

Etnicidad y Riesgo de VIH en Guatemala

Tory M. Taylor, John Hembling y Jane T. Bertrand



MEASURE Evaluation

Etnicidad y Riesgo de VIH en Guatemala

Tory M. Taylor, John Hembling y Jane T. Bertrand



MEASURE Evaluation is funded by the U.S. Agency for International Development (USAID) under terms of Cooperative Agreement GHA-A-00-08-00003-00 and implemented by the Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill in partnership with Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, and Tulane University. The views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of USAID or the United States government. TR-12-86 (May 2012).

Tabla de Contendios

Resumen Ejecutivo	7
Introducción	9
El VIH y la etnicidad en Guatemala	9
Medición de la identidad étnica	10
Métodos	13
Resultados	17
Aspectos sociodemográficos	17
Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH (análisis bivariable)	21
Resultados relativos al VIH en un modelo multivariable	28
Resultados multivariados entre las mujeres	28
Resultados multivariados entre los hombres	30
Limitaciones	33
Discusión y Recomendaciones	35
Referencias	39
Apéndice: Modelos Multivariados Completos	41

Resumen Ejecutivo

Los mayas y otros grupos indígenas constituyen cerca de la mitad de la población de Guatemala y las investigaciones que se han realizado anteriormente arrojan resultados evidentes sobre su alto grado de marginación con respecto a casi todos los indicadores de salud y bienestar (Gagnolati and Marini, 2003). Sin embargo, se sabe muy poco sobre el perfil de riesgo de estos grupos en cuanto al VIH y tampoco se sabe la diferencia entre dicho perfil y el de la población no indígena. La determinación de estas diferencias podría servir de base para la asignación de recursos y para mejorar las estrategias de intervención tendientes a prevenir el VIH en el país.

Con el fin de describir las diferencias en una serie de variables demográficas y relativas al VIH entre grupos étnicos, se utilizaron los datos sobre 16,205 mujeres de 15 a 49 años y sobre 6,822 hombres de 15 a 59 años que participaron en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) de 2008-2009. Luego se controlaron factores como la edad, la educación, la riqueza y otros, usando para ello un modelo de regresión logística con el fin de investigar la conexión entre la etnicidad y las probabilidades de una iniciación sexual temprana, un mayor número de parejas sexuales, el uso del condón, las pruebas de VIH, un conocimiento a fondo sobre el VIH y las actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH (PVV) entre los encuestados.

Los datos demostraron que existe un nivel bajo de comportamientos sexuales de riesgo entre las mujeres y los hombres indígenas en relación con los que prevalecen entre otros encuestados. Sin embargo, entre el grupo indígena también se pudo constatar que existe una marcada falta de concienciación sobre el VIH, una comprensión más limitada de cómo se transmite el VIH, menos conocimientos sobre su prevención y más actitudes negativas hacia las PVV. Al controlar otros factores sociodemográficos, se logró establecer una relación entre la etnicidad y la iniciación sexual temprana, 3 o más parejas sexuales a lo largo de su vida, un conocimiento comprensivo sobre el VIH, las actitudes de aceptación y las pruebas de VIH entre las mujeres. No se logró establecer una relación con el uso de un condón durante el último coito. Entre los hombres, se estableció una relación entre la etnicidad y la iniciación sexual temprana, 10 o más parejas sexuales a lo largo de su vida, un historial de ser cliente de las trabajadoras del sexo a lo largo de su vida y un conocimiento a fondo sobre el VIH. Se constató una conexión menos marcada con las probabilidades de que los hombres hayan tenido 3 o más parejas sexuales durante los últimos 12 meses, hayan utilizado un condón durante su coito más reciente y se hayan sometido a pruebas para el VIH. Entre los hombres, no se detectó ninguna relación entre la etnicidad y el uso de un condón durante su último coito con una trabajadora sexual o con su aceptación hacia las PVV.

Se llegó a la conclusión de que la población indígena en Guatemala, aunque es muy vulnerable socialmente, no parece estar en alto riesgo de contraer VIH. Se recomienda que las iniciativas de prevención se sigan centrando en las poblaciones claves que se encuentran en algo de riesgo. Sin embargo, son motivo de preocupación los bajos porcentajes de pruebas para el VIH, aunados a los limitados conocimientos que existen sobre la prevención, especialmente entre los indígenas. Los programas que se llevan a cabo en las comunidades indígenas también deberían concentrarse en brindar una educación básica sobre el VIH y abordar las barreras

que existen para la realización de pruebas de laboratorio. Por último, a pesar de que nuestro análisis de los factores de riesgo arroja pruebas contundentes de que la epidemia en Guatemala permanece concentrada en las poblaciones claves tradicionales, sería conveniente incorporar datos sobre biomarcadores del VIH en la próxima encuesta de salud a nivel nacional con el fin de lograr una evidencia definitiva. También se anima a aquellos investigadores que trabajan con otros conjuntos de datos sobre la salud en Guatemala para que presenten sus resultados por grupo étnico, con el fin de que los programas y las políticas puedan diseñarse tomando en cuenta las necesidades particulares de las comunidades indígenas.



Los autores quieren reconocer a USAID/Guatemala, cuyo apoyo resultó en la producción de este reporte. En particular les queremos agradecer a Deborah Kalief, Giovanni Meléndez, Lucrecia Castillo, Daniel Muralles y Judith Timyan por sus comentarios e ideas para el análisis. ¡Gracias!

Introducción

EL VIH Y LA ETNICIDAD EN GUATEMALA

En Guatemala existe una epidemia de VIH concentrada, cuya prevalencia se estima en un 0.8%, conforme a los datos de vigilancia prenatal y del sistema de información de casos existente en el país (ONUSIDA, 2010). No se han incluido las pruebas para el VIH en las encuestas nacionales que se han realizado en Guatemala, pero se han reportado altos índices de prevalencia en los estudios efectuados en los trabajadores sexuales (4.3%) y en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (12.1%) (Soto et al, 2007; ONUSIDA, 2010; García, EJ. 2011; Instituto Nacional de Estadística, 2002). También se sospecha que existe un mayor riesgo de infección entre la reducida población de garífunas, aunque es necesario realizar mayores investigaciones para establecer la prevalencia entre este grupo de una manera definitiva. Mientras que en otros países de la región las prevalencias se muestran estables o están declinando, los índices de VIH en Guatemala aún no evidencian un estancamiento (Banco Mundial, 2011). Los informes del año 2009 señalaban que 62,000 personas vivían con VIH en Guatemala, la mayoría de ellas residentes en los centros urbanos del país (ONUSIDA, 2010; USAID, 2010).

El gobierno de Guatemala reconoce cuatro grupos étnicos: los ladinos, los mayas, los xincas y los garífunas. A los pueblos mayas, xincas y garífunas se les considera indígenas, pero los mayas constituyen la gran mayoría de la población indígena.

El VIH en Guatemala

En Guatemala existe una epidemia de VIH concentrada, cuya prevalencia se estima en un 0.8%, conforme a los datos de vigilancia prenatal y del sistema de información de casos existente en el país. (ONUSIDA, 2010)

Existen veintitrés subgrupos mayas, entre los cuales los principales son los K'iche, Kaqchikel, Mam y Q'eqchi. Estas etnias se concentran en las áreas rurales del altiplano occidental del país. Los mayas constituyen un 40-60% de la población total de Guatemala, aunque el porcentaje exacto sigue siendo una estadística difícil de precisar debido a las razones que se describirán más adelante. Muchos mayas se aferran a la idea de una cosmovisión, una perspectiva del mundo que sostiene que “toda la naturaleza está integrada, ordenada e interrelacionada” (García, Curruchiche y Taquirá, 2009). La propiedad colectiva de la tierra también se ha citado como un factor que distingue a los mayas de los pobladores no indígenas de Guatemala. Como consecuencia de las normas culturales conservadoras y la naturaleza rural de la vida en estas comunidades mayas, se tiene la percepción generalizada de que el riesgo de estos grupos al VIH es particularmente bajo, pero no existe ninguna evidencia sistemática que apoye o refute este supuesto.

Los ladinos (el término local que se aplica a los individuos que no son indígenas) constituyen el otro grupo étnico más numeroso y son ellos los que han mantenido el dominio político, económico y social desde hace más de un siglo. Normalmente se identifican como ladinos a aquéllos que hablan español, aunque el uso del idioma español no es un marcador definitivo. De hecho, no existe ningún marcador definitivo. Aunque, en términos generales, se pueden

asociar ciertas características con la identidad maya o ladina, la distinción entre ambas se determina culturalmente. Casi todos los mayas y la mayoría de los ladinos de Guatemala aseguran tener ascendencia amerindia y española (Adams, 1994).

Las poblaciones garífunas y xincas de Guatemala son más reducidas que los mayas o los ladinos. Un poco más de 5,000 hablantes del idioma garífuna, de ascendencia africana occidental, vivían en Guatemala en el año 2002, la mayoría de ellos en el departamento de Izabal (Congreso de la República de Guatemala, 2007). El pueblo xinca, que cuenta con 16,214 miembros según el último cómputo, se concentra en el departamento de Jutiapa (Richards, 2003; Adams, 1994). El idioma xinca, de una familia lingüística aislada, lo hablan muy pocos descendientes de esa etnia en la actualidad y las características culturales de este grupo ya no logran distinguirse de las de los ladinos de la región (Richards, 2003). Aunque los funcionarios de salud sospechan que existe un nivel alto de prevalencia entre los garífunas, basándose en los estudios realizados en los países vecinos de Honduras y Belice (Paz-Bailey et al, 2009; Bastos et al, 2008), no logramos considerarlos como un grupo aparte en este análisis, dado que se incluyen muy pocos de ellos en la muestra del ENSMI.

Los objetivos de este informe son:

1. Describir el grado de concienciación acerca del VIH; los conocimientos sobre su transmisión y prevención; las actitudes hacia las PVV; el historial hacerse pruebas de VIH y el comportamiento sexual de riesgo entre las mujeres y los hombres de Guatemala, por grupo étnico.
2. Identificar las relaciones entre la etnicidad y los resultados correspondientes al VIH, controlando otros factores sociodemográficos. Los resultados abordan aspectos como la iniciación sexual, el número de parejas sexuales, el conocimiento acerca del VIH, el historial de hacerse pruebas de VIH, el uso del condón y el ser cliente de las trabajadoras sexuales, entre otros.

Se espera que los hallazgos de estos análisis logren apoyar las estrategias del programa de VIH centrado en las poblaciones claves de Guatemala que se encuentran en un riesgo mayor (si los hombres y mujeres indígenas no parecen estar en un mayor riesgo que sus contrapartes ladinos) o sugerir que se hagan los cambios necesarios en los grupos prioritarios años en la asignación de recursos para la prevención (si se determina que existe un riesgo elevado entre la población indígena del país).

MEDICIÓN DE LA IDENTIDAD ÉTNICA

Medir la etnicidad en Guatemala constituye todo un reto. La identidad étnica no corresponde a la identidad racial o al idioma. Una mujer que se pone un huipil (blusa bordada que es característica de la cultura maya), habla sólo un idioma maya y vive en una aldea maya en el Altiplano Occidental del país podría considerarse maya, sin temor a equivocarse. Por otra parte, su hijo que se trasladó a la ciudad capital, habla perfecto español y no viste el traje tradicional maya se puede considerar a sí mismo ladino (u otros lo pueden percibir como ladino). También hay otros factores que complican más la distinción. El uso del idioma español se ha extendido, aún en aquellas aldeas en las que sus habitantes se consideran mayas. La autoidentidad étnica también puede fluctuar, y se ha detectado que

algunos indígenas asumen cualquiera de los dos “roles” según las circunstancias. Una joven indígena que vive en una aldea rural se puede vestir con pantalones de lona cuando asiste a clases en una universidad urbana, pero si lleva a cabo entrevistas con mujeres indígenas en el altiplano como parte de su trabajo, es más probable que se ponga un huipil, con el fin de comunicar su sentido de identificación con esa comunidad, y así fomentar su aceptación.

Si medir la etnicidad es tan complicado, ¿por qué le asignamos tanta importancia a dicha medición? En pocas palabras, ésta es una de las características que mejor definen la vida diaria en Guatemala, y una que tiene ramificaciones en todos los aspectos del desarrollo social, el progreso económico y las condiciones de salud. Los guatemaltecos siguen siendo una de las poblaciones más desfavorecidas en Latinoamérica; un 51% vive en la pobreza y sus tasas de mortalidad materno-infantil son muy altas (Banco Mundial, 2011). Las décadas de privaciones, prejuicios sociales y violencia política presentan un panorama aun más desolado entre los grupos indígenas de Guatemala: en tanto que un 70% de las mujeres ladinas recibe atención de un médico o una enfermera durante el parto, únicamente el 30% de las mujeres indígenas tienen acceso a esa atención (Haub y Gribble, 2011). Asimismo, un 66% de los niños indígenas presentan desnutrición crónica, en comparación con un 36% de los niños ladinos (Haub and Gribble, 2011). Esta mayor vulnerabilidad en tantas áreas de salud y bienestar indujo a los funcionarios de salud pública a cuestionar el hecho de que este grupo poblacional sea particularmente vulnerable en términos del VIH. A pesar de que no hay indicios de que exista una “epidemia oculta,” se cree que la población indígena no está debidamente representada precisamente en aquellos servicios de donde provienen los datos para estimar la prevalencia del VIH – los servicios prenatales y la vigilancia de casos.

Métodos

La *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* (ENSMI) se ha llevado a cabo en Guatemala con intervalos de aproximadamente cinco años desde 1987 y ahora incluye una serie de preguntas sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los participantes con relación al VIH (MSPAS, 2011). Los instrumentos se aplican a una muestra nacional representativa con una probabilidad máxima, en etapas múltiples, de mujeres entre los 15 y 49 años de edad y de hombres de 15 a 59 años de edad. El trabajo de campo para la quinta encuesta se llevó a cabo entre octubre del 2008 y junio del 2009, y dio como resultado una tasa de respuesta del 94%, o sea, 16,844 entrevistas realizadas a mujeres y 7,086 realizadas a hombres (MSPAS, 2011). Todos los estimados que se presentan en este informe provienen de los análisis ponderados efectuados con Stata, versión 12.0, utilizando comandos `svyset`, los cuales se ajustan a la probabilidad diferencial de selección (ponderación del muestreo), la falta de independencia de los individuos seleccionados de entre los conglomerados de muestreo y la estratificación del muestreo.

Las entrevistas se efectuaron en español o en uno de más de nueve idiomas mayas, basándose en la preferencia del encuestado. A los participantes se les preguntó: “¿Se considera usted indígena, ladino o de otra etnia?” Los encuestadores también registraron su propia percepción de la etnicidad del encuestado. Al momento de escribir este informe, no se encontraban disponibles los detalles de las instrucciones giradas a los encuestadores para que hicieran esta determinación. Dado que la gran mayoría de los indígenas en Guatemala pertenecen a una etnia maya, los participantes en la ENSMI que se clasifican como indígenas casi siempre son mayas y no pertenecen a otros grupos indígenas.

Entre las mujeres, la clasificación étnica fue uniforme en aproximadamente un 84% de los casos: un 37% se denominó indígena en ambas mediciones y un 47% se denominó ladina en ambas mediciones. Sin embargo, una de cada cuatro mujeres encuestadas que se identificó a sí misma como indígena (un 13% de la muestra total) fue identificada como ladina por el encuestador. Una cantidad bastante menor de encuestadas (menos del 2%) se identificó a sí misma como ladina, pero fue considerada indígena por el encuestador. El 2% restante de los casos respondió “Otros” o no respondió a una o las dos variables.

En la clasificación étnica de la muestra masculina se dio un patrón similar; la mayoría de los encuestados se clasificó en ambas mediciones como indígena (45%) o ladino (44%). Un total de 582 hombres (un 8% de la muestra) se identificaron como indígenas, pero fueron clasificados como ladinos por sus encuestadores. De nuevo, un número mucho menor de hombres, un 2% de todos ellos, se identificó a sí mismo como ladino, pero fue clasificado como indígena por el encuestador. El 2% restante de hombres respondieron “Otros” o no respondieron a una o ambas variables sobre etnicidad. Vea la Tabla 1 que aparece más adelante, donde se incluyen los detalles.

Tabla 1: Distribución de los Encuestados por Grupo Étnico, ENSMI 2008–2009

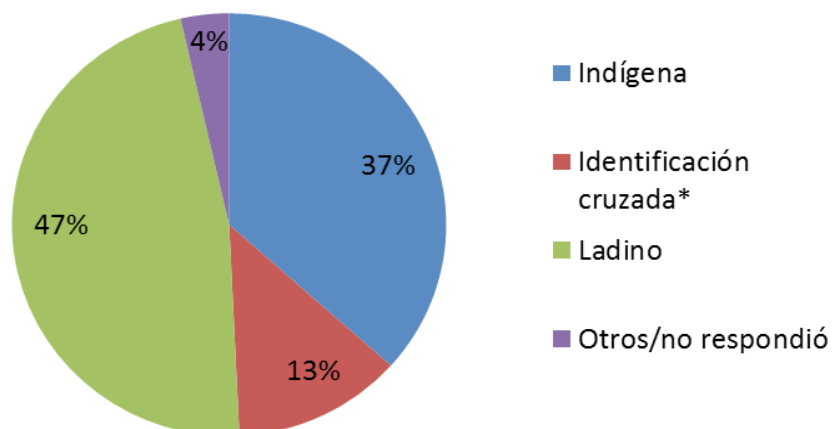
Autoidentificación	Clasificación del observador	Mujeres		Hombres	
		N	% ponderado	N	% ponderado
Ladino	Ladino	8,088	47.2	3,095	44.0
Ladino	Indígena	233*	1.5	155*	2.0
Ladino	Otros/no respondió	8*	<0.1	4*	0.1
Indígena	Ladino	2,217	12.6	582	7.8
Indígena	Indígena	5,900	36.6	3145	44.6
Indígena	Otros/no respondió	2*	<0.1	0*	0
Otros/no respondió	Ladino	298*	1.6	64*	0.9
Otros/no respondió	Indígena	51*	0.3	24*	0.4
Otros/no respondió	Otros/no respondió	22*	0.1	17*	0.2
Total		16819	100%	7086	100%

*casos excluidos del análisis

En el informe oficial sobre el ENSMI 2008-09 (MSPAS, 2011) se categoriza a los encuestados por etnicidad basándose sólo en la evaluación del encuestador, tal como sucedió en las rondas de encuestas anteriores, con el fin de permitir el análisis de tendencias (comunicación personal, CDC/Guatemala). Sin embargo, la frecuencia tan notable con que se clasificó como ladinos a los encuestados que se autodenominaban indígenas nos indujo a categorizar la etnicidad de una manera ligeramente distinta. La pregunta en la que se enfoca esta investigación “¿Los habitantes indígenas de Guatemala están en un mayor riesgo de contraer VIH que los habitantes ladinos?” se basa en las definiciones consensuadas de ambos grupos étnicos. Al no contar con la evidencia necesaria para llegar a este consenso en el caso de un alto porcentaje de casos, tanto en las muestras de las mujeres como de los hombres, y sobre la base de que este análisis del grupo discrepante puede brindar lecciones importantes para efectuar una evaluación de los riesgos y llevar a cabo programas de prevención, se optó por incorporar ambas variables de etnicidad.

En el caso de las mujeres, se contó con 16,205 casos de análisis en tres grupos que se excluyen entre sí: las mujeres que se identificaron a sí mismas como indígenas, pero que fueron clasificadas como ladinas por los encuestadores (“identificación cruzada,” un 13%), mujeres clasificadas como indígenas en ambas mediciones (un 38%), y aquéllas que se clasificaron como ladinas en ambas mediciones (un 49%). Dado que el número de casos es reducido (menos de un 2%), excluimos del análisis a las encuestadas que se identificaron a sí mismas como ladinas pero a quienes los encuestadores clasificaron como indígenas. También excluimos a los encuestados de ambos sexos (aproximadamente un 2%) que respondieron “Otros” o que no respondieron a ninguna de las variables de etnicidad. En la Figura 1a se ilustra la distribución de estos porcentajes en la muestra de la ENSMI.

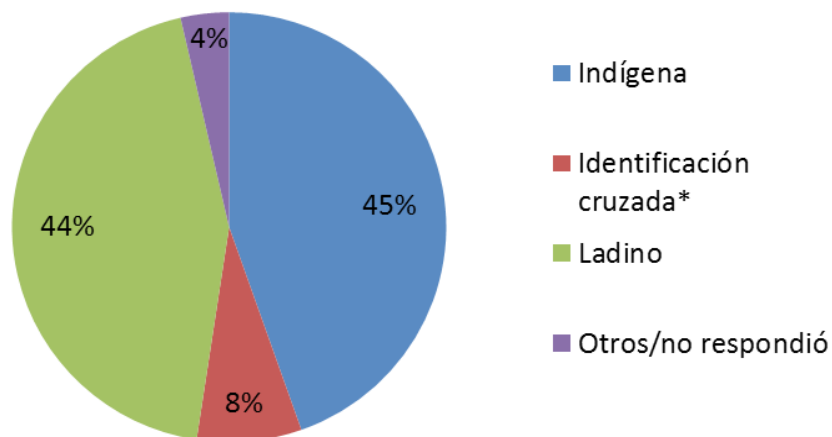
Figura 1A: Grupos Étnicos en la Muestra de Mujeres Correspondiente a la ENSMI de 2008–2009 de Guatemala: Identificación de Sí Mismas Más las Observaciones del Encuestador



* Mediante la denominación “identificación cruzada” se identifica a aquellos encuestados que se identificaron a sí mismos como indígenas, pero que fueron designados como ladinos por el encuestador.

Cuando se trató de los hombres, los mismos procedimientos de selección dieron como resultado 6,822 casos para el análisis. Aproximadamente un 8% de ellos se consideraron como de “identificación cruzada”; un 46% se identificaron como ladinos y un 46% se identificaron como indígenas. Doscientos cincuenta y cinco encuestados, lo que constituye aproximadamente un 4% de la muestra original, se excluyeron de la submuestra de hombres utilizada en el análisis, debido a que se clasificaron fuera de estas tres categorías. En la Figura 1b que aparece más adelante aparece una ilustración de la distribución de casos.

Figura 1b: Grupos Étnicos Correspondiente a la Muestra de Hombres de la ENSMI de 2008–2009 de Guatemala: Identificación de Sí Mismos Más las Observaciones del Encuestador



* Mediante la denominación “identificación cruzada” se identifica a aquellos encuestados que se identificaron a sí mismos como indígenas, pero que fueron designados como ladinos por el encuestador.

Resultados

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Primero se examinaron las características sociodemográficas de los encuestados incluidos en este análisis, con lo cual se pudo lograr establecer una serie de diferencias importantes entre los indígenas, los de identificación cruzada y los ladinos. En general, mediante los resultados se confirmaron las mejores condiciones existentes entre los ladinos, se lograron detectar divisiones regionales muy marcadas y se estableció que el grupo con identificación cruzada mostró muchas semejanzas con los ladinos en muchas de las mediciones demográficas. En otras mediciones, los encuestados con identificación cruzada se colocaron exactamente a la mitad, entre los encuestados indígenas y los ladinos. En las Tablas 2 y 3 se pueden observar las descripciones demográficas detalladas de las muestras de mujeres y hombres, por categoría étnica.

Se logró establecer que el grupo de ladinos tiende a vivir en áreas urbanas (un 57% de las mujeres y un 59% de los hombres) cuando se compara con el grupo con identificación cruzada (un 41% de las mujeres y un 50% de los hombres) o con el grupo de indígenas (un 33% de las mujeres y un 31% de los hombres). Casi la totalidad de los encuestados ladinos y con identificación cruzada informaron que hablaban y comprendían el español y que lo hablaban en forma habitual en sus hogares. Esto constituyó un contraste muy marcado con el grupo de indígenas, particularmente con las mujeres indígenas. Únicamente el 78% de las mujeres indígenas indicaron que entendían el español y sólo el 34% contestaron que lo hablaban en sus hogares en forma habitual. Las respuestas indican que es más común que los hombres indígenas comprendan el idioma español (94%) y que lo hablen habitualmente en sus hogares (53%). A la pregunta sobre si hay alguien en el hogar que hable un idioma maya, sólo el 3% de las mujeres ladinas y el 14% del grupo con identificación cruzada respondió en forma afirmativa, comparado con el 87% de las encuestadas indígenas. Entre los hombres, los resultados fueron muy similares. Curiosamente, un 13% de las mujeres indígenas y un 27% de los hombres indígenas indicaron que no había ninguno en sus hogares que supiera un idioma maya.

Los datos sobre educación y riqueza también apoyaron las diferencias bien conocidas que existen entre los grupos étnicos. Si bien el 90% de las mujeres ladinas y el 85% de las mujeres del grupo con identificación cruzada respondieron que habían asistido a la escuela, sólo un 65% de las mujeres indígenas respondió que había estudiado. Entre los hombres, se notó un acceso mayor a la educación formal, pero las diferencias se mantuvieron constantes: el 93% de los ladinos, el 92% de los que tienen identificación cruzada y el 79% de los indígenas indicó que había asistido a la escuela. Un 48% de las mujeres ladinas siguió estudios secundarios o superiores, en comparación con el 31% de las mujeres del grupo con identificación cruzada y únicamente el 15% de las mujeres indígenas. Más de la mitad de los hombres, tanto en el grupo de ladinos como en el grupo con identificación cruzada respondió que había estudiado más allá de la escuela primaria, mientras que sólo un 22% de

los hombres indígenas respondieron haberlo hecho. Si bien casi un tercio de las mujeres y los hombres ladinos se ubicaron en el quintil más alto de riqueza en la muestra global, del grupo con identificación cruzada, sólo el 14% de las mujeres y el 17% de los hombres se ubicaron en ese quintil y del grupo indígena, únicamente un 6% de las mujeres y un 5% de los hombres se ubicaron en él. También se observó que los ladinos tenían muchas más posibilidades de contar con un empleo que los hombres y mujeres de otros grupos étnicos.

Las diferencias en el estado civil de las mujeres son pocas y poco significativas. Por lo menos un 62% de las mujeres de cada grupo étnico informaron estar casadas o en una unión de hecho al momento de la entrevista. Sin embargo, entre los hombres, los resultados del grupo indígena mostraron una prevalencia de matrimonio/unión que si bien es pequeña, resulta más alta en términos estadísticos (63%) comparada con la prevalencia en el grupo con identificación cruzada (55%) y en el grupo ladino (56%).

Desigualdades étnicas

Si bien casi un tercio de las mujeres y los hombres ladinos se ubicaron en el quintil más alto de riqueza ... entre los pertenecientes al grupo con identificación cruzada, sólo el 14% de las mujeres y el 17% de los hombres se ubicaron en ese quintil y entre el grupo indígena, únicamente un 6% de las mujeres y un 5% de los hombres se ubicaron en él.

La distribución etaria, analizada en categorías de 5 años, resultó bastante similar entre los grupos étnicos tanto en las muestras de hombres como de mujeres. El 43% de las mujeres del grupo indígena, el 44% del grupo de identificación cruzada y el 40% del grupo ladino estaban entre las edades de 19 y 24 años al momento de la entrevista. Entre los hombres, aproximadamente un 39% del grupo indígena, un 45% del grupo de identificación cruzada y un 40% del grupo ladino estaban entre los 19 y los 24 años.

El lugar de residencia arrojó una serie de diferencias con respecto a los grupos étnicos. Un 30% de las mujeres ladinas, 20% de las mujeres con identificación cruzada y 7% de las mujeres indígenas residían en la región metropolitana. En los hombres, los resultados fueron similares: una 32% de ladinos, un 19% de los hombres con identificación cruzada y un 8% de los hombres indígenas vivían en la región metropolitana. Los hombres y mujeres indígenas se encontraban aglomerados en las regiones norte y noroeste, en las cuales se encontraban sólo porcentajes bajos de encuestados ladinos y de identificación cruzada. La región suroeste mostró concentraciones muy altas de hombres y mujeres indígenas y con identificación cruzada y albergaba una proporción menor, pero aun así, relativamente alta, de ladinos.

Tabla 2: Características Demográficas de Mujeres de 15–49 Años, % por Grupo Étnico, Guatemala, 2008–2009 (N=16,205)

Características sociodemográficas	Indígenas % (IC) (n=5,900)	Identificación cruzada % (IC) (n=2,217)	Ladinas % (IC) (n=8,088)
Grupo etario			
15–19	24.0 (22.6–25.6)	25.4 (22.8–28.0)	22.2 (21.0–23.5)
20–24	18.5 (17.3–19.8)	18.7 (16.5–20.9)	17.6 (16.4–18.8)
25–29	15.5 (14.5–16.5)	17.0 (14.7–19.4)	15.8 (14.8–16.8)
30–34	13.1 (12.2–14.0)	12.0 (10.6–13.4)	14.2 (13.1–15.4)
35–39	12.3 (11.4–13.2)	11.1 (9.5–12.6)	11.3 (10.5–12.1)
40–44	8.5 (7.7–9.5)	8.4 (6.9–9.9)	9.7 (8.8–10.6)
45–49	7.9 (7.0–8.8)	7.3 (5.8–8.9)	9.0 (8.1–9.9)
Residencia			
Urbana	33.2 (28.7–37.7)	41.1 (36.3–45.9)	57.0 (53.1–60.8)
Rural	66.8 (62.3–71.3)	58.9 (54.1–63.7)	43.0 (39.2–46.9)
Idioma			
Habla español	69.0 (64.7–73.2)	99.8 (99.7–100.0)	100.0
Entiende español	77.8 (74.2–81.4)	99.9 (99.8–100.0)	100.0
Se habla español en su casa habitualmente	33.5 (29.3–37.7)	98.6 (98.0–99.2)	99.8 (99.7–100.0)
Un miembro del hogar habla un idioma maya	87.1 (84.7–89.5)	14.3 (11.7–16.8)	3.3 (2.6–3.9)
Educación			
Ninguna	35.0 (32.7–37.3)	14.6 (12.5–16.8)	10.0 (8.7–11.2)
Primaria	50.2 (48.3–52.2)	54.0 (51.0–57.0)	42.4 (40.1–44.6)
Secundaria	13.3 (11.6–15.0)	28.4 (25.2–31.5)	38.2 (36.1–40.3)
Posterior a secundaria	1.5 (0.9–2.1)	3.0 (1.9–4.1)	9.4 (7.9–11.0)
Quintil de riqueza			
Más bajo	35.4 (31.3–39.4)	16.0 (12.9–19.0)	8.0 (6.7–9.4)
Segundo	27.9 (25.6–30.1)	21.9 (18.9–25.0)	14.3 (12.7–15.9)
Medio	20.4 (18.2–22.6)	24.1 (21.3–27.0)	19.8 (17.7–22.0)
Cuarto	10.7 (9.1–12.4)	24.0 (20.9–27.1)	26.7 (24.7–28.6)
Más alto	5.6 (4.3–6.9)	14.0 (11.6–16.4)	31.2 (27.6–34.8)
Estado civil			
Casada/unida	62.3 (60.5–64.2)	60.6 (57.7–63.4)	58.5 (56.8–60.1)
Soltera/nunca se casó	6.9 (6.0–7.8)	8.6 (7.0–10.2)	9.6 (8.7–10.4)
Separada/viuda/divorciada	30.8 (29.0–32.5)	30.8 (28.0–33.6)	32.0 (30.3–33.7)

Características sociodemográficas	Indígenas % (IC) (n=5,900)	Identificación cruzada % (IC) (n=2,217)	Ladinas % (IC) (n=8,088)
Región			
Metropolitana	7.0 (4.3–9.8)	19.5 (14.1–24.9)	30.3 (24.7–36.0)
Norte	20.8 (15.1–26.4)	3.0 (1.2–4.7)	2.8 (1.6–4.0)
Noreste	2.8 (1.3–4.4)	11.4 (8.4–14.3)	12.5 (9.9–15.1)
Sudeste	0.8 (0.4–1.2)	16.5 (12.1–20.9)	14.2 (11.0–17.4)
Central	9.9 (6.7–13.1)	10.8 (7.5–14.2)	13.7 (9.9–17.4)
Noroeste	27.5 (21.4–33.6)	4.4 (1.9–6.8)	5.6 (3.1–8.3)
Sudoeste	29.0 (23.9–34.1)	32.3 (26.0–38.5)	16.7 (13.1–20.4)
Petén	2.2 (0.8–3.6)	2.1 (0.9–3.3)	4.1 (2.4–5.8)

Tabla 3: Características Demográficas de Hombres de 15–59 Años, %, Guatemala, 2008–2009 (N=6,822)

Características sociodemográficas	Indígenas % (IC) (n=3,145)	Identificación cruzada % (IC) (n=582)	Ladinos % (IC) (n=3,095)
Grupo etario			
15–19	25.5 (23.3–27.7)	30.2 (24.9–35.6)	23.7 (21.1–26.3)
20–24	13.0 (11.5–14.5)	15.1 (10.7–19.4)	15.7 (13.8–17.6)
25–29	12.8 (10.9–14.7)	14.3 (10.0–18.6)	11.9 (10.4–13.5)
30–34	12.2 (11.1–13.4)	9.1 (6.8–11.4)	13.1 (11.6–14.5)
35–39	9.9 (8.8–11.0)	9.8 (7.1–12.6)	9.3 (8.2–10.4)
40–44	8.2 (7.2–9.3)	5.2 (3.5–7.0)	7.6 (6.4–8.7)
45–49	7.9 (6.7–9.1)	6.8 (4.5–9.1)	6.9 (5.7–8.1)
50–54	6.2 (5.2–7.3)	4.7 (2.4–6.9)	6.5 (5.2–7.8)
55–59	4.2 (3.3–5.0)	4.8 (2.0–7.5)	5.3 (4.3–6.3)
Residencia			
Urbana	31.6 (27.7–35.5)	50.0 (42.0–58.0)	58.8(54.3–63.2)
Rural	68.4 (64.5–72.3)	50.0 (42.0–58.0)	41.2 (36.8–45.7)
Idioma			
Habla español	91.8 (89.4–94.1)	99.7 (99.2–100.0)	100.0
Entiende español	94.2 (92.5–95.9)	99.8 (99.5–100.0)	100.0
Se habla español en su casa habitualmente	53.3 (48.0–58.5)	98.0 (96.3–99.6)	99.8 (99.7–100.0)
Un miembro del hogar habla un idioma maya	73.0 (69.0–77.0)	13.3 (9.1–17.6)	4.0 (3.0–5.0)

Características sociodemográficas	Indígenas % (IC) (n=3,145)	Identificación cruzada % (IC) (n=582)	Ladinos % (IC) (n=3,095)
Educación			
Ninguna	20.6 (18.4–22.7)	8.0 (5.6–10.3)	7.4 (5.0–8.8)
Primaria	57.3 (54.6–60.5)	42.1 (36.1–48.1)	39.1 (35.7–42.4)
Secundaria	20.4 (17.8–22.9)	44.6 (38.4–50.7)	41.9 (39.0–44.8)
Posterior a secundaria	1.8 (1.2–2.3)	5.3 (2.3–8.3)	11.6 (9.7–13.6)
Quintil de riqueza			
Más bajo	33.8 (29.8–37.8)	9.9 (7.0–12.7)	6.0 (4.8–7.2)
Segundo	27.9 (25.1–30.6)	19.6 (14.7–24.6)	13.9 (11.9–15.9)
Medio	20.5 (18.0–22.9)	24.1 (19.0–29.3)	20.7 (18.3–23.2)
Cuarto	13.3 (10.8–15.8)	29.1 (22.9–35.4)	27.1 (24.6–29.7)
Más alto	4.6 (3.4–5.8)	17.2 (8.9–25.5)	32.2 (28.4–36.0)
Estado civil			
Casado/unido	62.7 (60.3–65.1)	54.7 (49.4–59.9)	55.7 (53.2–58.1)
Soltero/nunca se casó	2.7 (1.9–3.4)	5.4 (3.2–7.7)	4.3 (3.3–5.3)
Separado/viudo/divorciado	34.6 (32.2–37.1)	39.9 (34.7–45.1)	40.1 (37.6–42.5)
Región			
Metropolitana	7.6 (4.3–10.8)	18.8 (12.1–25.4)	32.1 (25.9–38.3)
Norte	17.6 (12.6–22.6)	4.3 (1.5–7.1)	2.3 (1.2–3.4)
Noreste	5.6 (3.5–7.6)	13.6 (9.2–17.9)	12.1 (9.4–14.8)
Sudeste	2.8 (1.7–3.9)	13.8 (9.5–18.0)	14.4 (11.0–17.8)
Central	10.7 (7.8–13.5)	10.1 (5.0–15.2)	15.0 (10.5–19.4)
Noroeste	21.2 (16.1–26.2)	6.0 (2.3–9.8)	5.9 (3.1–8.7)
Sudoeste	31.9 (26.8–37.0)	30.8 (21.2–40.3)	13.4 (10.2–16.8)
Petén	2.7 (1.4–2.9)	2.6 (0.9–4.4)	4.7 (2.6–6.8)

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON EL VIH (ANÁLISIS BIVARIABLE)

De los resultados se deduce que existen diferencias significativas entre las mujeres indígenas, las que tiene identificación cruzada y las ladinas en cuanto a sus conocimientos y actitudes hacia el VIH, su comportamiento sexual, su historial de pruebas de VIH y otros factores. Vea la Tabla 4, donde encontrará detalles sobre los análisis de las mujeres y la Tabla 5 que contiene los resultados correspondientes a los hombres. La mayoría de las mujeres ladinas (98%) y las mujeres con identificación cruzada (95%) estaban enteradas del VIH, en comparación con aproximadamente tres cuartos de las mujeres del grupo indígena. Entre los hombres se pudo detectar un grado más alto de concienciación, pero el patrón étnico

permaneció igual: Un 99% de los hombres ladinos y con identificación cruzada habían oído hablar sobre el VIH, en comparación con un 93% de los hombres indígenas. Las mujeres ladinas y con identificación cruzada también mostraron una mayor tendencia a haberse sometido a una prueba de VIH que las mujeres indígenas (21%, 18%, and 5%, respectivamente). Se pudo notar que había diferencias muy evidentes en cuanto a la realización de alguna prueba de VIH por parte de los tres grupos de hombres: un 18% de los ladinos se había hecho las pruebas, mientras que sólo un 11% de los hombres con identificación cruzada y un 6% de los hombres indígenas lo habían hecho.

Entre las mujeres, la percepción de riesgo relativa al VIH resultó similar en los tres grupos: entre el 21% y el 23% de las que habían oído hablar sobre el VIH indicaron que consideraban estar en riesgo. En los hombres, los porcentajes a este respecto entre los grupos de ladinos y hombres con identificación cruzada resultaron similares: entre el 27% y el 29%, respectivamente, consideraron que estaban en riesgo. Los resultados de los hombres indígenas arrojaron una ligera prevalencia, si bien bastante más baja, de percepción personal de riesgo (21%).

Resultaron comunes los conceptos errados sobre la transmisión del VIH entre los que dijeron saber acerca de esta infección en los tres grupos; sin embargo, se detectó que había mayores malentendidos entre los indígenas. Una de cuatro mujeres indígenas respondió afirmativamente cuando se les preguntó si podrían contraer VIH al darle la mano a alguien con sida, mientras que sólo un 10% de las mujeres con identificación cruzada y un 7% de las mujeres ladinas respondieron así a la pregunta. El error más frecuente se relaciona con el concepto de que el VIH se puede transmitir por medio de las picaduras de zancudo, y es igual de común entre las mujeres indígenas y con identificación cruzada (61% y 62%, respectivamente). Esta equivocación resultó mucho menos común entre las mujeres ladinas de la muestra (53%). Su mayor prevalencia se pudo notar entre los hombres indígenas (70%), pero los porcentajes de los hombres en los otros grupos étnicos se asemejaron a los porcentajes de las mujeres. Cerca del 46% de las mujeres indígenas, el 29% de las mujeres con identificación cruzada y el 25% de las mujeres ladinas tenían al menos dos de cinco errores de concepto. La tendencia entre los hombres fue similar: un 48% de los hombres indígenas tenía dos o más conceptos errados, en comparación con aproximadamente uno en cuatro hombres con identificación cruzada y ladinos.

A los encuestados que nunca había oído hablar del VIH también se les preguntó si sabían cómo prevenir el VIH y se registraron sus respuestas espontáneas. Si estas respuestas espontáneas no incluían aspectos específicos como la abstinencia, la fidelidad a una sola pareja o el uso del condón, el encuestador le preguntaba al encuestado si creía que esos comportamientos podían prevenir el VIH. En la tabla 3 aparece una combinación de estas respuestas espontáneas y dirigidas.

El porcentaje de mujeres ladinas que estuvieron de acuerdo en que la abstinencia podría prevenir el VIH (92%) fue ligeramente más alto que el porcentaje de mujeres indígenas que respondieron lo mismo (89%). Entre las mujeres indígenas se encontró también un porcentaje menor (94%), que es leve pero significativo, que consideraba la fidelidad como una forma efectiva de prevenir el VIH, en comparación con la misma creencia entre las mujeres con identificación cruzada y las ladinas (un 97% en ambos grupos). El uso del condón se citó como una medida preventiva por parte de un porcentaje aun menor de mujeres indígenas —el 70%—; una proporción significativamente mayor de mujeres con identificación cruzada (87%) y ladinas (90%) identificó esta medida correctamente. Entre los hombres, los conocimientos

sobre los métodos de prevención son generalmente mayores (entre un 84% y un 99% a nivel general) y es más uniforme entre todos los grupos étnicos. Un porcentaje ligeramente más bajo de hombres indígenas (84%) consideraron que el uso del condón es una estrategia de prevención efectiva, en comparación con el 91% de hombres ladinos.

Entre aquéllos que habían oído hablar del VIH, se detectó que las actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH (PVV) distaban mucho de estar generalizadas. Se encontraron resultados relativamente similares en los grupos con identificación cruzada y de ladinos, pero los niveles más bajos de un comportamiento de aceptación se encontraron entre los indígenas encuestados. Al preguntarse: “¿Si supiera que un compañero de trabajo tiene VIH, estaría de acuerdo en trabajar con él/ella?”, un 74% de las mujeres ladinas, un 67% de las mujeres con identificación cruzada y un 40% de las mujeres indígenas respondieron afirmativamente (todas las diferencias son significativas en términos estadísticos). Un número considerablemente menor de hombres indígenas (54%) en comparación con el número de hombres ladinos (75%) y hombres pertenecientes al grupo con identificación cruzada (77%) respondieron que sí estarían dispuestas a trabajar con alguien que tuviera VIH.

Conceptos errados más comunes

Cerca del 46% de las mujeres indígenas, el 29% de las mujeres con identificación cruzada y el 25% de las mujeres ladinas tenían al menos dos de cinco errores de concepto.

A las preguntas sobre si el encuestado estaría de acuerdo en comprar verduras o comida de un proveedor que tuviera VIH/sida, permitir que sus hijos fueran a la escuela con un niño que tuviera VIH y permitir que los maestros con VIH siguieran enseñando en la escuela, los patrones de las respuestas resultaron similares. Los encuestados indígenas mostraron el grado más bajo de aceptación. Entre los hombres, en el grupo de ladinos y el de identificación cruzada no se pudo detectar ninguna distinción, en términos estadísticos, mientras que entre las mujeres, el grupo con identificación cruzada arrojó un grado ligeramente más bajo de aceptación. Los patrones en las respuestas resultaron distintos cuando se formuló la pregunta: “¿Si un miembro de su familia tuviera VIH, preferiría mantener su condición en secreto?” Los porcentajes de mujeres indígenas y con identificación cruzada que no estuvieron de acuerdo con esta noción fueron similares (un 55% y un 53%, respectivamente), mientras que un número significativamente menor de ladinas (48%) no concordaron con ella. Un 66% de hombres indígenas y un porcentaje ligeramente más bajo, si bien equivalente en términos estadísticos, de los hombres en los otros grupos no estuvieron de acuerdo con una respuesta afirmativa a esta pregunta.

Aunque un 79% de las mujeres con identificación cruzada y un 85% de las mujeres ladinas afirmaron estar de acuerdo con la afirmación de que un individuo con VIH puede lucir saludable, únicamente el 61% de las mujeres indígenas estuvieron de acuerdo con esta noción. El patrón fue similar en los hombres: un 88% de los ladinos y un 87% de los hombres con identificación cruzada, en comparación con el 76% de los hombres indígenas, afirmaron que esto era cierto.

También se examinó el porcentaje de personas de cada grupo que afirmó contar con un conocimiento comprensivo sobre el VIH, quienes se pueden definir como: personas que rechazan dos de los conceptos erróneos más comunes sobre el VIH; identifican correctamente la fidelidad y el uso del condón como métodos efectivos para prevenir el VIH, y responden afirmativamente cuando se les pregunta si una persona con VIH puede lucir saludable. Entre

las mujeres, se pudo constatar que existen diferencias significativas entre los tres grupos: un 15% de las indígenas; un 21% de las mujeres con identificación cruzada y un 33% de las ladinas demostraron su conocimiento pleno del VIH. Entre los hombres, un 16% de los indígenas, un 29% de los hombres con identificación cruzada y un 33% de los ladinos demostraron pleno conocimiento. Los intervalos de confianza entre los estimados para los hombres con identificación cruzada se traslaparon, pero el nivel de conocimiento entre los hombres indígenas resultó considerablemente menor.

Entre las mujeres que reportaron haber tenido alguna relación sexual, la edad promedio de su iniciación sexual resultó muy similar en los grupos de indígenas (17.5 años) y de mujeres con identificación cruzada (17.3 años), en tanto que, entre las ladinas, la edad fue mayor (18.1 años). Entre los hombres ladinos y con identificación cruzada, por otra parte, la edad promedio de su iniciación sexual –16.1 y 16.2, respectivamente– es similar, mientras que en el grupo de indígenas resultó mayor (17.9 años). El porcentaje de mujeres que eran menores de 15 años al inicio de su actividad sexual fue relativamente bajo, en general, y hubo diferencias no significativas entre los grupos: un 15% entre las mujeres indígenas, un 17% entre las mujeres con identificación cruzada y un 14% entre las ladinas. Entre los hombres, sin embargo, un porcentaje significativamente menor del grupo indígena reportó una iniciación sexual temprana (un 16%, en comparación con un 28% y un 31% entre los otros grupos).

Entre las mujeres que reportaron haber tenido relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores a la entrevista, la proporción de las que dijeron haber tenido 3 o más parejas sexuales durante su vida fue similar, en términos estadísticos, en los grupos con identificación cruzada y de ladinas; pero resultó menor en el grupo de indígenas (3%). Se pudo observar que el condón se usó relativamente poco entre las mujeres que habían tenido relaciones sexuales durante los 12 meses anteriores a la entrevista: únicamente un 3% de las encuestadas indígenas, un 6% de las encuestadas con identificación cruzada y un 8% de las encuestadas ladinas manifestaron haber usado un condón durante su último coito. Sólo la diferencia entre los grupos de indígenas y de ladinas tuvo significación estadística. Entre las mujeres que nunca se casaron, el uso del condón fue mayor, en general, pero resultó considerablemente más bajo entre las indígenas (14%) que entre las ladinas (36%).

Los hombres reportaron haber tenido un número mayor de parejas sexuales que las mujeres, tanto durante toda su vida como durante el año anterior. Las diferencias entre los grupos étnicos fueron muy similares a las existentes entre los grupos de mujeres. Un 10% de los hombres ladinos, un 9% de los hombres con identificación cruzada y un 4% de hombres indígenas indicaron haber tenido al menos 3 parejas sexuales en los 12 meses anteriores. Un 29% de los hombres indígenas, un 24% de los hombres con identificación cruzada y un 12% de los hombres ladinos indicaron haber usado un condón durante su último coito durante los 12 meses anteriores. En ambas variables, las diferencias únicamente tuvieron significación estadística en los resultados correspondientes a encuestados indígenas en relación con los resultados de los otros dos grupos. La frecuencia con que se usó un condón también resultó mucho más baja entre los hombres indígenas; sólo un 12% de ellos respondió que “siempre” o “casi siempre” usaba un condón, en comparación con el 24% de los hombres con identificación cruzada y el 29% de los hombres ladinos. Fue menos frecuente que los hombres indígenas contestaran que habían tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual (un 19% contra un 34% de ladinos y un 35% de hombres con identificación cruzada). Asimismo, las respuestas del grupo indígena denotaron una menor tendencia a las relaciones sexuales con una trabajadora sexual durante los 30 días anteriores (un 2% contra el 4%).

Tabla 4: Porcentaje de Mujeres de 15–49 Años con Ciertos Conocimientos, Actitudes y Comportamientos de Riesgo Relativos al VIH, por Grupo Étnico, Guatemala, 2008–2009 (N=16,205)

Característica	Indígenas % (IC)	Identificación cruzada% (IC)	Ladinas % (IC)
Entre todas las mujeres	(n=5,900)	(n=2,217)	(n=8,088)
Ha oído hablar del VIH	75.5 (72.6–78.4)	94.6 (93.1–96.1)	97.7 (97.1–98.2)
Entre las mujeres que han oído hablar del VIH	(n=4,473)	(n=2,080)	(n=7,878)
Se han sometido a una prueba de VIH ¹	5.3 (4.3–6.2)	17.7 (15.0–20.3)	21.3 (19.8–22.8)
Consideró que podría estar en riesgo de contraer VIH	22.1 (20.4–23.8)	22.5 (19.7–25.4)	21.3 (19.9–22.6)
Estuvo de acuerdo en que el VIH se puede transmitir por			
Darle la mano a una persona que tiene sida	24.5 (22.2–26.8)	10.0 (7.8–12.2)	6.6 (5.4–7.7)
Darle un beso en la frente a una persona con sida	29.5 (27.1–31.9)	12.5 (10.0–14.9)	8.8 (7.5–10.1)
Una picadura de zancudo	60.9 (58.8–63.0)	62.2 (59.4–65.0)	53.0 (51.3–54.9)
Compartir los platos y cubiertos con alguien que tiene sida	45.4 (43.2–47.7)	30.6 (27.6–33.6)	27.1 (25.4–28.8)
Trabajar con alguien que tiene sida	27.8 (25.5–30.0)	14.0 (11.6–16.4)	10.0 (9.0–11.4)
Tenía 2 o más conceptos errados sobre la transmisión	45.8 (43.3–48.3)	28.8 (25.8–31.7)	24.7 (22.9–26.4)
Identificó correctamente las formas como se puede prevenir el VIH			
Con la abstinencia se puede prevenir el VIH	88.9 (87.5–90.2)	90.6 (88.9–92.3)	91.8 (90.9–92.7)
La fidelidad puede prevenir el VIH	93.5 (92.5–94.6)	96.9 (96.0–97.8)	97.2 (96.6–97.7)
El uso del condón puede prevenir el VIH	69.8 (67.3–72.3)	86.7 (84.6–88.8)	89.9 (88.8–90.9)
Mostraron actitudes de aceptación hacia las PVV			
Compraría verduras o comida de una PVV	25.6 (23.5–27.7)	42.3 (38.7–45.9)	48.8 (46.7–50.9)
Trabajaría con una persona infectada con VIH	40.2 (37.3–43.0)	66.7 (63.1–70.2)	74.3 (72.4–76.1)
Permitiría que un maestro infectado con VIH impartiera clases	33.8 (31.2–36.4)	50.7 (47.1–54.4)	59.1 (56.9–61.2)
No mantendría en secreto el hecho de que un miembro de su familia fuera VIH +	55.2 (53.1–57.2)	53.0 (49.8–56.3)	48.0 (46.4–49.6)
No tendría reparos en que un niño con VIH fuera a la escuela con su hijo	33.0 (30.4–35.7)	52.1 (48.6–55.6)	60.9 (58.9–63.0)
Demostró las 5 actitudes de aceptación	6.0 (5.0–7.1)	13.6 (11.8–15.5)	15.7 (14.4–17.0)
Sabe que una PVV puede lucir saludable	61.3 (58.9–63.7)	79.1 (76.6–81.5)	84.7 (83.4–85.9)
Tiene un conocimiento comprensivo sobre el VIH ²	14.7 (13.1–16.4)	21.3 (18.8–23.9)	33.2 (31.3–35.1)
Entre las mujeres que han tenido alguna relación sexual	(n=4,772)	(n=1,820)	(n=6,623)
Edad promedio de su iniciación sexual ³	17.5 (3.63)	17.3 (3.57)	18.1 (3.88)
Iniciación sexual < 15 años ³	15.3 (13.9–16.7)	17.0 (14.6–19.5)	13.6 (12.3–14.9)

Característica	Indígenas % (IC)	Identificación cruzada % (IC)	Ladinas % (IC)
Entre mujeres que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses	(n=4,052)	(n=1,531)	(n=5,629)
Ha tenido 3 o más parejas sexuales a lo largo de su vida ⁴	2.6 (1.8–3.4)	5.7 (4.0–7.3)	7.8 (6.7–8.9)
Usó un condón durante su último coito	3.4 (2.5–4.2)	5.9 (4.1–7.8)	8.3 (7.2–9.4)
Entre mujeres que nunca se han casado y que han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses	(n=55)	(n=49)	(n=246)
Usó un condón durante su último coito	14.3 (3.2–25.4)	22.3 (8.6–36.1)	36.4 (28.2–44.6)

¹ Hacen falta 32 casos

² Las personas con un conocimiento comprensivo son aquéllas que rechazan dos de los conceptos erróneos más comunes sobre el VIH; identifican correctamente la fidelidad y el uso del condón como métodos efectivos para prevenir el VIH y responden afirmativamente cuando se les pregunta si una persona con VIH puede lucir saludable.

³ Hacen falta 19 casos

⁴ Hacen falta 49 casos

Tabla 5: Porcentaje de Hombres de 15–59 Años con Ciertos Conocimientos, Actitudes y Comportamientos de Riesgo Relativos al VIH, por Grupo Étnico, Guatemala, 2008–2009 (N=6,822)

Característica	Indígenas % (IC)	Identificación cruzada % (IC)	Ladinos % (IC)
Entre todos los hombres	(n=3,145)	(n=582)	(n=3,095)
Ha oído hablar del VIH	92.7 (90.3–93.9)	98.8 (97.8–99.8)	99.1 (98.7–99.5)
Entre los hombres que han oído hablar del VIH	(n=2,925)	(n=571)	(n=3,069)
Se han sometido a una prueba de VIH	5.5 (3.8–7.3)	10.7 (7.3–14.2)	17.9 (15.8–20.1)
Consideró que podría estar en riesgo de contraer VIH	20.8 (18.3–23.4)	29.4 (23.7–35.0)	26.7 (24.2–29.3)
Estuvo de acuerdo en que el VIH se puede transmitir por			
Darle la mano a una persona que tiene sida	20.5 (18.2–22.8)	6.9 (4.1–9.8)	5.1 (4.0–6.2)
Darle un beso en la frente a una persona con sida	30.1 (27.0–33.3)	9.5 (6.5–12.5)	8.6 (7.4–9.9)
Una picadura de zancudo	69.8 (67.2–72.4)	58.0 (50.4–65.7)	54.8 (52.0–57.6)
Compartir los platos y cubiertos con alguien que tiene sida	47.1 (43.9–50.2)	25.1 (19.9–30.4)	26.2 (24.0–28.5)
Trabajar con alguien que tiene sida	23.8 (21.1–26.4)	8.6 (5.7–11.5)	8.6 (7.1–10.0)
Tenía 2 o más conceptos errados sobre la transmisión	48.2 (45.1–51.3)	25.2 (19.9–30.5)	24.1 (21.7–26.4)
Identificó correctamente las formas como se puede prevenir el VIH			
Con la abstinencia se puede prevenir el VIH	89.8 (88.1–91.5)	93.1 (90.4–95.8)	92.7 (91.3–94.1)
La fidelidad puede prevenir el VIH	97.8 (97.1–98.5)	97.6 (96.2–99.0)	98.5 (97.9–99.1)
El uso del condón puede prevenir el VIH	84.4 (82.3–86.4)	88.1 (84.1–92.1)	91.0 (89.4–92.6)

Característica	Indígenas % (IC)	Identificación cruzada % (IC)	Ladinos % (IC)
Mostraron actitudes de aceptación hacia las PVV			
Comprarían verduras o comida de una PVV	26.5 (24.0–28.9)	49.0 (41.8–56.3)	44.9 (42.2–47.7)
Trabajarían con una persona infectada con VIH	54.0 (50.7–57.3)	77.0 (72.2–81.7)	74.5 (71.9–77.1)
Permitirían que un maestro infectado con VIH impartiera clases	34.4 (31.5–37.2)	58.6 (52.0–65.1)	56.6 (53.8–59.4)
No mantendría en secreto el hecho de que un miembro de su familia fuera VIH +	65.4 (63.0–67.9)	59.5 (52.9–66.2)	55.5 (52.9–58.0)
No tendría reparos en que un niño con VIH fuera a la escuela con su hijo	33.6 (30.8–36.3)	59.8 (53.4–66.1)	59.8 (53.4–66.1)
Demostró las 5 actitudes de aceptación	7.6 (6.3–8.9)	18.2 (14.1–22.3)	17.4 (15.4–19.4)
Sabe que una PVV puede lucir saludable	75.9 (73.5–78.3)	86.6 (82.6–90.7)	87.8 (85.9–89.8)
Tiene un conocimiento comprensivo sobre el VIH ¹	15.5 (13.4–17.6)	28.5 (20.0–37.1)	32.9 (30.4–35.4)
Entre los hombres que han tenido alguna relación sexual	(n=2,732)	(n=507)	(n=2,646)
Edad promedio de su iniciación sexual ²	17.9 (3.68)	16.2 (3.00)	16.1 (3.21)
Iniciación sexual <15 años ²	15.5 (13.0–18.1)	28.1 (22.6–33.5)	31.2 (28.3–34.1)
10 o más parejas sexuales a lo largo de su vida ³	11.1 (9.3–13.0)	23.9 (18.0–29.7)	28.6 (26.0–31.2)
Ha tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual	18.9 (16.5–21.3)	34.5 (28.3–40.7)	34.4 (31.5–37.2)
Ha tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual durante los últimos 30 días ⁴	1.9 (1.2–2.6)	1.7 (0.5–2.8)	4.0 (2.9–5.0)
Entre hombres que han tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual	(n=460)	(n=157)	(n=901)
Usó un condón durante su último coito con una trabajadora sexual	60.4 (55.0–65.8)	64.1 (54.6–73.7)	67.4 (63.7–71.1)
Entre hombres que han tenidos relaciones sexuales durante los últimos 12 meses	(n=2,487)	(n=474)	(n=2,579)
3 o más parejas sexuales en los últimos 12 meses ⁵	3.8 (2.6–4.9)	9.3 (6.4–12.2)	10.3 (8.4–12.1)
Usó un condón en su último coito	12.1 (9.5–14.7)	24.0 (18.2–29.8)	29.3 (26.6–32.0)

¹ Las personas con un conocimiento comprensivo son aquellas que rechazan dos de los conceptos erróneos más comunes sobre el VIH; identifican correctamente la fidelidad y el uso del condón como métodos efectivos para prevenir el VIH y responden afirmativamente cuando se les pregunta si una persona con VIH puede lucir saludable.

² hacen falta 22 casos

³ hacen falta 28 casos

⁴ hacen falta 14 casos

⁵ hace falta 1 caso

RESULTADOS RELATIVOS AL VIH EN UN MODELO MULTIVARIABLE

Los resultados en el campo de la salud generalmente están condicionados por una serie de factores relacionados. Por ejemplo, entre las mujeres y los hombres ladinos, se dio una prevalencia más alta de un conocimiento comprensivo sobre el VIH que en sus contrapartes indígenas; por lo tanto, podríamos llegar a la conclusión de que la etnicidad está relacionada con los conocimientos relativos al VIH. Sin embargo, este análisis bivariado no considera los efectos de otras diferencias entre grupos étnicos. Los ladinos tienen más riqueza y más educación que sus pares indígenas, por ejemplo, y estos factores también pueden afectar los resultados. Por medio de un análisis multivariable podemos estimar la importancia de una variable individual (eticidad) en un resultado dado (conocimiento sobre el VIH), a la vez que se mantienen constantes otros factores (educación, quintil de riqueza). Si los mayores conocimientos de los ladinos son únicamente resultado de una mejor educación y una mayor riqueza, la etnicidad “quedará fuera” de ese análisis, y no tendrá ninguna significación estadística. Si, por otro lado, los conocimientos sobre el VIH todavía siguen siendo mayores entre los ladinos conforme a un modelo ajustado a las condiciones de riqueza y educación, se puede llegar a la conclusión de que la etnicidad está asociada al resultado cuyos demás factores se controlan.

Aspectos de etnicidad

Conforme a los resultados, se pudo llegar a la conclusión de que la etnicidad es un factor de predicción importante de cinco de estas variables, aun cuando se controlan las variables relativas a la educación, la riqueza y otras diferencias demográficas entre los grupos étnicos.

Se utilizaron modelos de regresión logística para llevar a cabo este análisis multivariable con el fin de responder a la pregunta: ¿Se relaciona la etnicidad con los conocimientos, las actitudes o las prácticas sexuales **cuando se mantienen constantes las demás características demográficas**? Los modelos completos y una descripción de los efectos de cada factor de control se pueden consultar en las Tablas A1 y A2 incluidas en el Apéndice. Más adelante se incluye un enfoque sobre los efectos de la etnicidad, empezando con una investigación de seis resultados correspondientes a las mujeres: iniciación sexual temprana, tres o más parejas sexuales a lo largo de la vida, un conocimiento comprensivo sobre el VIH, actitudes de aceptación hacia las PVV, la realización de alguna prueba de VIH, y el uso del condón durante su último coito. Conforme a los resultados, se pudo llegar a la conclusión de que la etnicidad es un factor de predicción importante de cinco de estas variables, aun cuando se controlen las variables relativas a la educación, la riqueza y otras diferencias demográficas entre los grupos étnicos.

RESULTADOS MULTIVARIABLES ENTRE LAS MUJERES

La etnicidad afectó las probabilidades de que las mujeres inicien su actividad sexual a una temprana edad (edad de la primera relación sexual <15 años), que tengan tres o más parejas sexuales a lo largo de su vida, que cuenten con un conocimiento comprensivo sobre el VIH y que muestren actitudes de aceptación hacia las PVV. En general, los resultados sugieren que el riesgo por comportamiento es más bajo entre las mujeres indígenas, pero también que tienen menos conocimientos sobre cómo pueden evitar la infección. No se encontró ninguna relación entre la etnicidad y las probabilidades de que las mujeres usaran un condón durante su coito más reciente.

Iniciación sexual

“Al compararlas con las mujeres indígenas, las mujeres de los grupos de ladinas y de identificación cruzada tienden a iniciar su actividad sexual a una edad más temprana – con probabilidades que son casi 1.5 veces más altas.”

Al compararlas con las mujeres indígenas, las mujeres de los grupos de ladinas y de identificación cruzada tienden a iniciar su actividad sexual a una edad más temprana – con probabilidades que son casi 1.5 veces más altas. Las ladinas tienen el doble de probabilidades de tener tres o más parejas sexuales a lo largo de su vida, en comparación con el grupo de mujeres indígenas. Las probabilidades entre las mujeres del grupo con identificación cruzada no se diferencian mucho de las del grupo de mujeres indígenas.

Las ladinas tenían 1.6 más probabilidades de contar con un conocimiento comprensivo sobre el VIH, en comparación con las mujeres indígenas. Las probabilidades del grupo con identificación cruzada no se diferenciaron de manera significativa de las del grupo de encuestadas indígenas. Las probabilidades de que las mujeres del grupo con identificación cruzada y el grupo de ladinas manifesten actitudes de aceptación son el doble de las probabilidades entre las mujeres indígenas. Las probabilidades de que las encuestadas con identificación cruzada y las encuestadas ladinas se hayan hecho pruebas para el VIH también son dos veces y media más altas. Vea la Tabla 6 que contiene los detalles y las razones de probabilidades ajustadas (Adjusted Odds Ratio—AOR en inglés).¹

¹ La regresión logística arroja la razón de probabilidad ajustada, lo cual permite comparar las probabilidades de un resultado por categoría de referencia en vez de por categoría de comparación de cualquier variable, por ejemplo, la etnicidad. La razón de probabilidad ajustada correspondiente a una categoría de referencia siempre será 1.00; equivale a las probabilidades de que se dé un resultado en ese grupo dividido por el mismo número. Por ejemplo, si las probabilidades de que llueva en una ciudad de comparación son de 2 de 4 (0.50), la razón de probabilidad ajustada correspondiente a esa ciudad de comparación será de 0.50/0.25, o sea 2. La razón de probabilidad ajustada para el grupo de referencia es de 0.25/0.25, o sea 1.00. La categoría de comparación en este caso tiene el doble de probabilidades de rendir un resultado de interés.

La inclusión de otras variables en el modelo de regresión las mantiene constantes. También se dice que estas covariables se “controlan” o “se da cuenta de ellas” en el análisis. En la cuarta columna de la Tabla 4, por ejemplo, se puede observar que el grupo de ladinas tenía 1.58 más probabilidades de manifestar un conocimiento comprensivo sobre el VIH que las del grupo de referencia —las encuestadas indígenas—, al mantener constante la edad, la residencia urbana/rural, la educación, el quintil de riqueza, el estado civil y la región de residencia. Al sustraer las covariables de este modelo, se cambiarían las probabilidades relativas de los grupos étnicos de contar con un conocimiento comprensivo sobre el VIH, ya que no se daría cuenta de estos otros factores. La razón de probabilidad ajustada de menos de uno sugiere que un grupo tiene menos probabilidades que el grupo de referencia de manifestar el resultado, y la razón de probabilidad ajustada se consideraría significativa si el intervalo de confianza del estimado no incluye 1.

Tabla 6: Razones de Probabilidades Ajustadas (Adjusted Odds Ratio–AOR) Correspondientes a Ciertos Resultados de Riesgo al VIH Entre Mujeres de 15 a 49 Años, por Grupo Étnico⁺

Comportamientos sexuales	N	Indígenas	Identificación cruzada	Ladinas
Iniciación sexual temprana ¹	13,196	Referencia	1.48 (1.16–1.88)***	1.41 (1.17–1.71)***
3 o más parejas sexuales a lo largo de su vida ²	11,163	Referencia	1.65 (1.06–2.58)**	1.87 (1.30–2.71)***
Uso de un condón durante su último coito ³	11,212	Referencia	0.87 (0.55–1.36)	0.86 (0.59–1.25)
Conocimientos actitudes y prácticas relativas al VIH				
Un conocimiento comprensivo sobre el VIH ⁴	14,431	Referencia	1.17 (0.95–1.43)	1.63 (1.40–1.89)***
Actitudes de aceptación hacia las PVV ⁴	14,431	Referencia	1.86 (1.44–2.40)***	1.89 (1.53–2.34)***
Realización de alguna prueba de VIH ⁵	14,399	Referencia	2.46 (1.93–3.13)***	2.25 (1.98–3.03)***

⁺ Control de factores sociodemográficos (edad, residencia urbana/rural, educación, quintil de riqueza, estado civil y región)

¹ Entre mujeres que han tenido alguna relación sexual, hacen falta 23 casos

² Entre mujeres que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, hacen falta 29 casos

³ Entre mujeres que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses

⁴ Entre mujeres que han oído hablar del VIH

⁵ Entre mujeres que han oído hablar del VIH, hacen falta 32 casos

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.01$

RESULTADOS MULTIVARIABLES ENTRE LOS HOMBRES

Un análisis multivariable que incluye solamente la muestra de hombres incluyó nueve variables, algunas de los cuales no se incluyeron en la encuesta de las mujeres. Entre los resultados de los hombres se incluyeron: iniciación sexual temprana, 10 o más parejas sexuales a lo largo de su vida, 3 o más parejas sexuales durante los últimos 12 meses, uso de un condón durante su último coito, ser cliente de las trabajadoras sexuales (alguna vez), el uso de un condón en su último coito con una trabajadora sexual, un conocimiento comprensivo sobre el VIH, actitudes de aceptación hacia las PVV, y haberse sometido a alguna prueba de VIH. Los resultados sugieren que la etnicidad es un factor de predicción importante de al menos cuatro de estas variables, aun cuando se controlan las variables relativas a la educación, la riqueza y otras diferencias demográficas.

En comparación con los hombres indígenas, se pudo constatar que los hombres del grupo con identificación cruzada tenían una y media mayores probabilidades de iniciar su actividad sexual a temprana edad; el grupo de ladinos tenía el doble de las probabilidades. Los hombres con identificación cruzada y los hombres ladinos también tenían mayores probabilidades que los hombres indígenas de haber tenido al menos 10 parejas sexuales –de 1.7 a 2.0 veces más, en promedio. También tendían más a haber tenido alguna relación con una trabajadora sexual. Los hombres con identificación cruzada y los hombres ladinos también tenían mayores probabilidades de contar con un conocimiento más comprensivo sobre el VIH (1.5 y 1.6 veces más, respectivamente) y de manifestar actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH (1.92 y 1.53 veces más respectivamente).

Se pudieron detectar efectos con una significación marginal, en términos estadísticos ($P < 0.1$) en tres factores: 3 o más parejas sexuales durante los últimos 12 meses, el uso de un condón durante su último coito, y haberse realizado alguna prueba de VIH. Los hombres con identificación cruzada no difirieron del grupo indígena, pero los ladinos sí tenían probabilidades más altas en las tres variables. No se detectó ninguna relación entre la etnicidad y las probabilidades de que los hombres usaran un condón durante su último coito con una trabajadora sexual. Vea la Tabla 7 que incluye los detalles y las razones de probabilidades ajustadas.

Tabla 7: Razones de Probabilidades Ajustadas (Adjusted Odds Ratio–AOR) Correspondientes a Ciertos Resultados de Riesgo al VIH Entre Hombres de 15 a 59 Años, por Grupo Étnico+

Comportamientos sexuales	N	Indígenas	Identificación cruzada	Ladinos
Iniciación sexual temprana ¹	5,863	Referencia	1.50 (1.07–2.10)**	1.83 (1.44–2.32)***
10 o más parejas sexuales a lo largo de su vida ²	5,857	Referencia	1.71 (1.20–2.43)***	1.95 (1.48–2.57)***
Ser cliente de las trabajadoras sexual (alguna vez) ³	5,885	Referencia	1.70 (1.21–2.38)***	1.62 (1.29–2.03)***
El uso de un condón en su último coito con una trabajadora sexual ⁴	1,642	Referencia	0.76 (0.45–1.31)	0.82 (0.60–1.13)
3 o más parejas sexuales durante los últimos 12 meses ⁵	5,539	Referencia	1.44 (0.83–2.51)	1.50 (0.97–2.31)*
Uso de un condón durante su último coito ⁶	5,540	Referencia	0.85 (0.52–1.41)	1.33 (0.95–1.86)*
Conocimientos actitudes y prácticas relativas al VIH				
Un conocimiento comprensivo sobre el VIH ⁷	6,565	Referencia	1.46 (0.97–2.22)*	1.58 (1.27–1.97)***
Actitudes de aceptación hacia las PVV ¹	6,565	Referencia	1.92 (1.35–2.73)***	1.53 (1.13–2.07)***
Realización de alguna prueba de VIH ¹	6,565	Referencia	1.18 (0.64–2.16)	1.57 (0.95–2.59)*

+ Control de factores sociodemográficos (edad, residencia urbana/rural, educación, quintil de riqueza, estado civil y región)

¹ Entre hombres que han tenido alguna relación sexual, hacen falta 22 casos

² Entre hombres que han tenido alguna relación sexual, hacen falta 28 casos

³ Entre hombres que han tenido alguna relación sexual

⁴ Entre hombres que han tenido alguna relación sexual con una trabajadora sexual

⁵ Entre hombres que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, hace falta 1 caso

⁶ Entre hombres que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses

⁷ Entre hombres que han oído hablar del VIH

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.01$

Limitaciones

Nuestra capacidad de llegar a conclusiones definitivas sobre estos resultados en los distintos grupos étnicos de Guatemala está sujeta a varias limitaciones. Primero, el ENSMI de 2008/2009 no incluía las pruebas de VIH. Este estudio no puede comparar la prevalencia del VIH entre los grupos indígenas, los de identificación cruzada y los ladinos. Segundo, el ENSMI utiliza un diseño transversal, lo cual limita nuestra capacidad para evaluar la causalidad.

Aunque los autores no tienen conocimiento de que haya estudios que se centren en el sesgo de las respuestas, específicamente en las correspondientes a las mediciones del comportamiento sexual entre los mayas u otros grupos indígenas, es muy probable que en las entrevistas personales ocurra un déficit de registro debido a los sesgos vinculados a la aceptación social. En las comunidades mayas tan conservadoras, este hecho también podría tener un efecto considerable en los estimados. Las implicaciones de lo anterior en el presente análisis son dobles: 1) es posible que se subestimen los índices de los comportamientos de riesgo o estigmatizados, y 2) esta subestimación podría ser más (o menos) seria entre los encuestados indígenas en relación con los otros grupos, afectando así no sólo los estimados generales de prevalencia, sino que también las conclusiones acerca de las diferencias en el riesgo de VIH basadas en la etnicidad.

Además, como se describió anteriormente, un porcentaje considerable de mujeres y hombres en esta muestra nacional se identificaron a sí mismos como indígenas y, aun así, los encuestadores los consideraron ladinos. La identidad étnica en Guatemala ciertamente incluye un conjunto de cuestiones interrelacionadas, y no sólo una, y hasta ahora no se ha escrito mucho en los países en vías de desarrollo sobre la validez y la confiabilidad de las preguntas sobre etnicidad incluidas en las encuestas. En este análisis se destaca el limitado conocimiento que los autores tienen sobre el tema y la necesidad de llevar a cabo más investigación sobre el mismo.

Discusión y Recomendaciones

La etnicidad surge como un fuerte correlativo de varios resultados correspondientes al VIH, sirviendo principalmente para distinguir al grupo indígena de los grupos con identificación cruzada y ladinos, tanto en las muestras de hombres como de mujeres. Los factores de riesgo de contraer el VIH como resultado del comportamiento resultaron poco comunes en los tres grupos, pero especialmente entre las mujeres y los hombres indígenas.

Aun cuando controlamos factores como la residencia rural/urbana, el grupo etario, el nivel de educación, el quintil de riqueza y el estado civil, las mujeres indígenas resultaron con las probabilidades ajustadas más bajas de haber tenido una iniciación sexual temprana y de contar con tres o más parejas sexuales a lo largo de su vida. Comparadas con sus contrapartes ladinas, sin embargo, las mujeres indígenas contaron con niveles más bajos de concienciación sobre el VIH, conocimientos más limitados sobre los métodos efectivos de prevención, conceptos erróneos relacionados con la transmisión y actitudes más negativas hacia las PVV. No parece que estas diferencias sean sólo el resultado de la vida en el ámbito rural de estas mujeres y de su menor acceso a la escolaridad y otros recursos. Con respecto a los hombres incluidos en el estudio, el ser indígena se asoció con una iniciación sexual más tardía, una menor propensión a tener un número elevado de parejas sexuales y menos probabilidades de ser cliente de las trabajadoras sexuales. Al igual que las mujeres indígenas, los hombres indígenas no contaban con un conocimiento comprensivo sobre el VIH. Las probabilidades que tienen los hombres de manifestar actitudes de aceptación hacia las PVV no se relacionaron con su etnicidad.

La definición de 'indígena'

El 13% de las mujeres y el 8% de los hombres incluidos en esta encuesta a nivel nacional se identificaron a sí mismos como indígenas; no obstante, los encuestadores que los entrevistaron los clasificaron como ladinos –ello constituye una indicación clara del sesgo que existe en esta medición tan importante.

Otros hallazgos confirmaron muchas de las relaciones que esperábamos encontrar, como el que las mujeres y los hombres casados tienden a no utilizar condones y que las personas con una mayor educación tienen mejores conocimientos sobre el VIH. La constancia de estas relaciones entre variables demográficas y los resultados correspondientes al VIH refuerza la validez de estos hallazgos. Es evidente que por cada incremento en el nivel de riqueza o educación, por ejemplo, existe también un incremento en varios de los resultados correspondientes al VIH (conocimientos, actitudes de aceptación, la realización de pruebas o el uso de un condón durante el último coito). Ello sugiere que los datos, de hecho, han captado una realidad subyacente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos relativos al VIH que existen entre los guatemaltecos. Además, los resultados apoyan la evidencia anterior proveniente de la vigilancia de casos de VIH a nivel nacional, la cual señala que existe menos riesgo de contraer VIH entre los grupos indígenas.

Nuestros hallazgos también apuntan a que es necesaria una consideración más sistemática de las mediciones de etnicidad en las investigaciones sobre la población. Durante mucho tiempo, los antropólogos y otros profesionales de las ciencias sociales han tratado de interpretar los efectos que han tenido los dramáticos trastornos sociales, políticos y

económicos en la definición y redefinición étnicas en las comunidades indígenas de Guatemala. En la medida que los estimados correspondientes al VIH y los factores de riesgo asociados influyan sobre cómo y en quién se centrarán los recursos para la prevención, así también la cuestión de “¿Quién es indígena?” será crucial para las investigaciones sobre el VIH y otros temas de salud. El 13% de las mujeres y el 8% de los hombres incluidos en esta encuesta a nivel nacional se identificaron a sí mismos como indígenas, pero los encuestadores que los entrevistaron los clasificaron como ladinos –ello constituye una indicación clara del sesgo que existe en esta medición tan importante. Los autores tenían planificado determinar si los encuestados con “identificación cruzada” debieran contarse como ladinos o indígenas, con vistas a simplificar el análisis. Al discutir el tema, sin embargo, los autores encontraron argumentos que apoyaban ambos puntos de vista y también la noción de mantener a estos encuestados como un grupo aparte:

Razones para clasificar al grupo de identificación cruzada como ladinos:

- » Como se puede ver en las Tablas 2 a 5, tanto en las mediciones demográficas como en las mediciones de VIH, el grupo con identificación cruzada tiende a asemejarse más al grupo de ladinos que al grupo de indígenas, y
- » Éste fue el tipo de clasificación que se utilizó en el informe final del ENSMI 2008-09 (MSPAS, 2011).

Razones para clasificar al grupo de identificación cruzada como indígena:

- » Estos encuestados se clasificaron a sí mismos como indígenas, lo cual es, seguramente, una medición más confiable que la evaluación no estandarizada de un segundo, y
- » Esta clasificación es coherente con la política del Gobierno de Guatemala de reconocer la autoidentidad de sus ciudadanos (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

Razones para mantener al grupo con identificación cruzada como un grupo aparte al hacer las comparaciones:

- » Aunque este grupo era más similar al grupo de ladinos que al grupo de indígenas, en muchas de las mediciones, los encuestados con identificación cruzada se ubicaron exactamente a la mitad de los dos grupos, y
- » Los miembros del grupo con identificación cruzada tenían un concepto de sí mismos que estaba en conflicto con la visión que otros tenían de ellos. Si se llegara a comprender esta diferencia, se podrían mejorar la efectividad de los programas de salud con fines específicos.

En última instancia, la decisión de presentar la identidad étnica en tres categorías específicas enriqueció los hallazgos y logró una comprensión más profunda de la etnicidad y del riesgo de contraer VIH en Guatemala. Sin embargo, la gran mayoría de análisis, incluyendo otros que utilizan los datos de la ENSMI, reducen la etnicidad a dos categorías: indígenas y no indígenas. Se espera que los hallazgos de este estudio promuevan un mayor análisis de lo que motiva a los habitantes de Guatemala a describirse como “indígenas” o “ladinos” y a examinar los supuestos subyacentes en las estadísticas que se presentan por grupo étnico. Las investigaciones ulteriores debieran centrarse en identificar los componentes de la identidad étnica que permitan una comparación más significativa de los resultados importantes relativos a la salud, incluyendo al VIH.

Dado que el ENSMI de 2008-2009 no recopiló datos sobre biomarcadores, este análisis se limitó a los factores de riesgo probables y no se logró sacar conclusiones sobre la prevalencia del VIH entre la población indígena de Guatemala o evaluar las relaciones que existen entre

los factores de riesgo y el estado serológico. Si se añadieran las pruebas de VIH a la encuesta, se podrían realizar estimados más confiables de la prevalencia de la infección; sin embargo, ello constituiría una necesidad urgente únicamente si hay evidencia de que la epidemia se está generalizando.

Se recomienda que se agreguen preguntas que permitan llevar a cabo un análisis de las relaciones sexuales concurrentes de los encuestados, ya que éstas constituyen un factor de riesgo muy importante y que no se incluyó en la encuesta de 2008-2009. También se justifica continuar con la investigación centrada en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, ya que éstos constituyen una población en alto riesgo. Si se lograran incorporar preguntas sobre el comportamiento sexual entre personas del mismo sexo a la ENSMI, se lograrían recabar datos para realizar estimados del tamaño de esta población a nivel nacional. Otros estudios utilizando métodos de muestreo diseñados para grupos más pequeños y poco accesibles también podrían rendir información sobre los factores de riesgo entre los HSH con menos sesgos.

También debe llevarse a cabo más investigación acerca de la movilidad de la población en Guatemala, y se recomienda agregar preguntas sobre la movilidad a la ENSMI. Una revisión reciente de la documentación sobre la movilidad y el VIH en Centroamérica y México destacó la conexión que existe entre la movilidad y los comportamientos de riesgo entre los grupos indígenas de la región y la importancia de abordar el riesgo relacionado con la movilidad en las primeras etapas de la epidemia (Goldenberg et al., 2011). Los estudios efectuados entre los migrantes mexicanos en los Estados Unidos y sus comunidades de origen también indican que, en comparación con los no migrantes, los mexicanos que han tenido la experiencia de emigrar a los Estados Unidos reportan haber acudido más a las trabajadoras sexuales, haber tenido parejas sexuales múltiples y haber usado fármacos ilícitos no inyectables (Parrado y Flippen, 2010; Magis-Rodriguez et al., 2009).

Por último, deben hacerse mayores esfuerzos para profundizar en la comprensión de los comportamientos de riesgo entre otros grupos indígenas de Guatemala, como los garífunas, cuya población tan reducida conlleva una baja representación en las encuestas nacionales normales y requiere estrategias para lograr un muestreo específico. Los estudios que se llevaron a cabo previamente en los países vecinos han demostrado que existe una alta prevalencia de VIH entre los garífunas (Paz-Bailey et al., 2009).

En general, los resultados de este estudio brindan un perfil de las diferencias que existen entre los grupos étnicos más numerosos en cuanto a variables demográficas y de VIH e indican que existe un nivel bajo de comportamientos de riesgo entre la población indígena. Se concluye que la prevalencia del VIH entre los indígenas posiblemente también sea baja. Basándose en estos resultados, no se encuentran razones suficientes como para reorientar los limitados recursos disponibles para la prevención del VIH a manera de trasladarlos de las poblaciones que están en mayor riesgo a los hombres y mujeres indígenas. Sin embargo, dado que los encuestados indígenas mostraron un nivel bajo de concienciación con respecto al VIH, un acceso limitado a las pruebas, y una alta vulnerabilidad a las deficiencias de salud según cualquier otra medición, se justifica un monitoreo continuo del riesgo de contraer VIH. Los programas que trabajan en las comunidades indígenas podrían centrar sus esfuerzos en incrementar la concienciación sobre el VIH y en aumentar los conocimientos sobre las estrategias básicas de prevención, así como en identificar y eliminar las barreras a las pruebas de VIH.

Referencias

- Adams, Richard N. (1994). *Guatemalan Ladinization and History*. The American Academy of American Franciscan History. (4) 527–543.
- Bastos, Francisco I.; Caceres, Carlos; Galvao, Jane; Veras, Maria Amelia; Castilho, Euclides Ayres. (2008). AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International Journal of Epidemiology*. (37) 729–737.
- Early, D. John. (1975). The Changing Proportion of Maya Indian and Ladino in the Population of Guatemala, 1945–1969. *American Ethnologist*. 2(2).
- El Congreso de la República de Guatemala. (2003) “Ley de Idiomas Nacionales, Decreto Numero 19—2003”. Bajado de <http://www.congreso.gob.gt/index.php> on 10/31/2011.
- García, EJ. (2010). *Estimaciones y proyecciones de VIH para Guatemala 2009*. Centro Nacional de Epidemiología.
- Goldenberg, S.M., Strathdee, S.A., Perez-Rosales, M.D., Sued, O. (2012). Mobility and HIV in Central America and Mexico: A Critical Review. *J Immigrant Minority Health*.14:48–64. DOI 10.1007/s10903-011-9505-2.
- Gragnotati, M. and A. Marini. (2003). *Health and Poverty in Guatemala*. World Bank. Bajado de http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/02/22/000094946_0302070416252/Rendered/PDF/multi0page.pdf el 05/01/2012.
- Haub, Carl and James Gribble, “The World at 7 Billion,” *Population Bulletin* 66, no. 2. (2011). Bajado de <http://www.prb.org/pdf11/world-at-7-billion.pdf> el 29/11/2011.
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). Marco Conceptual para Enfocar Estadísticas de Pueblos Indígenas.
- Magis-Rodriguez, C; Lemp, G; Hernandez, MT; Sanchez, MA, Estrada, A, Bravo-García, E. (2009). Going North: Mexican Migrants and their Vulnerability to HIV. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 51 (S1): S21–S25.
- MSPAS. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09)*. Ministerio de Salud Pública y Asistencial Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Guatemala (2011).
- Parrado, E. and Flippen, C. (2010). *Community attachment, neighborhood context, and sex worker use among Hispanic migrants in Durham, North Carolina, USA*. *Social Science and Medicine*. 70: 1059–1069

- Paz-Bailey, G., Morales-Mirand, M., Jacobson, J.O., Gupta, S.K., Sabin, K., Mendoz, S., Paredes, M., Alvarez, B., Monterroso, E. (2009). High Rates of STD and Sexual Risk Behaviors Among Garifunas in Honduras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 51(S1), S26–S34.
- Pierre L. van den Berghe. (1968). *Ethnic Membership and Cultural Change in Guatemala*. 46(4).
- Pinzon Z, Soto RJ, Aguilar S. (2003) *Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Guatemala*.
- Richards, M. Atlas Lingüístico de Guatemala. (2003). *SEPAZ, UVG, URL, USAID/G-CAP*. Editorial Serviprensa, S.A. Guatemala.
- Soto, R.J., Ghee, A.E., Nuñez, C.A., Mayorga, R., Tapia, K.A., Astete, S.G., Hughes, J.P., Buffardi, A.L., Holte, S.E., Holmes, K.K. and the Estudio Multicéntrico Study Team. (2007). Sentinel Surveillance of Sexually Transmitted Infections/HIV and Risk Behaviors in Vulnerable Populations in 5 Central American Countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 46(1), 101–111.
- The World Bank. (2011). *Prevalence of HIV, total (% of population ages 15–49)*. Gráfica bajada de [http://data.worldbank.org/indicador/SH.DYN.AIDS.ZS/countries/GT-MX-HN-SV-NI-BZ-CR?display=graph&cid= el 6/10/2011](http://data.worldbank.org/indicador/SH.DYN.AIDS.ZS/countries/GT-MX-HN-SV-NI-BZ-CR?display=graph&cid=el_6/10/2011).
- The World Bank. (2011). *Data Guatemala*. Bajado de www.worldbank.org el 6/10/2011.
- The World Bank: Latin America and Caribbean Region and Global HIV/AIDS Program. (2006). *Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America. Guatemala: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. Bajado de www.worldbank.org el 29/10/2011.
- ONUSIDA. (2008). *Report on the global AIDS epidemic*. Bajado de <http://www.onusida.org/en/> el 10/10/2011.
- ONUSIDA. (2010). *Global Report: ONUSIDA Report on the Global AIDS Epidemic*. Bajado de www.onusida.org el 29/10/11.
- USAID. (2010). *USAID/Guatemala: HIV/AIDS Health Profile*. Bajado de www.usaid.gov el 31/10/2011.

Apéndice: Modelos Multivariantes Completos

EFFECTOS DE LAS COVARIABLES EN EL MODELO DE LAS MUJERES (VEA LA TABLA A1)

Iniciación sexual temprana

Se detectaron probabilidades relativas más altas de una iniciación temprana de la actividad sexual entre las mujeres de 25 a 59 años de edad, las ubicadas en los quintiles más bajos de riqueza, las mujeres separadas/viudas/divorciadas y las mujeres que viven en Petén, en comparación con las que viven en la región metropolitana. La educación fue el factor que más influyó en este resultado. Entre las mujeres que estudiaron en la escuela secundaria se dio sólo un cuarto de las probabilidades de iniciar su actividad sexual a una edad temprana, en comparación con aquéllas que no estudiaron. Entre las mujeres con estudios superiores las probabilidades se redujeron a menos de un décima parte.

Tres o más parejas sexuales a lo largo de la vida

Las probabilidades de tener tres o más parejas sexuales a lo largo de la vida entre el grupo con identificación cruzada no se diferenciaron mucho de las probabilidades de las encuestadas indígenas. El estado civil fue el factor que incidió más, en promedio, en las probabilidades de este resultado. Las encuestadas solteras o que nunca se casaron mostraron probabilidades de tener tres o más parejas ocho veces más altas que las de las mujeres casadas o unidas. Las probabilidades entre las mujeres separadas/viudas/divorciadas resultaron 10 veces más altas. Entre las mujeres de 25 a 49 años, las que viven en las áreas urbanas y las que residen en la región norte (versus el área metropolitana) también se dieron probabilidades más altas comparadas con las categorías de referencia de este resultado.

Uso de condón durante último coito

El grupo etario, el nivel de educación, el quintil de riqueza, el estado civil y la región donde residen fueron factores que afectaron las probabilidades de las mujeres de haber usado un condón durante su último coito. Aquéllas con las probabilidades relativas más bajas de usar un condón fueron las mujeres de mayor edad, con menos riqueza, casadas o unidas y residentes de las regiones noroeste o sudoeste (versus la región metropolitana).

Un conocimiento comprensivo sobre el VIH

Las probabilidades de contar con un conocimiento comprensivo sobre el VIH en el grupo con identificación cruzada no difirieron considerablemente de las correspondientes a las encuestadas indígenas. Se notaron efectos considerables producidos por el nivel de educación y el quintil de riqueza –un incremento en cualquiera de ellos también incrementó las probabilidades relativas de una mujer de contar con un conocimiento comprensivo de VIH. La residencia en el área rural (versus el área urbana) y en Petén (versus la región metropolitana) se asoció putativamente con los conocimientos sobre el VIH.

Actitudes de aceptación hacia las PVV

También resultaron evidentes los efectos de la educación y el quintil de riqueza en las probabilidades de las mujeres de manifestar actitudes de aceptación. En las mujeres con una educación superior a la secundaria también se dieron dos y medio más probabilidades de que manifestaran actitudes de aceptación hacia las personas que viven con VIH, en relación con aquellas que no habían estudiado. En las mujeres ubicadas en el quintil más alto de riqueza se dieron 4 veces más probabilidades de manifestar actitudes de aceptación en comparación con las ubicadas en el quintil más bajo.

Realización de alguna prueba de VIH

Los incrementos en la educación y la riqueza se asociaron con las probabilidades más altas de haberse sometido a pruebas de VIH. Las probabilidades de haberse hecho una prueba entre las mujeres con una educación superior resultaron ser 7 veces mayores que las de una mujer sin escolaridad. El hecho de residir en las regiones norte, noreste o noroeste (en comparación con el área metropolitana) se asoció con probabilidades relativas más bajas de realizarse las pruebas. El hecho de estar soltera o casada también tuvo un efecto putativo, mientras que el residir en una zona urbana constituyó una protección.

Tabla A1: Razones de Probabilidades Ajustadas (Adjusted Odds Ratio–AOR) Correspondientes a Ciertos Resultados de Riesgo al VIH Entre Mujeres de 15 a 49 Años, por Grupo Étnico

Características sociodemográficas	Iniciación sexual temprana <15 años ¹ AOR (95% CI) n=13,196	3+ parejas sexuales durante su vida ² AOR (95% CI) n=11,163	Uso de condón durante último coito ³ AOR (95% CI) n=11,212
Grupo étnico			
Indígena	Referencia	Referencia	Referencia
Identificación cruzada	1.48 (1.16–1.88)***	1.65 (1.06–2.58)**	0.87 (0.55–1.36)
Ladino	1.41 (1.17–1.71)***	1.87 (1.30–2.71)***	0.86 (0.59–1.25)
Grupo etario			
Jóvenes (15–24)	Referencia	Referencia	Referencia
Adultos (25–49)	0.64 (0.55–0.74)***	2.22 (1.61–3.06)***	0.55 (0.41–0.74)***
Residencia			
Rural	Referencia	Referencia	Referencia
Urbana	1.10 (0.92–1.33)	1.38 (1.03–1.85)**	1.21 (0.88–1.67)
Educación			
Ninguna	Referencia	Referencia	Referencia
Primaria	0.62 (0.53–0.73)***	0.94 (0.68–1.30)	1.42 (0.85–2.35)
Secundaria	0.26 (0.20–0.35)***	1.03 (0.67–1.56)	1.97 (1.09–3.56)*
Posterior a secundaria	0.08 (0.04–0.16)***	1.24 (0.73–2.11)	2.52 (1.31–4.80)**

Características sociodemográficas	Iniciación sexual temprana <15 años ¹ AOR (95% CI) n=13,196	3+ parejas sexuales durante su vida ² AOR (95% CI) n=11,163	Uso de condón durante último coito ³ AOR (95% CI) n=11,212
-----------------------------------	--	--	---

Quintil de riqueza

Más bajo	Referencia	Referencia	Referencia
Segundo	0.80 (0.67–0.97)**	1.26 (0.79–2.00)	0.94(0.52–1.68)
Medio	0.74 (0.59–0.93)**	1.26 (0.82–1.92)	1.50 (0.82–2.73)
Cuarto	0.60 (0.47–0.73)***	1.12 (0.69–1.84)	2.36 (1.23–4.49)***
Más alto	0.66 (0.46–0.94)**		2.64 (1.28–5.45)***

Estado civil

Casada/unida	Referencia	Referencia	Referencia
Soltera/nunca se casó	1.02 (0.74–1.42)	8.27 (5.29–12.91)***	5.07 (3.47–7.42)***
Separada/viuda/divorciada	1.33 (1.09–1.64)***	10.04 (7.14–14.12)***	2.50 (1.60–3.91)***

Región

Metropolitana	Referencia	Referencia	Referencia
Norte	1.02 (0.72–1.46)	0.51 (0.26–1.00)*	0.86 (0.53–1.41)
Noreste	1.24 (0.89–1.72)	1.09 (0.74–1.60)	0.73 (0.50–1.05)*
Sudeste	1.05 (0.76–1.44)	0.76 (0.49–1.17)	0.89 (0.61–1.29)
Central	0.99 (0.71–1.37)	1.41 (0.91–2.18)	0.70 (0.48–1.03)*
Noroeste	0.90 (0.62–1.31)	0.56 (0.27–1.18)	0.25 (0.11–0.58)***
Sudoeste	0.96 (0.71–1.31)	0.93 (0.63–1.37)	0.65 (0.43–0.97)**
Petén	1.84 (1.27–2.67)***	1.10 (0.63–1.93)	0.85 (0.44–1.63)

¹ Entre mujeres que han tenido alguna relación sexual, hacen falta 23 casos

² Entre mujeres que han tenidos relaciones sexuales durante los últimos 12 meses; hacen falta 29 casos;

³ Entre mujeres que han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.01$

Tabla A1: Razones de probabilidades ajustadas (Adjusted Odds Ratio–AOR) correspondientes a ciertos resultados de riesgo al VIH entre mujeres de 15 a 49 años, por grupo étnico (cont.)

Características sociodemográficas	Un conocimiento comprensivo sobre el VIH¹ AOR (95% CI) n=14,431	Actitudes de aceptación hacia las PVV¹ AOR (95% CI) n=14,431	Realización de alguna prueba de VIH² AOR (95% CI) n=14,399
Grupo étnico			
Indígena	Referencia	Referencia	Referencia
Identificación cruzada	1.17 (0.95–1.43)	1.86 (1.44–2.40)***	2.46 (1.93–3.13)***
Ladino	1.63 (1.40–1.89)***	1.89 (1.53–2.34)***	2.25 (1.98–3.03)***
Grupo etario			
Jóvenes (15–24)	Referencia	Referencia	Referencia
Adultos (25–49)	1.09 (0.95–1.25)	1.22 (1.03–1.44)**	0.96 (0.82–1.14)
Residencia			
Rural	Referencia	Referencia	Referencia
Urbana	1.20 (1.03–0.40)**	0.88 (0.75–1.04)	1.27 (1.0–1.55)**
Educación			
Ninguna	Referencia	Referencia	Referencia
Primaria	1.48 (1.19–1.85)***	1.55 (1.18–2.04)***	2.05 (1.61–2.60)***
Secundaria	3.09 (2.42–3.95)***	2.24 (1.64–3.05)***	4.50 (3.48–5.82)***
Posterior a secundaria	4.77 (3.55–6.41)***	2.55 (1.69–3.84)***	7.51 (5.32–10.59)***
Quintil de riqueza			
Más bajo	Referencia	Referencia	Referencia
Segundo	1.42 (1.14–1.78)***	2.28 (1.64–3.16)***	1.55 (1.10–2.18)**
Medio	1.75 (1.41–2.17)***	2.93 (2.17–3.96)***	2.01 (1.42–2.82)***
Cuarto	2.33 (1.86–2.93)***	3.31 (2.62–5.59)***	2.68 (1.84–3.89)***
Más alto	2.45 (1.90–3.15)***	3.83 (2.62–5.59)***	2.66 (1.79–3.95)***
Estado civil			
Casada/unida	Referencia	Referencia	Referencia
Soltera/nunca se casó	1.03 (0.89–1.20)	0.87 (0.72–1.05)	0.13 (0.11–0.16)
Separada/viuda/divorciada	1.08 (0.90–1.28)	1.01 (0.80–1.23)	0.98 (0.80–1.20)

Características sociodemográficas	Un conocimiento comprensivo sobre el VIH ¹ AOR (95% CI) n=14,431	Actitudes de aceptación hacia las PVV ¹ AOR (95% CI) n=14,431	Realización de alguna prueba de VIH ² AOR (95% CI) n=14,399
-----------------------------------	---	--	--

Región

Metropolitana	Referencia	Referencia	Referencia
Norte	0.91 (0.65–1.27)	1.11 (0.77–1.59)	0.39 (0.25–0.60)***
Noreste	1.18 (0.95–1.46)	1.01 (0.81–1.26)	0.91 (0.71–1.17)
Sudeste	0.87 (0.69–1.10)	1.22 (0.96–1.56)	0.48 (0.36–0.64)***
Central	1.17 (0.93–1.46)	1.14 (0.90–1.45)	0.82 (0.65–1.03)*
Noroeste	1.06(0.80–1.42)	0.96 (0.70–1.32)	0.38 (0.24–0.53)***
Sudoeste	1.05 (0.85–1.30)	1.22 (1.00–1.61)**	0.82 (0.64–1.06)
Petén	1.22 (0.96–1.57)	1.27 0.87–1.85)	0.73 (0.50–1.08)

¹ Entre mujeres que han oído hablar del VIH;

² Entre mujeres que han oído hablar del VIH, hacen falta 32 casos

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.01$

EFFECTOS DE LAS COVARIABLES EN EL MODELO DE LOS HOMBRES (VEA LA TABLA A2)

Un conocimiento comprensivo sobre el VIH

Los hombres del grupo con identificación cruzada no se distinguieron estadísticamente de los hombres indígenas con respecto a esta variable, aunque su tendencia apuntó hacia probabilidades más altas. Una educación secundaria incrementó las probabilidades de un hombre de contar con un conocimiento comprensivo sobre el VIH en un 330%, con relación a los conocimientos de los hombres sin ninguna escolaridad. Una educación posterior a la secundaria incrementó dichas probabilidades en más de un 500%. Los niveles más altos de riqueza también tendieron a incrementar las probabilidades de los hombres de contar con un conocimiento comprensivo sobre el VIH. En el quintil más alto de riqueza, estas probabilidades resultaron más del doble en relación con los encuestados más pobres.

Actitudes de aceptación hacia las PVV

Los hombres separados/viudos/divorciados evidenciaron sólo un cuarto de probabilidades de manifestar actitudes de aceptación, en comparación con aquellos hombres que estaban casados o unidos o los hombres que nunca se casaron. Se pudo notar un efecto con significación marginal entre los hombres en la región sudeste, quienes tuvieron sólo la mitad de las probabilidades de manifestar actitudes de aceptación en comparación con los hombres de la región metropolitana.

Realización de alguna prueba de VIH

Entre los hombres de 25 a 59 años se dieron probabilidades tres veces mayores de haberse sometido a pruebas de VIH al compararlos con los hombres más jóvenes de la muestra. El nivel de educación y el quintil de riqueza ejercieron considerables efectos independientes sobre esta variable de los resultados. Al comparar a los hombres que no habían recibido ninguna educación formal con aquéllos que tenían una educación secundaria, éstos mostraron probabilidades que eran cuatro veces mayores. Los que tenían una educación posterior a la secundaria tenían seis veces más probabilidades. Cada quintil de riqueza por encima del más bajo también aumentaba las posibilidades de hacerse las pruebas, en un rango de casi el doble de las probabilidades a cerca de cinco veces las probabilidades. Los hombres que viven en la región metropolitana contaron con las probabilidades más altas de haberse sometido a pruebas de VIH. Los de las regiones norte, sudeste, noroeste y sudoeste manifestaron probabilidades que, en promedio, fueron más bajas.

Iniciación sexual temprana

Las probabilidades de los hombres ladinos de iniciar su actividad sexual a una edad temprana casi duplicaron las probabilidades de los hombres indígenas. Una edad de 25 a 59 años y el hecho de pertenecer a cualquier quintil de riqueza por encima del más bajo también redujeron las probabilidades de una iniciación sexual temprana en un hombre, y en los hombres que vivían en la región noroeste se dio una posibilidad menor de tener relaciones sexuales por primera vez antes de cumplir los 15 años que en los de la región metropolitana.

Diez o más parejas sexuales a lo largo de la vida

Las probabilidades de tener diez o más parejas sexuales a lo largo de su vida resultaron más altas en los hombres de mayor edad (25–59) entre los dos grupos etarios; en los ubicados en los quintiles de mayor riqueza en comparación con los del quintil más bajo, y en los que no estaban casados o unidos al momento de la entrevista. Los hombres que residen en la región sudoeste y en Petén tenían más del doble de las posibilidades de tener 10+ parejas a lo largo de su vida; los que residen en la región noroeste tenían sólo la mitad de las probabilidades.

Tres o más parejas sexuales durante los últimos 12 meses

Sólo los factores como el quintil de riqueza, el estado civil y la región ejercieron efectos sobre las posibilidades de que los hombres tuvieran 3+ parejas sexuales durante los últimos 12 meses. La etnicidad no tuvo mayor relación con este resultado en el modelo multivariable. El estado civil fue el que más afectó, por mucho; los hombres solteros y los que nunca se casaron mostraron posibilidades diez veces mayores de tener al menos tres parejas sexuales en los 12 meses anteriores a la entrevista, mientras que las probabilidades de los hombres separados, viudos o divorciados resultaron casi doce veces mayores.

Uso de un condón durante su último coito (en los últimos 12 meses)

Los factores como el grupo etario, la residencia urbana/rural, el nivel de educación y la región de residencia no denotaron efectos independientes sobre el uso de un condón durante el último coito. El hecho de pertenecer a los quintiles de riqueza más altos aumentaron las posibilidades de usar un condón entre 1.7 y 3.4 veces, si se compara con el quintil más bajo. Comparados con los hombres casados o unidos, los hombres solteros o que nunca se casaron tenían una posibilidad cuarenta y siete veces mayor de usar condones; en los encuestados separados, viudos o divorciados las posibilidades fueron diecisiete veces mayores.

Cliente de trabajadoras sexuales (alguna vez)

Los hombres ladinos mostraron posibilidades 1.6 mayores que las del grupo indígena, en cuanto haber tenido relaciones sexuales con una trabajadora sexual. No es de sorprender que una mayor edad incrementara las probabilidades de haber tenido esas relaciones. Entre los hombres ubicados en el quintil medio de riqueza se dieron posibilidades ligeramente más altas, si bien significativas, en comparación con las mostradas por los hombres ubicados en el quintil más bajo. Los hombres que nunca se casaron mostraron posibilidades una y medio veces mayores. El hecho de vivir en la región sudeste (en comparación con la metropolitana) duplicó las probabilidades de que un hombre hubiera tenido relaciones con una trabajadora sexual. El residir en la región noroeste bajó las probabilidades a la mitad.

Uso de un condón en su último coito con una trabajadora sexual

Entre los hombres del grupo etario de 25–59 años las probabilidades de haber usado un condón en su último coito con una trabajadora sexual fueron un tercio de las probabilidades de los hombres más jóvenes. Al comparar a los hombres sin escolaridad con los que estudiaron primaria, se triplicaron las probabilidades de los últimos en cuando al uso del condón con trabajadoras sexuales. Entre los hombres con educación secundaria, las probabilidades de usarlos se quintuplicaron y entre los que tienen una educación superior a la secundaria, las probabilidades se aumentaron diez veces. Las probabilidades de que los hombres casados o unidos usen un condón con las trabajadoras sexuales son más bajas en relación a los demás; en promedio, sus posibilidades resultaron de 2 a 3 veces más bajas. En relación con los hombres de la región metropolitana, los que viven en las áreas central y sudoeste tienen la mitad de las probabilidades de usar un condón en esas circunstancias.

Tabla A2: Razones de Probabilidades Ajustadas (Adjusted Odds Ratio–AOR) Correspondientes a Ciertos Resultados de Riesgo al VIH Entre Hombres de 15 a 59 Años, por Grupo Étnico

Características sociodemográficas	Un conocimiento comprensivo sobre el VIH ¹ AOR (95% CI) n=6,565	Actitudes de aceptación hacia las PVV ¹ AOR (95% CI) n=6,565	Realización de alguna prueba de VIH ¹ AOR (95% CI) n=6,565
Grupo étnico			
Indígena	Referencia	Referencia	Referencia
Identificación cruzada	1.46 (0.97–2.22)*	1.92 (1.35–2.73)***	1.18 (0.64–2.16)
Ladino	1.58 (1.27–1.97)***	1.53 (1.13–2.07)***	1.57 (0.95–2.59)*
Grupo etario			
Jóvenes (15–24)	Referencia	Referencia	Referencia
Adultos (25–59)	1.16 (0.92–1.47)	0.79 (0.38–1.62)	2.76 (1.50–5.09)**
Residencia			
Rural	Referencia	Referencia	Referencia
Urbana	1.15 (0.94–1.41)	0.76 (0.44–1.30)	0.88 (0.65–1.18)

Características sociodemográficas	Un conocimiento comprensivo sobre el VIH ¹ AOR (95% CI) n=6,565	Actitudes de aceptación hacia las PVV ¹ AOR (95% CI) n=6,565	Realización de alguna prueba de VIH ¹ AOR (95% CI) n=6,565
Educación			
Ninguna	Referencia	Referencia	Referencia
Primaria	1.35 (0.97–1.88)*	0.67 (0.35–1.28)	1.72 (0.87–3.39)
Secundaria	3.32 (2.30–4.79)***	1.45 (0.58–3.62)	3.73 (1.78–7.84)***
Posterior a secundaria	5.25 (3.29–8.38)***	0.98 (0.31–3.04)	5.65 (2.53–12.64)***
Quintil de riqueza			
Más bajo	Referencia	Referencia	Referencia
Segundo	0.99 (0.72–1.36)	0.65 (0.30–1.40)	1.78 (1.04–3.06)**
Medio	1.39 (1.03–1.87)**	0.70 (0.32–1.57)	2.11 (1.24–3.61)***
Cuarto	1.51 (1.09–2.10)**	0.71 (0.22–2.28)	3.79 (2.03–7.08)***
Más alto	1.83 *1.22–2.73)***	0.65 (0.21–2.04)	4.62 (2.54–8.40)***
Estado civil			
Casado/unido	Referencia	Referencia	Referencia
Soltero/nunca se casó	1.08 (0.86–1.35)	0.90 (0.39–2.07)	0.52 (0.25–1.07)*
Separado/viudo/divorciado	1.44 (0.94–2.21)*	0.24 (0.06–0.91)**	1.31 (0.86–2.00)
Región			
Metropolitana	Referencia	Referencia	Referencia
Norte	1.35 (0.88–2.08)	0.27 (0.07–1.01)*	0.42 (0.23–0.74)***
Noreste	0.92 (0.69–1.24)	0.48 (0.23–1.02)*	0.79 (0.54–1.16)
Sudeste	0.88 (0.65–1.18)	0.42 (0.18–0.96)**	0.56 (0.37–0.84)***
Central	1.08 (0.79–1.47)	0.60 (0.29–1.22)	0.85 (0.52–1.38)
Noroeste	0.85 (0.57–1.27)	0.78 (0.27–2.25)	0.62 (0.42–0.92)**
Sudoeste	1.07 (0.79–1.45)	0.73 (0.39–1.37)	0.47 (0.27–0.84)**
Petén	1.09 (0.73–1.65)	0.62 (0.17–2.26)	0.75 (0.43–1.29)

¹ Entre hombres que han oído hablar del VIH

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.01$

Tabla A2: Razones de probabilidades ajustadas (Adjusted Odds Ratio–AOR) correspondientes a ciertos resultados de riesgo al VIH entre hombres de 15 a 59 años, por grupo étnico (cont.)

Características sociodemográficas	Iniciación sexual temprana <15 años¹ AOR (95% CI) n=5,863	10+ parejas sexuales durante su vida² AOR (95% CI) n=5,857	3+ parejas sexuales (últimos 12 meses)³ AOR (95% CI) n=5,539	Uso de condón durante último coito⁴ AOR (95% CI) n=5,540
Grupo étnico				
Indígena	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
Identificación cruzada	1.50 (1.07–2.10)**	1.71 (1.20–2.43)***	1.44 (0.83–2.51)	0.85 (0.52–1.41)
Ladino	1.83 (1.44–2.32)***	1.95 (1.48–2.57)***	1.50 (0.97–2.31)*	1.33 (0.95–1.86)*
Grupo etario				
Jóvenes (15–24)	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
Adultos (25–49)	0.70 (0.55–0.90)***	2.46 (1.71–3.53)***	0.78 (0.48–1.26)	0.82 (0.58–1.18)
Residencia				
Rural	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
Urbana	1.07 (0.85–1.35)	1.15 (0.90–1.47)	1.22 (0.85–1.76)	1.30 (0.92–1.82)
Educación				
Ninguna	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
Primaria	0.89 (0.69–1.15)	1.21 (0.79–1.85)	0.73 (0.33–1.58)	1.06 (0.67–1.66)
Secundaria	0.63 (0.45–0.88)***	1.05 (0.62–1.79)	0.44 (0.18–1.07)*	1.24 (0.72–2.15)
Posterior a secundaria	0.51 (0.33–0.79)***	1.35 (0.83–2.21)	0.67 (0.25–1.78)	0.88 (0.46–1.69)
Quintil de riqueza				
Más bajo	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
Segundo	1.37 (1.05–1.79)**	1.56 (1.07–2.25)**	2.00 (1.11–3.65)*	1.70 (1.05–2.77)**
Medio	1.58 (1.17–2.14)***	1.95 (1.31–2.89)***	2.11 (1.16–3.84)*	2.33 (1.36–4.00)***
Cuarto	2.16 (1.53–3.06)***	2.10 (1.38–3.20)***	1.37 (0.75–2.50)	3.50 (2.02–6.06)***
Más alto	1.65 (1.08–2.51)**	2.53 (1.57–4.08)***	2.51 (1.32–4.78)**	3.39 (1.88–6.12)***
Estado civil				
Casado/unido	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
Soltero/nunca se casó	1.19 (0.82–1.72)	1.56 (1.18–2.06)***	10.1(6.34–16.1)***	47.6 (31.2–72.6)***
Separado/viudo/divorciado	1.45 (0.98–2.16)*	2.93 (2.03–4.22)***	11.5 (6.85–19.4)***	17.3 (10.7–27.9)***

Características sociodemográficas	Iniciación sexual temprana <15 años ¹ AOR (95% CI) n=5,863	10+ parejas sexuales durante su vida ² AOR (95% CI) n=5,857	3+ parejas sexuales (últimos 12 meses) ³ AOR (95% CI) n=5,539	Uso de condón durante último coito ⁴ AOR (95% CI) n=5,540
Región				
Metropolitana	Referencia	Referencia	Referencia	Referencia
Norte	0.54 (0.29–1.03)	0.72 (0.41–1.26)	0.81 (0.33–1.96)	0.66 (0.38–1.13)
Noreste	1.11 (0.69–1.79)	1.30 (0.93–1.81)	2.54 (1.43–4.53)***	0.86 (0.56–1.31)
Sudeste	1.58 (0.99–2.54)*	2.11 (1.47–3.03)***	3.25 (1.79–5.90)***	1.16 (0.76–1.79)
Central	0.98 (0.59–1.62)	1.07 (0.71–1.59)	1.95 (1.05–3.61)**	1.28 (0.75–2.19)
Noroeste	0.50 (0.27–0.91)**	0.50 (0.30–0.81)***	1.40 (0.78–2.50)	0.34 (0.19–0.62)***
Sudoeste	1.09 (0.66–2.07)	1.16 (0.81–1.67)	0.99 (0.46–2.15)	0.79 (0.52–1.22)
Petén	1.19 (0.69–2.07)	2.30 (1.41–3.75)***	2.85 (1.32–6.14)***	0.74 (0.40–1.38)

¹ Entre hombres que han tenido alguna relación sexual, hacen falta 22 casos

² Entre hombres que han tenido alguna relación sexual, hacen falta 28 casos

³ Entre hombres que han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, hace falta 1 caso

⁴ Entre hombres que han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.01$

Tabla A2: Razones de probabilidades ajustadas (Adjusted Odds Ratio–AOR) correspondientes a ciertos resultados de riesgo al VIH entre hombres de 15 a 59 años, por grupo étnico (cont.)

Características sociodemográficas	Cliente de trabajadoras sexuales (alguna vez) ¹ AOR (95% CI) N=5,885	Uso de condón en último coito con una trabajadora sexual ² AOR (95% CI) N=1642
Grupo étnico		
Indígena	Referencia	Referencia
Identificación cruzada	1.70 (1.21–2.38)***	0.76 (0.45–1.31)
Ladino	1.62 (1.29–2.03)***	0.82 (0.60–1.13)
Grupo etario		
Jóvenes (15–24)	Referencia	Referencia
Adultos (25–49)	2.44 (1.89–3.16)***	0.34 (0.21–0.57)***
Residencia		
Rural	Referencia	Referencia
Urbana	1.23 (0.98–1.55)*	0.78 (0.57–1.09)

Características sociodemográficas	Cliente de trabajadoras sexuales (alguna vez) ¹ AOR (95% CI) N=5,885	Uso de condón en último coito con una trabajadora sexual ² AOR (95% CI) N=1642
-----------------------------------	---	---

Educación

Ninguna	Referencia	Referencia
Primaria	1.79 (1.40–2.30)***	2.65 (1.70–4.13)***
Secundaria	1.20 (0.86–1.68)	4.82 (2.82–8.22)***
Posterior a secundaria	0.86 (0.55–1.33)	10.1 (4.72–21.8)***

Quintil de riqueza

Más bajo	Referencia	Referencia
Segundo	1.16 (0.89–1.52)	0.81 (0.50–1.30)
Medio	1.49 (1.11–2.00)***	1.43 (0.89–2.41)
Cuarto	1.46 (1.05–2.04)**	1.45 (0.85–2.48)
Más alto	1.43 (0.95–2.17)*	1.26 (0.68–2.32)

Estado civil

Casado/unido	Referencia	Referencia
Soltero/nunca se casó	1.51 (1.12–2.04)***	3.36 (2.18–5.18)***
Separado/viudo/divorciado	2.83 (2.00–4.01)***	1.91 (1.21–3.00)***

Región

Metropolitana	Referencia	Referencia
Norte	0.68 (0.43–1.09)	0.75 (0.37–1.56)
Noreste	1.05 (0.75–1.48)	0.61 (0.37–1.01)*
Sudeste	2.04 (1.42–2.94)***	0.80 (0.49–1.31)
Central	1.10 (0.74–1.63)	0.55 (0.33–0.82)**
Noroeste	0.40 (0.25–0.64)***	0.61 (0.33–1.12)
Sudoeste	0.96 (0.66–1.38)	0.48 (0.30–0.79)***
Petén	1.15 (0.60–2.20)	0.52 (0.24–1.09)*

¹ Entre hombres que han tenido alguna relación sexual

² Entre hombres que han tenido alguna relación sexual con una trabajadora sexual

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

*** $p < 0.01$

MEASURE Evaluation

Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill
206 W. Franklin Street
Chapel Hill, NC 27516

www.measureevaluation.org