan de diferentes formas que van desde los procesos vividos hasta los resultados obtenidos de las mismas prácticas. Además de la información que genera el conocimiento y de los valores que articulan las actitudes, la práctica requiere de condiciones indispensables, de recursos y contextos para que las personas puedan realizar determinadas prácticas sociales como el uso de un servicio u otras acciones específicas.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Los estudios de Conocimientos, actitudes y prácticas son estudios evaluativos organizados y dirigidos por el nivel gerencial de los programas de salud o agencias de financiamientos o instituciones educativas para evaluar el impacto que han tenido las intervenciones educativas y de desarrollo en las actividades de promoción de salud y específicamente alrededor de los cambios de comportamientos en poblaciones meta.

Estos pueden desarrollarse antes de iniciarse un programa (Estudios de línea base) para identificar el punto de partida a tomarse en cuenta en un programa con componentes educativos, durante la intervención del programa o al final para medir el impacto que va teniendo o tuvo el programa

Área de estudio: El estudio se realizó en centros penitenciarios seleccionados y el centro del Instituto Hondureño de la niñez y la familia (IHNFA) –Medidas Alternativas que fueron objetos de una intervención educativa.

Los centros penitenciarios están distribuidos en los 18 departamentos del país. Contando con una población beneficiaria de 12,000 PPL, actualmente se están desarrollando actividades en prevención en VIH EN 16 centros penales. Para el estudio se seleccionaron los siguientes centros penales:

Centro Penal	Pob abordada en actividades educativas
1. La Paz	147
2. Comayagua	330
3. La Esperanza	114
4. La Ceiba "El Porvenir"	267
5. San Pedro Sula	539
6. Santa Rosa de Copan	267
7. Juticalpa	222
8. Danlí	228
9. Choluteca	285
10. PNMAS	462
11. PNFAS	130
12. IHNFA-Medidas Alternativas	100
Total	3,091

El estudio se desarrollo en diferentes etapas:

- 1) **Visitas y entrevistas:** para Información y consenso con autoridades y líderes de bartolinas y hogares de los diferentes centros penales sobre el estudio, que se realizo en los centros penales, se explico la importancia y los objetivos del estudio. (Esta etapa duro un 1 mes) .
- 2) **Elaboración el protocolo de estudio y el instrumento de recolección de información:** en base al manual de herramientas de monitoreo y evaluación del Fondo Mundial, se realizo una encuesta estructurada con preguntas cerradas y abiertas, (Ver anexos). Se estableció como criterio de inclusión personas privadas de libertad que hayan participado en actividades educativas del proyecto y que hayan recibido 8 horas de capacitación.
- 3) **Etapas de Validación:** Se siguió con una etapa de validación y capacitación de líderes privados de libertad para el apoyo de levantamiento de encuestas. Para ello se realizó una prueba piloto de la encuesta, desarrollándose un trabajo de campo (Esta etapa duro 3 meses).
- 4) **Etapas de recolección de información:** Una vez validada la encuesta y capacitados los lideres se procedió al levantamiento de encuesta con colaboración y acompañamiento de líderes capacitados en los diferentes centros penales Se estableció coordinación con los directores de los centros penitenciarios y los diferentes coordinadores de los hogares y jefes de bartolinas de los mismos coordinadores para solicitándose listado y luego se seleccionaron a las personas a entrevistar.

Una vez programada las visitas a cada Centro Penitenciario se establecieron coordinaciones para facilitar el trabajo. Se reunieron a los privados de libertad en grupos de 20 a 30 personas (Ya sea en uno o varios salones de acuerdo a las condiciones de los Centros) y se les explico los objetivos del estudio y los propósitos, se seleccionarán los que saben leer y los que no y se les informo sobre sus derechos a

llenarlo o no. A los que saben leer se les entrego un cuestionario que no identifica su nombre y un lapicero (siguiendo las normas de seguridad interna de los diferentes centros penales) y se hicieron aclaraciones sobre dudas que tenían. Ellos respondieron el cuestionario, al final lo entregaran a los líderes y a las investigadoras. Las personas que no sabían leer se les leyó el cuestionario y se registraron los datos según respuesta del mismo. (Esta etapa duro 5 meses)

5) **Análisis:** Posteriormente se pasó a la etapa de análisis de la información, para ello fueron digitados los datos, analizados y el diseño de cuadros y gráficos (Esta etapa duró 2 mes).

6) **Presentación de resultados:** Al finalizar el estudio (11 meses), se realizaron presentaciones de los resultados del estudio a las autoridades de los centros penales que participaron en el estudio, además se entregó un ejemplar en físico a líderes de los diferentes centros penales.

Plan de análisis:

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico Epi-Info en su versión 3.5.3 para Windows.

Se hicieron análisis de frecuencia de cada variable. Se establecieron la frecuencia en que se presentan algunos conocimientos, actitudes y prácticas en la población de estudio por variables de interés.

Los resultados se plasmaron en cuadros y gráficos.

Operacionalización de variables:

Conocimientos sobre el VIH: Es la información obtenida mediante información previa o transferida durante el proceso de capacitación realizado en el Penal y retenida en la memoria de los y las Privados de Libertad sobre mecanismos de transmisión y formas de prevención del VIH, que pueden ser identificadas mediante las respuestas obtenidas de un cuestionario relativo a aspectos relacionados con estos aspectos. Las respuestas se clasifican como suficientes o insuficientes de acuerdo a si se ajustan a la información transmitidas durante el proceso de capacitación.

Actitudes alrededor de estigmas: Son respuestas condicionadas por valores y juicios que predisponen a una forma de actuación antes de que la persona tome la decisión de hacerlo. Para este estudio se estableció mediante la respuesta a preguntas sobre si conoce a una persona con VIH, su opinión al respecto y si generó cambios en su comportamiento. Se clasifican como favorables o desfavorables para la formulación de estigmas.

Prácticas alrededor de la exposición y vulnerabilidad ante el VIH: Son las formas de actuación habitual que las personas aceptan e identifican como propias. Se clasificó en dos sub-variables:

Tipología sexual: Que se establece como la forma como vive en la práctica la sexualidad las personas Privadas de Libertad.

Prácticas propiamente dicha relacionada con una serie de preguntas relacionadas a la protección para la prevención del VIH. Se clasifican como adecuadas o inadecuadas.

Aspectos éticos: El estudio no tiene grandes implicancias éticas en el sentido de que no involucra experimento con seres humanos, ni aplicación de terapias, ni es un estudio que se base tomas de muestras de fluidos corporales.

Se basa en la aplicación de una encuesta (instrumento) se aplico a la población en estudio, previo conocimiento informado, en un proceso de trabajo que inicia en la información general, el estudio y la importancia de su participación. El privado de libertad tuvo dos formas de no consentir participar en el estudio, si no lo desea:

- 1) Rechazando abiertamente su participación en el estudio, la cual será respetada por los investigadores y no se tomará en cuenta.
- 2) Generando datos incompletos, lo cual dificultará su incersión como unidad de análisis en el estudio permitiendo que se excluya de la investigación.

El instrumento y procedimientos son discutidos, consensuados con cada uno de los actores involucrados en el estudio. Todos aceptan participar en el estudio, considerándolo de interés para esta población. Se aseguró el respeto a la confidencialidad de la información brindada. No se pidió el nombre de los participantes en la encuesta.

Consideramos que el estudio no tiene implicancias en afectaciones a la ética en la investigación.

Resultados

Se aplicaron la encuesta a 3,091 Privados de Libertad, de los cuales el 94% fueron hombres y el resto mujeres. La edad más representada en la muestra fue el grupo de 24 a 33 años, siendo ésta una población eminentemente joven, en edad productiva y reproductiva. En general se identifica un bajo nivel de escolaridad, con un 15% de analfabetismo. La mayor parte son solteros y solteras o de unión libre (Vea cuadro 1).

El 59% tienen sentencia firme y el resto está en proceso de sentencia, la mayor parte tiene de 1 a 5 años de reclusión y están distribuidos en 13 Centros Penitenciarios (Vea Cuadro 2).

El 94% ha escuchado hablar del VIH y del Sida (Vea gráfico 1).

Tantos hombres como mujeres, independientemente la edad, han oído hablar de estos temas en casi similar proporción. A mayor nivel de escolaridad mayor la frecuencia de haber escuchado sobre estos temas. Los casados en menor proporción refieren haber escuchado sobre estos aspectos (Vea cuadro 3).

Un 72,1 % realizó identificación correcta de las formas de transmisión por VIH, pero un 5,2% dijo que no sabe, a pesar de haber estado en un proceso educativo y la forma de transmisión más identificada fue a través de relaciones sexuales, pero pocos identificaron la transmisión en relaciones con el mismo sexo.

Todas las formas correctas de protección ante la infección por VIH/SIDA fueron identificadas solo por un 40% y un 5,2% no lo sabían. Aspectos como método de prevención, el uso del preservativo en toda relación sexual de principio hasta el fin se identificó en un 29,5%, pero en menor cantidad se identificó la fidelidad a su pareja sexual. (Vea cuadro 4).

Es casi nula 3,2% los que identificaron las formas correctas del uso del preservativo, solo en la forma que debe abrirse el envoltorio es donde hay una buena identificación (92,7%). (Vea Grafico 2).

Un 36,5% conoce alguna persona viviendo con el VIH, (Vea Grafico 3).

Solo un 21,0% manifestó una actitud favorable al conocer una persona VIH positiva y a partir de esta experiencia solo el 28,1% ha cambiado su conducta de protección practicando la fidelidad en el 17,2% y un 4,5% utilizando preservativo en toda relación sexual (Vea Cuadro 5).

En la tipología sexual, un 70,3% mantiene relaciones sexuales de una forma frecuente, en un 26,3 % por lo menos una vez a la semana y en los últimos doce meses un 68,2% con una pareja estable Solo una mínima proporción 0,2% acepta que mantiene relaciones HSH (vea Cuadro 6).

Más de la mitad (56,2%) no utiliza preservativo (Grafico 4), aduciendo el mayor porcentaje 38.9%, no tener pareja sexual y un 28,4% fidelidad a su pareja (vea Cuadro No.7).

En el uso del preservativo según variable socio demográfico, se observó, que en la el sexo masculino se usa un poco más, en las edades de 24-33 y de 34 a 43 años fue más utilizado, y mejoraba la frecuencia de uso de acuerdo al nivel de escolaridad, siendo menor en el estado civil casado. (Vea Cuadro 8).

El 79,3% obtenían los preservativos dentro del Centro Penal, un 9,6% los compraba y solo en un 2,1% lo obtenían de la Secretaria de Salud (vea Cuadro 9)

Cuadro 1. Características socio demográfica de los y las privados de libertad en doce centros penales del país. Honduras, 2007.

<i>Variables</i>	Número	Porcentaje
Sexo		
– Masculino	2906	94,0
– Femenino	185	6,0
Edad		
– 14 -23	742	24,0
– 24-33	1236	40,0
– 34 -43	649	21,0
– 44 -53	309	10,0
– 54-63	155	5,0
Escolaridad		
– Analfabeta	464	15,0
– Primaria Incompleta	1236	40,0
– Primaria Completa	859	27,8
– Secundaria Incompleta	349	11,3
– Secundaria Completa	137	4,4
– Universitaria Incompleta	36	1,2
– Universitaria Completa	10	0,3
Estado Civil		
– soltero	1514	49,0
– Unión Libre	1143	37,0
– Casado	432	14,0
Total	3091	100,0

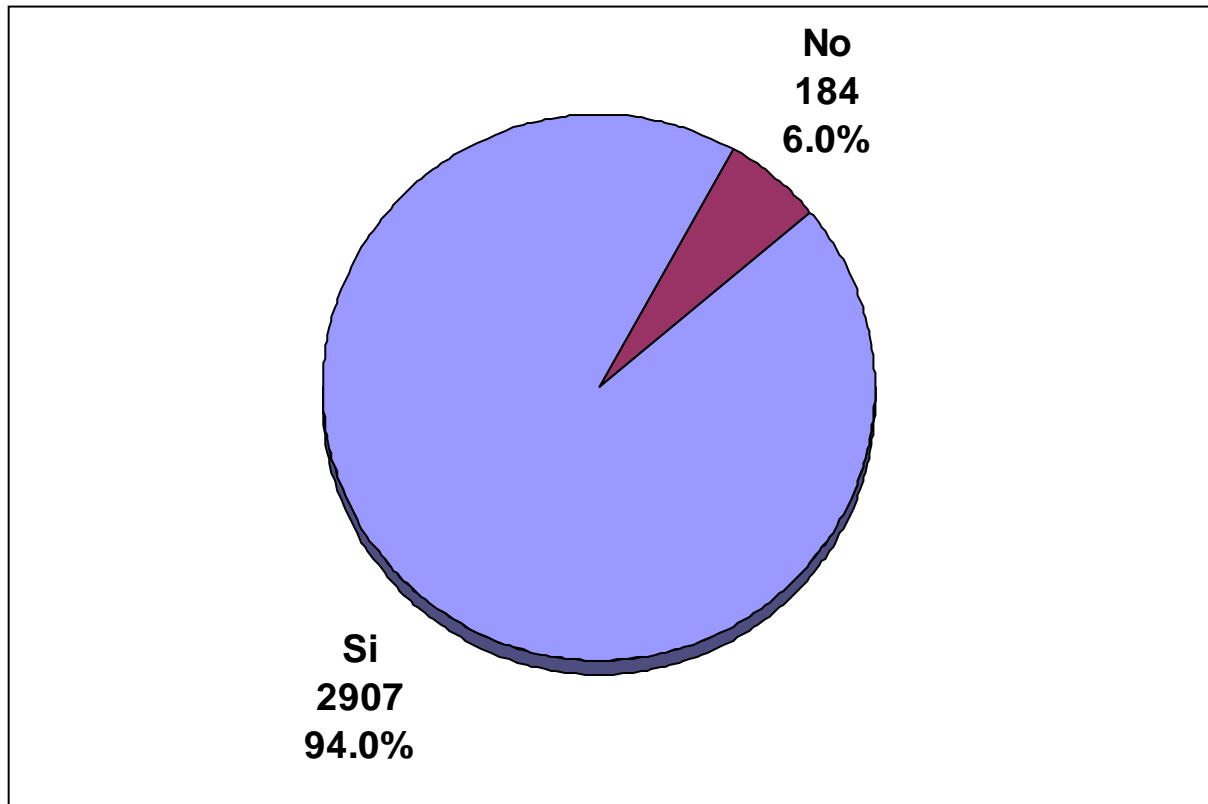
Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Cuadro 2. Estatus legal y años de privación de libertad sentenciados de los y las privados de libertad en doce centros penales del país 2007.

<i>Variables</i>	Número	Porcentaje
<i>Estatus Legal</i>		
– Sentenciado	1824	59,0
– En proceso de Sentencia	1267	41,0
<i>Años de Reclusión</i>		
– 1-5	2411	78,0
– 6-11	556	18,0
– 12-17	62	2,0
– 18-22	62	2,0
Centro Penitenciario		
– La Paz	147	4,7
– Comayagua	330	10,7
– La Esperanza	114	3,7
– La Ceiba “El Porvenir”	267	8,6
– San Pedro Sula	539	17,4
– Santa Rosa de Copan	267	8,6
– Juticalpa	222	7,2
– Danlí	228	7,4
– Choluteca	285	9,2
– Tamara	462	15,0
– PNMAS	130	4,3
– Medidas Alternativas	100	3,2
Total	3091	100,0

Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Grafico 1. Respuesta que hacen los Privados de Libertad de doce centros penales del país a la pregunta si han escuchado hablar del VIH o del sida. Honduras, 2007.



Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Cuadro 3. Personas que reconocen haber escuchado del VIH y sida de acuerdo a las características socio demográficas de los y las privados de libertad de doce centros penales del país. Honduras, 2007.

<i>Variables</i>	Población	Han escuchado	%
Sexo			
– Masculino	2906	2730	93,9
– Femenino	185	175	94.6
Edad			
– 14 -23	742	697	93.9
– 24-33	1236	1162	94.0
– 34 -43	649	610	94.0
– 44 -53	309	291	94.2
– 54-63	155	145	93.5
Escolaridad			
– Analfabeta	464	389	83.8
– Primaria Incompleta	1236	1172	94.8
– Primaria Completa	859	822	95.7
– Secundaria Incompleta	349	341	97.7
– Secundaria Completa	137	136	99.3
– Universitaria Incompleta	36	35	97.2
– Universitaria Completa	10	10	100.0
Estado Civil			
– <i>soltero</i>	1514	1452	95.9
– <i>Unión Libre</i>	1143	1075	94.0
– <i>Casado</i>	432	378	87.5
Total	3091	2905	94.0

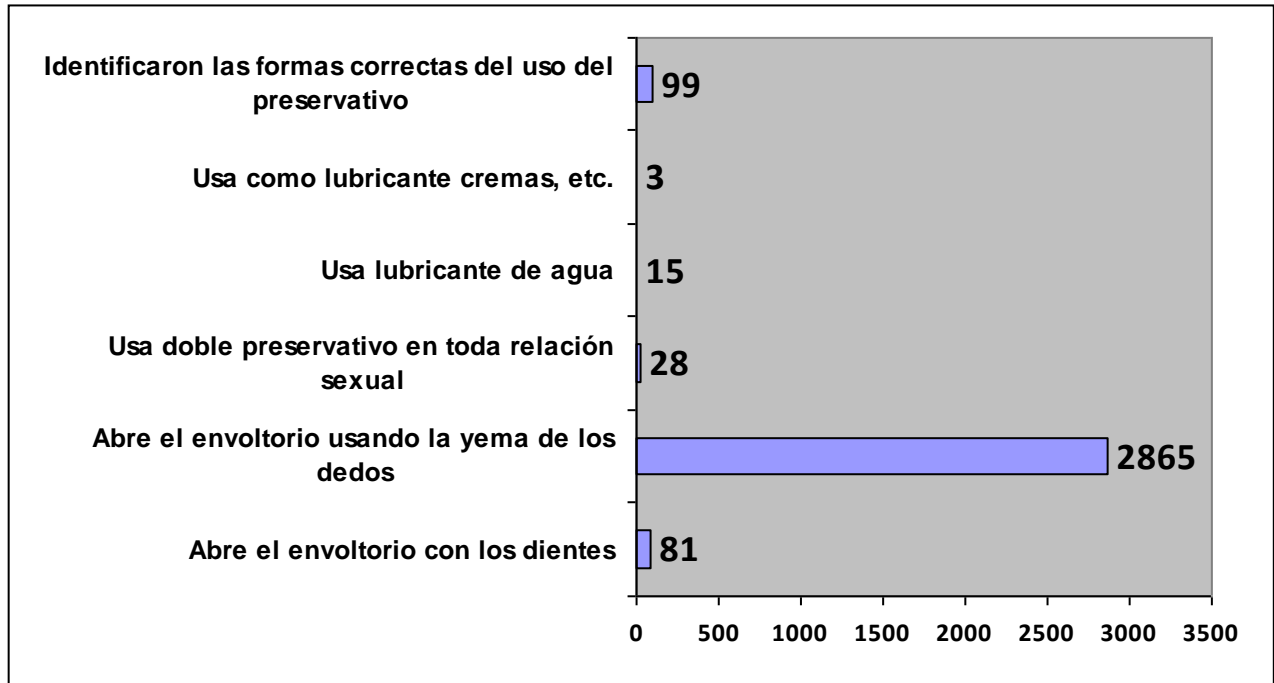
Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Cuadro 4. Conocimientos que tienen las personas privadas de libertad sobre las formas de prevención de VIH.

Variables	Número	Porcentaje
Formas de transmisión del VIH que conocen		
– Relaciones Sexuales	439	14,2
– Relaciones Sexuales sin Protección	238	7,7
– De la madre infectada por VIH al hijo	3	0,10
– Por compartir utensilios, baños	3	0,10
– Por Compartir Jeringas Contaminadas	9	0,3
– Por Transfusión Sanguínea	6	0,2
– Relación con el Mismo Sexo	3	0,1
– Identificación correcta de las formas de Transmisión por VIH	2228	72,1
– Dijo que “No sabe”	161	5,2
Formas de prevención del VIH que conocen		
– Evitar el contacto con enfermos de VIH-SIDA	46	1,5
– Abstinencia Sexual	83	2,7
– Fidelidad a su pareja sexual	432	13,9
– Uso correcto del preservativo con parejas no confiables	192	6,2
– Uso del preservativo en toda relación sexual de principio hasta el fin	911	29,5
– Otra	31	1,0
– Todas las formas correctas de protección ante la infección por VIH-SIDA	1236	40,0
– No sabe	160	5,2
Total	3091	100.0

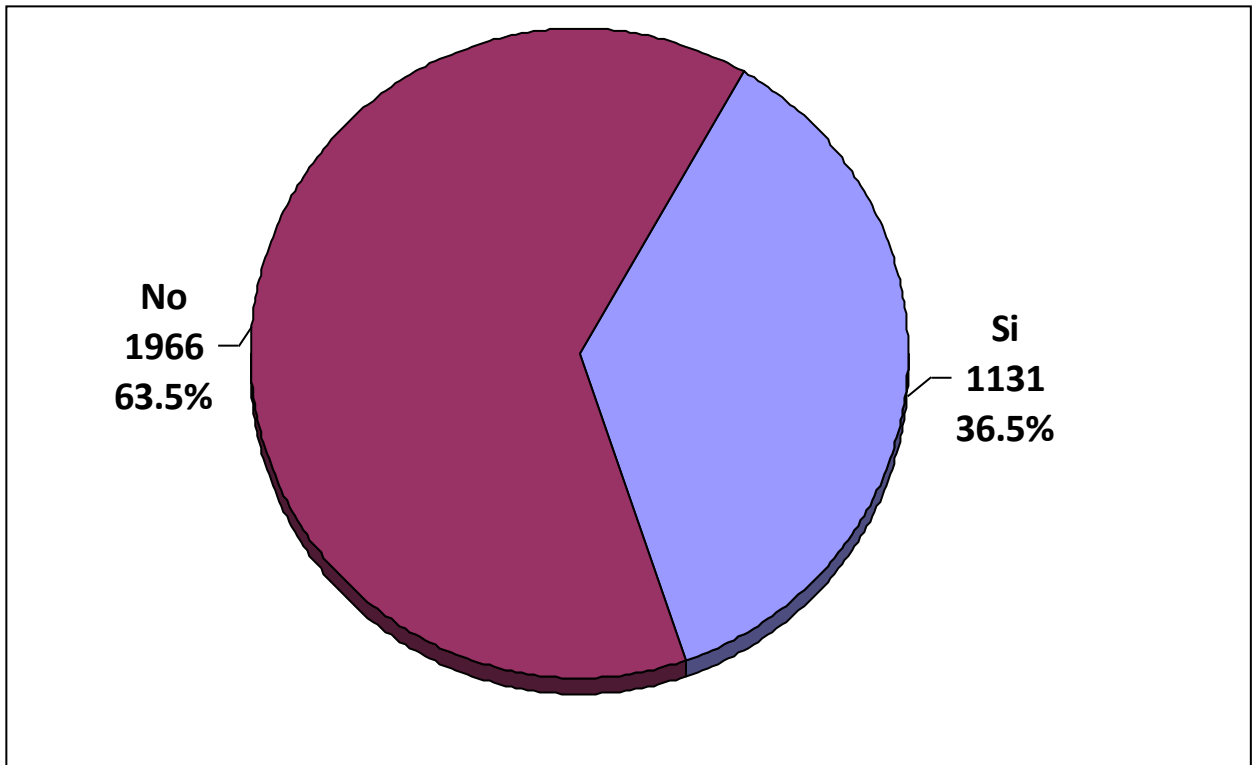
Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Gráfico 2. Cuidados que deben de tener al usar el preservativo que mencionaron los y las privados de libertad de doce centros penales del país. Honduras, 2007.



Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Gráfico 3. Privados de Libertad de doce centros penales del país que conocen alguna persona viviendo con el VIH. Honduras, 2007.



Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Cuadro 5. Estimación de las actitudes tienen las personas privadas de libertad ante la posibilidad de contacto con un caso de VIH. Doce centros penales del país. Honduras, 2007.

<i>Variables</i>	Número	%
<i>Impresiones que ha causado el conocer una personas VIH+</i>		
– Aconsejar a la persona brindando apoyo emocional	340	11,00
– Cuidarse para no infectarse	865	28,00
– Admirado por los cambios expresando preocupación	340	11,00
– Temor	216	7,00
– Alejarse de la persona	649	21,14
– Compasión por la persona	650	21,02
– Ninguna no le sorprende	31	1,00
Ha cambiado su conducta de protección sexual a partir de esta experiencia.		
– Si	870	28,15
– No	2221	71,85
<i>En que forma ha cambiado su conducta</i>		
– <i>Practicar la abstinencia</i>	200	6,5
– <i>Practicar la fidelidad</i>	530	17,2
– <i>Usar preservativo en toda relación sexual</i>	140	4,5
– <i>No aplica</i>	2221	71.8
Total	3091	100,0

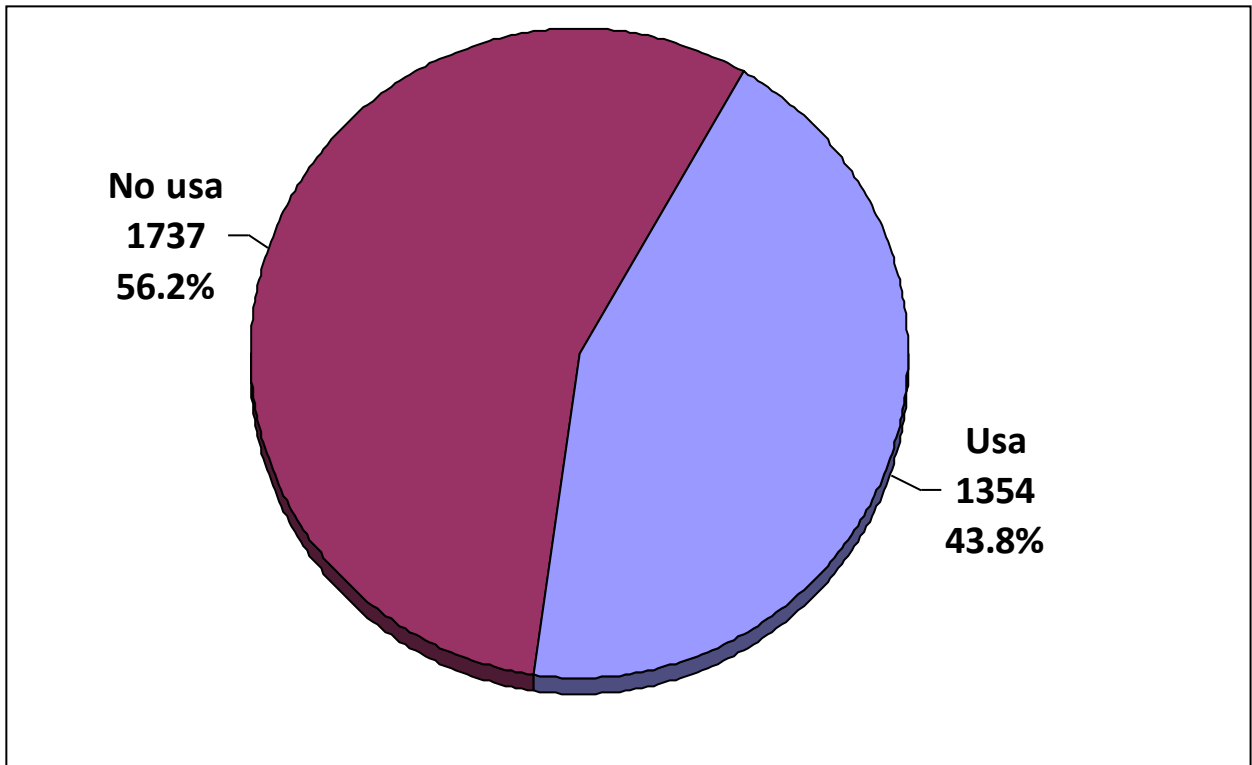
Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Cuadro 6. Tipología sexual de las personas privadas de libertad de doce centros penales del país. Honduras, 2007.

Variables	Número	%
Proporción de frecuencia de las relaciones sexuales		
– Mantiene relaciones sexuales de forma frecuente	2163	70,3
– No mantiene relaciones sexuales de una forma frecuente	928	29,7
Frecuencia de las Relaciones Sexuales		
– Relaciones sexuales más de una vez al día	748	24,2
– Relaciones sexuales una vez al día	56	1,8
– Relaciones sexuales una vez por semana	813	26,3
– Relaciones sexuales una vez cada quince días	664	21,5
– Relaciones sexuales una vez cada mes	810	26,2
Tipo de parejas sexuales en los últimos 12 meses		
– Relaciones sexuales exclusivas con el Conyugue	1193	38,6
– Relaciones sexuales exclusivas con la pareja de hecho	915	29,6
– Relaciones sexuales con el novio-novia	525	17,0
– Relaciones sexuales con profesionales trabajadores(as) del sexo	148	4,8
– Relaciones sexuales con parejas ocasionales	139	4,5
– Relaciones sexuales hombre-hombre	6	0,2
– Relaciones mixtas ocasionales con dos o más grupos anteriores	165	5,3
Total	3091	100,0

Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Gráfico 4. Uso de preservativos según referencia de los y las Privados de Libertad de doce centros penales. Honduras, 2007.



Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Cuadro 7. Razones por las que aducen el no uso de preservativos las personas privadas de libertad de doce centros penales del país. Honduras, 2007.

Razones por las que no usa el preservativo	Número	%
– Pérdida de sensibilidad	123	3.70
– Incomodidad	3	0.10
– Perdida de excitación sexual	15	0.50
– Olor desagradable	3	0.10
– Sabor desagradable	3	0.10
– No tiene acceso a preservativos dentro del centro Penal	22	0.70
– Acceso limitado al uso de preservativos	6	0.20
– Provoca fricción y calor en los genitales	30	0.90
– No contesto	62	2.70
– Solo tiene relaciones sexuales con su pareja	741	23.70
– No tiene pareja sexual	1205	38,9
– Es fiel a su pareja	878	28.40

Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Cuadro 8. Uso de preservativos por los y las privados de libertad de doce centros penales del país, según variables socio demográficas. Honduras, 2007.

<i>Variables</i>	Población	Lo usan	%
Sexo			
– Masculino	2906	1264	43.5
– Femenino	185	62	33.5
Edad			
– 14 -23	742	146	19.6
– 24-33	1236	649	52.5
– 34 -43	649	358	55.1
– 44 -53	309	120	38.8
– 54-63	155	40	25.8
Escolaridad			
– Analfabeta	464	159	34.2
– Primaria Incompleta	1236	517	41.8
– Primaria Completa	859	391	45.5
– Secundaria Incompleta	349	168	48.1
– Secundaria Completa	137	68	49.6
– Universitaria Incompleta	36	13	36.1
– Universitaria Completa	10	5	50.0
Estado Civil			
– <i>soltero</i>	1514	735	48.5
– <i>Unión Libre</i>	1143	443	38.7
– <i>Casado</i>	432	145	33.5
Total	3091	1323	42.8

Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Cuadro 9. Fuente de obtención de los preservativos que tienen las personas privadas de libertad de doce centros penales del país. Honduras, 2007.

<i>Fuente de dotación de preservativos</i>	Número	%
– <i>Los compra</i>	296	9.60
– <i>En el Centro Penal</i>	2451	79.30
– <i>De voluntarios</i>	120	3.90
– <i>Personal se salud</i>	64	2.10
– <i>Otras formas</i>	92	3.00
– <i>De todas las formas anteriores</i>	68	2.20
Total	3091	100.0

Fuente: Encuestas aplicadas en el estudio.

Discusión de resultados

Características sociodemográficas:

Se encontró que las personas privadas de libertad que fueron intervenidas en actividades educativas en prevención de VIH, se encuentran en la edad económicamente activa (14 a los 43 años), este dato coincide con lo registrado en la población general. El mayor porcentaje de PPL intervenidos en actividades educativas es del sexo masculino, debido a que la población femenina recluida es un mínimo porcentaje de la población penitenciaria. El periodo de reclusión de los PPL en un mayor porcentaje fue de 1 a 5 años de reclusión y su estatus legal es de sentenciado, aunque no hay una diferencia tan significativa en el estatus de proceso de sentencia, se encontró un bajo nivel de escolaridad predominando los estudios de escuela primaria incompleta.

El estado civil de las personas privadas de libertad refirieron en su mayoría ser solteros o estar en unión libre, estas características son similares a las registradas otros estudios de PPL realizado en Chinandega, Nicaragua, El Salvador^{20, 21}.

Sobre los conocimientos:

Todos los encuestados participaron de un proceso de capacitación en prevención del VIH, sin embargo algunos refirieron no haber escuchado sobre el VIH. A pesar de haber participado en estas actividades y muchos haber reconocido que han escuchado sobre el tema, se encontró que el conocimiento no es el esperado sobre las formas de transmisión y sobre las formas de prevención del VIH, y los cuidados del uso correcto del preservativo, según las expectativas que se tenían del proceso de capacitación.

Estos hallazgos pueden ser debidos a que los PPL tenían un periodo corto de reclusión, se encontraban en un proceso de adaptación de normas disciplinarias institucionales y no institucionales, aspecto que los somete a estrés, pudiendo esto limitar la captación de información y educación brindada, además de condiciones pedagógicas

inadecuadas como espacios reducidos, altas temperaturas, falta de mobiliario, iluminación inadecuada, falta de ventilación y contaminación acústica por estar cerca de los talleres de ebanistería, zapatería y elaboración de hamacas entre otros.

El grupo etario que identifiqué por lo menos tres formas de transmisión del VIH fue el rango de edad de 20 a 30 años, aspectos que son parecidos a estudios referidos²² y se explica porque los más jóvenes tienen, en muchas circunstancias, más facilidades de aprender.

Sobre actitudes:

Se identificó una la persistencia de una actitud desfavorable que puede inducir a estigmas y discriminación relacionados con el VIH, ya que la mayoría expresaron “miedo” al tener que relacionarse con una persona con VIH, condicionado por un la falta de información, los prejuicios y tabúes alrededor del VIH, propios de factores socioculturales como raza, religión, situación económicas de poder, estado civil, entre otros factores.

Los estigmas que conlleva a la discriminación, además de vulnerar los derechos de las personas afectadas al excluirlos de los programas y servicios, también favorecen la invisibilización del fenómeno vulnerando a todos los ciudadanos ante la transmisión del VIH.²³

La discriminación también puede ser estructural. Esta es menos evidente, pero ocurre cuando se destinan menos recursos de investigación y tratamiento de esta enfermedad, terminando las personas con menos oportunidades de beneficiarse con acceso a servicios de prevención y a servicios de salud tratamientos por estar privados de libertad²⁴.

Sobre las prácticas:

Tipología Sexual: Las personas privadas de libertad refirieron tener frecuentemente relaciones sexuales con una frecuencia de una relación por día. Cabe mencionar que la visita conyugal a nivel del sistema penitenciario nacional es una vez por semana, lo cual confirmaría que los PPL tienen una vida sexual activa en el interior de los centros penales teniendo prácticas sexuales de HSH, a pesar que esta práctica sexual es de alto riesgo, refirieron la no utilización del condón en un alto porcentaje.

En relación al tipo de parejas sexuales que tuvieron en los últimos doce meses refirieron que fue con “su pareja estable”, pero llama la atención que algunos PPL mencionaron tener relaciones sexuales mixtas con más de dos personas o relaciones sexuales en grupos, exponiéndolos a conductas y comportamientos de riesgo que conlleve a aumentar la vulnerabilidad ante el VIH.

En relación al uso del preservativo un alto porcentaje refirió no utilizar condón, las razones que expresaron para no hacerlo, es que solamente tenían relaciones sexuales con su pareja, porque es fiel y la otra razón dada fue que no tenía pareja.

En relación al uso del condón a menor edad hay menor uso del preservativo, a menor nivel educativo se observó una tendencia al no uso del preservativo.

En relación al cuidado del preservativo tienen una práctica inadecuada, ya que la mayoría menciona como un mínimo tres cuidados que deben tener. En relación del sexo hay mayor uso del preservativo entre los hombres.

Esto se debe a que la forma de acceso a condones de las personas privadas de libertad es en el interior de los centros penales es limitada, cabe mencionar que la dotación de preservativos la realizan organizaciones no gubernamentales, cuya distribución se realiza con una periodicidad trimestral, quedando los PPL con periodos de desabastecimiento, además que la distribución se realiza de acuerdo a logro de indicadores ya definidos, la forma de distribución no garantiza el acceso de condones

ya que se distribuyen en las clínicas y enfermerías en los centros de privación donde existen y en un pequeño porcentaje se realiza una dotación directa a los beneficiarios los que son entregados directamente durante las actividades educativas donde se distribuyen 10 preservativos por PPL que participan en las actividades educativas

A pesar que han conocidos personas con VIH y la impresión que le causaría, la mayoría de PPL no han tenido cambios de conducta / comportamiento orientados a la adopción de una conducta sexual saludable (uso del preservativo), las personas que si refirieron haber tenido cambios de conducta/ comportamiento refirieron practicar la fidelidad, ya que prevalece desconocimiento de prevención de VIH, invisibilizando la vulnerabilidad y el riesgo a contraer VIH, por factores socioculturales existentes. Esto significa que a pesar de experiencias concretas con personas afectadas, no se ha podido desarrollar modelos educativos que fortalezcan conocimientos y modifiquen las actitudes hacia la prevención.

Conclusiones

- 1) Las personas privadas de libertad en los centros penitenciarios de nuestro país son poblaciones de hombres jóvenes, con bajo nivel de escolaridad que conlleva a dificultades en la lectura y por lo tanto limita su comprensión de los contenidos de las actividades educativas realizadas con esta población y la captación de mensajes claves, que tiene el contenido de las capacitaciones..
- 2) A pesar de haber realizado un proceso de capacitación, hay una brecha en cuanto al conocimiento de VIH, métodos de prevención, y uso del condón por lo que los hace personas vulnerables a ITS/VIH-Sida.
- 3) Las condiciones de vida en prisión son de hacinamiento, sobre todo en los hogares y bartolinas de los diferentes centros de privación del sistema penitenciario nacional, colocándolos en relaciones de riesgo debido a las normas establecidas por los PPL en relación a relaciones sexuales forzadas, con situaciones de poder jerárquico y normas de castigo.
- 4) Alto porcentaje de personas que han recibido conocimientos sobre mecanismos de transmisión del VIH y sexo seguro, pero menor proporción de personas que sabe sobre formas de transmisión de las ITS y prevención sexual del VIH.
- 5) Se mostro una actitud desfavorable relacionadas con el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH.
- 6) Las prácticas sexuales entre los PPL se realizan con una frecuencia diaria, algunos refirieron prácticas sexuales en grupo, y relaciones sexuales de HSH, lo que aumenta el riesgo y vulnerabilidad ante las ITS, VIH/Sida.

- 7) Se realiza dotación de preservativos dentro del centro penal realizando la entregas a autoridades del sistema penitenciario para la distribución de los mismos, pero con escasa utilización por mantener una relación sexual de pareja estable y de fidelidad, determinada por el poco conocimiento que se tenga de la vida de la pareja y el sentimiento con el que se establece dicha relación. Sumando además un conocimiento no adecuado sobre la prevención de VIH lo que lo pueden ser condicionantes, que determinen la baja utilización del preservativo limitando el acceso al condón y limitando la demanda del mismo de parte del usuario.

Recomendaciones

- 1) A nivel institucional, es necesario generar una profunda discusión sobre la temática sexo seguro en la prevención de la infección por el VIH. Hasta el momento, se ha hecho énfasis en el mercadeo social de los condones. En un mundo donde la sexualidad se encuentra arraigada a valores y modelos socialmente contruidos, es necesario diseñar nuevas y eficientes estrategias de protección ante el riesgo de contagio. Esto permitirá plantear nuevas estrategias de abordaje de poblaciones de mayor riesgo (PEMAR) para alcanzar el cumplimiento de objetivos de los procesos educativos realizados para poder asegurar el logro de indicadores que incluye la adopción de cambios de comportamiento y la adopción de prácticas sexuales saludables.
- 2) Los programas de educación en salud que se implementen deben seguir promover y reforzar la promoción de cambios de comportamiento enfocados a la adopción de conductas sexuales saludables con transferencia de conocimientos de forma innovadora y que estas metodologías y material audiovisual a utilizar en nuevas fases se validen con la población blanco.
- 3) Se debe establecer otras estrategias en relación a la distribución de condones en los centros penales beneficiarios del proyecto para garantizar el acceso a los mismos para garantizar la sostenibilidad de los procesos desarrollados y establecidos con las intervenciones realizadas por el proyecto además para realizar sinergias en este tipo de intervenciones como ser la realización de pruebas rápidas, abordaje de parejas estables ocasionales, TS entre otras cosas.

- 4) Se debe tomar en cuenta que hay otros actores que podrían ser parte de la cadena de transmisión del VIH como ser las visitas de parejas estables de las personas privadas de libertad, trabajadoras sexuales que ofrecen sus servicios en estos centros de privación de libertad y las visitas ocasionales que no se incluyen en los procesos de transferencia de conocimientos en prevención de VIH.

- 5) Se debe considerar la realización de estudios en forma periódica para evaluar el impacto de las intervenciones realizadas para poder realizar ajustes a los programas educativos para poder realizar la forma de transferencia de conocimientos sobre todo en este tipo de población para poder contribuir a generar los cambios de comportamientos esperados.

Bibliografía

-
- ¹ Paola Bollini, Alexander Guchenko. Epidemiología de VIH-Sida en los establecimientos penitenciarios. El VIH en los establecimientos penitenciarios. Versión en castellano para América Latina.
- ² Hammett TM, Harmon P, Maruschak L. Update: HIV/AIDS, Stdsand TB in 1996-1997
- ³ ONUSIDA. Las Cárceles y el SIDA. Punto de vista del ONUSIDA. Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas. ONUSIDA.Pág. 2. Suiza. Abril 1997.
- ⁴ Vlahov, D. Y Junge, B.; The role of needle Exchange programs in Vih prevention public health report, 1998, 113,1,75-80
- ⁵ ONUSIDA. Facilitando la cadena de transmisión de la enfermedad. Las cárceles y el SIDA, actualización técnica del ONUSIDA, abril de 1997, colección ONUSIDA de prácticas Óptimas Pag. 3.
- ⁶ Losada, Luis Gustavo, Derecho a la salud, VIH/SIDA y Prisión, en Cuadernos de Doctrina y Jurisprudencia Penal, año V, nro. 9 A, Ad-Hoc, 1997, Buenos Aires, pág. 248.
- ⁷ Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia del SIDA. Estimaciones Mundiales para adultos y niños, Final del 2003, Situación mundial de la epidemia, diciembre 2003. disponible en: <http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/sida/situacion.htm>.
- ⁸ The World Health Report 2002.
- ⁹ Foro Nacional del SIDA (FONASIDA), surge como iniciativa de la Sociedad Civil, apoyada por el Fondo Global de las Naciones Unidas, como una forma para apoyar a la Secretaria de Salud, en las campañas educativas de prevención, acercar el tratamiento con retrovirales a la población infectada y cuantificar el impacto de la epidemia.
- ¹⁰ Congreso Nacional de la República de Honduras. Ley Especial Sobre VIH, Honduras, sept. 1999.
- ¹¹ Banco Mundial. Planeación Enfocada a Resultados, Caso Honduras, Reporte del Programa Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, 23 nov. 2009.

-
- ¹² ONUSIDA ha preparado una colección de estudios técnicos sobre el SIDA conocidas con el nombre de series de actualización técnica y puntos de vista acerca de la temática de VIH-SIDA, los cuales son publicados en español, francés, inglés y ruso.
- ¹³ Roger H. Brunign, Gregory J. Schraw y Royce R. Ronning. La memoria: Estructura y modelos. Traducción hecha con propósitos educativos por la Oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la UMSS. Tomado del libro Cognitive Psychology and Istruction. Capítulo 3. New JerseyÑ Merrill (1995).
- ¹⁴ Thomas L. Good y Jere Brophy. Procesamiento, recuerdo y reestructuación de lo que se aprende. Psicología educative contemporánea. Capóitulo 8. Quinta edición McGraw Hill. Traducción 1995.
- ¹⁵ Patrick Jhon. Trainin research and practice. El aprendizaje y la adquisición de habilidades. Academic Press, 1999.
- ¹⁶ Leal Jiménez Antonio. El proceso de cambio de comportamientos en marketing social. Gerstión del Marketing social. Serie McGraw-Hill de Management. España. 2000.
- ¹⁷ Kretch, D., Cruchfields, S., y Ballachy, E.L Individual in society. MacGraw-Hill. Nueva York 1962.
- ¹⁸ Allport G.W. Attitudes. In a handbook of social psychology. C. Murchison; Págs789-844, Clark University Press, Worcester, Massachusetts. 1935.
- ¹⁹ Katz, I. The funcional approach to the study of attitudes. Public opinion Quarterly, 24. 1960. págs. 163-204.
- ²⁰ M.A Laínez, L.M Castillo, A. matute, G. Matus, Seroprevalencia del VIH/SIDA en privados/as de libertad recludos en el sistema penitenciario de Chinandega en el periodo de enero/junio del 2007, vol. 2, numero 2, 2008.
- ²¹ Banco Mundial, Región de Latinoamérica y el Caribe y Programa Global de VIH/SIDA, Reduciendo la Vulnerabilidad al VIH/SIDA en centro América: El Salvador: Situación del VIH/SIDA y Respuesta a la Epidemia, dic. 2006.
- ²² Juan Almendarez, Conocimientos Actitudes y prácticas sexuales seguras ante el VIH/SIDA en privados/as de libertad, 1 ed., Managua; Nicaragua 2009.

²³ Fuster Ruiz de Apodaca, MJ, Molero Alfonso F, Gil de Montes L. Victoria Asusi A. Aguirrezabal Prado A, Jaquotot AK, Informe FIPSE, Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH, Madrid 2010 FIPSE.

²⁴ Alberto M. Pérez, Estigma y discriminación. Modulo de capacitación del III Máster de formación on line en VIH: "*Máster sobre infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*" Disponible en: www.campusesther.org/2011.

Anexos

Conocimientos sobre VIH/SIDA y uso del preservativo en personas privadas de libertad de Centros Penales de Honduras. Noviembre a Diciembre del 2009.

Edad: _____

Sexo h() m()

Procedencia: _____

Número de años de reclusion: _____

Status legal

- a. Sentenciado
- b. Proceso de Sentencia

Centro penal: _____

1. Escolaridad

- a. primaria completa
- b. primaria incompleta
- c. Secundaria completa
- d. secundaria incompleta
- e. universitaria incompleta
- f. universitaria completa
- g. analfabeta

2. Estado civil

- a. Casado
- b. Soltero
- c. Unión libre
- d. No tiene pareja estable

4. Describa cuales son las formas de transmisión del VIH-SIDA que usted conoce

- a. Relaciones sexuales
- b. Relaciones sexuales desprotegidas
- c. de la madre al hijo
- d. Por abrazos
- e. Por compartir utensilios, baños
- f. Por besos
- g. Por la picadura de zancudos
- h. Por compartir jeringas contaminadas

- i. Transfusiones sanguíneas
- j. Por realizarse tatuajes
- k. Relaciones con el mismo sexo (hombre –hombre)
- l. No Sabe

5. Que formas de prevención del VIH conoce usted

- a. Evitar contacto con los enfermos
- b. Abstinencia
- c. Fidelidad
- d. Uso del condón con algunas pareja no confiables
- e. Uso de condón en toda relación sexual desde el principio hasta el fin.
- f. No sabe
- g. Otra _____

6. Usa preservativo o condón

Si () No ()

7. En caso de que haya respondido que no usa preservativo preguntar ¿Por qué razones no lo usa?

- a. Pérdida de sensibilidad durante el acto sexual
- b. Incomodidad
- c. Pérdida de excitación sexual mientras lo coloca en el pene
- d. Olor del condón no agradable
- e. Sabor del condón no agradable
- f. No tiene acceso a preservativo
- g. Tiene acceso pero es limitado.
- h. Muy caliente

8. En caso de que haya respondido que si usa preservativo preguntar ¿Que cuidados debemos tener al usar el preservativo?

- a. En la fecha de elaboración
- b. Fecha de vencimiento
- c. Que no este roto
- d. No romperlo con las uñas o boca,
- e. Debe conservarse en cualquier lugar
- f. Debe guardarse en un lugar no muy caliente

9. Al usar protección con preservativo cuales de las siguientes practicas tiene usted

- a. Abre el condón con los dientes
- b. Abre el condón con la yema de los dedos

- c. Utiliza doble condón
- d. Utiliza lubricante a base de agua
- e. Utiliza lubricante mineral
- f. Utiliza como agente lubricante cremas faciales o para el cuerpo

10. Mantiene usted relaciones frecuentemente

Si () No ()

11. En caso que se haya respondido que si mantiene relaciones frecuentemente preguntar ¿Con que frecuencia o regularidad tiene sexo?

- a. Una vez al día
- b. Una vez a la semana
- c. Una vez cada quince días
- d. Una vez cada mes
- e. Otras _____

12. Describa quienes han sido sus parejas sexuales en los últimos 12 meses:

- a. Cónyuge (o)
- b. Pareja de hecho,
- c. Novio/novia,
- d. Profesional del sexo
- e. Parejas ocasionales. 1)hombre 2)mujer
- f. Hombre -Hombre

13. Utilizó preservativo la última vez que mantuvo relaciones sexuales, con las parejas, en los últimos doce meses>

- a. si
- b. no
- c. Lo utilizo en algunas ocasiones.

14. Donde obtiene los preservativos

- a. Los compra
- b. En la clínica del centro penal
- c. A través de voluntarios
- d. A través de ONG
- e. Otros : _____

15. Ha escuchado hablar sobre el VIH-Sida

Si () No () Si la respuesta en negativa no aplica la siguiente interrogante

16. Donde ha escuchado sobre el VIH

- a. Capacitaciones de la secretaria de salud
- b. Por líderes de la iglesia
- c. Por capacitaciones ONG
- d. Medios de comunicación y otras personas

17. Conoce de algún caso seropositivo de VIH/viviendo con el virus

Si () No ()

18. Que impresión le ha causado el tener que relacionarse con una persona con VIH+.

18. A cambiado su conducta de protección sexual a partir de esta experiencia

Si () No () Si la respuesta en negativa no aplica la siguiente interrogante

19. En caso de una respuesta afirmativa en que ha cambiado su conducta

- a. Practicar la abstinencia.
- b. Practicar la Fidelidad.
- c. Utilizar el preservativo en toda relación sexual.