



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Sede académica de México

Maestría en Población y Desarrollo

Promoción XII

2016-2018

Factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo de VIH en Haití.

Tesis para obtener el grado de Maestro en Población y Desarrollo

Presenta

Guéter PORT-LOUIS

Directora

Dra. Cecilia Gayet Inés

Lectores

Dra. Fátima Juárez

Mtro. Fato Fene

Seminario de investigación: Población y Salud

Macro líneas de investigación: Política, políticas públicas y género

CIUDAD DE MÉXICO, Julio de 2018

Agradecimientos a la Fundación Heinrich Böll y al Consejo Nacional de Ciencia y Técnica (CONACYT).

Dedicatoria

Dedico este trabajo a:

Mi madre, Marie Louise Guerta DORÉ PORT-LOUIS

Mi tío, Joseph Georges DORÉ

Mis primas, Nathalie B. DORCÉ CIVIL,

Marie André Mercia Montas y Jessica DUBREUIL

Mis Amigos, Kensley BLAISE y Jean Fédris AUGUSTE

Agradecimientos

Gracias a Dios por este gran éxito

Este trabajo de investigación es el resultado de un esfuerzo conjunto, individual y colectivo. Por lo tanto, es muy difícil nombrar a todos aquellos que han participado en la realización de este documento. Sin embargo, quisiera agradecer:

Primero a la FLACSO que me ha ofrecido la oportunidad de realizar este programa de maestría. A todos los profesores que me han compartido su conocimiento durante estos dos años. A la Fundación Heinrich Böll y al Consejo Nacional de Ciencia y Técnica (CONACYT) por su apoyo financiero a lo largo de este programa.

En especial a, mi directora de tesis, Dra. Cecilia Gayet Inés Serrano Clavero por su acompañamiento, orientación, rigor, su comprensión y su paciencia. A pesar de sus múltiples ocupaciones me ha ayudado en todo el proceso de esta tesis y me ha permitido llevarla a cabo a tiempo.

También, a mis lectores, Dra. Fátima Juárez y Mtro. Fato Fene por su apoyo, disponibilidad y atención a partir de sus lecturas críticas, sus comentarios y sugerencias para el mejoramiento de la calidad de esta investigación.

A mis coordinadores del Seminario Población y Salud, que me ayudaron a lo largo del seminario con una buena orientación en los temas relacionados a la Población y Salud, y con sus comentarios constructivos en la elaboración de este estudio.

A toda mi familia, en particular, mi madre Marie Louise Guerta Doré por su apoyo incondicional. A mis amigos en todas las partes del mundo. A la coordinación, a los Servicios Escolares y a la Secretaría Técnica del programa Población y Desarrollo, Mabel Karina Neves Albornoz por su acompañamiento durante el proceso.

A mis compañeros de Haití, Woodley GENEUS, Daniella AZOR, Vilbrun LEONARD, Houlio Saint-Preux, Joseph Jr. Pierre, Jacob Michel, Ebene Bellerice, Jimmy Verné, David Jean Simon, Jean Emmanuel Exantus, Leenchid ST-Hilaire, Jean Govington Monvil, Evenser Minthor y Georges Jean Pierre.

A todas aquellas personas como Nelson Sylvestre, Fanor Joseph, Emmanuel Charles, Elisé Dagobert, Carline Joseph Duval, Guy Frantz Boucicaut, Daniel Milbin, Marie Arnouse C. Berthil y Wilbens Siguineau por su contribución de una forma u otra, en la realización de esta investigación.

Finalmente, a mis compañeros de la FLACSO, en especial: Giovanna María Aldana Barahona, Luis Felipe J. Chaves, Gabriela Alethea C. Calderón, Ángela María R. Ladino, Luis E.R. Ramírez y Felipe E. Del Río por su amistad, su apoyo en la mejora de mi redacción en español durante todo el proceso.

Resumen

Al inicio del presente siglo, Haití experimentó un descenso notable en la prevalencia de VIH/SIDA, debido al progreso del sistema de salud mundial. Sin embargo, el país continúa teniendo la prevalencia más alta en el Caribe dado el comportamiento sexual de la población. Este trabajo busca explicar los factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo del VIH en Haití a partir de cuatro indicadores tales como uso de condón, número de parejas sexuales, tipo de parejas sexuales y la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo para el VIH de manera separada por sexo.

Se realizaron análisis a partir de los datos de la Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de los Servicios de 2012. Se utilizaron modelos de regresión logística multinivel para los análisis, excepto para el tipo de parejas donde se utilizó un modelo de regresión logística de un solo nivel.

Respecto a los resultados, se encontró que la edad, el estado marital, el nivel educativo, el nivel de conocimiento del VIH y el tipo de comunidad son los predictores más relevantes para el comportamiento sexual de riesgo de VIH en Haití. También, se evidencia diferencias en los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo de los hombres y de las mujeres. Además, los resultados resaltan que la perspectiva psicológica cognitiva y social y la perspectiva interaccional son relevantes en el análisis comportamientos sexuales de riesgo en Haití.

Esta investigación muestra la importancia de la educación y el conocimiento de los medios de prevención del VIH para tener comportamientos sexuales más seguros. También subraya la necesidad de sensibilizar a los individuos en unión formal y a los adultos para que no se consideren excluidos del riesgo sexual de VIH.

Palabras claves: Haití, prevalencia, VIH/SIDA, comportamiento sexual, riesgo sexual, regresión logística multinivel, perspectiva psicológica cognitiva y social, perspectiva interaccional.

Abstract

At the beginning of the century, Haiti experienced a significant decline in the prevalence of HIV/AIDS, as a result of the progress of the global health system. However, the country remains with the highest prevalence in the Caribbean because of the sexual behavior of the population. This research aims to explain the factors associated with HIV risky sexual behavior in Haiti based on four indicators such as condom use, number of partners and type of sexual partners; and the experience of some sexual risk behavior for HIV for each sex separately.

Thus, the analysis was performed using data from the 2012 Mortality, Morbidity and Utilization Survey. Multilevel logistic regression models were used, with the exception of sexual partners for which the use of a single level logistic regression model was estimated.

Compared to the results, age, marital status, educational attainment, the level of knowledge of HIV, and community type were found to be the most important predictors of HIV risky sexual behavior in Haiti. Also, there is evidence of differences in the factors associated with the sexual risk behavior of men and women. Furthermore, results highlight the relevance of the cognitive and social psychological, and interactional perspectives for the analysis of risky sexual behavior in Haiti.

This research presents the importance of education and knowledge of HIV prevention methods in order to have safer sexual behaviours. It also stresses the need to sensitize individuals in formal union and the adults by not considering them as groups without sexual risk for HIV.

Keywords: Haiti, prevalence, HIV/AIDS, sexual behavior, sexual risk, multilevel logistic regression, cognitive and social psychological perspective, interactional perspective.

Resumé

Au début du siècle, Haïti a connu une baisse considérable de la prévalence du VIH/SIDA, dû au progrès du système sanitaire mondial. Cependant, le pays reste avec la prévalence la plus élevée dans les Caraïbes à cause du comportement sexuel de la population. Ce travail de recherche vise à expliquer les facteurs associés aux comportements sexuels à risque du VIH en Haïti à partir de quatre indicateurs tels que l'utilisation du condom, le nombre de partenaires sexuels, le type de partenaires sexuels et l'expérience d'un comportement sexuel à risque quelconque du VIH pour chacun des sexes séparément.

Ainsi, on a réalisé les analyses à partir des données de l'Enquête de Mortalité, de Morbidité et l'Utilisation des Services de 2012. On a utilisé des modèles de régression logistique multiniveaux, à l'exception du type de partenaires sexuels pour lequel l'utilisation d'un modèle de régression logistique d'un seul niveau a été faite.

En ce qui concerne les résultats, il a été constaté que l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'éducation, le niveau de connaissance du VIH et le type de communauté sont les prédicteurs les plus importants pour le comportement sexuel à risque du VIH en Haïti. En outre, il est clair que les facteurs associés aux comportements sexuels à risque des hommes et des femmes sont différents. De plus, les résultats mettent en évidence la pertinence des perspectives psychologique cognitive et sociale, et interactionnelle pour l'analyse des comportements sexuels à risque en Haïti.

Cette recherche présente l'importance de l'éducation et la connaissance des méthodes de prévention du VIH pour avoir des comportements sexuels plus sûrs. Aussi, souligne-t-elle la nécessité de sensibiliser les individus en union formelle et les plus âgés en ne les considérant pas comme des groupes sans risque sexuel de VIH.

Mots-clés: Haïti, prévalence, VIH/SIDA, comportement sexuel, risque sexuel, régression logistique multiniveaux, perspective psychologique cognitive et sociale, perspective interactionnelle.

Rezime

Nan kòmansman syèk la, te gen yon bès enpòtan nan prevalans SIDA an Ayiti, gras ak pwogrè ki fèt nan sistèm sante mondyal la. Poutan, peyi a rete ak prevalans ki pi wo nan Karayib la akòz konpòtman seksyèl popilasyon an. Rechèch sa eksplike faktè ki lakoz konpòtman seksyèl ki kapab bay maladi SIDA an Ayiti, apati kat endikatè tankou itilizasyon kapòt, kantite patnè seksyèl, kalite patnè seksyèl epi eksperyans nenpòt konpòtman seksyèl ki ka lakoz VIH pou chak sèks yo separe.

Se konsa, pou nou te fè analiz yo, nou te sèvi avèk done ki soti nan ankèt DHS 2012 la. Nou te itilize modèl regresyon lojistik plizyè nivo nan analiz yo, men pou kalite patnè seksyèl la nou te itilize yon modèl regresyon lojistik yon nivo.

Pou sak gen pou wè ak rezilta yo, laj, estati marital, nivo edikasyon, nivo konesans sou SIDA, ak tip kominote se faktè pi enpòtan pou konpòtman seksyèl ki ka lakoz SIDA an Ayiti. Anplis de sa, li klè ke gen diferans nan faktè ki asosye ak konpòtman seksyèl ki ka lakoz SIDA kay gason yo ak kay fanm yo. Aprè sa, rezilta yo mete aksan sou enpòtans pèspektiv sikolojik mantal ak sosyal, epi pèspektiv entèraksyonèl pou analize konpòtman seksyèl ki lakoz maladi SIDA an Ayiti.

Rechèch sa a montre enpòtans edikasyon ak konesans metòd ki ka anpeche moun atrape SIDA genyen pou yon pi bon konpòtman seksyèl. Li fè nou wè tou nesite pou sansibilize moun ki nan relasyon fòmèl yo ak moun ki pi gran yo, epi pa konsidere yo kòm gwoup moun ki pa gen risk seksyèl pou VIH.

Mo kle yo: Ayiti, prevalans, VIH/SIDA, konpòtman seksyèl, risk seksyèl, regresyon lojistik plizyè nivo, pèspektiv sikolojik mantal ak sosyal, pèspektiv entèraksyonèl.

INDICE

INDICE.....	ix
Lista de Cuadros.....	xi
Lista de Gráficas.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo I.....	9
MARCO DE REFERENCIA: COMPORTAMIENTO SEXUAL Y FACTORES DE RIESGO DE VIH	9
1.1.-Marco conceptual	9
1.1.1.-Comportamiento sexual: desde la perspectiva sociológica.....	9
1.1.2.-Comportamiento sexual: desde la perspectiva psicológica cognitiva y social ...	12
1.1.3.-Comportamiento sexual: desde la perspectiva ecológica.....	14
1.1.4.-Comportamiento sexual: desde una perspectiva interaccional	15
1.2.-Comportamiento sexual de riesgo: Definición y consideración para el estudio	17
1.3.-Comportamiento sexual de riesgo de VIH y la relación entre los factores asociados	19
1.4.-Síntesis y modelo adoptado para esta investigación	22
1.5.-Evidencias empíricas sobre el efecto de los factores asociados	25
1.5.1.-Factores contextuales e individuales.....	27
1.5.2.-Factores intermedios	35
1.5.3.-Factores del comportamiento sexual.....	36
Capítulo II.....	40
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
2.1.-Pregunta de investigación	40
2.2.-Objetivos.....	41
2.3.-Hipótesis	41
2.4.-Fuente de datos	42
2.4.1.-Definición de la submuestra del estudio	44
2.4.2.-Consideraciones metodológicas.....	45
2.5.-Medición de las variables de interés	47
2.6.- Análisis estadístico.....	54
2.6.1.-Análisis descriptivo.....	54

2.6.2.-Análisis inferencial	55
2.6.3.-Análisis multivariado	55
Capítulo III.....	60
UN ANALISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO DE VIH/SIDA	60
3.1.-Análisis descriptivo de los datos	60
3.1.1.-Variables dependientes	60
3.1.2.-Variables independientes	61
3.2.-Análisis inferencial de los datos.....	64
Asociación con el uso constante de condón	64
Asociación con el número de parejas sexuales	65
Asociación con el tipo de parejas sexuales	65
Asociación con algún comportamiento sexual de riesgo de VIH	66
3.3.-Análisis multivariado de los factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo de VIH/SIDA.	67
3.3.1.-Análisis de la asociación entre las variables explicativas.....	67
3.3.2.-Comportamiento sexual de riesgo de VIH.....	68
CONSIDERACIONES FINALES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXO 1.....	113
ANEXO 2.....	130
ANEXO 3.....	133

Lista de Cuadros

Cuadro 1. 1.- Distribución de la población mujeres (15-49 años) y hombres (15-59 años) por lugar de residencia, Haití, 2012.	44
Cuadro 1. 2.- Individuos que han tenido una relación sexual alguna vez en su vida, 2012.	45
Cuadro 1. 3.- Distribución de los individuos que han tenido sexo en los últimos 12 meses entre los que ya han tenido sexo alguna vez en su vida, 2012.	45
Cuadro 1. 4.- Distribución de las comunidades por departamentos, Haití 2012.	46
Cuadro 2. 1.- Descripción de las variables independientes a utilizar en este trabajo y su definición operacional.	50
Cuadro 3. 1.- Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses según los comportamientos sexuales de riesgo de VIH, Haití.....	61
Cuadro 3. 2.- Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses según sus características sociodemográficas y económicas, Haití.	62
Cuadro 3. 3.- Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, según su nivel de conocimiento del VIH y la realización de una prueba previa de VIH, por sexo, 2012.	63
Cuadro 3. 4.- Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses según las características de la comunidad, Haití.....	64
Cuadro 3. 5.- Modelos logísticos multinivel binomial de los factores asociados al uso de condón por sexo, Haití 2012.....	72
Cuadro 3. 6.- Modelos logísticos multinivel binomial de los factores asociados al número de parejas sexuales por sexo, Haití 2012.....	76
Cuadro 3. 7.- Modelos logísticos de los factores asociados al tipo de parejas sexuales de las mujeres y de los hombres, Haití 2012.	80
Cuadro 3. 8.- Modelos logísticos multinivel binomial de los factores asociados a algún comportamiento sexual de riesgo de VIH por sexo, Haití 2012.....	84
Cuadro 4. 1.- Distribución de las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.	113

Cuadro 4. 2.-Distribución de los hombres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.	115
Cuadro 4. 3.- Distribución de las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el número de parejas sexuales, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.....	117
Cuadro 4. 4.-Distribución de los hombres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el número de parejas sexuales y sus características sociodemográficas, Haití.	119
Cuadro 4. 5.-Distribución de las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el tipo de parejas sexuales, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.	121
Cuadro 4. 6.-Distribución de los hombres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el tipo de parejas sexuales y sus características sociodemográficas, Haití.	123
Cuadro 4. 7.-Distribución de las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.	125
Cuadro 4. 8.-Distribución de los hombres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.	127
Cuadro 4. 9.-Matriz de correlación policórica para las mujeres.....	129
Cuadro 4. 10.- Matriz de correlación policórica para los hombres.	129
Cuadro 4. 11.-Análisis factorial con componentes principales para las variables relacionadas al nivel de pobreza de los hogares (factores y varianza explicada), Haití.....	133
Cuadro 4. 12.-Cargas factoriales sin rotar para las 13 variables y el factor conservado (N=11,760).	133
Cuadro 4. 13.-Análisis factorial con componentes principales para las variables relacionadas al nivel de pobreza de los hogares (factor conservado y su varianza explicada), Haití. ...	134
Cuadro 4. 14.-Cargas factoriales rotadas para las 13 variables y el factor conservado (N=11,760).	134
Cuadro 4. 15.- Presentación del valor Kaiser-Meyer-Olkin para el análisis factorial.....	135

Lista de Gráficas

Gráfica 1. 1.- Marco conceptual para el análisis de los determinantes de la infección por el VIH en el África subsahariana.....	21
Gráfica 1. 2.-Marco conceptual para el estudio de la infección por VIH y el comportamiento sexual en Kenia.....	22
Gráfica 1. 3.-Presentación del marco conceptual adoptado para el estudio de comportamiento sexual de riesgo de VIH en Haití.....	24
Gráfica 2. 1.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo por sexo respecto a su edad y religión, Haití.....	130
Gráfica 2. 2.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, nivel educativo y sexo, Haití.....	130
Gráfica 2. 3.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, edad y sexo, Haití.....	131
Gráfica 2. 4.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, estado marital y sexo, Haití.....	131
Gráfica 2. 5.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el número de pareja, edad y sexo, Haití.	132
Gráfica 2. 6.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el tipo de pareja, edad y sexo, Haití.	132

INTRODUCCIÓN

Desde el final de la segunda mitad del siglo XX, el mundo ha experimentado una epidemia muy grave: el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En 1981 se describieron los primeros casos de SIDA en Estados Unidos, en 1983 fue descubierto en Francia el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como el responsable de dicha enfermedad (Aubry, 2013). En Haití, los primeros casos fueron reportados en 1982 por el Grupo Haitiano para el Estudio del Sarcoma de Kaposi y las Infecciones Oportunistas (GHESKIO, por sus sigla en inglés)¹, la primera institución dedicada a la lucha contra el VIH/SIDA en el mundo (GHESKIO, 2007-2013). Al principio de la epidemia, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés) en el principio de la epidemia consideró a los haitianos como un factor de riesgo de VIH (Koenig *et al.*, 2010; Pape *et al.*, 2014). La reacción a esta discriminación no se hizo esperar y en 1986 un estudio realizado por GHESKIO y el Ministerio de Salud de Haití, evidenció que los medios de transmisión del VIH son iguales entre las demás nacionalidades (Koenig *et al.*, 2010; Pape *et al.*, 2014). En este sentido, el problema de la epidemia del VIH/SIDA es una preocupación para todos los países del mundo.

El SIDA es la enfermedad con mayor impacto sobre la salud humana en las últimas décadas, por su permanencia y porque se considera como una de las más mortíferas en la historia; lo que la ha llevado a tener un efecto considerable en las cifras sobre el crecimiento de la población y la reducción de la esperanza de vida (Whiteside, 2001; Ochoa Soto, 2004; Ashford, 2006; Seijo, 2009; Bonita *et al.*, 2010). Desde el descubrimiento de esta infección, se llevaron a cabo muchas acciones a nivel mundial para enfrentarla.

Combatir las infecciones sexualmente transmisibles, sobre todo el VIH/SIDA, fue uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), lo que ha permitido una mejora de la situación entre 2000 y 2013. En la actualidad, continúa siendo uno de los Objetivos de

¹The Haitian Group for the Study of Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections Centers es una institución creada para combatir el VIH/SIDA. Esta institución funciona en Haití desde 1982 para proporcionar cuidado médico de manera gratis. <http://www.gheskio.org/wp/>.

Desarrollo Sostenible (ODS), y, por lo tanto, se siguen llevando a cabo muchas acciones para erradicar esta epidemia con metas hacia el año 2030 (Miner *et al.*, 2011; Juárez y Gayet, 2012). Con la evolución de la tecnología, sobre todo los avances en el ámbito de la salud, la prevalencia² del VIH/SIDA ha disminuido en los países desarrollados, en donde la proporción de individuos infectados es baja y tiene un ritmo de crecimiento bajo, debido a la disponibilidad de tratamientos eficaces (Touzé y Ventelou, 2002); mientras que, de manera general, en los países en vías de desarrollo la prevalencia es todavía elevada (Touzé y Ventelou, 2002; Lamptey *et al.*, 2006).

En 2007, se estimaba 2.4 millones de nuevos infectados por el SIDA y 2 millones de muertes fueron causadas por esta enfermedad (Miner *et al.*, 2011; Juárez y Gayet, 2012, UNAIDS, 2018). A nivel mundial, los nuevos infectados por el VIH disminuyeron de 3.5 millones de casos a 2.1 millones entre 2000 y 2013 (una disminución de aproximadamente 40% de los casos) (Naciones Unidas, 2015). Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA), en los países latinoamericanos los nuevos casos se redujeron de 100 mil a 98 mil entre los años 2005 y 2014, y las muertes por causas relacionadas con el VIH cayeron entre esos años de 44 mil a 38 mil (ONUSIDA, 2015; UNAIDS, 2018). En el Caribe, la epidemia del VIH parece haberse estabilizado, dada una disminución en el número de las nuevas infecciones (Naciones Unidas, 2010). No obstante, en 2014, Haití y República Dominicana tuvieron la mayor incidencia³ de VIH de la región (74.6% de los nuevos casos) (ONUSIDA, 2015; UNAIDS, 2018). De esta manera, de 2001 a 2012, en algunos países los nuevos infectados por el VIH se redujeron hasta un 50% (MSPP, 2015). Sin embargo, Haití todavía no alcanza una disminución de tal magnitud, a pesar de los esfuerzos realizados, puesto que solamente se estimaba una disminución de un 13.6% para dicho periodo (pasando de 11 mil nuevos casos a 9.5 mil) (MSPP, 2015; UNAIDS, 2018).

² En epidemiología, la prevalencia es la proporción de individuos de un grupo o una población que padece una enfermedad en un momento o en un período determinado.

³ Número de nuevos infectados durante un periodo determinado expresado como una proporción de la población en riesgo de enfermarse.

En el contexto haitiano, el VIH/SIDA se considera todavía como un gran problema para el sistema de salud al tener la prevalencia más alta de la región. En 2012, Haití tuvo una tasa de VIH/SIDA de 2.2% en el caso de los adultos, una cifra que es 4.6 veces más elevada que la de la región América Latina y el Caribe (0.48%) (Cayemittes *et al.*, 2013; Banque mondiale, 2018). Con un leve descenso, en 2016 la prevalencia del VIH en Haití fue de 2.1% contra 0.5% para América Latina y el Caribe (Banque mondiale, 2018).

Si se compara por sexo, la prevalencia del VIH entre los hombres es menor que la de las mujeres en Haití (Cayemittes *et al.*, 2013). Las mujeres jóvenes tienen una proporción tres veces mayor que los varones (ONUSIDA, 2016). En contraste, en la región de América latina se ha estimado para los años 2014 a 2016 que la prevalencia de varones adultos es más alta que la de mujeres adultas, a diferencia de lo que ocurre en la región del Caribe, donde las mujeres tienen prevalencias más altas que los varones (UNAIDS, 2018). Además, los datos de las Encuestas de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de Servicios (EMMUS)⁴ IV y V muestran una variación entre sexos, manifestando un aumento en las mujeres (del 2.3% al 2.7%) y una disminución en los hombres (del 2% al 1.7%). En otras palabras, estos resultados permiten observar que la prevalencia tiende a aumentar entre las mujeres mientras que disminuye en los hombres. No obstante, el descenso de la prevalencia entre las mujeres embarazadas es notable, lo que ha reducido a su vez la transmisión materno-infantil (6% en 1996 contra 2.3% en 2013) (MSPP, 2013; MSPP, 2016). Esta caída ha contribuido al descenso de la proporción de personas infectadas que se observó a fines del siglo pasado y a principios de este siglo (OMS, 2007a, b, c).

Desde los últimos años de la década de los noventas, el nivel de prevalencia de VIH se mantuvo a la baja en Haití hasta llegar a una reducción del 40% para el año 2000 (Malow *et al.*, 2010; Koenig *et al.*, 2010). Después de la disminución (de 6.2% a 2.2%) observada entre 1993 y 2006 la prevalencia se mantiene estable. Se ha considerado que la disminución se dio por el progreso en el sistema de salud (transfusión sanguínea) y el cambio de comportamientos sexuales (uso de condón) (Gaillard *et al.*, 2006; Koenig *et al.*, 2010; Conserve *et al.*, 2017). En particular, la proporción de las personas infectadas por el

⁴ La EMMUS es el nombre adoptado en Haití en el marco del programa de la encuesta demográfica de Salud (DHS, por su sigla en inglés).

VIH/SIDA se estabilizó desde los años 2005-2006 hasta 2012 (de 2.2%) (Cayemittes *et al.*, 2013). Se ha afirmado que el descenso de la prevalencia del VIH se debe en gran parte a las acciones emprendidas por los actores tanto nacionales como internacionales, que aumentaron el nivel de conocimiento del VIH de la población y promovieron la reducción del comportamiento sexual de riesgo (promoción para el uso de condón, fidelidad) (Halett *et al.*, 2006; Carver *et al.*, 2014).

La cooperación internacional dedica mucha atención a esta epidemia en Haití, y los recursos internacionales destinados solamente para el VIH/SIDA representan el doble del presupuesto total público haitiano dedicado a la salud (MSPP, 2010). Las Organizaciones no gubernamentales (ONG) en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y de la Población (MSPP) coordinan acciones para hacer frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) tales como la promoción del uso de condón en la población, las campañas de sensibilización, las acciones o programas de difusión sobre el conocimiento de la prevención y medios de transmisión de las ITS (Koenig *et al.*, 2010). En particular, las acciones antes mencionadas son dirigidas especialmente a los jóvenes. En el mismo orden de ideas, el MSPP ha concebido un plan estratégico (2008-2012) para reducir la transmisión del VIH/SIDA, que tiene como objetivo reducir el riesgo de infectarse, la incidencia y la tasa de la estigmatización, y mejorar la condición de vida de los seropositivos (MSPP, 2008; Cayemittes *et al.*, 2013).

Para enfrentar el VIH/SIDA en Haití, se desarrolló un programa muy exitoso que logró reducir la prevalencia de la infección. Dicho programa es un modelo de referencia para varios países del mundo (Koenig *et al.*, 2010). Sin embargo, aunque ha tenido éxito en la disminución del porcentaje de infectados por el VIH/SIDA, el país sigue teniendo la tasa más alta de la región Caribeña (Malow *et al.*, 2010).

Pese a haberse registrado un descenso en los casos de VIH en Haití debido al cambio de comportamiento sexual, hay evidencia de que los jóvenes tienen prácticas sexuales de alto riesgo, es decir, sin protección, lo que aumenta la posibilidad de contraer el VIH (OMS, 2007c; Carver *et al.*, 2014). Similar a otros países, en Haití, la educación sexual de los jóvenes todavía se considera como tema tabú en familias y escuelas (Wafo, 2012; Jean-Pierre, 2014;

MSPP, 2014). En efecto, los jóvenes continúan siendo un grupo poblacional con una conducta sexual de alto riesgo para el VIH debido tanto a la falta de educación sexual como a su vulnerabilidad económica y sus prácticas sexuales (Carver *et al.*, 2014). Por otro lado, en 2012, las trabajadoras sexuales presentaban un comportamiento de alto riesgo por lo que eran las más expuestas al riesgo de infección por el VIH en Haití (MSPP, 2012-2013). Según un informe de ONUSIDA en 2015, la tasa de prevalencia del VIH en los trabajadores sexuales es mayor en Haití (8%) comparada con otros países caribeños debido al comportamiento sexual de alto riesgo (ONUSIDA, 2015).

En congruencia con lo anterior, se hizo hincapié en que el comportamiento sexual todavía se presenta como la principal causa de la alta prevalencia de la infección por el VIH del país (Carver *et al.*, 2014). Además, se destaca el papel del comportamiento sexual y de la vulnerabilidad económica para el riesgo de adquirir la infección de VIH/SIDA en Haití. La pobreza se presenta como una de las causas del comportamiento sexual de riesgo, en particular en los jóvenes, condición que conduce a prácticas tales como el coito temprano sin protección, relaciones sexuales con múltiples parejas y a veces con mayores de edad para satisfacer las necesidades económicas básicas (IHE, 2003; Malow *et al.*, 2010)⁵.

En consonancia con lo anterior, resulta muy importante abordar el problema del comportamiento sexual de riesgo de contraer el VIH/SIDA entre los hombres de 15 a 59 años a entre las mujeres de 15 y 49 años en Haití y sus factores asociados. A fin de plantear claramente el problema del comportamiento sexual de riesgo de VIH en Haití, es importante presentar brevemente las condiciones socioeconómicas de Haití después del terremoto de 2010 y sus posibles impactos sobre el comportamiento sexual de los individuos.

A partir del terremoto ocurrido a principios del año 2010, sucedieron miles de muertes, discapacidades, muchos niños y niñas quedaron huérfanos, y empeoró la situación económica y social con la destrucción de los edificios de servicios de salud, educación, empresas e instituciones tanto públicas como privadas. La mayoría de los lugares de trabajo fueron

⁵ El Instituto Haitiano de la Infancia (IHE, por su sigla en francés) es una institución privada, creada en 1985, que tiene como objetivo mejorar la salud de los niños en Haití y sus familias. <http://haiti1stop.com/blog/Schools/institut-haitien-de-l%E2%80%99enfance-ihe/>.

destruidos, y por ello, aumentó la tasa de desempleo. Muchos de quienes perdieron sus viviendas fueron a vivir a los campos de alojamiento en condiciones insalubres, exponiéndose al riesgo de adquirir enfermedades contagiosas y transmisibles. La violencia sexual en los campos de alojamiento fue muy común, según la Federación de la Cruz Roja Internacional (IFRC, por su sigla en inglés) (Joseph y Kahou, 2011; IFRC, 2015). La situación socioeconómica de la población se agravó después de esta catástrofe natural.

En cuanto a la situación económica en los jóvenes se observaron tasas de desempleo muy altas (IHSI, 2012)⁶, por lo que la pobreza llevó a que las prácticas sexuales aparecieran como una de las formas más accesibles a las mujeres, en especial menores de edad, para enfrentar sus problemas económicos, a veces involucrándose en relaciones sexuales no protegidas. Además, estas mujeres no tienen la capacidad de definir las condiciones de las relaciones debido a su situación de vulnerabilidad. Se destaca que las condiciones socioeconómicas del entorno del individuo resultaron determinantes para su comportamiento sexual. Este panorama pudo haber amortiguado el efecto de las intervenciones específicas para disminuir la prevalencia de VIH/SIDA en Haití.

En consecuencia, el presente estudio tiene como objetivo analizar los factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo de contraer VIH/SIDA en Haití, tales como el no uso de condón, tener múltiples parejas y parejas sexuales ocasionales, tanto para hombres entre 15 y 59 años y como para mujeres de 15 a 49 años sexualmente activos en los últimos 12 meses. Se exploran, a partir de la EMMUS-V, las características individuales y del entorno que afectan el comportamiento sexual de riesgo de VIH/SIDA.

Respecto a lo mencionado anteriormente, llevar a cabo un estudio sobre los factores asociados con el comportamiento sexual tiene gran relevancia en Haití, dado que se ha documentado previamente la alta prevalencia del VIH en el país, la falta de educación sexual y la implicación directa de los jóvenes en relaciones sexuales de riesgo (Emilien, 2008; MSPP, 2014). En este sentido, esta investigación presenta una oportunidad para que los

⁶ El Instituto Haitiano de Estadística e Informática (IHSI, por su sigla en francés) es la principal institución gubernamental encargada de proporcionar información cuantitativa al gobierno y los organismos nacionales e internacionales. http://www.ihsi.ht/accueil_presentation_general.htm.

responsables del sistema de salud pública tengan un conocimiento más profundo de los factores que condicionan el comportamiento sexual de riesgo para el VIH de la población y desarrollen nuevas estrategias para enfrentar estos problemas.

Dada la diferencia que presenta el riesgo de infectarse por el VIH en Haití y en la región de América Latina y el Caribe para hombres y para mujeres, resulta central ver los factores asociados a cada sexo por separado. Las mujeres se enfrentan a los problemas de los roles sexuales de género que les impiden prevenir conductas de riesgo. Así, las expectativas sociales les llevan a acceder al deseo de los varones en las relaciones sexuales adoptando prácticas inseguras (García-Sánchez, 2004; Ríos *et al.*, 2009). La literatura resalta que las mujeres tienden a tener menos parejas sexuales y poco control de las actividades sexuales (Akwaru *et al.*, 2003). Y consecuentemente, las mujeres tienden a infectarse por los varones que a veces tienen múltiples parejas y que se benefician de las laxas normas sociales⁷.

Cabe recordar que Haití presenta un panorama diferente a los países de la región Latinoamericana y Caribe respecto a la prevalencia del VIH/SIDA entre los sexos. Por eso, conviene considerar un análisis separado para cada sexo con el fin de resaltar los factores de riesgo asociados según el sexo.

Una revisión de estudios nacionales evidencia que, para examinar el comportamiento sexual de riesgo de VIH, se puede utilizar un índice de riesgo sexual, el uso de condón y/o el número de parejas sexuales⁸. Esa revisión muestra que no hay suficientes estudios previos que hayan indagado sobre los factores asociados al tipo de parejas sexuales. Además, existe poca investigación que tome en cuenta el contexto, tal como la composición social (nivel educativo, tasa de alfabetismo entre otros) y económica (tasa de desempleo, nivel de pobreza) de las regiones o de las comunidades de residencia de los individuos. No obstante, múltiples estudios previos en otros países han demostrado la importancia de tener en cuenta, además

⁷Las normas sociales son reglas que los individuos de una sociedad deben seguir o a las que deben ajustar, moldear sus conductas, tareas y actividades siendo seres humanos a través del diseño institucional, la educación o cualquier otro medio. Según Tena-Sánchez y Guell-Sans (2011) “la norma social es primordialmente una característica de la estructura de interacción, [...]. Ésta se manifiesta en la forma de regularidad de conducta y de ejecución de sanciones” (p.564).

⁸ Véase Curtis y Sutherland (2004), Gaillard *et al.* (2006), Halett *et al.* (2006), Philippe (2006), Emilien (2008), Couture (2009), Georges (2011), Carver *et al.* (2014), Conserve *et al.* (2017) y Conserve *et al.* (2016) entre otros.

de los factores individuales, los factores contextuales en el análisis de los temas relacionados a la salud en general, y en particular, a la salud preventiva (Boerma y Weir, 2005; Magadi y Desta, 2011).

Entre los vacíos que se identifican y sobre los cuales esta investigación espera contribuir se hallan los factores (incluidos los factores contextuales) asociados a los indicadores de comportamientos sexuales, en particular el tipo de pareja sexual, dado que este indicador no ha sido estudiado en ninguna de las investigaciones previas revisadas hasta el momento en el caso de Haití.

Con el fin de cumplir su objetivo, el documento está estructurado en tres capítulos, además de la introducción y la conclusión. En el primer capítulo, se presenta la definición de los comportamientos sexuales de riesgo desde cuatro perspectivas y las evidencias de los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo a través de una revisión de estudios previos. En el segundo capítulo, se describe la metodología (fuente de datos, estrategia de análisis entre otros) que nos ayuda a conseguir los objetivos de esta investigación. En el tercer capítulo, se evidencian los resultados que nos permiten contestar las preguntas y contrastar las hipótesis planteadas sobre los factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo para el VIH en Haití.

Capítulo I

MARCO DE REFERENCIA: COMPORTAMIENTO SEXUAL Y FACTORES DE RIESGO DE VIH

En esta parte se presenta el marco conceptual sobre el comportamiento sexual desde varias perspectivas. Luego, se describen los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo de VIH a partir de estudios previos. Además, se presentan algunas evidencias empíricas del efecto de los factores asociados en los comportamientos sexuales de riesgo.

1.1.-Marco conceptual

1.1.1.-Comportamiento sexual: desde la perspectiva sociológica

El comportamiento sexual tiene varias definiciones dependiendo de la perspectiva considerada. Algunos estudios se refieren al término de conducta sexual, práctica sexual o actitud sexual. La Administración de Educación Pública de Uruguay (ANEP) (2005) se refiere a la conducta sexual considerando todas las prácticas e historias sexuales del individuo que pueden ser distintas o iguales a su orientación sexual, pero estas prácticas e historias sexuales dependen en gran medida del contexto social, político, cultural, religioso o económico. Rwege (1999) considera estos mismos factores para definir el comportamiento sexual. Según él, es un concepto que se puede definir a partir de tres perspectivas teóricas: sociocultural, socioeconómica e institucional.

Respecto a la perspectiva sociocultural, Rwege (1999) distingue dos aspectos de la sexualidad: uno biosocial y el otro sociocultural. En el primero, el comportamiento sexual se refiere a la necesidad biológica, por la cual los comportamientos sexuales se definen como una consecuencia natural del deseo de tener relaciones sexuales, que se manifiesta más fuertemente en los hombres que en las mujeres. Así, esta definición considera el aspecto natural del deseo de tener relaciones sexuales y el desequilibrio que hay en la manifestación del deseo sexual entre los sexos. En otras palabras, la actividad sexual proviene de una pulsión biológica que el individuo busca satisfacer bajo las restricciones de la sociedad. El segundo aspecto, con el fin de criticar el primer aspecto que tiende a quitar el papel central de la mirada social y cultural al comportamiento sexual, plantea que el comportamiento

sexual no solamente se asigna a una necesidad biológica. Los comportamientos sexuales también siguen las normas y valores socioculturales para dar lugar al acto; es decir, un comportamiento sexual específico refleja un contexto sociocultural particular, en donde contribuyen tanto el aspecto cultural y social como el poder y el género (Rwenge, 1999).

La segunda perspectiva, socioeconómica, presenta el comportamiento sexual según las condiciones económicas de los individuos. Dicho de otro modo, las normas y valores socioculturales del comportamiento sexual derivan de las condiciones económicas (Rwenge, 1999). A diferencia de otras perspectivas o enfoques, como la Teoría de la acción razonada (TAR) y Teoría del comportamiento planeado (TCP) -que se verán más adelante-, que podrían suponer que el comportamiento de un individuo se debe esencialmente a las normas y los valores socioculturales, la perspectiva económica permite ver que el comportamiento o la práctica sexual no siempre está definida por las normas y valores, sino también por los factores económicos, es decir, por las condiciones socioeconómicas de los individuos. Por ejemplo, la vulnerabilidad económica de un individuo o de su familia puede hacer que se intercambie sexo por dinero, aún cuando sus referentes morales sean contrarios a esta práctica. Es decir, los individuos pueden transgredir sus propios valores y normas bajo la influencia de las condiciones económicas. Por lo tanto, la probabilidad de que los individuos con nivel de vida económico bajo ejerzan la prostitución (tener relaciones sexuales pagadas con personas desconocidas) aumenta debido a sus necesidades económicas (Modieli, 2008; Malow *et al.*, 2010).

La tercera perspectiva subraya el comportamiento sexual a partir de los factores políticos y los institucionales (Rwenge, 1999). Se trata de la educación sexual por las instituciones básicas (familia, escuela e iglesia), de la legislación de la edad de la primera unión – que implícitamente puede influir en la edad de la primera relación sexual-, de los programas de sensibilización y accesibilidad a la información para un comportamiento sexual determinado (por ejemplo, uso de condón, práctica de la castidad, entre otros). Las instituciones como iglesia, estado, lugar de trabajo, familia son las que pueden influir sobre el comportamiento sexual a través de sus doctrinas, leyes y programas de sensibilización, reglas y costumbres.

Entonces, los valores, las normas y la percepción subjetiva⁹ sobre la práctica sexual, tales como las expectativas de la comunidad, juegan un papel considerable en la motivación del individuo para tener un comportamiento determinado.

De acuerdo con el aspecto de género que se menciona en la primera perspectiva de Rwenge (1999) en la determinación del comportamiento sexual, es importante referirse a las teorías tradicionales del rol sexual mencionadas por Marcet (1983). Estas teorías se basan en las actitudes, valores, ocupaciones y características de la personalidad específicas al sexo y a la cultura. En primer lugar, Marcet (1983) se refiere a varias teorías para subrayar que los padres juegan un papel importante en el comportamiento de los niños, siendo referentes o modelos para conductas, actitudes y comportamiento sexual de sus niños. Luego, sostiene la idea en la cual el comportamiento se determina a partir de las normas culturales. Y aunque el comportamiento es dinámico, menciona que solo una parte del comportamiento cambia con el tiempo (Marcet, 1983). Entonces, el comportamiento sexual deriva en gran parte de los factores culturales.

Por otra parte, sobre la base de la teoría del esquema cognitivo del sexo, Marcet (1983) retoma un postulado con respecto al comportamiento sexual planteando que los individuos se diferencian en los aspectos y conductas que pueden considerarse socialmente como masculinos y femeninos. Pues, aparte del carácter cultural del comportamiento del individuo, se utiliza una red heterogénea para procesar la información relacionada al esquema del sexo. Así, el esquema sexual dicta las prácticas sexuales y atributos sobre la base de sexo considerando una tendencia o mirada del mundo. Aunque las consideraciones culturales o del entorno social desempeñan un papel esencial en el comportamiento sexual del individuo, el sujeto también adapta el comportamiento a sus preferencias, actitudes, prácticas y atributos personales, en particular a su propia autoestima (Marcet, 1983). Por lo tanto, los escenarios

⁹ La percepción puede definirse como “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización”. [...]. La manera de clasificar lo percibido es moldeada por circunstancias sociales [...]” (Vargas, 1994, pp. 48-49). La percepción del individuo es subjetiva porque las reacciones hacia un mismo estímulo dependen de la abstracción del mundo externo o de hechos relevantes, es decir, pueden variar de un individuo a otro (Oviedo, 2004).

culturales raramente predicen de manera completa el comportamiento real (Simon y Gagnon, 1986) dado que los cambios en los patrones del comportamiento varían según las circunstancias y exigencias de la evolución del curso de vida. Es decir, los individuos ajustan las normas según su esquema de conducta lo que puede influir sus prácticas sexuales respecto al riesgo de adquisición del VIH/SIDA (Gayet *et al.*, 2011).

Así, los enfoques socioculturales, socioeconómicos e institucionales del comportamiento sexual se explican respectivamente por los factores culturales, económicos e institucionales. No obstante, los dos primeros tienen en común la consideración del género refiriéndose al comportamiento sexual. En algunas sociedades, los hombres se benefician de ciertas libertades en términos de conducta y práctica sexual, en otras palabras, menor presión social. Y las mujeres son más propensas a tener relaciones sexuales por necesidades económicas, y algunas veces, relaciones sexuales de riesgo (no protegidas). Por lo tanto, el comportamiento sexual se basa en factores socioculturales, socioeconómicos e institucionales.

1.1.2.-Comportamiento sexual: desde la perspectiva psicológica cognitiva y social

La perspectiva anterior presenta la cultura, la condición económica, el entorno social y las instituciones como elementos determinantes en el comportamiento sexual. Por otro lado, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Asociación Mundial de Sexología (AMS) (2000) definen las prácticas sexuales como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles” (p. 8). Este concepto se refiere a la expresión conductual de la sexualidad personal, la percepción y la predisposición que tiene un individuo ante la sexualidad, y, por lo tanto, puede tener una actitud sexual positiva, salubre o contraria. Esta actitud sexual puede originarse a partir de las experiencias personales, de personas consideradas como modelos, de la educación recibida de todos los medios (CODESRIA, 1996). En este sentido, la práctica sexual depende de la percepción, del conocimiento, de las experiencias previas y los antecedentes de la acción con respecto a la salud (Bandura, 1977).

Así, para definir el comportamiento sexual ciertas teorías enfatizan en la cuestión de conducta sexual salubre. A partir de la perspectiva psicológica social cognitiva, estas teorías permiten estudiar la percepción de comportamiento de riesgo. Por lo tanto, desde una perspectiva de la psicología positiva de la salud, una alta percepción de comportamiento de riesgo puede aumentar la intención de participar en comportamientos preventivos (Salamanca y Giraldo, 2012). Entre los principales marcos teóricos relacionados con el tema del comportamiento se encuentran la teoría de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y del comportamiento planeado de Azjen y Fisbein (1980), y la teoría del Aprendizaje social de Bandura (Salamanca y Giraldo, 2012).

La teoría de la acción razonada (TAR) es una teoría que se usa mucho en los estudios de comportamiento. Esta teoría parte de la premisa de que el cumplimiento de un comportamiento resulta de la intención, que a su vez proviene de la percepción y las normas-subjetivas¹⁰. Este modelo enfatiza en las intenciones para predecir las conductas de la persona. Con posterioridad, estos autores desarrollan la teoría del comportamiento planeado (TCP) que agrega al modelo anterior el factor de control del comportamiento percibido, por lo tanto, en este modelo las intenciones se determinan a partir del individuo en sí y su entorno por lo que incluyen la actitud social, la norma subjetiva y el control percibido como elementos importantes para lograr un comportamiento de éxito. No obstante, los elementos fundamentales que definen el comportamiento sexual de los individuos son las intenciones y las motivaciones.

Muchos estudios han aplicado el modelo TCP para examinar el comportamiento de los individuos ante el uso de condón. Así, Martín *et al.* (2011) aplican este modelo para analizar la conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. Sus resultados subrayan la importancia de la intención en la conducta, por lo que los programas comunitarios tienen que implantar como norma y generar como hábito la utilización del preservativo en todas las

¹⁰“La norma subjetiva es un razonamiento normativo que pone de manifiesto la presión social percibida por la persona que va a realizar la conducta hacia la ejecución o no de dicha conducta; [...]. Es decir, la norma subjetiva está determinada por dos componentes: por la percepción de que otras personas importantes para el sujeto aprueban, piensan, esperan y desean su conducta (creencias normativas); y la motivación del propio sujeto para acomodarse a las expectativas o deseos de esas personas (motivación de ajustarse)” (Guzmán *et al.*, 2014, p. 57).

relaciones sexuales (Martín *et al.*, 2011). También señalan la implicación del entorno del individuo sobre la intención en el cumplimiento de un comportamiento específico.

Por otro lado, Orcasita *et al.* (2013) critican este modelo porque se enfatiza mucho en el factor intención como motor de la toma de decisión. A partir de un estudio sobre el comportamiento sexual de riesgo, presentan la gran importancia de las normas o creencias asociadas a las prácticas sexuales. Así, la identidad social del individuo, su sentido de pertenencia al colectivo y su identidad de género están implicadas en sus patrones de comportamiento. Existe, pues, una relación entre el contexto social, la identidad y las prácticas sexuales (Orcasita *et al.*, 2013).

Entonces, las críticas precedentes de Orcasita *et al.* (2013) que sostienen el rol del contexto social -la interacción social- en la práctica sexual están apoyadas en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) que pone el énfasis en la dinámica y la interacción continua entre el individuo y el ambiente para una conducta de salud positiva.

Esta teoría del aprendizaje social tiene como premisa principal la influencia recíproca de las personas y sus entornos sociales. Desde una perspectiva cognitiva social, se sostiene que la percepción y la ubicación del individuo son elementos que impactan en los procesos conductuales, el procesamiento cognitivo y en la toma de decisión. Es decir, esta teoría subraya tanto el sentido de determinación del individuo como las oportunidades y ayudas concedidas por el ambiente a partir de los apoyos e intervenciones sociales para el cumplimiento de una conducta salubre. La transformación del comportamiento del individuo tiene que ver con las acciones personales y las implicaciones sociales (Salamanca y Giraldo, 2012).

1.1.3.-Comportamiento sexual: desde la perspectiva ecológica

La perspectiva ecológica se une a la teoría del aprendizaje social de Bandura, en el sentido de que los entornos sociales juegan un papel importante en el cumplimiento de una conducta salubre. Este modelo teoriza que el comportamiento salubre depende de factores de varios niveles (nivel individual, interpersonal, de la comunidad y de la sociedad) (Zhang *et*

al., 2016). Las características individuales, los factores interpersonales y los factores institucionales como las políticas públicas son fundamentales para el comportamiento puesto que depende de las influencias en múltiples niveles y la interacción con el ambiente. Desde esta perspectiva, las influencias externas pueden explicar la dinámica de la práctica considerada a partir del conocimiento, las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social. Cualquier conducta tiene lugar en un contexto, por lo que la práctica sexual del individuo mantiene una estrecha relación con su ambiente (Lamas, 2001). Entonces, el entorno influye en la determinación del individuo para tener un comportamiento salubre o no.

Pero, la determinación del individuo para tener un comportamiento salubre que plantea la teoría precedente no es tan simple de adquirir, necesita otros factores previos (prerrequisitos) que pueden servir como antecedentes, o sea, experiencias previas. Por eso, se considera la importancia de la auto-eficacia. Esta última es el factor esencial del modelo de creencias de Salud que se basa en la teoría cognitiva para explicar y predecir la conducta salubre, es decir, la toma de decisiones y las acciones consecuentes para conductas o comportamientos saludables (Salamanca y Giraldo, 2012). Su premisa es que el individuo adopta una conducta salubre o preventiva cuando percibe que su salud está amenazada y cree que tiene la capacidad y el poder de reducir esta amenaza. En otras palabras, el individuo ve que puede generar más beneficios que costos al tener en cuenta su salud para evitar el riesgo (Orcasita *et al.*, 2013). No obstante, los beneficios y los riesgos de la conducta se deben percibir tanto a nivel individual como a nivel social (Salamanca y Giraldo, 2012) dado que tales percepciones se originan de manera directa o indirecta de una experiencia previa – antecedente- de un individuo o en gran parte de la sociedad.

1.1.4.-Comportamiento sexual: desde una perspectiva interaccional

Aunque las perspectivas anteriores consideran la interacción del individuo con su ambiente en la explicación del comportamiento sexual, su enfoque es más individualista dado que no considera la relevancia de la relación entre las parejas. En este sentido, estos modelos son más útiles para la predicción de comportamiento de salud pero no para el comportamiento

sexual (Ingham y Van Zessen, 2005). Van Campenhoudt y Cohen (2005) enfatizan en la importancia de los factores que involucran la relación para explicar el comportamiento sexual de riesgo de VIH/SIDA. Estos factores son el tipo de participación en la relación (fusión o asociación), la etapa de la relación (cortejo-sedución, familiaridad, malentendido o desacuerdo), el área social de la relación (primaria o secundaria), el equilibrio de poder entre los compañeros (determinado por sus recursos económicos, sociales, culturales y simbólicos) y la relación con el cuerpo y la gestión de la salud (instrumental o reflexiva). Así, la interacción o la dinámica en la relación, es decir, su dimensión situacional y temporal, es importante para estudiar el comportamiento sexual.

Además, el contexto en el cual se origina la relación sexual impacta en el comportamiento de las parejas. También el tipo de pareja (esposa o esposo, extramarital, ocasional y comercial) es relevante en la determinación de un comportamiento sexual (Van Campenhoudt y Cohen, 2005). En otras palabras, la dinámica y el resultado de la relación pueden originarse en un proceso de negociación entre las parejas a lo largo de tiempo. Por otro lado, para comprender el comportamiento son relevantes el significado de las diferentes comunicaciones y el poder en la relación.

En consecuencia, esta perspectiva critica a las anteriores que se refieren a la racionalidad individual proponiendo la racionalidad de la relación (de las parejas) dado que el comportamiento sexual (uso de condón) depende de la interacción (decisiones, negociación) de las parejas, de sus percepciones y emociones, que a su vez se originan en el tipo de pareja.

Partiendo del modelo psicológico de la salud hasta la perspectiva cognitiva social se observa que hay una correlación positiva entre la percepción del riesgo y la conducta del comportamiento preventivo (Bandura, 1977; Salamanca y Giraldo, 2012). Luego, la perspectiva interaccional considera la importancia de la comunicación, la racionalidad de las parejas para un comportamiento sexual. Una síntesis de las teorías muestra que el conocimiento, la interacción interpersonal y el ambiente social a través de la intención, las normas subjetivas y la percepción son factores asociados al comportamiento sexual. Por eso, en el marco de esta investigación, es importante subrayar las intervenciones para un comportamiento salubre como la difusión para el conocimiento del VIH/SIDA, el acceso y

la educación de los individuos con el fin de promover el uso de condón en las relaciones sexuales. Dichas intervenciones se presentan como oportunidades y apoyo social puesto que la sensibilización para el conocimiento del uso de condón y su accesibilidad por medio de la distribución gratuita permite mucho más su uso y su adquisición. Estas últimas eliminan barreras tanto sociales como económicas para un comportamiento sexual saludable. Entonces, es importante analizar las características del comportamiento sexual no saludable y sus factores asociados. Por lo tanto, en el siguiente apartado se presenta la definición del comportamiento sexual de riesgo y los aspectos considerados en el marco de esta investigación.

1.2.-Comportamiento sexual de riesgo: Definición y consideración para el estudio

No existe un consenso en la definición del comportamiento sexual de riesgo dado que los términos que explican las prácticas sexuales no son tan claros (Brawner *et al.*, 2015). Así, Brawner *et al.* (2015) definen un comportamiento sexual de riesgo como “un comportamiento sexual que aumenta el riesgo para los resultados de salud sexual no deseados” (traducción propia, p. 140). Por otro lado, Senn (2013) dice que el comportamiento sexual de riesgo es cualquier comportamiento sexual que pone en riesgo los resultados de la salud de un individuo. La primera definición es más precisa dado que tiene en consideración la preferencia en los resultados de salud originados del comportamiento de sexual.

Aunque existen múltiples formas de entender y definir el tema de comportamiento sexual de riesgo, en la mayoría de las definiciones se incluyen componentes que se refieren a la frecuencia de la actividad sexual (número de parejas y tipo de parejas), la falta de uso de métodos de protección y los incentivos de la ocurrencia de la actividad sexual (alcohol o estupefacientes) (Pulido *et al.*, 2013; Forcada *et al.*, 2013). Por lo tanto, un comportamiento sexual de riesgo puede definirse como una práctica que aumenta el riesgo de contraer una ITS. Esta definición considera todos los medios de infectarse de una ITS, en particular el VIH. Dado que para algunos autores la mayoría de los casos de VIH se deben a los comportamientos sexuales, y otros confirman la relación sexual no protegida como la vía

más común para la transmisión del VIH, entonces la definición adecuada de los comportamientos sexuales de riesgo tiene que reflejar la contribución de dicho comportamiento en la exposición al riesgo de enfermarse por VIH (Navarro y Vargas, 2005; Lamprey *et al.*, 2006; Brawner *et al.*, 2015). Así, Brawner *et al.* (2005) define el comportamiento sexual de riesgo por el VIH como:

Cualquier conducta sexual que aumenta la probabilidad de exposición al VIH, incluyendo pero no limitado a contacto genital sin protección (oral, anal o vaginal), con o sin penetración, orgasmo o eyaculación; parejas sexuales concurrentes o múltiples parejas sexuales secuenciales; actividad sexual bajo la influencia de drogas y / o alcohol; actividad sexual a cambio de apoyo emocional o bienes materiales (por ejemplo, dinero, drogas); y / o actividad sexual con una pareja de estado de VIH desconocido (traducción propia de (Brawner *et al.*, 2015, p. 144))¹¹.

De manera específica y relacionada con este trabajo, una práctica sexual de riesgo puede definirse como “la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA” (Gonçalves Câmara *et al.*, 2007, p. 161). Esta definición pone énfasis en la exposición de un individuo a una situación que puede afectar negativamente su salud o la salud de otra persona, con la enfermedad transmisible sexualmente, en particular el VIH/SIDA. En otras palabras, un comportamiento sexual de riesgo se refiere a todas prácticas sexuales por las cuales un individuo puede contraer el VIH/SIDA. Así, múltiples estudios enfatizan en los factores o determinantes próximos de riesgo de infección del VIH/SIDA para analizar el comportamiento sexual.

Entonces, es relevante destacar estudios cuyo marco conceptual toma en cuenta ciertos aspectos de las precedentes teorías para estudiar el comportamiento sexual de riesgo del VIH/SIDA y las diferentes relaciones existentes entre dichos conceptos.

¹¹ “Any sexual behavior that increases the probability of exposure to HIV, including but not limited to unprotected genital contact (oral, anal, or vaginal), with or without penetration, orgasm, or ejaculation; concurrent sexual partners or multiple sequential sexual partners; sexual activity under the influence of drugs and/or alcohol; sexual activity in exchange for emotional support or material goods (e.g., money, drugs); and/or sexual activity with a partner of unknown HIV status” (Brawner *et al.*, 2015, p. 144).

1.3.-Comportamiento sexual de riesgo de VIH y la relación entre los factores asociados

Esta sección está dedicada a presentar algunos marcos conceptuales para mostrar la relación existente entre los factores asociados al comportamiento de riesgo para el VIH a partir de estudios relevantes para esta investigación.

En este sentido, Boerma y Weir (2005), en un estudio de los factores determinantes que originan el riesgo de transmitir la infección del VIH, presentan la relación que tienen los elementos fundamentales para el riesgo de infección del VIH, a saber las características demográficas (edad, sexo, estado marital, lugar de residencia), socioeconómicas (ingreso, educación, ocupación) y socioculturales (religión, pertenencia étnica) de los individuos; los programas de intervención y los factores de comportamiento (el número de parejas y tipos de contactos sexuales, falta de uso de condón y la presencia de otras ITS).

Los autores señalan que se presenta una relación indirecta de los factores contextuales y los programas de intervención con la exposición a la infección del VIH. Su trabajo destaca que los sistemas sociales y ambientales influyen en los determinantes próximos (componentes biológicos y de comportamiento) que se vinculan directamente con los determinantes biológicos. Estos últimos, a su vez dan lugar a la exposición a la infección del VIH, pues los determinantes socioculturales, socioeconómicos y ambientales operan vía los determinantes próximos (Boerma y Weir, 2005). En consecuencia, no hay una relación directa de los determinantes socioculturales, socioeconómicos y ambientales con el riesgo de infección del VIH.

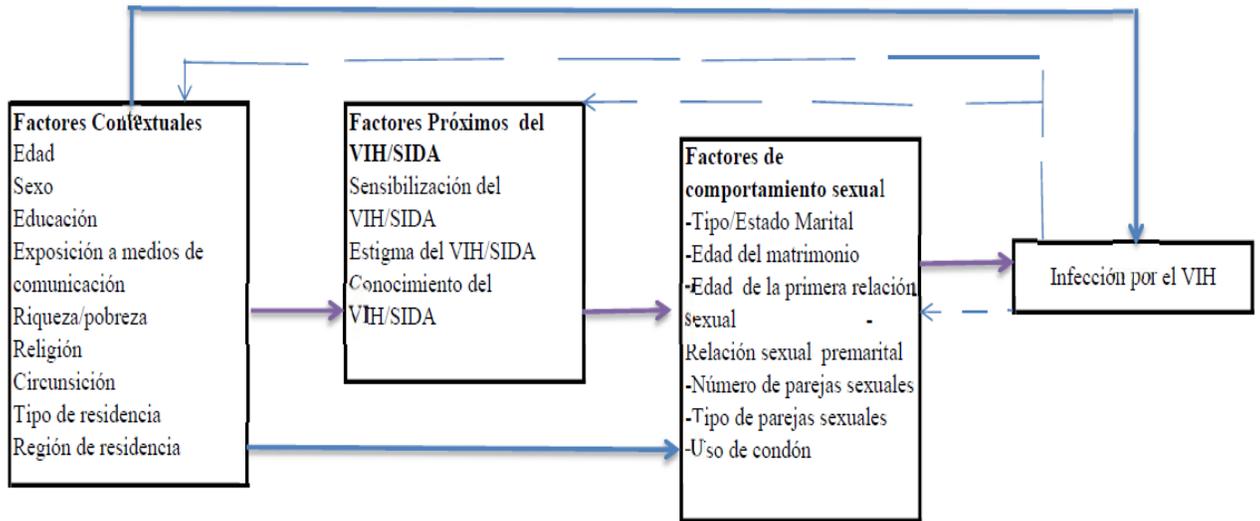
Dado nuestro interés por investigar los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo para hombres y mujeres, es importante considerar el vínculo que existe entre los determinantes subyacentes (socioculturales, socioeconómicos y demográficos) y los determinantes próximos (comportamiento de riesgo de VIH/SIDA). Así, se puede identificar una relación directa entre los determinantes socioculturales, socioeconómicos y demográficos con el comportamiento sexual (uso de condón). Es decir, estos determinantes (socioculturales, socioeconómicos y demográficos) no operan a través de otros para dar lugar al comportamiento sexual de riesgo de VIH.

Por otro lado, Magadi y Desta (2011), en un estudio de los factores asociados a la infección de VIH en África Subsahariana, relacionan directamente los factores contextuales a la infección del VIH. De manera diferente al estudio de Boerma y Weir (2005), señalan que el riesgo de infectarse puede originarse directamente de los factores contextuales sin pasar por los factores próximos. Luego, consideran que los factores próximos del VIH conducen al comportamiento sexual que se relaciona con la infección del VIH. Cabe señalar que los factores próximos del VIH mencionados por Magadi y Desta (2011) son el conocimiento del VIH/SIDA, la sensibilización y la estigmatización ante el VIH, los cuales influyen directamente en el comportamiento sexual.

En este sentido, indican que los factores del comportamiento sexual (estado marital, edad de la primera unión, edad inicio al coito, coito premarital, número de parejas sexuales, tipos de parejas sexuales y el uso de condón) son los más determinantes para la infección de VIH, aunque algunos de los factores contextuales pueden ser vinculados directamente con el riesgo de infección por el VIH.

Luego, en el marco conceptual de Magadi y Desta (2011) se puede ver que los factores del comportamiento sexual se originan en los factores individuales (socioeconómicos y demográficos), en los factores contextuales (cultural y social) y en los factores próximos del VIH. Cabe señalar que su trabajo muestra una asociación directa entre los determinantes próximos del VIH/SIDA y los factores del comportamiento sexual. Sin embargo, consideran una relación que puede ser directa o indirecta de los factores contextuales y los factores individuales con los factores del comportamiento sexual. La relación es directa en el sentido de que los factores contextuales e individuales pueden influir en los factores del comportamiento sexual sin pasar por otros. Pero, estos factores tienen también una relación indirecta con los del comportamiento sexual porque operan vía los factores próximos del VIH que a su vez dan lugar a dicho comportamiento. Así, en sus consideraciones plantean que la salud y el comportamiento del individuo no solamente surgen del factor de riesgo individual sino también de la estructura social del entorno en que vive. Por eso, adoptan el siguiente marco conceptual en su análisis de los determinantes de la infección por el VIH (*Gráfica 1.1*).

Gráfica 1. 1.- Marco conceptual para el análisis de los determinantes de la infección por el VIH en el África subsahariana.

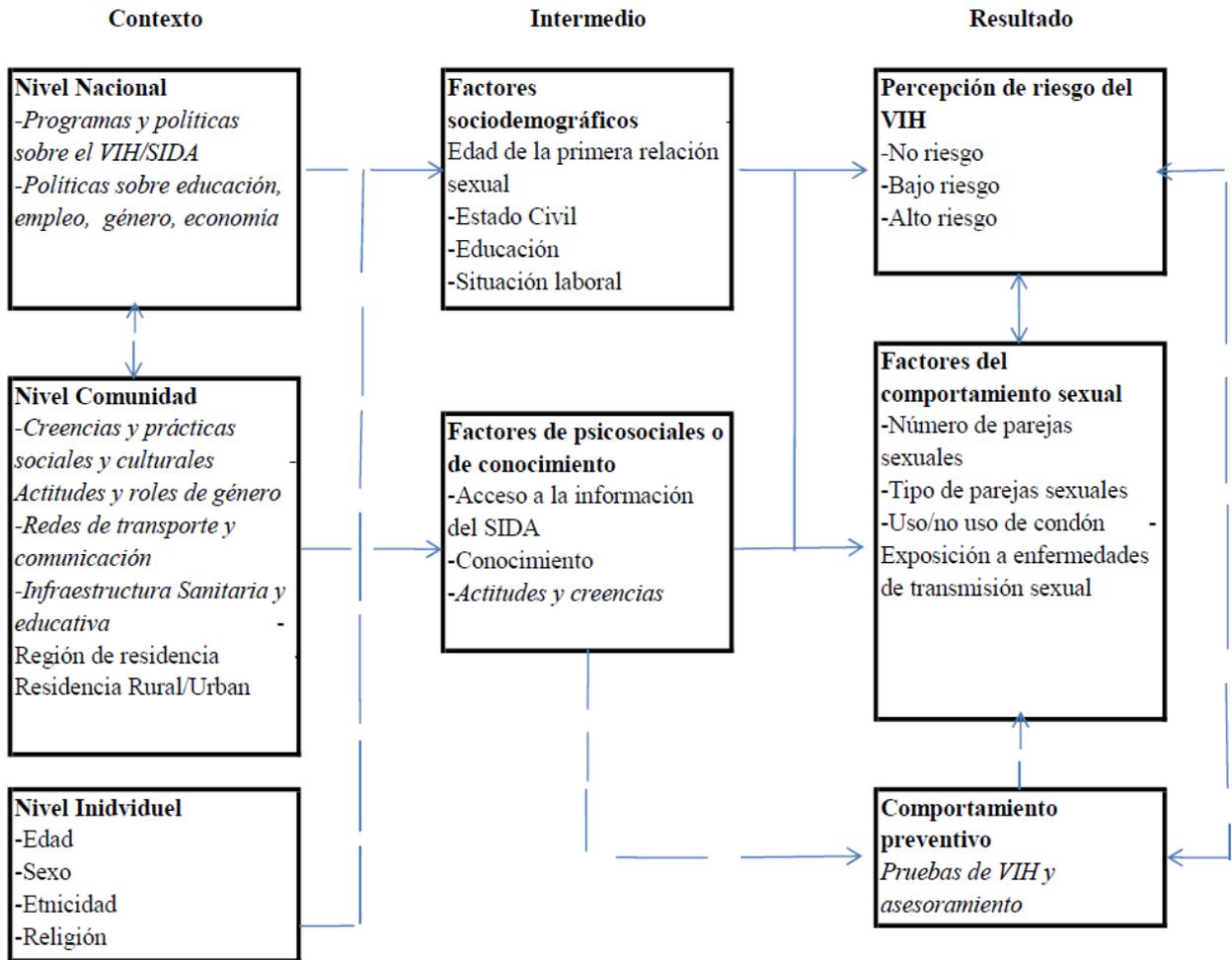


Fuente: Traducción basada en Magadi y Desta (2011)

Las líneas punteadas son posibles relaciones propuestas por el trabajo pero no abordadas.

De manera más precisa que lo anterior y relacionado con el modelo de la teoría del comportamiento planeado que tiene al control del comportamiento percibido como elemento fundamental en el cumplimiento de una conducta, Akwara *et al.* (2003), en un trabajo sobre la percepción de riesgo al VIH y el comportamiento sexual en Kenia, plantean que los factores considerados como intermedios, tales como los factores sociodemográficos y los factores psicosociales o conocimientos del VIH, influyen en el comportamiento sexual. En el mismo sentido que Magadi y Desta (2011), precisan que los contextos a nivel nacional, comunidad e individual tienen posible influencia sobre estos factores intermedios que a su vez dan lugar al comportamiento sexual. Al igual que en el marco de Boerma y Weir (2005), Akwara *et al.* (2003) señalan que los factores contextuales pueden operar a través de los factores intermedios que dan lugar al riesgo del VIH/SIDA. Además, su trabajo indica que la percepción de riesgo de infección del VIH determina el comportamiento sexual y viceversa, es decir, existe una relación bidireccional entre el comportamiento sexual y la percepción del riesgo al VIH. En suma, describen una relación directa de los factores socio-demográficos y los factores psicosociales o de conocimiento con los factores del comportamiento sexual. En la gráfica 1.2, se presenta su marco conceptual para una mayor comprensión.

Gráfica 1. 2.-Marco conceptual para el estudio de la infección por VIH y el comportamiento sexual en Kenia.



Fuente: Traducción basada en Akwara *et al.* (2003)

Las líneas continuas representan asociaciones que se examinan en este estudio, las líneas punteadas representan posibles asociaciones, pero no son probadas en este estudio. Las variables en cursiva no se miden en este estudio.

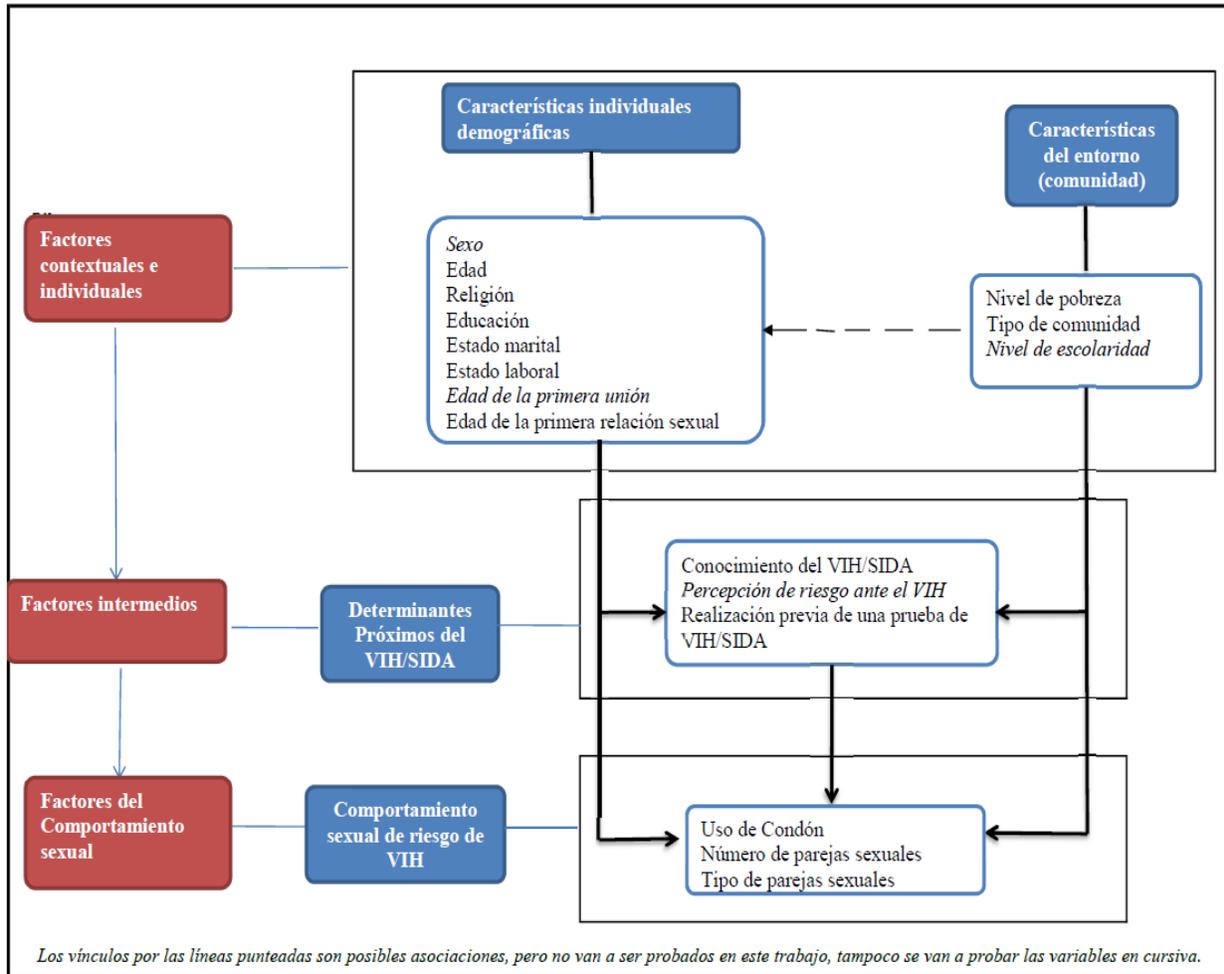
1.4.-Síntesis y modelo adoptado para esta investigación

A partir de los marcos conceptuales anteriores, se propone que el comportamiento sexual (definido como uso de condón, número y tipo de parejas de parejas sexuales) está influenciado por los factores socioculturales (religión, educación), socioeconómicos (índice de desarrollo de la comunidad), socio-demográficos (edad, sexo, estado marital) y psicosociales o conocimiento (conocimiento del VIH, estigmatización contra el VIH) considerados como determinantes próximos del VIH. Una síntesis de estos marcos teórico-

conceptuales, permite destacar que no sólo las características individuales son determinantes para el comportamiento, sino también las características del entorno juegan un papel importante en la condición de salud y comportamiento sexual del individuo que a su vez origina el riesgo de infección del VIH (Magadi y Desta, 2011; Senn, 2013; Zhang *et al.*, 2016). Las teorías mencionadas anteriormente muestran la relevancia del papel que tiene el entorno en la percepción, las normas subjetivas y los valores, así como la intención del individuo y su interacción con su pareja para el cumplimiento de un comportamiento sexual determinado. Así, el entorno desempeña un papel esencial, tanto en la influencia del conocimiento de los medios preventivos como en las condiciones económicas, a partir de las diferentes perspectivas (sociológica, psicológica social y ecológica) que estudian el comportamiento sexual y que sirven como marco conceptual para esta investigación.

Por eso, este trabajo tiene como objetivo explicar el comportamiento sexual de riesgo de contraer el VIH/SIDA a partir de los factores del comportamiento sexual (uso de condón, número de parejas y tipo de parejas sexuales) como variables de interés, examinando los efectos aditivos e interactivos a nivel individual y los factores contextuales que influyen en los resultados a nivel individual (Moineddin *et al.*, 2007). Son efectos aditivos e interactivos puesto que el comportamiento sexual del individuo depende tanto de sus propias características como también del ambiente. Es decir, muestra la dinámica y el cambio en el efecto de la incorporación de cada nivel sobre el comportamiento sexual dado que el comportamiento sexual se origina tanto en las características individuales como en las interacciones con el entorno. En el contexto de esta investigación se adopta el siguiente marco conceptual (*Gráfica 1.3*) que deriva de los tres marcos conceptuales anteriores, con el fin de ver los efectos de cada uno los factores de manera separada sobre el comportamiento sexual de riesgo de infección por el VIH. Este marco considera precisamente los de Akwara *et al.* (2003) y Magadi y Desta (2011) dada la simplicidad y la claridad de sus marco-conceptuales y la relación con las variables dependientes en dichos trabajos. Tal marco conceptual se utiliza con el fin de describir y analizar el comportamiento sexual de riesgo de VIH en Haití en 2012.

Gráfica 1. 3.-Presentación del marco conceptual adoptado para el estudio de comportamiento sexual de riesgo de VIH en Haití.



Fuente: Elaboración propia.

Este marco-conceptual tiene en cuenta los factores contextuales e individuales, los factores intermedios a través de los determinantes próximos del VIH y los factores del comportamiento sexual de riesgo de VIH. De un lado, este marco indica que las características individuales y de la comunidad originan los determinantes próximos del VIH/SIDA que a su vez dan lugar al comportamiento sexual de riesgo de VIH (Gráfica 1.3). Por otro lado, permite presentar el vínculo directo de las características individuales o las de la comunidad con el comportamiento sexual de riesgo. En consecuencia, en este trabajo interesa analizar el vínculo directo e indirecto que existe entre las características individuales y del contexto con el comportamiento sexual de riesgo. Así, en la siguiente sección se

presentan las evidencias empíricas de los factores asociados con el comportamiento sexual de riesgo por el VIH/SIDA.

1.5.-Evidencias empíricas sobre el efecto de los factores asociados

En la investigación empírica hay una multiplicidad de estudios sobre el tema de comportamiento sexual. El VIH/SIDA ocupa una parte importante de la investigación en salud, sobre todo en África en donde la prevalencia del VIH/SIDA es la más elevada del mundo. Para esta investigación, se han seleccionado los siguientes estudios realizados en África y en América Latina sobre el VIH: Serwadda *et al.* (1992), Quigley *et al.* (1997), Smith *et al.* (1999), Akwara *et al.* (2003), Eaton *et al.* (2003), Thiam (2004), Langston (2005), Boerma y Weir (2005), Navarro y Vargas (2005), Simbayi *et al.* (2005), Philippe (2006), Modieli (2008), Gómez, *et al.* (2008), Pettifor *et al.* (2009), Grisales *et al.* (2011), Magadi y Desta (2011), Juárez y Gayet (2012), Forcada *et al.* (2013), Carver *et al.* (2014). La mayoría de estos estudios convergen en la identificación de los factores asociados al riesgo del VIH/SIDA, algunos destacan las relaciones sexuales como el medio esencial dentro del conjunto de los medios por los cuales se pueden contraer el VIH/SIDA (que abarcan el acto sexual, la vía sanguínea, la transmisión de madre a hijo) (CODESRIA, 1996; Navarro y Vargas, 2005; Lamptey *et al.*, 2006).

En 2010, en Estados Unidos el 88% de los casos de VIH se debió al contacto sexual tanto por relación sexual de los homosexuales como de los heterosexuales (Brawner *et al.*, 2015). Por lo tanto, la evidencia de la práctica sexual como medio de riesgo alto permite considerar tres tipos de comportamiento sexual de riesgo: ser activo sexualmente, tener múltiples parejas sexuales (concomitantes, en serie, regulares, ocasionales) y tener prácticas sexuales no protegidas (uso incorrecto e irregular del condón) (Eaton *et al.*, 2003).

Por otro lado, estos comportamientos de riesgo de VIH están influenciados por los factores de nivel individual (relación interpersonal y organización del ambiente) así como de sus contextos (factores culturales y estructurales). En otras palabras, los factores socioeconómicos (pobreza, desempleo), los factores culturales (religión, discriminación de género, relación sexual coercitiva) y los factores estructurales (ausencia de instituciones

sociales o su debilidad, cambio social, urbanización, modernización, diferencias entre medio urbano y rural) tienen impactos en el comportamiento sexual de riesgo de los individuos (Eaton *et al.*, 2003; Thiam, 2004).

En el mismo sentido que lo anterior, a mediados del primer decenio del siglo XXI, Simbayi *et al.* (2005) realizaron un estudio en Sudáfrica sobre los factores de riesgo de VIH/SIDA donde subrayaron el peso de las características demográficas, historia de las conductas de riesgo (número parejas sexuales, sexo pagado, otras ITS, la realización previa de una prueba diagnóstica ITS, inyección de drogas, exposición a la sangre), conocimiento de prevención del SIDA, susceptibilidad percibida del SIDA, actitudes ante condón, y comportamientos sexuales (uso de condón), entre otros.

Asimismo, Philippe (2006) presentó los factores de riesgo asociados con la infección del VIH/SIDA en Haití a partir de los datos de la DHS de 2000. Destaca que los factores individuales (como la edad del inicio al coito, el nivel de educación, la diferencia de edad entre las parejas) y los factores contextuales (como la religión, el tamaño del hogar, y el lugar de residencia, entre otros) influyen en el riesgo de infección del VIH en Haití. En suma, el riesgo de contraer el VIH/SIDA surge de las características individuales, de la percepción y actitudes ante el VIH, y de los comportamientos sexuales.

Muchas investigaciones citadas anteriormente han propuesto un conjunto de determinantes próximos de la infección del VIH/SIDA. De acuerdo con las precedentes teorías y el marco adoptado para este trabajo, se presentan a continuación algunas evidencias empíricas que permiten describir el efecto de cada uno de estos factores asociados al comportamiento sexual de riesgo de contraer el VIH/SIDA.

Cabe recordar que en este marco-conceptual se tienen en cuenta las variables de carácter socio-demográfico, socioeconómico y sociocultural que constituyen los factores contextuales e individuales, luego los factores intermedios y los factores de comportamiento sexual. Así, se presenta la definición de cada una de estas variables que forma parte del marco-conceptual del presente estudio.

1.5.1.-Factores contextuales e individuales

La consideración de los aspectos contextuales (culturales, del entorno, normas y modernización) es importante en la exposición y probabilidad de infectarse por el VIH (Caldwell *et al.*, 1989). Diferentes estudios presentan una relación estrecha entre los aspectos sociales, culturales y económicos, y los comportamientos sexuales y la transmisión del VIH (Ferry, 1996; Malow *et al.*, 2010). Por eso, resulta importante presentar los mecanismos a varios niveles (individual, geográfico y social) (Magadi y Desta, 2011; Brawner *et al.*, 2015). Estos mecanismos pueden influir directamente o indirectamente en los comportamientos sexuales de riesgo de VIH/SIDA. En otras palabras, estas variables pueden influir a las que están vinculadas directamente o indirectamente al riesgo infectarse por el VIH (Ferry, 1996). Por otra parte, Malow *et al.* (2010) presentan estas variables contextuales como conductores significativos de las infecciones transmisibles sexuales, especialmente el VIH. En general, estas variables indirectas o contextuales son las variables socio-demográficas y socioeconómicas.

-Variables demográficas

Como se acaba de señalar, las variables demográficas juegan un papel importante en el comportamiento sexual e implícitamente en el riesgo de infectarse de VIH/SIDA. Por eso, se definen las siguientes que se consideran esenciales en el marco de esta investigación:

Edad

La edad es una variable importante en la determinación del comportamiento sexual, sobre todo, cuando se considera que los jóvenes están más expuestos al comportamiento sexual de riesgo en Haití (Georges, 2011). La edad es un factor que puede influir en el comportamiento sexual porque en las edades jóvenes, los individuos tienden a disfrutar de la sexualidad explorando algunas prácticas sexuales, a veces, relaciones sexuales no protegidas (FUNAM, 2014; Muñetón *et al.*, 2014)¹². Unas de las características propias de la

¹² La Fundación UNAM (FUNAM) es una organización establecida en favor de las causas y objetivos de la Universidad Nacional Autónoma de México y para fortalecer su imagen como nuestra Máxima Casa de Estudios, tanto en México como en el extranjero.

adolescencia son la iniciación sexual, la implicación en las experiencias sexuales pasajeras y las múltiples demandas que exige el medio (Muñetón *et al.*, 2014). La adolescencia es un periodo de aprendizaje de la sexualidad, en este periodo los individuos tienden a tener más relaciones inestables, y se lo denomina como tiempo de flirteo (Bozon, 2013).

Por otra parte, en un estudio sobre la percepción de riesgo del VIH/SIDA de los adultos mayores se muestra que este grupo no usa el preservativo en las relaciones sexuales debido a un mal conocimiento del VIH (Fong *et al.*, 2015). Según los adultos mayores el preservativo es solo un método de anticoncepción, entonces ellos no lo usan dado que no temen al embarazo.

Con respecto a lo anterior, no queda clara la influencia específica del grupo etario en el comportamiento sexual de riesgo. Por una parte, los jóvenes son mucho más activos sexualmente y usan pocas veces un condón en las relaciones sexuales y, por otra parte, los adultos presentan alto riesgo porque no usan condón por su baja percepción de riesgo y su mal conocimiento de los medios de prevención. Los agentes de sensibilización para la prevención del VIH tienen una percepción sesgada de los adultos puesto que los consideran como asexuales dada su edad. Sin embargo, los adultos no están eximidos del riesgo de contraer VIH por cuestión etaria (Ávila y Jauregui, 2016). En Estados Unidos, los adultos mayores sexualmente activos están involucrados en relaciones sexuales de riesgo porque la edad avanzada se relaciona con tener información incorrecta acerca de la prevención (Scaccabarozzi, 2010-2011).

Por otro lado, se observa que, en ciertas sociedades, las mujeres jóvenes tienden a tener relaciones sexuales con hombres adultos con el fin de obtener apoyos económicos (Malow *et al.*, 2010). Por lo tanto, la edad, sobre todo en el caso de las mujeres, influye en el comportamiento sexual. Similar a otros países, en Haití, las mujeres jóvenes se involucran en relaciones no protegidas debido a la dificultad que tienen a veces de negociar la práctica sexual con los hombres mayores por cuestiones de dependencia económica, sobre todo, en la actualidad este fenómeno que se denomina “Madan Papa”¹³ es muy frecuente y aparece en

¹³ Madan Papa es un concepto utilizado comúnmente para caracterizar el hecho de que una mujer joven tenga relaciones sexuales con adultos mayores recibiendo a cambio dinero u otros tipos de privilegios.

titulares en los medios de comunicación haitianos (IHE, 2003; Malow *et al.*, 2010; Cordero, 2015; Daly, 2017).

Sexo

De manera general, los hombres manifiestan más deseos sexuales que las mujeres y muchos varones creen que necesitan relaciones sexuales para mantenerse saludables (Rwenge, 1999; Eaton *et al.*, 2003). También, los varones se involucran más en relaciones sexuales con múltiples parejas, a veces relaciones no protegidas, debido a su voluntad de mostrar su masculinidad a través de buscar activamente tener relaciones sexuales. Por esto, los hombres tienden a tener mayor número de parejas que las mujeres (Akwara *et al.*, 2003). En las sociedades africanas es más tolerada la infidelidad masculina que la femenina, además, pocos son los varones que aceptan la igualdad en las decisiones con respecto a la relación sexual (Akwara *et al.*, 2003).

Por otra parte, las mujeres tienden más a padecer la incapacidad de negociar sus relaciones sexuales con sus parejas y con ello controlar el uso del condón (Pulerwitz *et al.*, 2002; Akwara *et al.*, 2003). En la literatura, se encuentra que el uso de condón en las relaciones con el fin de prevenir la infección del VIH/SIDA es mayor entre los hombres que entre las mujeres (Gayet *et al.*, 2011). En congruencia con lo anterior, en República Dominicana, Jiménez *et al.* (2015) realizaron un trabajo sobre la transmisión heterosexual del VIH y los indicadores genéricos asociados con la disparidad en el uso del condón a partir de las expectativas sexuales (rol de género y norma social) sobre las conductas sexuales, y destacan que las diferencias de género (expectativas sexuales y relaciones de poder diferentes entre hombres y mujeres) en los comportamientos sexuales tienen un impacto directo en el riesgo de contraer el VIH.

En la mayoría de las sociedades, las mujeres son más vulnerables respecto a las condiciones socioeconómicas, lo que las involucran en relaciones no protegidas (Akwara *et al.*, 2003). En consonancia con lo anterior, los varones parecen ser más activos sexualmente teniendo más parejas pero las mujeres se presentan como las más vulnerables al comportamiento sexual de riesgo de la infección del VIH dada su debilidad del control del uso de condón en las relaciones sexuales, a menudo por razones socioeconómicas.

Educación

El nivel educativo podría relacionarse con el nivel del conocimiento del VIH. Así, en Haití se encuentra una asociación positiva entre el nivel de educación y el conocimiento del VIH/SIDA (George, 2011). Sin embargo, no existe una aceptación total de que la educación tenga un efecto sobre la percepción de riesgo al VIH y el comportamiento sexual (Akwara *et al.*, 2003; Philippe, 2006). En algunos países como Colombia, no hay una diferencia significativa en las prácticas de riesgo respecto a los grados de matriculación (Grisales *et al.*, 2011). Es decir, el nivel de educativo a veces no determina el comportamiento sexual. Aunque los estudiantes tienen un buen conocimiento del VIH/SIDA, de todas maneras se involucran en prácticas sexuales peligrosas (Grisales *et al.*, 2011). Al contrario, en otros países como Uganda, se encuentra en la literatura que el nivel educativo es un predictor significativo para el riesgo de la infección por el VIH/SIDA puesto que el riesgo de infección es mayor entre los individuos más educados. Esto se explica porque los individuos educados tienden a tener múltiples parejas sexuales, a pesar de que usan más el condón en las relaciones sexuales (Smith *et al.*, 1999). Así, la influencia del nivel educativo en la infección del VIH sigue siendo inconclusa. Por otro lado, otros estudios destacan un impacto del nivel educativo en el comportamiento sexual. En Haití, el nivel de educación está asociado con el poder de las mujeres de solicitar el uso de condón a sus parejas (Conserve *et al.*, 2016). Entonces, lo anterior nos permite pensar que la asociación entre el nivel educativo y las prácticas de riesgo depende del contexto.

Estado Marital

El vínculo entre el estado marital y el número de parejas no está claramente definido. El estado marital juega un papel importante en el comportamiento sexual porque, dependiendo del país, este status prescribe el número de parejas formales que se puede tener. En Haití, tanto la religión como la constitución promueven una pareja sexual. La mayoría de las religiones promueven una sola pareja, excepto la religión del “vodou”¹⁴ que permite tener

¹⁴ Religión practicada en Haití en la cual se cree en un conjunto de espíritus (agua, árboles, entre otros). Así, el vudú es un tipo de religión que implica la comunicación con los espíritus de todas las cosas, ya sean vivas o muertas (Duckworth, s.f.; Seabrook, 1929; Pluchon, 1987).

múltiples parejas en Haití. Por otra parte, la constitución fomenta una sola pareja puesto que reconoce una sola pareja formal, y los hijos que nacen afuera de la unión formal no tienen el mismo derecho según el artículo 309 del código civil (Blaise, 2009). Así, la constitución y la religión pueden influir en el comportamiento sexual (número de parejas, tipo de pareja sexuales y uso de condón) de la población a través del estado marital. Por lo tanto, en los resultados se tiene que probar esta suposición que es el vínculo entre el estado marital y el uso de condón en Haití, aunque estudios en otros países muestran que el estado marital puede influir negativamente en el uso del condón – los casados tienden a usar menos el condón-; por consecuencia, tiene impacto en la probabilidad del riesgo de infectarse por el VIH (Akwaru *et al.*, 2003; Bastard *et al.*, 2005).

En congruencia con lo anterior, la unión formal, sobre todo el matrimonio, puede constituir una protección relativa porque en algunas sociedades se promueve una sola pareja (formal o informal), por lo tanto, para los individuos que son activos sexualmente, la unión puede reducir el riesgo de tener múltiples parejas sexuales (Ferry, 1996). Por otro lado, la unión se relaciona con el comportamiento de riesgo (Eaton *et al.*, 2003), considerando que un individuo en actividad sexual tiene más riesgo que los demás porque utiliza menos el condón en las relaciones sexuales debido a que su pareja es estable (regular).

Algunos estudios destacan que el riesgo de infectarse por el VIH es elevado entre las mujeres desunidas y viudas en comparación con las mujeres casadas, quienes presentan menor riesgo de infección del VIH (Philippe, 2006; Magadi y Desta, 2011). Otros también plantean que la relación sexual premarital es un factor asociado al riesgo alto de ser seropositivo (Magadi y Desta, 2011). Este último apareció como un factor importante en el comportamiento sexual en América Latina y Caribe en el estudio realizado por Curtis y Sutherland (2004) que buscó examinar el comportamiento sexual en 31 países, entre ellos Haití. A partir de las variables relacionadas con la unión, sus resultados muestran que el coito premarital aumentó de manera constante en América Latina y Caribe (ALC). A su vez, si extendemos los resultados del trabajo de Magadi y Desta (2011) realizado en África, el riesgo de infectarse por el VIH/SIDA en ALC podría aumentar por el incremento del coito premarital dentro de estos países.

La habilidad de las mujeres para negociar prácticas sexuales más seguras, sobre todo la utilización del condón, es vital para disminuir el riesgo de VIH (Pulerwitz *et al.*, 2002; Bermúdez *et al.*, 2010). Según ciertos estudios, las mujeres en unión informal tienden más a negociar una relación sexual segura que las casadas dado que la solicitud del uso de condón en la relación matrimonial se puede ver como desconfianza (Bastard *et al.*, 2005). Es decir, estas últimas usan menos el condón en las relaciones sexuales, aunque saben que sus cónyuges tienen relaciones con parejas extramaritales (Akwara *et al.*, 2003), dado que temen que sus cónyuges las consideren promiscuas al solicitar el uso de condón, lo que puede generar conflicto en la pareja, hasta el divorcio. Por lo tanto, las mujeres casadas, a menudo se ven implicadas en prácticas sexuales no protegidas.

Religión

La religión es un factor esencial en el comportamiento sexual por su rol en las normas, valores, creencias y percepciones. Así, la religión puede influir en el comportamiento a través de los preceptos en torno a la edad de la primera relación sexual, el estado marital y educación sexual, y el uso de condón (Akwara *et al.*, 2003; Modieli, 2008). La religión puede afectar las políticas y prácticas públicas en términos de los programas vinculados al VIH/SIDA. En ciertos lugares africanos, los jóvenes musulmanes tienen poca información sobre la sexualidad y usan menos los preservativos en comparación con los seguidores del cristianismo (Modieli, 2008). En Haití, al igual otros países, la pretención o la posición de ciertas religiones sobre el uso de preservativo es ambigua (Brewster *et al.*, 1998; Agha *et al.*, 2006; Cerqueira-Santos *et al.*, 2008; Muula *et al.*, 2011; Cayemittes *et al.*, 2013). Aunque no hay estudios que revelen claramente el vínculo que existe entre el uso de preservativos en las relaciones sexuales y la religión, algunos estudios presentan las normas subjetivas como determinantes para el uso del condón (Couture, 2009).

Edad de la primera relación sexual

La edad de inicio de relaciones sexuales es importante para este trabajo porque permite ver el inicio de la exposición al riesgo de infección por vía sexual. Asimismo, la edad del inicio a la relación sexual se considera como un factor intermedio. Este último varía según el sexo (Calero *et al.*, 2010). Cuando la edad de la primera relación sexual es temprana, mayor

es el riesgo de tener múltiples parejas en su vida y entonces mayor es el riesgo de infectarse por el VIH. Así, Gómez *et al.* (2008), en un estudio sobre los comportamientos sociales y sexuales asociados a las ITS, encuentran que relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas incrementan la probabilidad de contraer una ITS, incluso el VIH/SIDA. Según la OMS, el inicio sexual temprano se refiere a relaciones sexuales de menores de 15 años (WHO, 2004; Pettifor *et al.*, 2009).

Tipo de comunidad

En casi todos los países, las zonas urbanas y rurales se diferencian respecto al nivel de infraestructura, disponibilidad de empleo, comportamientos sexuales y prácticas sexuales comerciales. Por eso, una región que tiene más espacio urbanizado tiende a tener más accesibilidad a la infraestructura, a servicios de salud, a instituciones educativas. Entonces, una comunidad urbanizada suele ser una comunidad con mayor nivel de desarrollo, implícitamente con mucho más empleo y servicios. En general, los valores y normas sexuales son diferentes según el lugar de residencia (Philippe, 2006). Distintos estudios muestran que las relaciones sexuales protegidas y el conocimiento del VIH/SIDA son mucho mayores en zona urbana que rural (Modieli, 2008), lo que puede ser debido a mejores medidas de difusión de los programas de sensibilización en las zonas urbanas. Sin embargo, otros estudios muestran que los individuos de áreas urbanas son más propensos a tener múltiples parejas en comparación con los campesinos, por lo que estos últimos tienen menos riesgo de infectarse (Philippe, 2006). Por consecuencia, no hay una uniformidad sobre la tendencia en la práctica sexual de riesgo respecto al lugar de residencia. Cabe señalar que, aunque en las regiones urbanizadas la gente puede tener múltiples parejas, en contraste la falta de accesibilidad y de conocimiento de los medios de prevención del VIH/SIDA hacen que la región rural presente más riesgos de contraer el VIH.

-Variables Socioeconómicas

Estado laboral

La ocupación es determinante en el nivel socioeconómico del individuo. Permite ver la necesidad económica de los individuos, y por tanto el nivel de vulnerabilidad, en particular de las mujeres. Así, la dependencia económica de las mujeres se relaciona negativamente con

la capacidad de negociar sus relaciones sexuales (Modieli, 2008). En Haití, al igual que muchos países en África, el desempleo es uno de los factores económicos que más influyen en el comportamiento sexual de los jóvenes (Malow *et al.*, 2010). De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se considera como personas desocupadas aquellas que están en edad de trabajar que no trabajan pero que están disponibles y buscan trabajo (IHSI, 2012). Esta definición excluye a las personas que no están trabajando y que no buscan un trabajo. La tasa de desempleo refleja la proporción de la población que está en situación de desempleo respecto a la población activa. Dicho grupo poblacional es probablemente vulnerable por su condición económica. Como consecuencia, la situación de ocupación puede presentarse como un factor que se relaciona con las relaciones sexuales no protegidas debido a la dificultad económica y la capacidad de negociar la práctica sexual.

Pobreza.

Entre los numerosos factores contextuales que influyen en el comportamiento sexual, la pobreza es un factor esencial. La pobreza refleja la incapacidad de un individuo u hogar para acceder a las necesidades básicas (bienes y servicios). Esta incapacidad de adquirir los bienes y servicios requeridos puede ser por falta de bienestar económico (ingreso), de la privación social (servicio de salud, seguridad social, calidad y espacio de la vivienda, servicios básicos de la vivienda y alimentación) y la cohesión social (CONEVAL, 2014).

El nivel de riqueza del entorno del individuo tiene un impacto en su estado socioeconómico, e implícitamente, en la práctica sexual de la población (Brawner *et al.*, 2015). Como muchos estudios muestran, la condición socioeconómica (pobreza) juega un papel importante en la práctica sexual de las mujeres (Thiam, 2004). A veces, estas últimas se convierten en trabajadoras sexuales para satisfacer las necesidades económicas. Dicho de otra manera, el nivel de desarrollo y los servicios disponibles de un lugar son determinantes para el comportamiento sexual de la población.

Carver *et al.* (2014), a partir de su investigación sobre el comportamiento sexual de riesgo de infección por el VIH/SIDA entre los adolescentes (de 13-18 años) de Puerto-Prince, consideran que la condición socioeconómica es un factor determinante en el comportamiento sexual, en particular en el uso de condón. Los jóvenes que tienen apoyos de sus familias

tienen relaciones sexuales protegidas en mayor proporción que los que no tienen apoyo. Su trabajo destaca una alta prevalencia de la actividad sexual y un escaso uso del condón entre los adolescentes. Entonces, la falta de apoyo económico y social de estos jóvenes influye en su comportamiento sexual. Por otro lado, Benefo (2010) encuentra que el uso de condón aumenta en Zambia con el desarrollo de la comunidad. De allí, el efecto del nivel económico del entorno tanto al nivel macro (país, región, etc.) como al nivel micro (familia) sobre el comportamiento sexual.

1.5.2.-Factores intermedios

Los factores intermedios son los factores a través de los cuales operan los factores contextuales. Estos factores están representados por los determinantes próximos del VIH/SIDA a partir de los cuales pueden operar los factores contextuales e individuales para dar lugar al comportamiento sexual de riesgo de VIH/SIDA. Así, se presentan las variables consideradas como determinantes próximos del VIH/SIDA.

Conocimiento del VIH

Esta variable permite ver si los individuos conocen los medios de transmisión y de prevención del VIH. Además, expresa la concepción de los individuos ante esta infección, por ejemplo, quienes creen que es una “enfermedad del diablo” que puede ser transmitida a través de la brujería o no. En coherencia con lo anterior, la religión musulmana considera el VIH/SIDA como una enfermedad satánica debido a la falta de conocimiento de esta infección (Modieli, 2008). En Níger, esta religión desalentó el uso de condón, por eso, tiene impacto en la incidencia del uso de condón entre sus seguidores jóvenes (Modieli, 2008). También permite ver si el individuo cree que una persona que tiene buena apariencia física puede estar infectada (Cayemittes *et al.*, 2013). Entonces, el conocimiento del VIH tanto de los medios de transmisión como los medios de prevención influye sobre el comportamiento sexual de los individuos.

Conserve *et al.* (2016) descubren que en Haití la actitud en la decisión sexual está relacionada con el conocimiento o desconocimiento del VIH/SIDA. Así, se encuentra que la

mayoría de los hombres reconocen el uso de condón como método de prevención del VIH/SIDA y creen que el hecho de que su pareja pida la utilización de condón durante la relación sexual es justo. Por ello, se puede relacionar la disposición del uso de condón (comportamiento sexual) con el conocimiento de su importancia en la prevención del VIH. Además, se observa que el conocimiento del VIH/SIDA varía con la edad, sexo, estado matrimonial y el nivel de instrucción.

En ciertos países o regiones, los jóvenes que tienen un buen nivel de conocimiento del VIH/SIDA son pocos, o sea menos de la mitad. En Haití, un poco más de una mujer entre tres tiene un conocimiento alto del VIH mientras que un poco más de un hombre entre cuatro lo tiene (Cayemittes *et al.*, 2013). Un mejor conocimiento del VIH por parte del individuo debería impactar su comportamiento sexual. Sin embargo, algunos estudios no encuentran asociación significativa entre el conocimiento del VIH y comportamiento sexual (Akwara *et al.*, 2003; Magadi y Desta, 2011). Así, hay también evidencia empírica de que los niveles de conocimientos y las actitudes hacia un sexo seguro muestran poca o ninguna relación directa con el comportamiento (Ingham y Van Zessen, 2005).

Realización previa de la prueba de VIH/SIDA

La realización previa de una prueba diagnóstica de VIH se relaciona con el comportamiento sexual, es decir, el resultado de la prueba influye sobre la práctica sexual en el futuro. Como lo mencionan Conserve *et al.* (2017), el uso del condón está relacionado con la realización de una previa prueba del VIH, que a su vez depende de la religión, del estado marital y del nivel socioeconómico. Según la EMMUS-V, el conocimiento de su status respecto al VIH permite ser más preventivo tanto para su salud como para su pareja. De manera implícita, la realización previa de la prueba de VIH/SIDA juega un papel importante en el comportamiento sexual de la persona en cuestión.

1.5.3.-Factores del comportamiento sexual

Los factores de comportamiento sexual son muy relevantes para determinar el riesgo de la infección del VIH/SIDA (Piña *et al.*, 2010; Teva *et al.*, 2012). Los estudios plantean que

el comportamiento sexual es importante tanto para la transmisión como para la prevención de la infección del VIH/SIDA (Lampthey *et al.*, 2006; Couture, 2009). En este sentido, se presenta a continuación la evidencia empírica de las variables consideradas centrales del comportamiento sexual de riesgo de contraer el VIH (uso de condón, número de parejas sexuales y tipo de parejas sexuales).

Uso de condón

El uso de condón es un factor determinante en el comportamiento sexual protegido (Couture, 2009), así muchas investigaciones fomentan el uso para prevenir el riesgo infectarse por el VIH (Juárez y Gayet, 2012). De acuerdo con Serwadda *et al.* (1992), la relación sexual no protegida (no uso de condón) es el factor de mayor riesgo. Emilien (2008) realiza un estudio sobre el comportamiento sexual de riesgo, haciendo una comparación entre las zonas rurales y urbanas en Haití y encuentra que el uso de condón es determinante para el riesgo de VIH. Algunos estudios consideran el uso de condón en las relaciones sexuales como uno de los medios más seguros para prevenir la infección del VIH/SIDA (Lampthey *et al.*, 2006). Otros, como Couture (2009) en un estudio menciona que el uso del condón parece hasta ahora como la estrategia más fácil para prevenir el VIH/SIDA en Haití. Por consecuencia, el uso de condón de manera correcta en cada relación sexual impide la transmisión del VIH/SIDA. Entonces, el poco uso o el uso no regular de condón aumenta el riesgo de contraer el VIH/SIDA, por lo tanto, en la literatura siempre se presenta la falta de uso de condón como elemento primordial para explicar el comportamiento sexual de riesgo para el VIH/SIDA (Brawner *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2016; Shrestha y Copenhaver, 2016). Sin embargo, la decisión del uso del condón está determinada por otros factores tales como las características individuales y las características demográficas, de desarrollo y de comunicación de la comunidad (Benefo, 2010).

Número de parejas

El número de parejas depende de los factores culturales (poligamia, abstinencia a largo plazo) y los factores socioeconómicos (pobreza, desempleo, migración) (Thiam, 2004). Tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de contraer una ITS, en particular el VIH (Quigley *et al.*, 1997). Piña *et al.* (2008) señalan que las relaciones sexuales con múltiples

parejas, desde la edad temprana y no protegidas (sin condón) son elementos fundamentales en la práctica de riesgo de un individuo. Asimismo, Emilien (2008) encuentra que el número de parejas sexuales es determinante en el riesgo de contraer el VIH en Haití.

El número de parejas incluye tanto parejas sexuales ocasionales como regulares que el individuo ha tenido, y en general se mide durante los 12 últimos meses. Tener múltiples parejas (concomitantes o en serie) presenta un comportamiento sexual de riesgo alto para el VIH/SIDA, ya que las nuevas parejas aumentan el riesgo de infectarse. Diversos estudios presentan el hecho de tener múltiples parejas sexuales como un comportamiento sexual de riesgo alto (Zhang *et al.*, 2016). “De acuerdo con Anderson, si el coeficiente de transmisión está definido por la probabilidad de transmisión por pareja por unidad de tiempo, la medida más importante de los comportamientos sexuales es el número promedio de nuevas parejas por unidad de tiempo” (traducción propia de Ferry, 1996: p. 119).

Tipo de pareja sexual

En la relación sexual, el tipo de pareja juega un papel esencial porque influye en el proceso de difusión del VIH. Tanto el número de parejas como el tipo de pareja sexual tienen un vínculo con la probabilidad de infectarse y de infectar a otras personas. El tipo de parejas sexuales se refiere a las parejas sexuales ocasionales o regulares, es decir, parejas que tienen una relación en una ocasión o de manera estable. Así, la relación sexual con parejas ocasionales y comerciales (trabajadores sexuales formales o informales) aumenta el riesgo de contraer el VIH comparado con la relación sexual con parejas estables (Brawner *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2016).

Toda relación sexual que se realiza sobre la base de intercambio de dinero u objetos se define como una relación sexual comercial. La frecuencia de relaciones sexuales comerciales depende del país, de la cultura, de las normas y valores morales o de regularización (formal o informal). Desde el descubrimiento del VIH/SIDA se tiende a asociar el VIH/SIDA en gran parte a los trabajadores sexuales y HSH, estos últimos que constituyen la mayor parte de los infectados (Zhang *et al.*, 2016). Se ha estimado que en 2012 las trabajadoras sexuales haitianas tenían la mayor probabilidad de infectarse del VIH en razón de sus comportamientos de riesgo alto (número de parejas sexuales, irregularidad en el uso de

condón, la no realización de una prueba) comparadas con los demás grupos de la población, y su prevalencia era casi 4 veces más elevada que la tasa de la población total (MSPP, 2012-2013). También, se constata que en África las trabajadoras sexuales se vuelven cada vez más eficaces en la propagación de las ITS debido a su número de parejas y el uso de condón de manera inconsistente (Ferry, 1996).

Los estudios señalan que el tipo de relación varía con el sexo e impacta en el uso de condón (Piña *et al.*, 2010; Gayet *et al.*, 2011; Teva *et al.*, 2012; Juárez y Gayet, 2012). Así, por un lado, Teva *et al.* (2012) encuentran que los varones tienen más relaciones sexuales con personas desconocidas, por otro lado, Piña *et al.* (2010) destacan un mayor uso del preservativo con parejas ocasionales con el fin de evitar una ITS.

Por otro lado, el tipo de pareja (esposos, novios, extramaritales, ocasionales o comerciales) es importante en la explicación del comportamiento sexual dado que el comportamiento de las parejas depende de la racionalidad de las parejas o de sus interacciones. En este sentido, la situación de encuentro de las parejas, la comunicación o el poder de negociación influye el comportamiento sexual (uso de condón) (Van Campenhoudt y Cohen, 2005). Por eso, esta variable resulta importante para explicar el comportamiento sexual de riesgo de VIH/SIDA.

Capítulo II.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo busca analizar el comportamiento sexual de los hombres (15-59 años) y las mujeres (15-49 años), sexualmente activos en los últimos 12 meses previamente al levantamiento de la EMMUS-V, a nivel nacional y los principales factores asociados con tener comportamientos sexuales de riesgo de VIH/SIDA en Haití. Entonces, se plantean las siguientes preguntas de investigación que derivan del marco conceptual de este estudio, posteriormente se presentan los objetivos e hipótesis. Además, se describe la base de datos a utilizar y las técnicas estadísticas utilizadas para analizar los datos.

2.1.-Pregunta de investigación

Como pregunta general de investigación se formula la siguiente: ¿Cuáles son los factores asociados a los comportamientos sexuales de riesgo de contraer VIH/SIDA en Haití?

En este estudio se identifican como comportamiento sexual de riesgo cualquiera de los siguientes aspectos: no uso consistente del condón, tener múltiples parejas sexuales o tener parejas no estables entre las mujeres de 15-49 años y hombres de 15-59 en los últimos 12 meses antes de la fecha de la entrevista.

De manera específica, se formulan las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cuál es el papel de los factores contextuales (tipo de comunidad (urbano o rural) y nivel de pobreza en la comunidad) en los comportamientos sexuales de riesgo de VIH de los individuos en Haití?
- 2.- ¿Cómo influyen los factores individuales (edad, estado marital, el nivel educativo, estado laboral) en los comportamientos sexuales de riesgo de VIH?
- 3.- ¿En qué medida los factores intermedios (conocimiento de los medios de transmisión y de prevención del VIH/SIDA, y realización de una prueba previa de VIH) influyen en los comportamientos sexuales de riesgo de VIH?

2.2.-Objetivos

❖ **Objetivo Fundamental**

El objetivo de esta investigación es analizar los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo de contraer el VIH/SIDA en Haití.

❖ **Objetivos específicos**

De manera específica, busca también:

Objetivo 1.1 Examinar los factores contextuales (tipo de comunidad, nivel de pobreza en la comunidad) en los comportamientos sexuales de riesgo de VIH.

Objetivo 1.2 Analizar los factores individuales (edad, estado marital, el nivel educativo, estado laboral, entre otros) en los comportamientos sexuales de riesgo de VIH.

Objetivo 1.3 Explorar la asociación entre los factores intermedios del VIH/SIDA (conocimiento de los medios de transmisión y de prevención del VIH/SIDA, y realización de una prueba previa de VIH) en los comportamientos sexuales de riesgo de VIH.

2.3.-Hipótesis

Las hipótesis siguientes se formulan a partir de las premisas recogidas a través de estudios ya realizados sobre el comportamiento sexual y con riesgo de VIH/SIDA. Así, de los objetivos previos tenemos dos categorías de hipótesis.

❖ **Hipótesis principal**

Hipótesis 1.- En Haití, existen factores contextuales, individuales e intermedios asociados a comportamientos sexuales de riesgo. El sentido de las asociaciones se plantea en las siguientes hipótesis secundarias.

❖ Hipótesis secundarias

Hipótesis 1.1.-Respecto a los factores contextuales: Para quienes viven en una comunidad urbana y con menor nivel de pobreza los comportamientos sexuales de riesgo tienden a ser menores.

Hipótesis 1.2.-Respecto a los factores individuales: mayor edad o mayor nivel de escolaridad se asocia a un menor comportamiento sexual de riesgo. Sin embargo, estar en unión formal (casado/casada) o no tener trabajo incrementa la posibilidad de presentar comportamiento sexual de riesgo.

Hipótesis 1.3.-Respecto a los factores intermedios: a mayor conocimiento sobre la transmisión y la prevención del VIH menor es el comportamiento sexual de riesgo. Haberse realizado previamente una prueba de VIH se asocia a menor comportamiento sexual de riesgo.

2.4.-Fuente de datos

En el marco de este trabajo se utilizará la base de datos de la Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de servicios (EMMUS-V) de Haití, realizada en 2012. Esta encuesta fue encargada por el MSPP, pero implementada por el Instituto Haitiano de la Infancia (IHE, por su sigla en francés) con la asistencia técnica de ICF International que es la agencia responsable del programa internacional de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por su sigla en inglés) en nombre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por su sigla en inglés). Esta encuesta fue apoyada por el Instituto Haitiano de Estadística e Informática (IHSI, por su sigla en francés) para el diseño muestral; por el Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP, por su sigla en francés) para en la realización pruebas de VIH y centros GHESKIO para el control de calidad (Cayemittes *et al.*, 2013).

Dicha encuesta fue realizada de enero hasta junio 2012, con el fin de estimar indicadores socio-económicos, demográficos y salud de toda la población y de sub-poblaciones como las

mujeres de 15-49 años, de niños menores de 5 años y de hombres de 15-59 años para la planificación, seguimiento y evaluación de programas de salud y desarrollo en Haití.

Los instrumentos se desarrollaron a partir de los cuestionarios base del programa de las DHS, previamente adaptados al contexto de Haití y teniendo en cuenta los objetivos de la encuesta. La encuesta proporciona información sobre las características socio-demográficas, de escolaridad y de bienestar de los hogares, indicadores de salud reproductiva, salud infantil, utilización servicios de salud, enfermedades transmisibles (ITS y VIH/SIDA), terremoto y cólera.

En la EMMUS-V, los datos han sido recabados a partir de tres (3) cuestionarios: Cuestionario de hogar para ser aplicado en cada hogar visitado, cuestionario individual para mujeres en edad fértil (15-49 años) y cuestionario individual para hombres (15-59 años). Se realizó un muestreo por conglomerados y estratificado en dos etapas (bietápico), que tiene representatividad nacional. En el primer nivel, se definieron 21 estratos: los 10 departamentos se subdividen en rural y urbano, así como la zona metropolitana de Puerto Príncipe. En primer lugar, se seleccionaron 400 conglomerados, 144 en zonas urbanas y 256 en zonas rurales, mediante un sorteo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño. Además de estos 400 conglomerados, se adjuntaron 45 conglomerados de los campos que son todos urbanos. Por lo tanto, hay 189 conglomerados urbanos y 256 conglomerados rurales.

En el segundo nivel, se seleccionó una muestra de hogares con un sorteo sistemático con igual probabilidad. En primer lugar, se seleccionaron los hogares y todas las mujeres de 15-49 años de estos hogares o que han pasado la noche anterior en el hogar. Para los hombres, se selecciona todos los de 15-59 años en una submuestra de 2 hogares entre 3. Por consecuencia, 13,388 hogares con 14,472 individuos han sido seleccionados para las mujeres y una muestra de 9,753 hombres fue elegible para la encuesta.

En esta submuestra, todas aquellas personas elegibles para la encuesta individual fueron seleccionadas y una mujer al azar en cada hogar fue entrevistada sobre violencia doméstica y sexual. Por lo tanto, se identifican los hogares como las unidades estadísticas primarias y los individuos (vivos en los hogares seleccionados) como unidades secundarias. La muestra

entrevistada es de 14,287 mujeres de 15-49 años y de 9,493 hombres de 15-59 años. En el cuadro 1.1, se presenta la población del estudio según su sexo y lugar de residencia.

Cuadro 1. 1.- Distribución de la población mujeres (15-49 años) y hombres (15-59 años) por lugar de residencia, Haití, 2012.

Departamento	Mujer			Hombre		
	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total
Oeste	4,314	1,977	6,292	2,685	1,224	3,909
Sureste	133	483	616	90	366	456
Norte	684	758	1,443	413	504	917
Noreste	230	285	515	134	187	321
Artibonite	637	1,403	2,040	385	1,119	1,503
Centro	174	661	835	121	436	557
Sur	192	785	976	122	573	695
Grand'anse	133	329	462	105	279	384
Noroeste	231	439	671	113	315	428
Nippes	57	380	438	32	290	322
Total	6,786	7,501	14,287	4,201	5,292	9,493

Fuente: Elaboración propia a partir de la EMMUS-V, Haití 2012.

2.4.1.-Definición de la submuestra del estudio

Teniendo en cuenta los objetivos apuntados por esta investigación, la submuestra considerada se encuentra en las bases de datos individuales, sean las mujeres de 15-49 años y los hombres de 15-59 años. Así, las 14,987 mujeres de 15-49 años y los 9,493 hombres de 15-59 años fueron elegibles para este estudio. Dado que todos no son activos sexualmente en estos grupos etarios, sobre todo en los grupos más jóvenes, se hacen otras consideraciones.

En primer lugar, se escogen los individuos que ya han tenido relaciones sexuales puesto que estos son los que obviamente ya tienen una práctica sexual. En otras palabras, son los que pueden tener una pareja sexual y usar un condón y tener sexo por dinero u objetos. Por eso, se seleccionan a los individuos que ya han tenido al menos una relación sexual para los grupos etarios precitados y para ambos sexos (*Cuadro 1.2*).

Cuadro 1. 2.- Individuos que han tenido una relación sexual alguna vez en su vida, 2012.

Sexo	Nunca ha tenido sexo		Ha tenido sexo		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Hombres	940	9.9	8,553	90.1	9,493
Mujeres	2,642	18.5	11,645	81.5	14,287
Total	3,582	15.1	20,198	84.9	23,780

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

La unidad de análisis para esta investigación conduce a hacer una última consideración. La encuesta permite tener información sobre riesgos sexuales únicamente para los individuos que han tenido una relación sexual durante los doce meses que han precedido la encuesta. En consecuencia, el muestreo definitivo se reduce solo a los individuos que han tenido una relación sexual durante los últimos 12 meses antes de la encuesta entre los que ya han tenido sexo alguna vez en su vida, sea 9,959 mujeres y 7,687 hombres (*Cuadro 1.3*).

Cuadro 1. 3.- Distribución de los individuos que han tenido sexo en los últimos 12 meses entre los que ya han tenido sexo alguna vez en su vida, 2012.

Han tenido sexo en los últimos 12 meses	Mujer		Hombre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9,959	85.5	7,687	89.9
No	1,607	14.5	839	10.1
Total	11,645	100.0	8,553	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

2.4.2.-Consideraciones metodológicas

Se realiza un análisis de regresión logística multinivel. Para eso, hay dos requisitos importantes respecto al tamaño de la muestra a trabajar que son el número de grupos (comunidad, región, país, entre otros) y el número de casos por grupo con el fin de evitar sesgos en la estimación de la variancia de los componentes (Moineddin *et al.*, 2007; Newsom,

2017). Generalmente, hay más casos entre los grupos que número de grupos pero un mayor número de grupos es más importante que un número mayor de individuos por grupo (Maas y Hox, 2005; Moineddin *et al.*, 2007). Para esta investigación, la idea fue considerar los departamentos al segundo nivel pero 10 departamentos representan una muestra insuficiente. Según Kreft y De Leeuw (1998), el número de grupos mínimo aceptable en el nivel más alto es 30 para hacer un análisis multinivel, aunque hay estudios tales como los de Magadi y Desta (2011) y de Merino Noé (2017) que no cumplen con este requisito. En otras palabras, el tamaño mínimo del nivel más alto debe ser 30 y 30 individuos por grupo (Maas y Hox, 2004).

La más pequeña subdivisión de la muestra nacional se constituye de 445 grupos, denominada Sección de Enumeración (SDE) por la IHSI. La SDE es un conjunto de hogares en la misma área geográfica que forma parte de un municipio (Pierre, 2016). Con respecto a esta subdivisión para el análisis multinivel (individual y comunitario), cada una de estas SDE fue considerada como una comunidad. Para esta investigación, en el análisis multinivel, se consideró a nivel comunitario una muestra de 445 comunidades, pero se simplifica la exposición de los resultados dado que es difícil de leer un cuadro con 445 modalidades (líneas o columnas) (*Cuadro 1.4*).

Cuadro 1. 4.- Distribución de las comunidades por departamentos, Haití 2012.

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Oeste	142	31.9
Sureste	35	7.9
Norte	36	8.1
Noreste	31	7.0
Artibonite	38	8.5
Centro	34	7.6
Sur	35	7.9
Grand'Anse	31	7.0
Noroeste	33	7.4
Nippes	30	6.7
Total	445	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

2.5.-Medición de las variables de interés

La operación de las variables empleadas para medir el comportamiento sexual de riesgo (variables dependientes) y los factores que contribuyen a explicarlas (variables independientes) se detalla en los siguientes apartados.

VARIABLES DEPENDIENTES

La principal variable dependiente del estudio es el “comportamiento sexual de riesgo en mujeres y hombres”. Como no existe en la base de datos utilizada una variable de comportamiento sexual de riesgo definida como tal, se utilizaron otros indicadores que reflejan el comportamiento sexual de riesgo en adecuación con el marco teórico-conceptual presentado anteriormente: Uso de condón, número y tipo de parejas sexuales. Además del análisis separado de cada uno de dichos indicadores de comportamiento sexual de riesgo, se considera también una variable para la experiencia (reporte) de algún comportamiento sexual de riesgo. Se presenta a continuación la estrategia de medición de dichos indicadores.

El uso de condón

El uso de condón es una de las variables de interés para este estudio. El uso de condón se refiere al uso permanente en los últimos 12 meses antes de la fecha de la entrevista con todas sus parejas sexuales. Sin embargo, la encuesta presenta información solamente sobre las últimas tres parejas sexuales como máximo, en el caso de los individuos que tienen múltiples parejas, durante los 12 meses previos a la encuesta. Así, este estudio considera los individuos que usan consistente de condón como “el uso (Sí)”, es decir, siempre lo usan con todas estas parejas sexuales y “el no uso (No)” cuando no lo usan con al menos una de ellas en el caso de que tengan múltiples parejas.

Número de parejas

El número de parejas es una variable esencial para este trabajo. Interesa identificar a los individuos con múltiples parejas sexuales y los que han tenido una sola pareja sexual durante los 12 últimos meses precedentes a la encuesta. Entonces, se hacen dos grupos con las diferentes respuestas siendo múltiples parejas sexuales y una sola pareja sexual sin importar

cómo las ha tenido en el periodo (de manera simultánea o sucesiva). Es decir, interesa del número de parejas sexuales del individuo en los 12 últimos meses.

Tipo de parejas sexuales

Asimismo, el tipo de pareja sexual se presenta como una variable clave. Esta variable pone en evidencia la estabilidad que existe entre las parejas sexuales, es decir, si se tiene relación sexual solamente con pareja regular (habitual o estable) o bien con uno de los otros tipos de parejas (ocasional o comercial) en los últimos 12 meses. Cabe recordar que la encuesta presenta información (tipo de pareja y uso de condón) para máximo tres parejas cuando un individuo tiene múltiples parejas sexuales. Por eso, se enfatiza la diferencia entre los individuos que siempre han tenido relaciones sexuales con parejas estables y los que las han tenido con al menos una pareja no estable durante los últimos 12 meses. Así, la variable tipo de pareja sexual se constituye por dos categorías: pareja regular (esposo/a, cohabitante, novio/a) y otro tipo de pareja (ocasional o comercial).

Algún comportamiento sexual de riesgo de VIH

En el presente trabajo la experiencia (reporte) de riesgo de VIH referido a alguno de los comportamientos sexuales considera los indicadores tales como el no uso de condón, múltiples parejas y parejas sexuales no estables. En la literatura no se presenta un peso diferente para cada uno de los indicadores de riesgo de VIH, tampoco hay una manera de hacer una clasificación del grado de riesgo sexual para el VIH a partir de estos indicadores mencionados anteriormente.

En consecuencia, para esta investigación, se decide considerar una variable binaria que se define de la misma manera que en el estudio de Akwara *et al.* (2003)¹⁵. Es decir, considerar una variable que es la ausencia o la ocurrencia (experiencia) de algún comportamiento sexual de riesgo (no uso de condón, múltiples parejas sexuales, parejas no estables) en los últimos

¹⁵ La idea fue considerar una variable ordinal para ver el grado de riesgo pero los resultados del modelo ordinal no dan resultados adecuados. En particular, el supuesto de las probabilidades proporcionales (POM, por su sigla en inglés) de los modelos ordinales no está satisfechos lo que no aconseja (recomienda) utilizar un modelo ordinal dado que las interpretaciones serían falsas o distorsionadas (Bender y Grouven, 1997; Rabe-Hesketh y Skrondal, 2008; Das y Rahman, 2011; Liu, 2016; Idre, s.f.).

12 meses en Haití. Así, esta variable se operacionaliza de la siguiente manera: “0= No” cuando no reportó (experimentó) algún indicador de riesgo sexual para el VIH y “1= Sí” cuando reportó al menos un indicador de comportamiento sexual de riesgo.

Variables independientes

Las variables de las características individuales y de la comunidad

Dado que el marco-conceptual adoptado para el presente estudio plantea la importancia de las características tanto del nivel individual como del entorno en la explicación de los factores del comportamiento sexual de riesgo de VIH, en el cuadro 2.1 se presentan la operacionalización de las variables independientes consideradas a nivel individual y comunitario, y los factores intermedios del VIH/SIDA.

Cuadro 2. 1.- Descripción de las variables independientes a utilizar en este trabajo y su definición operacional.

Factores	Dimensión	Variables	Tipo	Definición Operacionalización
Individuales y de la comunidad	Nivel individual			
	Socio-demográfica	Edad	Nominal	0=15-24 años (CR) ¹⁶ 1=25-34 años 2=35-49 años 3=50-59 años ¹⁷
		Nivel Educativo alcanzado	Ordinal	0=Sin escolaridad (CR) 1=Primaria 2=Secundaria 3=Superior
		Estado marital	Nominal	0=Nunca en unión (CR) 1=Casados 2=Cohabitación 3=Desunidos
		Religión	Nominal	0=Sin religión (CR) 1=Católica 2=Protestante 3=Otra religión
		Edad de la primera relación sexual	Nominal	0=Antes 15 años (CR) 1=15 años y más
	Socioeconómica	Estado laboral	Nominal	0=No trabaja (CR) 1=Trabaja
	Nivel Comunidad			
	Socioeconómica	Nivel de pobreza de la comunidad	Ordinal	0=Alto (CR) 1=Medio 2=Bajo
	Socio-demográfica	Tipo de comunidad	Nominal	0=Rural (CR) 1=Urbano
Intermedios del VIH/SIDA	Cultural	Nivel de conocimiento del VIH/SIDA	Ordinal	0=Bajo (CR) 1=Medio 2=Alto 3=Perfecto
	Cultural	Realización de una prueba previa de VIH/SIDA	Nominal	0=No (CR) 1=Sí

Fuente: Elaboración propia.

¹⁶ CR: Es la categoría de referencia

¹⁷ Este grupo aplica solamente para los hombres, dado la encuesta no tiene en cuenta a las mujeres de estas edades para el cuestionario individual.

Consideraciones sobre algunas variables independientes

En el cuadro 2.1 la mayoría de las variables independientes están operacionalizadas como vienen en la encuesta, pero algunas de ellas han sido operacionalizadas según el marco de este trabajo. Las variables independientes que han sido operacionalizadas respecto a la consideración del presente estudio son las siguientes:

Edad

La variable edad viene en la base como edad simple pero para simplificar y siguiendo a la literatura se agrupa la edad considerando el grupo 15-24 años -generalmente se llama estos individuos jóvenes- como los que tienen mayor riesgo dado que, a menudo, presentan la mayor prevalencia del VIH, entonces se decide considerar 15-24 años como un grupo, luego, 25-34 años, 35-49 años y 50-59 años (Ferry, 1996; Chiao *et al.*, 2009; Cayemittes *et al.*, 2013). Nótese que este último grupo es aplicable solo para los hombres puesto que la encuesta tiene en cuenta distintos rangos de edad de acuerdo con el sexo: 15-49 años para las mujeres y 15-59 años para los hombres.

Edad a la primera relación sexual

En la encuesta las respuestas para la edad de inicio de las relaciones sexuales son edades simples cumplidas. Dada la consideración de la OMS, para este estudio se agrupan las edades del inicio al coito en dos: antes de los 15 años para los que han tenido su primera relación sexual temprana y por otro lado se denomina inicio sexual tardío a los casos de individuos que han tenido su primer coito a partir de los 15 años (WHO, 2004).

El nivel de conocimiento del VIH/SIDA

Para medir la variable nivel de conocimiento del VIH se utilizan las cinco preguntas que se usaron en el informe de la EMMUS-V para determinar la variable de conocimiento avanzado del VIH. Dos de las variables consideradas son las que permiten ver si la persona tiene conocimientos sobre la transmisión del VIH, tales como el conocimiento sobre si es posible que el VIH se transmita por mosquito o en la comida. También se consideran otras dos variables que remiten a los medios de prevención, a saber, si se puede contraer el VIH

teniendo sexo con una sola persona que no está infectada y si siempre se usa condón en las relaciones sexuales no se puede infectar. La última variable refleja la evaluación del conocimiento puesto que indica el conocimiento del VIH diciendo si una persona aparentemente saludable (físicamente) puede tener el VIH (Cayemittes *et al.*, 2013). De manera más precisa, en contraste con la información de conocimientos que presenta el reporte de la encuesta, en esta investigación se consideran múltiples niveles de conocimiento. Bajo el supuesto de que cada variable de las que constituyen la nueva variable “nivel de conocimiento de los medios de transmisión y la prevención” tiene el mismo peso, se utiliza un método sumatorio (la suma de las respuestas a dichas variables). La operacionalización de estas variables es de la siguiente manera: 1 para una respuesta buena y, 0 para una respuesta mala y los que no saben. Por eso, la variable nivel de conocimiento tiene 4 categorías (*Cuadro 2.1*).

Nivel de pobreza de la comunidad.

Como se destacó anteriormente -en las evidencias empíricas-, la condición socioeconómica de la comunidad en donde vive el individuo tiene un impacto sobre su salud (comportamiento sexual). Entonces, tanto la pobreza a nivel individual como la pobreza a nivel comunitario influyen en el comportamiento sexual del individuo. La segunda puede reflejar lo que se ha denominado cohesión social¹⁸, es decir, el nivel de solidaridad en la comunidad. En la sociedad haitiana, sobre todo, en localidades rurales cuando alguien tiene un bien de servicio (coche, moto, bicicleta entre otros) su vecino puede utilizarlo en casos de emergencia. Dado que la accesibilidad a algunos bienes que facilitan el acceso o el uso de servicio de salud puede estar influida por el nivel de pobreza del entorno, conviene mejor utilizar el nivel de pobreza de la comunidad en lugar del nivel de pobreza individual, en un país como Haití en donde en la mayoría de las comunidades la solidaridad de la población es habitual (común), pero diferencial según el nivel de recursos de que disponga. Por eso, se decide considerar la variable pobreza a nivel comunitario a partir de la agrupación de

¹⁸ La cohesión social resiste a una definición unívoca, a veces, lo se entiende como los términos inclusión social, equidad y bienestar (Ferrelli, 2015). Así, la definición de este concepto no queda clara. En parte, este término se refiere al valor de la solidaridad difundido entre los individuos de una comunidad o en la sociedad (CEPAL, 2007; Ferrelli, 2015).

información de los hogares que forman parte de dicha comunidad. Este tipo de método es común en otros estudios, es decir, para determinar un valor agregado (media, proporción, entre otros) se consideran los datos de una unidad inferior (Magadi y Desta, 2011; Pierre, 2016). Al igual que estos estudios, se considera la agrupación de los hogares para calcular el nivel de pobreza de la comunidad.

En consecuencia, la idea es crear un índice para las comunidades a partir de los datos de los hogares siguiendo la metodología del Banco Mundial, es decir, calcular un índice de riqueza a partir un análisis de componentes principales (Garcia *et al.*, 2012) teniendo en cuenta un grupo de variables específicas del caso de Haití. Para calcular un índice de riqueza a partir de las encuestas demográficas y salud (EDS), las variables (características del hogar) dependen del país dado que no hay una característica única para medir la pobreza (Fry *et al.*, 2014). En el caso de este estudio, para Haití se considera una agrupación de las siguientes variables: acceso a la electricidad, posesión de radio, televisión, refrigerador, moto y coche, utilización de gas o petróleo para cocinar, tipo de excusado y drenaje para el desalojo de desechos humanos, la fuente (procedencia) de agua, material del piso, de la pared y del techo de la vivienda¹⁹. Estas variables en la encuesta se refieren a los bienes y servicios del hogar. Por ello, se determinó el nivel de pobreza de las comunidades en tres etapas.

En primer lugar, se clasifica los hogares a partir de un análisis factorial²⁰, así, se hicieron tres conglomerados (clústeres, grupos), donde los dos primeros son denominados como hogares pobres (*Cuadro 4.11, en anexo 3*). Se considera a los dos primeros como pobres dado que, por un lado, Herrera *et al.* (2014) reportaban que menos de un tercio de los hogares tiene acceso a los servicios básicos y casi 80% de las viviendas tuvieron una puntuación de precariedad alta (Herrera *et al.*, 2014). Por otro lado, según ciertos estudios, en 2012 más que la mitad (58.5%) de la población haitiana estaba en situación de pobreza mientras casi un cuarto estaba en pobreza extrema (23.5%) (ONPES, 2014; Fene, 2016), y la ONPES (2014)

¹⁹ El valor del Alpha de Cronbach es 0.81. Es una medida de la consistencia o la fiabilidad de la escala de las variables (Goforth, 2015). Para la evaluación de la medida (categoría) de las variables a utilizar para el análisis factorial, esta prueba es importante. Un valor al menos de 0.65 es aceptable para el análisis factorial.

²⁰ Solo el primer factor se considera para hacer los conglomerados (grupos, clústeres) dado que explica en un 79.18%. Luego, la prueba de Kaiser-Meyer-Olin (KMO) presenta el análisis factorial es útil (exitoso) para los datos.

reveló que 70% de la población es susceptible de pasar a la pobreza, aunque en su consideración se refiere a la pobreza multidimensional (carencia de servicios básicos e ingreso). Tales son los motivos de la decisión de considerar los dos tercios de los hogares como pobres.

En segundo lugar, se saca la proporción de hogares en pobreza por comunidad, a partir de la lógica del método de Foster, Greer y Thorbecke (FGT), que es la división de los hogares pobres por el número total de hogares de la comunidad (Cortés, 2014; Banque mondiale, 2014). Esta variable varía de 0 a 1. Y en último lugar, puesto que interesa el nivel de pobreza de la comunidad (nivel agregado), se constituyen tres categorías mediante los valores de las proporciones con las siguientes etiquetas: alto, medio y bajo. Una comunidad es de nivel alto si al menos 55% de sus hogares son pobres; las comunidades de nivel medio son las que tienen 20% y menos de 55% de hogares pobres, y las de nivel bajo son las que presentan menos de 20% de hogares pobres.

Cabe mencionar que la variable construida anteriormente refleja la carencia de los medios de información y de accesibilidad a los servicios de salud, mala condición de las viviendas y carencia de los servicios básicos para una buena salud en una comunidad. Entonces, dicha variable mide la pobreza para los aspectos de salud, de igual modo que el índice de riqueza de la DHS, sin tener en cuenta el aspecto de ingresos (Van Bodegom *et al.*, 2009).

2.6.- Análisis estadístico

Para alcanzar los objetivos planteados anteriormente, se presentará en tres niveles el análisis estadístico: descriptivo, inferencial y multivariado.

2.6.1.-Análisis descriptivo

A partir de la base de datos mencionada previamente, se describen de manera general las características de las mujeres y los hombres incluidos en el estudio mediante frecuencias absolutas y relativas ya que todas las variables son categóricas. Cabe mencionar que para el

análisis descriptivo se utiliza el ponderador de la encuesta, lo cual permite obtener la representatividad de la muestra.

2.6.2.-Análisis inferencial

Este análisis permite ver el grado de asociación entre las variables dependientes y las covariables. Esta verificación de relaciones permite también destacar las covariables a incluir en los modelos. Entonces, para ver la correlación entre la variable dependiente y las variables explicativas, se utiliza una prueba de correlación adecuada dependiendo del tipo de variables. Dado que las variables dependientes uso de condón, número de parejas y tipo de parejas sexuales son dicotómicas, se realiza la prueba ji-cuadrada (χ^2) de Pearson para las covariables categóricas. En el caso de las covariables ordinales, se utiliza la prueba U de Mann-Whitney²¹. Las mismas pruebas se aplican para ver la relación con la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH y las covariables dado que dicho reporte es igualmente categórico.

2.6.3.-Análisis multivariado

Se utilizará un análisis multivariado con el fin de estudiar y analizar simultáneamente el efecto de todas las variables explicativas sobre los indicadores del comportamiento sexual de riesgo. En función del interés del presente trabajo de investigación, se decidió optar por modelos de regresión logística multinivel para cada uno de los indicadores (variable de interés) del comportamiento sexual de riesgo. Por lo tanto, basándose en el marco conceptual, se inserta de manera progresiva uno a uno el conjunto de variables asociados a los factores anteriormente definidos en la regresión con el fin de ver el efecto o la asociación de cada factor a partir de las variables sobre el comportamiento sexual de riesgo de VIH en cada modelo, manteniendo constantes los demás factores. Así, esta técnica permite ver el efecto aditivo e interactivo de cada factor, y la significancia estadística de cada nivel de factor sobre el comportamiento sexual de riesgo de VIH.

²¹ Esta prueba permite comparar dos muestras (media o medianas) independientes. Bajo la hipótesis nula (H_0) que las medianas (de la variable ordinal) para los dos grupos (categorías de la variable dicotómicas) son iguales. Se acepta H_0 para un valor p superior al nivel de significancia (Molinero, 2001; Rivas-Ruiz *et al.*, 2013; Farfán, s.f.).

Cabe mencionar que para cada variable dependiente se consideraron dos modelos, es decir, uno para cada sexo con el fin de ver los factores asociados de manera separada a cada sexo. Recordamos que Haití presenta un panorama diferente a los países de la región Latinoamericana y Caribe respecto a la prevalencia del VIH/SIDA entre los sexos. Por eso, es relevante resaltar los factores de riesgo según el sexo.

En la modelización del comportamiento, los factores contextuales se consideran importantes. Dada la influencia de los efectos multinivel, es difícil para la regresión clásica (estándar) verificar las hipótesis, es decir, en presencia de efectos multiniveles la interpretación de los resultados (estimación) podría estar sesgada con la regresión clásica (Luke, 2004). Así, Boerma y Weir (2005) surgieron aprovechar la estructura multinivel (jerárquica) en los análisis estadísticos de los determinantes de la incidencia del VIH puesto que sería difícil interpretar las estimaciones del modelo incluyendo directamente -de una sola vez- los determinantes subyacentes y próximos en el mismo modelo.

El modelo de regresión multinivel también conocido bajo una variedad de nombres tales como modelo jerárquico, de coeficientes aleatorios o de componentes de varianza se utiliza para tener en cuenta los efectos de naturaleza multinivel (Hox, 2002; Gelman, 2006; De la Cruz, 2008). Es decir, para tomar en consideración el contexto y no asignar los mismos efectos a todos los contextos. En distintos estudios, los autores tienden a asignar las características del entorno en el análisis al nivel individual lo que no es siempre correcto metodológicamente. Lo mejor es considerar las características en los diferentes niveles, aunque se desea analizar un fenómeno individual (Pierre, 2016). Entonces, el modelo multinivel permite predecir el valor de la variable dependiente en función de variables explicativas de múltiples niveles (Luke, 2004).

A la luz de lo anterior, el modelo multinivel permite una mejor interpretación de la estimación del comportamiento de un individuo dado que el ambiente o el contexto tiene también efectos en dicho comportamiento. Por eso, esta investigación que plantea explicar los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo de VIH/SIDA considera la importancia de utilizar un modelo multinivel. Además, la literatura subraya la importancia de los factores multiniveles (individual, comunidad, o del contexto social) o mecanismos

multiniveles (geográfico o social) en los estudios de comportamiento, sobre todo, para el comportamiento salubre (Luke, 2004; Magadi y Desta, 2011; Brawner *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2016). En el presente trabajo, se consideran dos niveles: individual y de comunidad.

Así, entre las variables explicativas al nivel individual figuran: las características socioeconómicas y demográficas del individuo (edad, estado marital, edad de la primera relación sexual, nivel educativo, estado laboral) y los determinantes próximos del VIH/SIDA (conocimiento y realización previa de una prueba de VIH/SIDA). Sin embargo, para el segundo nivel, que son las variables de la comunidad, se incluyen el nivel de pobreza y el tipo de comunidad.

Respecto a lo anterior, la forma general del modelo de regresión logística de dos niveles a utilizar es la siguiente (Chiao, *et al.*, 2009; Martínez-Garrido y Murillo, 2014):

$$\text{logit}(\pi_{ij}) = \log\left(\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}}\right) = \beta_{0j} + \beta_1 I_{ij} + \beta_2 D_{ij} + \varepsilon_j \quad (1)$$

Con i y j respectivamente índice del nivel 1 (individual) y nivel 2 (comunidad); π_{ij} es la probabilidad del resultado de interés para el individuo i en la j comunidad; los β_k son los coeficientes fijos, es decir, el vector de las estimaciones habituales de los parámetros de regresión, con $k=0, 1, 2$; I se refiere a las variables del nivel individual y D las variables del nivel comunidad; ε_j muestra el efecto aleatorio de la j -ésima comunidad más bien el residual asociado a la comunidad.

Presentación de la estrategia de estimación de los modelos

Para determinar la relación entre las variables individuales, de comunidad y las variables de respuesta tales como uso de condón, número de parejas y algún comportamiento sexual de riesgo para el VIH, se estiman modelos multiniveles para cada una de las prácticas sexuales. Sin embargo, para el tipo de parejas sexuales en los últimos 12 meses, se usa un modelo de regresión logística simple.

Cabe mencionar que se consideran modelos separados por sexo. Dado que los comportamientos sexuales de hombres y mujeres son diferentes, resulta importante ver con precisión la influencia de cada covariable por separado.

Respecto a los modelos multinivel, en primer lugar, se estima modelo vacío, que es un modelo de descomposición de la varianza sin variables explicativas, como sugieren múltiples estudios con el fin medir el efecto de la comunidad (contexto) (Hox, 2002). Dicho modelo permite determinar la correlación intragrupo (intra-comunidad), es decir, la proporción de la varianza explicada (ICC, por su sigla en inglés) por la estructura de agrupación de los datos en la población estudiada (Hox, 2002; Pardo *et al.*, 2007; Llanos y Salas, 2007; De la Cruz, 2008). Para los modelos de regresión logística, la ICC, nota por ρ , se determina por la siguiente ecuación (Moineddin *et al.*, 2007):

$$\rho = \frac{\sigma_u^2}{(\sigma_u^2 + \sigma_e^2)}, \text{ con } \sigma_e^2 = \frac{\pi^2}{3} \quad (2)$$

σ_e^2 : varianza del error del nivel más bajo, es decir, del primer nivel.

σ_u^2 : Varianza del error del nivel más alto, es decir, del segundo nivel.

Π : el número irracional, que a menudo considerado igual 3.1416.

Luego, la correlación intragrupo permite ver si la utilización de un modelo mixto es necesario (Quispe Millones, 2014). Una ICC cercana de cero predice la utilización de un modelo estándar (Grace-Martin, 2018). Cuando el valor del ICC supera a 0.3 hay una fuerte correlación dentro de los grupos mientras que por debajo de 0.1 la correlación intragrupo es baja (Maas y Hox, 2004). Sin embargo, entre 0.1 y 0.2 la correlación intragrupo es de nivel medio.

En segundo lugar, se estima un segundo modelo con los factores individuales (efectos fijos) con intercepto aleatorio en el cual se incluyen todas las variables consideradas al nivel individual. Así, las características del individuo y los determinantes próximos del VIH son predictores en el segundo modelo. Por último, se considera un modelo que toma en cuenta de manera simultánea las variables del nivel 1 (individuo) y del nivel 2 (comunidad) (*Cuadro 3.5, 3.6 y 3.8*), es pues, un modelo con factores individuales y comunitarios como efectos fijos y con intercepto aleatorio (modelo final). Dadas las preguntas de esta investigación, no se estiman modelos transniveles que son modelos en donde intervienen factores de interacción entre variables a nivel individual y variables a nivel comunitario. En otras

palabras, dichos modelos de interacción transnivel ponen en evidencia el efecto de una variable comunitaria en el cambio de las categorías de la variable del nivel individual para la ocurrencia del evento de estudio.

En el caso del tipo de parejas sexuales, se utiliza un modelo de regresión logística simple que es un alternativo al modelo de regresión logística multinivel. Por otra parte, se estima este modelo logístico simple dado que la prueba de razón verosimilitud (LR test en inglés) para la comparación de modelos (modelo de regresión logística multinivel *versus* modelo de regresión logística simple) indica que el modelo de regresión logística simple proporciona mejor resultado de estimación en las mujeres (valor p asociada a la prueba no es inferior a 0.05). Si bien para los hombres se podría utilizar un modelo multinivel, a fines de comparación, se decide estimar un modelo de regresión logística simple tanto para las mujeres como para los hombres.

Entonces, se estiman nueve modelos por sexo en el análisis multinivel y uno por sexo para el análisis logístico estándar (tipo de parejas sexuales) (*Cuadro 3.7*). En consecuencia, se generan 20 modelos (10 para cada sexo). Se presentan solamente los modelos finales en este trabajo de investigación (4 por sexo).

Capítulo III

UN ANALISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO DE VIH/SIDA

En el presente capítulo se presenta un análisis descriptivo de las variables, luego, se muestra el grado de la asociación entre las variables explicativas y las variables dependientes a partir de una prueba ji-cuadrada o U de Mann-Withney. Cabe recordar que estas frecuencias remiten a los hombres de 15 a 59 años y a las mujeres de 15 a 49 años. Por otro lado, se estiman los modelos para el análisis multivariado de los factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo de VIH.

3.1.-Análisis descriptivo de los datos

Como se mencionó anteriormente, en esta parte se describen las variables dependientes y las independientes, es decir, se hace un análisis de las frecuencias tanto absolutas como relativas de las variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo de contraer el VIH/SIDA.

3.1.1.-Variables dependientes

Como se puede observar en el cuadro 3.1 los individuos han usado poco condón de manera consistente en las relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. Respecto al número de parejas sexuales, tanto para los hombres como para las mujeres la proporción que ha tenido una sola pareja sexual en los últimos 12 meses antes de la fecha de la encuesta es elevada. Por otra parte, se advierte que casi todos los individuos tienen parejas estables. La proporción de las mujeres que tiene pareja no estable es insignificante en comparación con la que tiene pareja estable y menor que la de los hombres (*Cuadro 3.1*).

El análisis de la distribución de los individuos según la experiencia (reporte) de algún comportamiento sexual de riesgo permite constatar que, tanto en las mujeres como en los hombres, la mayoría indicó haber experimentado algún factor de riesgo sexual durante los últimos 12 meses antes de la fecha de la entrevista (*Cuadro 3.1*).

Cuadro 3. 1.- Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses según los comportamientos sexuales de riesgo de VIH, Haití.

Uso de condón	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No	8,667	87.0	5,533	72.0
Sí	1,292	13.0	2,154	28.0
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Número de parejas sexuales				
Una pareja	9,628	96.7	5,333	69.4
Múltiples parejas	331	3.3	2,354	30.6
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Tipo de pareja				
Pareja estable/habitual	9,867	99.1	7,029	91.4
Otro tipo de pareja	88	0.9	658	8.6
Total	9,955	100.0	7,687	100.0
Algún comportamiento sexual de riesgo				
No	1,213	12.2	1,410	18.3
Sí	8,742	87.8	6,277	81.7
Total	9,955	100.0	7,687	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

3.1.2.- Variables independientes

En el cuadro 3.2, se presentan las características sociodemográficas de la población. En cuanto a la edad, en las mujeres la distribución por grupos edad es bastante equitativa, en tanto que entre los hombres el grupo de más edad tiene una representación mucho menor. Respecto a la educación, menos de la mitad de las mujeres alcanza el nivel secundario mientras que más de la mitad de los hombres alcanza al menos este nivel. El nivel secundario es el que tiene la mayor proporción de individuos para cada uno de los sexos y son pocos los que alcanzan el nivel superior (*Cuadro 3.2*).

Tanto en las mujeres como en los hombres, la unión formal es el estatus marital dominante y los desunidos²² tienen una menor proporción. Luego, se observa que la religión dominante entre las mujeres es el protestantismo mientras que entre los hombres es el catolicismo (*Cuadro 3.2*). En el caso de los hombres, menos de un cuarto no tuvo trabajo en

²² En este trabajo se consideran desunidos a los separados, divorciados y viudos.

algún momento en los últimos 12 meses antes de la fecha de la entrevista, sin embargo, en las mujeres un poco más de la mitad no tuvo un trabajo en el mismo periodo (*Cuadro 3.2*). Por un lado, se constata que una gran parte de la población no tuvo su primera relación sexual muy temprano, lo que significa que la edad de la primera relación sexual para la mayoría fue de 15 años y más para cada uno de los sexos.

Cuadro 3. 2.- Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses según sus características sociodemográficas y económicas, Haití.

Edad	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	3,242	32.6	2,374	30.9
25-34 años	3,609	36.2	2,195	28.6
35-49 años	3,108	31.2	2,165	28.1
50-59 años			953	12.4
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Nivel educativo alcanzado				
Sin escolaridad	1,800	18.1	1,804	14.1
Primaria	3,588	36.0	2,666	34.7
Secundaria	4,002	40.2	3,290	42.8
Superior	569	5.7	647	8.4
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Estado marital				
Soltero (a)	1,892	19.0	2,974	38.7
Casado (a)	5,973	60.0	3,816	49.6
Cohabitación/unión informal	1,575	15.8	475	6.2
Desunido (a)	519	5.2	422	5.5
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Religión				
Sin religión	769	7.7	940	12.2
Católica	4,200	42.2	3,510	45.7
Protestante	4,848	48.7	3,082	40.1
Otra religión	142	1.4	155	2.0
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Estado laboral				
No trabaja	5,239	52.6	1,804	23.5
Trabaja	4,720	47.4	5,883	76.5
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Edad de la primera relación sexual				
Menos de 15 años	1,565	15.7	2,392	31.2
15 años y más	8,391	84.3	5,270	68.8
Total	9,956	100.0	7,662	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

En el cuadro 3.3 se advierte que los medios de prevención y de transmisión del VIH/SIDA son bien conocidos por los individuos. Luego, se constata que más de la mitad de las mujeres ya se sometieron a la prueba de detección del VIH, en cambio, en los hombres la mayoría no lo había hecho previamente.

Cuadro 3. 3.- Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, según su nivel de conocimiento del VIH y la realización de una prueba previa de VIH, por sexo, 2012.

Nivel de conocimiento del VIH	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	624	6.3	321	4.2
Medio	1,975	19.8	1,730	22.5
Bueno	3,685	37.0	3,222	41.9
Perfecto	3,675	36.9	2,414	31.4
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Realización previa de una prueba de VIH				
No	4,031	40.5	5,010	65.2
Sí	5,928	59.5	2,677	34.8
Total	9,959	100.0	7,687	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Tanto en los hombres como en las mujeres, se constata que más de la mitad vive en comunidad rural (*Cuadro 3.4*). Por otro lado, se observa que la proporción de los hombres que viven en comunidad con nivel de pobreza alto en función de los aspectos de salud - medios de información, accesibilidad a los servicios de salud, condición y acceso de los servicios básicos para una buena salud en una comunidad- es elevada tanto para los hombres como para las mujeres.

Cuadro 3. 4.- Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses según las características de la comunidad, Haití.

Tipo de comunidad	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Rural	5,320	53.4	4,246	55.2
Urbano	4,639	46.6	3,441	44.8
Total	9,959	100.0	7,687	100.0
Nivel de pobreza de la comunidad				
Alto	8,904	89.4	6,793	88.3
Medio	921	9.2	743	9.7
Bajo	135	1.4	151	2.0
Total	9,959	100.0	7,687	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

3.2.-Análisis inferencial de los datos

Asociación con el uso constante de condón

En el cuadro 4.1 del anexo 1, se advierte que en el caso de las mujeres, el uso constante de condón se asocia estadísticamente con la edad, el estado marital, el estado laboral y edad a la primera relación sexual. En cambio, el uso de condón y la religión, y el uso de condón con la realización previa de una prueba de VIH no tienen una relación de dependencia (valor $p > 0.05$). El nivel educativo mediano²³ y el nivel de conocimiento mediano de VIH de las mujeres que usan condón son significativamente diferentes al nivel mediano de aquellas que no usan condón (valor $p < 0.05$). Respecto a los resultados, el nivel educativo y el nivel de conocimiento son factores significativos para el uso de condón en las mujeres con un nivel de significancia 0.05.

En cuanto a los hombres, en el cuadro 4.2 del anexo 1, se puede constatar que todas las variables de nivel individual, tales como edad, estado marital, religión, el estado laboral, edad de la primera relación sexual y la realización previa de una prueba de VIH tienen una relación

²³ Nivel mediano es el que divide la distribución de la población en dos partes iguales (un 50% por abajo y un 50% por arriba).

de dependencia con el uso de condón en los hombres. Por otro lado, el nivel educativo mediano y el nivel de conocimiento mediano de VIH de los hombres que usan condón son significativamente diferentes al nivel mediano de aquellos que no usan condón (valor $p < 0.05$). Entonces, el nivel educativo y el nivel de conocimiento son factores significativos para el uso de condón en los hombres con un nivel de significancia inferior a 0.05.

Asociación con el número de parejas sexuales

Se observa que existe una relación de dependencia entre el número de parejas sexuales y, la edad, el estado marital, la religión, el estado laboral y la edad de la primera relación sexual para cada uno de los sexos. En el caso de las mujeres, no hay relación de dependencia entre el número de parejas sexuales y la realización previa de una prueba de VIH, sin embargo, sí existe asociación en el caso de los hombres (valor $p > 0.05$). (*Cuadro 4.3 y 4.4, en Anexo 1*).

En las mujeres, el nivel educativo mediano de aquellas que tienen múltiples parejas sexuales es diferente en comparación con las que tienen una sola pareja en los últimos 12 meses. Sin embargo, los niveles medianos de conocimiento de las que han experimentado relaciones sexuales con una pareja y múltiples parejas son significativamente iguales (valor $p > 0.05$). Por otro lado, el nivel educativo mediano y el nivel de conocimiento mediano de VIH de los hombres que tienen parejas múltiples son significativamente diferentes al nivel mediano de aquellos que tienen una sola pareja (valor $p < 0.05$). Entonces, el nivel educativo es un determinante significativo para el número de parejas sexuales tanto en hombres como en mujeres.

Asociación con el tipo de parejas sexuales

Se puede observar, en el cuadro 4.5 del anexo 1, que la mayoría de las variables referidas a las características de las mujeres no tienen relación de dependencia con el tipo de parejas sexuales (valor $p > 0.05$). De hecho, solamente las variables estado marital, religión y la edad a la primera relación sexual presentan relación de dependencia con el tipo de parejas. Por otro lado, en el caso de los hombres todas las variables de las características socio-demográficas (edad, estado marital, religión, edad primera relación sexual) y económicas

(estado laboral) muestran relación de dependencia con el tipo de parejas sexuales (*Cuadro 4.6, en anexo 1*).

Las mujeres que han experimentado relaciones sexuales con parejas estables en los últimos 12 meses tienen nivel educativo mediano y nivel de conocimiento mediano de VIH significativamente iguales respecto a aquellas que han tenido relaciones con parejas no estables (valor $p > 0.05$). Por otra parte, el nivel educativo mediano de los hombres que han tenido un acto sexual con parejas estables es significativamente diferente en comparación con aquellos que han tenido parejas sexuales no estables ($p < 0.05$). Pero el nivel de conocimiento mediano de los hombres que han experimentado relaciones sexuales con parejas estables es significativamente igual al nivel educativo mediano de aquellos que han tenido parejas sexuales no estables. El nivel educativo tiene solamente relación con el tipo de parejas sexuales solamente en el caso de los hombres.

Asociación con algún comportamiento sexual de riesgo de VIH

Tanto en las mujeres como en los hombres, casi todas las variables socio-demográficas y económicas tienen una relación de dependencia con la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH considerado, excepto la religión en las mujeres y la edad de la primera relación sexual en los hombres ($p > 0.05$) (*Cuadro 4.7 y 4.8, en Anexo 1*). La variable realización anteriormente de una prueba de VIH no se asocia ni en las mujeres ni en los hombres ($p > 0.05$) (*Cuadro 4.7 y 4.8, en Anexo 1*).

Por otro lado, tanto en caso de los hombres como de las mujeres, aquellos que han experimentado algún comportamiento sexual de riesgo en los últimos 12 meses tienen nivel educativo medio y nivel de conocimiento medio de VIH significativamente diferente en comparación con aquellos que no han reportado comportamiento sexual de riesgo ($p > 0.05$) (*Cuadro 4.7 y 4.8, en Anexo 1*). Según estos resultados, el nivel educativo y el nivel de conocimiento medio son predictores significativos para la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo. Dichos resultados deben ser confirmados a partir del análisis multivariado.

3.3.-Análisis multivariado de los factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo de VIH/SIDA.

En los apartados previos se analizó la relación existente entre cada una de las variables dependientes con cada una de las independientes, es decir, relaciones bivariadas. En el presente apartado, nos interesa analizar el efecto simultáneo de las covariables con cada una de las variables de respuesta consideradas para explicar el comportamiento sexual de riesgo de VIH/SIDA en Haití. Para tal efecto, como se explicó en el capítulo metodológico, se utilizan dos tipos de modelos de regresión logística: multinivel binomial y estándar. La mayoría de los modelos son multinivel porque las pruebas estadísticas de razón de verosimilitud indicaron que el ajuste es bueno con más de un nivel. Para la variable dependiente tipo de pareja, se intentó un modelo multinivel pero la prueba estadística indicó que el modelo tiene mejor ajuste con un solo nivel. Por esa razón, ese modelo es estándar.

3.3.1.-Análisis de la asociación entre las variables explicativas

Para llevar a cabo la estimación de los modelos se requiere analizar la correlación entre las variables independientes. Eso permite evitar problema de multicolinealidad en el modelo. Se analizó el grado de asociación entre dichas variables mediante una matriz policórica dado que todas son variables categóricas. Los resultados presentados en los cuadros 4.9 y 4.10 en anexo 1 permiten identificar las variables a incluir u omitir en los modelos.

En los resultados del cuadro 4.9 en el anexo 1, se advierte que las variables no están correlacionadas dado que el grado de correlación es bastante bajo. Entonces, el análisis de la matriz de correlación policórica nos indica que se deben incluir todas las variables en los modelos en el caso de las mujeres. En el caso de los hombres, se encuentra que la variable “edad” está relativamente correlacionada con “estado marital y estado laboral” (*Cuadro 4.10, en anexo 1*). Aunque la matriz policórica presenta que la edad está correlacionada con el estado marital y el estado laboral, el grado de correlación no es tan alto para decidir excluirlas en los modelos (0.63 entre edad y estado marital y 0.54 entre edad y estado laboral).

3.3.2.-Comportamiento sexual de riesgo de VIH

En este apartado se presentan los resultados de los modelos estimados para analizar las variables relativas al comportamiento sexual de riesgo de VIH, a saber, el uso de condón, el número de parejas sexuales, el tipo de parejas sexuales y la experiencia (reporte) de algún riesgo sexual. Solo se analizan las variables pertinentes (con un nivel de significancia menor a 0.05) para la explicación de la variable de respuesta.

Factores asociados al uso de condón

En la explicación de los factores asociados al uso de condón, primero se estima un modelo vacío en ambos sexos que indica que hay similitud dentro de las comunidades dado que la desviación estándar es diferente de cero y la correlación intra-comunidad (ICC) vale 0.17 para las mujeres y 0.13 para los hombres. Entonces, hay diferencia entre las comunidades, por eso, es importante estimar un modelo multinivel. En el análisis del modelo final, se constata que el uso de condón está explicado en un 8.5% por la diferencia de las comunidades en las mujeres y 6.5% en los hombres (*Cuadro 3.5*). Tanto para mujeres como para hombres, el conjunto de los factores individuales y de las comunidades considerados permiten explicar significativamente el uso de condón. Las pruebas de ji-cuadrada de Wald indica que los coeficientes no son nulos y la prueba de la razón verosimilitud (LR) presenta un buen ajuste de los modelos (valor $p=0.000$ para cada uno de los sexos).

A partir de los resultados, se puede constatar, de una parte, que las variables edad, nivel educativo, estado marital y tipo de comunidad son los factores significativos para predecir en las mujeres el uso de condón en los últimos 12 meses. De otra parte, los factores edad, nivel educativo, estado marital, religión, estado laboral, nivel de conocimiento de los medios de prevención y de transmisión del VIH, la realización anteriormente de una prueba de VIH y el tipo de la comunidad son significativos para la explicación del uso de condón en los hombres.

Tanto en el caso de las mujeres como de los hombres, la posibilidad del uso de condón en todas las relaciones durante los últimos 12 meses es mayor en los jóvenes 15-24 años comparados los otros grupos etarios (*Cuadro 3.5*). Así, al controlar los otros factores, una

mujer que pertenece al grupo de 25-34 o 35-49 años tiene 1.6 (1/0.629)²⁴ veces menor posibilidad de usar condón en comparación con las jóvenes del grupo 15-24 años (*Cuadro 3.5*). En la misma sintonía, los hombres de 25-34 y 35-49 años presentan 1.5 veces menos posibilidades de usar condón respecto a aquellos que tienen 15-24 años. Es la misma realidad en el caso de los hombres 50-59 años que presentan 2.7 veces menos posibilidades para el uso constante de condón con respecto a un joven de 15-24 años (*Cuadro 3.5*). Estos resultados podrían explicarse por la mala percepción de las personas mayores en Haití, que se consideran sin riesgos sexuales, y también por su actitud frente al uso de condón. En las generaciones más antiguas, los individuos creen que el uso de condón no pueden evitar el VIH, dado que el SIDA es visto como una enfermedad del diablo (una infección debida a la brujería) (Georges, 2011). Además, consideran que el uso de condón puede disminuir el placer de la relación sexual (Philippe, 2006).

Respecto al estado marital, se constata que las mujeres casadas tienen 7.1 veces menos posibilidades de usar siempre condón en las relaciones sexuales comparadas con las solteras, también las que viven en unión libre registran una posibilidad de usar condón 3.4 veces menor que las solteras (*Cuadro 3.5*). La situación es parecida en el caso de los hombres casados que tienen 12.7 veces menos posibilidades de usar condón en las relaciones sexuales en los últimos 12 meses antes de la fecha de la entrevista respecto a los solteros, en contraste, los que viven en unión libre tienen 3.3 veces menos posibilidades del uso consistente de condón en los actos sexuales (*Cuadro 3.5*). El temor de las mujeres haitianas de solicitar el uso de condón a su pareja en las relaciones formales sería relevante en la explicación del escaso uso del condón entre las casadas en Haití, puesto que tal reacción se entiende como la admisión de la infidelidad en la relación (Emilien, 2008). La solicitud del uso de condón a su pareja se considera como un acto ofensivo (un insulto) (Philippe, 2006).

El nivel educativo parece determinante para el uso de condón. Así, una mujer que alcanza el nivel superior tiene 4.8 veces más posibilidades de usar condón en comparación a las que no tienen escolaridad, manteniendo constante las demás variables (*Cuadro 3.5*).

²⁴ Dado que la razón de momios es menor que 1, entonces es más fácil interpretar el recíproco. Así, se tiene al cálculo (1/odds ratio) cuando el odds ratio es inferior a la unidad.

Asimismo, un hombre de nivel educativo superior tiene 2.8 veces más posibilidades de usar condón comparado con los que no tienen escolaridad alguna (*Cuadro 3.5*).

También, para ambos sexos, el tipo de la comunidad se ve reflejado en el uso de condón en las relaciones sexuales. De hecho, las mujeres de una comunidad urbana tienen 1.8 veces más posibilidades de usar siempre condón en las relaciones sexuales durante los últimos 12 meses respecto a aquellas de una comunidad rural. De la misma manera, un hombre de una comunidad urbana presenta 1.6 más posibilidades de usar siempre el condón en los actos sexuales en comparación con uno de una comunidad rural. Esta diferencia (brecha) que existe entre las mujeres de comunidad urbana y rural respecto al uso condón se explica por el hecho de que las mujeres de las comunidades rurales tienden a delegar la decisión (el control) de su salud a los hombres (sus parejas), dada su dependencia económica (Emilien, 2008). Entonces, no tienen el poder de negociar la relación sexual, es decir, solicitar el uso de condón en las relaciones sexuales.

El panorama es diferente de lo esperado en cuanto a la religión. Aunque las doctrinas no prohíban formalmente el uso de condón en Haití, tampoco lo fomentan dado que la promoción del uso de condón se percibe como un incentivo a la promiscuidad (infidelidad) en la sociedad. Los hombres católicos tienen 1.4 veces más posibilidades de usar condón en las relaciones sexuales durante los últimos 12 meses en comparación con los no afiliados a una religión. Asimismo, los protestantes tienen 1.3 veces más posibilidades de usar condón en las relaciones sexuales en comparación con los no afiliados manteniendo constante el valor de las demás variables.

Por otra parte, los hombres que han trabajado alguna vez en los últimos 12 meses tienen 1.3 veces menos posibilidades de usar condón en las relaciones sexuales en comparación con los que no trabajan. El nivel de conocimiento del VIH influye positivamente en el uso de condón al controlar los demás factores. En comparación con uno que tiene un nivel bajo de conocimiento de los medios de prevención y transmisión del VIH, un hombre con un nivel de conocimiento perfecto del VIH tiene 1.7 veces más posibilidades de haber usado condón en las relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. Asimismo, un hombre que ya se

realizó una prueba de VIH anteriormente presenta mayor posibilidad para el uso de condón consistentemente en las relaciones sexuales (1.5 veces más).

Estas cuatro variables (religión, estado laboral, nivel conocimiento del VIH y realización previa de una prueba de VIH) no son significativas para explicar el uso de condón durante los últimos 12 meses en el caso de las mujeres.

Cuadro 3. 5.- Modelos logísticos multinivel binomial de los factores asociados al uso de condón por sexo, Haití 2012.

Uso de condón: 0= No	1= Sí (CR)	
	Mujeres	Hombres
Intercepto	0.101***	0.302***
Características del nivel individual	Razón de momios	Razón de momios
Edad		
15-24 años (CR)	-----	-----
25-34 años	0.629***	0.653***
35-49 años	0.629***	0.665**
50-59 años		0.377***
Nivel educativo alcanzado		
Sin escolaridad (CR)	-----	-----
Primaria	2.095***	1.336*
Secundaria	4.152***	2.363***
Superior	4.814***	2.847***
Estado marital		
Soltero (a) (CR)	-----	-----
Casado/Unión formal	0.141***	0.079***
Cohabitación/Unión informal	0.294***	0.307***
Desunido (a)	0.513***	0.688**
Religión		
Ninguna religión (CR)	-----	-----
Católica	1.020	1.369**
Protestante	0.930	1.280*
Otra	1.117	1.106
Estado laboral		
No trabaja (CR)	-----	-----
Trabaja	1.014	0.796**
Edad de la primera relación sexual		
Menos de 15 años (CR)	-----	-----
15 años y más	1.107	1.119
Nivel del conocimiento del VIH		
Bajo (CR)	-----	-----
Medio	1.029	1.251
Alto	1.110	1.382
Perfecto	1.269	1.653**
Realización previa de una prueba de VIH		
No (CR)	-----	-----
Sí	1.005	1.546***

Cuadro 3.5 (continúa)

	Mujeres	Hombres
Características del nivel comunitario	Razón de momios	Razón de momios
Nivel de pobreza de la comunidad		
Alto (CR)	-----	-----
Medio	1.287	1.113
Bajo	0.486	0.924
Tipo comunidad		
Rural (CR)	-----	-----
Urbano	1.750***	1.633***
Varianza del Intercepto aleatorio	0.304	0.227
LR test vs regresión logística estándar	40.270***	40.750***
Wald ^a	1,083.530***	1,500.660***
ICC	0.085	0.065
LR de la validez del modelo	40.270***	32.470***
Número de observaciones	9,946.000	7,584.000
Número de comunidades	445.000	445.000

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

^a: ji-cuadrada

CR: categoría de referencia

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.*

Factores asociados al número de parejas sexuales

Para la variable “número de parejas sexuales” que han tenido las mujeres durante los últimos 12 meses, la prueba de Wald presenta evidencias de que las razones de momios son diferentes de uno, los modelos están bien ajustados pues la consideración de los modelos multinivel es más apropiada para la explicación del número de parejas sexuales en ambos sexos comparándolo con un logit estándar (Test de LR, valor $p < 0.05$) (Cuadro 3.6). La correlación intra-comunidad permite ver que hay diferencias entre las comunidades, puesto que 7.7% y 7.3% de la variabilidad del número de parejas respectivamente para las mujeres y para de los hombres se explican por dicha diferencia.

Entre los factores utilizados para explicar el número de parejas sexuales de los individuos en los doce meses previos a la encuesta, el estado marital, la religión, edad de la primera relación sexual y el tipo de comunidad son significativos para ambos sexos (Cuadro 3.6). Por

otra parte, las covariables edad, nivel educativo, realización previa de una prueba de detección de VIH y nivel de pobreza de la comunidad solamente influyen significativamente en la explicación del número de parejas sexuales de los hombres (*Cuadro 3.6*).

Así, las mujeres que están casadas tienen 2.6 veces menos posibilidades de tener relaciones sexuales con más de una pareja en comparación con las solteras manteniendo constante el valor de las demás variables. En el caso de los hombres, los casados presentan 1.1 veces menos posibilidades de tener relaciones sexuales con más de una pareja sexual en comparación con los solteros. Se ve que en los hombres la posibilidad de que aquellos en unión formal tengan múltiples parejas es menor y en las mujeres es mucho menor. Dicha diferencia entre hombres y mujeres se basa en el hecho de que la infidelidad masculina a menudo es tolerada por la sociedad (Emilien, 2008).

Por otra parte, las mujeres que pertenecen al protestantismo tienen 2.2 veces menos posibilidades de tener relaciones sexuales con múltiples parejas en comparación con las que no adhieren a una religión. Asimismo, en el caso de los hombres, los protestantes son los que tienen 2.5 veces menos posibilidades de experimentar relaciones sexuales con múltiples parejas en comparación con los no afiliados a alguna religión.

La edad de la primera relación sexual tiene una influencia significativa en el número de parejas sexuales en el último año, tanto en las mujeres como en los hombres. Así, una mujer que ha tenido su primera relación sexual después de los 14 años presenta 2.1 veces menos posibilidades de experimentar relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales en comparación con una que ha tenido su inicio temprano, manteniendo constante el valor de las demás variables (*Cuadro 3.6*). De igual manera que en las mujeres, los hombres que han tenido su inicio sexual en edades tardías presentan 1.8 veces menos posibilidades de haber tenido relaciones sexuales con múltiples parejas en comparación con aquellos que han tenido su debut en edades tempranas.

Por un lado, las mujeres de una comunidad urbana tienen el doble de posibilidades de tener relaciones sexuales con múltiples parejas durante los últimos 12 meses en comparación con las de una comunidad rural (*Cuadro 3.6*). Por otro lado, un hombre de una comunidad

urbana presenta 1.3 veces más posibilidades de experimentar relaciones sexuales con múltiples parejas en comparación con uno de comunidad rural (*Cuadro 3.6*).

La edad tiene una relación negativa con el número de parejas sexuales de los hombres, es decir, los jóvenes tienden a experimentar relaciones sexuales con múltiples parejas más que los mayores. Así pues, los hombres del grupo 50-59 años son 1.4 veces menos propensos a tener relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales en comparación con los jóvenes de 15 a 24 años (*Cuadro 3.6*). Un hombre con el nivel superior tiene casi el doble de posibilidades de involucrarse en relaciones sexuales con múltiples parejas en comparación con uno sin escolaridad (*Cuadro 3.6*). Al contrario de nuestra expectativa, esta variable -nivel educativo- no es significativa en las mujeres.

Por otro lado, se constata que los hombres que ya hicieron una prueba diagnóstica de VIH son más propensos a tener múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses respecto a aquellos que nunca se realizaron dicha prueba, manteniendo fijos los demás factores.

El nivel de pobreza de la comunidad influye sobre el número de parejas de los hombres. De hecho, un hombre de una comunidad con nivel de pobreza bajo tiene 1.8 más posibilidades de experimentar relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales en comparación con una comunidad de nivel de pobreza alto. Cabe recordar que estas variables no son significativas en el caso de las mujeres. Tener los recursos y vivir en una comunidad desarrollada implicaría mayor número de parejas sexuales por el hecho de que puede dar lugar a una red sexual sustancial (Emilien, 2008).

Cuadro 3. 6.- Modelos logísticos multinivel binomial de los factores asociados al número de parejas sexuales por sexo, Haití 2012.

Número de parejas sexuales:	1= Múltiple (CR)	
	Mujeres	Hombres
Intercepto	0.087***	0.507***
Características del nivel individual	Razón de momios	Razón de momios
Edad		
15-24 años (CR)	-----	-----
25-34 años	0.840	1.098
35-49 años	0.715	0.887
50-59 años		0.733*
Nivel educativo alcanzado		
Sin escolaridad (CR)	-----	-----
Primaria	1.089	1.428***
Secundaria	1.080	1.896***
Superior	1.190	1.961***
Estado marital		
Soltero (a) (CR)	-----	-----
Casado/Unión formal	0.391***	0.883
Cohabitación/Unión informal	1.325	1.721***
Desunido (a)	1.638*	0.991
Religión		
Ninguna religión (CR)	-----	-----
Católica	0.916	0.739**
Protestante	0.465**	0.402***
Otra	0.831	1.302
Estado laboral		
No trabaja (CR)	-----	-----
Trabaja	0.907	1.076
Edad de la primera relación sexual		
Menos de 15 años (CR)	-----	-----
15 años y más	0.474***	0.541***
Nivel del conocimiento del VIH		
Bajo (CR)	-----	-----
Medio	0.830	1.074
Alto	0.913	0.941
Perfecto	0.922	0.868
Realización previa de una prueba de VIH		
No (CR)	-----	-----
Sí	1.031	1.264***

Cuadro 3.6 (continúa)

	Mujeres	Hombres
Características del nivel comunitario	Razón de momios	Razón de momios
Nivel de pobreza de la comunidad		
Alto (CR)	-----	-----
Medio	0.674	0.957
Bajo	0.449	1.843**
Tipo comunidad		
Rural (CR)	-----	-----
Urbano	1.952***	1.282**
Varianza del Intercepto aleatorio	0.273	0.259
LR test vs regresión logística estándar	8.250**	83.890***
Wald ^a	212.440***	456.550***
ICC	0.077	0.073
LR de la validez del modelo	28.430***	19.180***
Número de observaciones	9,946.000	7,584.000
Número de comunidades	445.000	445.000

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

^a: ji-cuadrada

CR: categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Factores asociados al tipo de parejas sexuales

Cabe recordar que para el tipo de parejas sexuales se utiliza una regresión logística estándar dado que los datos para las mujeres no son apropiados para estimar un modelo multinivel.

Los resultados de la estimación de la regresión logística estándar indican que el estado marital y la edad de la primera relación sexual son las variables estadísticamente significativas en las mujeres para explicar el tipo de parejas sexuales (*Cuadro 3.7*). De otra parte, la edad, el estado marital, la religión, la edad de la primera relación sexual, el nivel de conocimiento de los medios de prevención y de transmisión del VIH, nivel de pobreza y el tipo de comunidad tienen un impacto significativo en la explicación del tipo de parejas de los hombres. Además, los modelos de regresión logística estándar generados están bien ajustados, es decir, el conjunto de covariables ayuda de manera significativa a explicar el tipo

de parejas sexuales en ambos sexos dado que la probabilidad asociada a la prueba Hosmer-Lemeshow para los subgrupos²⁵ es mayor al nivel de significancia (0.05) (Valor de $p=0.23$ para las mujeres y 0.36 para los hombres).

Tanto para mujeres como para hombres, los individuos en unión formal (casados o casadas) son menos propensos a haber tenido sexo con parejas no estables (no habitual, ocasional o trabajador sexual) en los últimos 12 meses en comparación con los solteros. Una mujer que está casada presenta 10.9 veces menor propensión a tener relaciones sexuales con parejas no estables en comparación con las solteras manteniendo constante el valor de las demás covariables del modelo. En el mismo orden de ideas, un hombre casado presenta 3.3 veces menos posibilidades de tener relaciones sexuales con parejas no estables respecto a un soltero, manteniendo fijos los otros factores (*Cuadro 3.7*).

Por otra parte, las mujeres que han tenido su primera relación sexual después de los 14 años tienen 2.3 veces menos posibilidades de experimentar relaciones sexuales con parejas no estables comparadas con las que hicieron su debut en edades tempranas. Del mismo modo, los hombres que han experimentado su primera relación sexual después de los 14 años tienen 1.9 veces menos posibilidades de tener relaciones sexuales con parejas no estables en los últimos 12 meses antes de la fecha de la entrevista, controlando por los otros factores.

Los hombres mayores tienen menos posibilidad de experimentar un acto sexual con parejas no estables en comparación con los jóvenes. También, la religión impacta el tipo de parejas sexuales de los hombres dado que los protestantes presentan menos posibilidades de tener relaciones sexuales con parejas no estables. Así, con respecto a los no afiliados a alguna religión, la posibilidad de los protestantes para tener relaciones sexuales parejas no estables

²⁵ En general, en los modelos logísticos el valor R^2 es muy bajo (poco), entonces, es mejor utilizar una prueba Hosmer-Lemeshow para ver la bondad de ajuste o de la especificación del modelo (Hosmer y Lemeshow; 2000; Maydeu-Olivares y García-Forero, 2010). Sin embargo, cuando todas las variables son categóricas - hay un número finito de covariables- para una mejor evaluación de la bondad de ajuste del modelo es importante considerar múltiples subgrupos para los datos.

Esta prueba se asocia a las siguientes hipótesis:

H₀: El modelo explica bien los datos

H₁: El modelo no explica bien los datos

Se rechaza H_0 cuando el valor p asociado al Chi-cuadrado de Pearson es menor al nivel de significancia (0.05 en el presente estudio).

en los últimos 12 meses es 1.8 veces menor manteniendo constante los otros factores. Como ya mencionó, la religión juega un papel importante en la sociedad haitiana y promueve una pareja estable. En consecuencia, es esperable que los afiliados tengan menor posibilidad de tener parejas no estables. Sin embargo, en el caso de las mujeres, las variables edad y religión no son significativas para el tipo de parejas sexuales de las mujeres (*Cuadro 3.7*).

Se puede resaltar también que los hombres con un nivel de conocimiento alto sobre el VIH tienen 1.5 menos posibilidades de tener relaciones sexuales con parejas no estables respecto a aquellos con un nivel bajo. Al controlar por los demás factores, en los últimos 12 meses, los hombres de comunidades con nivel de pobreza medio tienen menos posibilidad de experimentar relaciones sexuales con parejas no estables en comparación con aquellos de comunidades con nivel de pobreza alto (1.4 veces menos).

Los hombres de la zona urbana son más propensos a tener parejas sexuales no estables durante los últimos 12 meses. Dado que en las comunidades urbanas los individuos tienden a tener más parejas múltiples, aumenta la posibilidad para que experimenten relaciones sexuales con una pareja no estable. En el caso de las mujeres, dichas variables- nivel de conocimiento del VIH, nivel de pobreza y tipo de comunidad- no influyen significativamente el tipo de parejas sexuales.

Cabe recordar que el nivel educativo no es significativo ni en las mujeres ni en los hombres lo que superó nuestra expectativa. Una posible explicación a tal resultado es que muy poca gente en Haití (una proporción muy irrelevante en las mujeres) tiene pareja no estable respecto a nuestra población de estudio. Por lo tanto, el nivel educativo no presenta un factor determinante para hacer la diferencia en el tipo de parejas sexuales (diferenciar o distinguir las dos categorías).

Cuadro 3. 7.- Modelos logísticos de los factores asociados al tipo de parejas sexuales de las mujeres y de los hombres, Haití 2012.

Tipo de parejas sexuales:	0=Estable (habitual)	1=No estable (CR)
	Mujeres	Hombres
Intercepto	0.076***	0.339***
	Razón de momios	Razón de momios
Edad		
15-24 años (CR)	-----	-----
25-34 años	1.387	1.172
35-49 años	1.834	0.807
50-59 años		0.492**
Nivel educativo alcanzado		
Sin escolaridad (CR)	-----	-----
Primaria	0.905	0.989
Secundaria	0.706	1.015
Superior	0.738	0.955
Estado marital		
Soltero (a) (CR)	-----	-----
Casado (a)	0.092***	0.302***
Cohabitación	0.220***	0.706
Desunido (a)	1.731	1.203
Religión		
Ninguna religión (CR)	-----	-----
Católica	0.924	0.737*
Protestante	0.528	0.545***
Otra religión	0.867	1.026
Estado laboral		
No trabajo (CR)	-----	-----
Trabajo	0.904	1.020
Edad de la primera relación sexual		
Menos de 15 años (CR)	-----	-----
15 años y más	0.442**	0.533***
Nivel de conocimiento del VIH		
Bajo (CR)	-----	-----
Medio	0.484	0.698
Alto	0.704	0.647*
Perfecto	0.671	0.886
Realización previa de una prueba de VIH		
No (CR)	-----	-----
Sí	1.109	1.096

Cuadro 3.7 (continúa)

Tipo de parejas sexuales	Mujeres	Hombres
Nivel de pobreza	Razón de momios	Razón de momios
Alto (CR)	-----	-----
Medio	0.770	0.710*
Bajo	1.000	1.556
Tipo comunidad		
Rural (CR)	-----	-----
Urbano	1.371	1.400**
LR ^a	131.650***	394.720***
Pseudo R ²	0.134	0.093
Hosmer-Lemeshow ^a (p)	10.460 (0.234)	8.810 (0.360)
Número de observaciones	9,759	7,583
Número de subgrupos	10	10

***p<0.001, **p<0.05, *p<0.1

^a: ji-cuadrada

CR: Categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Factores asociados a algún comportamiento sexual de riesgo de VIH

Respecto a la experiencia (reporte) de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH, para cada uno de los sexos, los factores individuales y comunitarios considerados para el modelo explican bien el riesgo sexual del VIH respecto a las pruebas Wald y de razón de verosimilitud. En otras palabras, los coeficientes son diferentes de cero y también el modelo multinivel es mejor que un modelo logístico estándar (Test de LR, valor de $p < 0.05$) (Cuadro 3.8). Cabe recordar que esta variable indica si el individuo reportó o no algún factor del comportamiento sexual de riesgo de VIH (no uso de condón, múltiples parejas sexuales y parejas sexuales inestables) para analizar el riesgo sexual de VIH en la presente investigación.

La estimación de los modelos para explicar dicho evento muestra que factores como la edad, el nivel educativo, el estado marital y tipo de la comunidad en la que vive explican

significativamente la experiencia de algún indicador del comportamiento sexual de riesgo de VIH en las mujeres (*Cuadro 3.8*). Por otro lado, en el caso de los hombres, la edad, el nivel educativo, el estado marital, la religión, la edad de la primera relación sexual, el nivel de conocimiento del VIH y tipo de comunidad son factores significativos en la explicación del reporte de algún factor del comportamiento sexual de riesgo.

Para la edad, la posibilidad de presentar algún factor de riesgo de VIH en las y los jóvenes 15-24 años es menor a los demás grupos etarios. Al controlar los otros factores, una mujer que se encuentra en el grupo 25-34 años presenta 1.5 veces más posibilidades de reportar comportamiento sexual de riesgo para el VIH y una del grupo etario 35-49 años tiene 1.6 veces más posibilidades de tener un comportamiento sexual de riesgo de VIH respecto a las jóvenes (*Cuadro 3.8*). También, los hombres de 25-34 y 35-49 años tienen respectivamente 1.6 y 1.4 veces más posibilidades de presentar un comportamiento sexual de riesgo por el VIH respecto a los jóvenes. Los hombres de 50-59 años tienen 2.5 veces más posibilidades de mostrar un comportamiento sexual de riesgo en comparación con los jóvenes.

El estado marital tiene una influencia relevante en la experiencia de tener algún factor de riesgo sexual del VIH. De hecho, en las mujeres, las casadas son las más propensas a reportar algún comportamiento sexual de riesgo para el VIH en los últimos 12 meses (6.5 veces más que las solteras). Al igual modo que en las mujeres, los hombres casados son más propensos a presentar un comportamiento sexual de riesgo de VIH, sea 8.4 veces más que un soltero manteniendo fijo los demás factores (*Cuadro 3.8*).

El nivel educativo tiene una relación negativa con la experiencia de algún factor de riesgo sexual del VIH, tanto en las mujeres como en los hombres. Así, una mujer en secundaria presenta 4.5 veces menos posibilidades de tener un comportamiento sexual de riesgo para el VIH en comparación con una sin escolaridad. De igual modo, una del nivel educativo superior reporta menos haber tenido algún factor de riesgo sexual en los últimos 12 meses (5.5 veces menos). También, en el caso de los hombres, los de escolaridad secundaria reportan menos haber tenido algún comportamiento sexual de riesgo para el VIH comparados con los que no tienen escolaridad alguna (1.9 veces menos) y uno con nivel

educativo superior tiene 2.4 veces menos posibilidades de reportar un comportamiento sexual de riesgo para el VIH, manteniendo constante el resto de los factores (*Cuadro 3.8*).

Por otro lado, tanto en las mujeres como en los hombres, el tipo de comunidad tiene impacto en la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH. Entonces, una mujer de una comunidad urbana presenta 1.7 veces menos posibilidades de presentar un comportamiento sexual de riesgo de VIH comparada con una de una comunidad rural, manteniendo constantes las otras covariables. De la misma manera que en las mujeres, los hombres que residen en comunidad urbana presentan 1.3 posibilidades menos de tener algún riesgo para el VIH debido a su comportamiento sexual respecto a aquellos que viven en comunidad rural (*Cuadro 3.8*).

En los hombres, los protestantes son los que tienen menos posibilidades de tener algún comportamiento sexual de riesgo de VIH. Un protestante y un católico tienen respectivamente 1.7 y 1.4 veces menos posibilidades de tener algún comportamiento sexual de riesgo para el VIH en comparación con uno no afiliado a alguna religión (*Cuadro 3.8*). También los hombres que tuvieron su primera relación sexual después los 14 años tienen menor posibilidad de reportar un comportamiento sexual de riesgo para el VIH (1.5 veces menos) respecto a los que tuvieron su inicio a la relación sexual a partir de los 15 años, siendo el resto de los factores iguales. Estas variables no son significativas para la explicación del nivel de riesgo sexual para el VIH en el caso de las mujeres.

Además, los hombres con un nivel de conocimiento perfecto de los medios de prevención y de transmisión del VIH muestran menores posibilidades de tener un comportamiento sexual de riesgo de infectarse respecto a los que tienen un nivel de conocimiento bajo de VIH (1.8 veces menos), al controlar por las otras covariables. Esta variable no es significativa en las mujeres.

Cuadro 3. 8.- Modelos logísticos multinivel binomial de los factores asociados a algún comportamiento sexual de riesgo de VIH por sexo, Haití 2012.

	Comportamiento sexual de riesgo: 0=No		1=Sí (CR)	
	Mujeres		Hombres	
Intercepto	14.210***		8.682***	
Características del nivel individual	Razón de momios		Razón de momios	
Edad				
15-24 años (CR)	-----		-----	
25-34 años	1.536***		1.551***	
35-49 años	1.612***		1.415**	
50-59 años			2.503***	
Nivel educativo alcanzado				
Sin escolaridad (CR)	-----		-----	
Primaria	0.437***		0.731	
Secundaria	0.222***		0.517***	
Superior	0.182***		0.415***	
Estado marital				
Soltero (a) (CR)	-----		-----	
Casado/Unión formal	6.461***		8.395***	
Cohabitación/Unión informal	3.425***		2.952***	
Desunido (a)	2.165***		1.299	
Religión				
Ninguna religión (CR)	-----		-----	
Católica	0.828		0.695**	
Protestante	0.887		0.583***	
Otra	0.781		1.006	
Estado laboral				
No trabaja (CR)	-----		-----	
Trabaja	0.988		1.137	
Edad de la primera relación sexual				
Menos de 15 años (CR)	-----		-----	
15 años y más	0.929		0.679***	
Nivel del conocimiento del VIH				
Bajo (CR)	-----		-----	
Medio	0.958		0.788	
Alto	0.811		0.697	
Perfecto	0.719		0.566**	
Realización previa de una prueba de VIH				
No (CR)	-----		-----	
Sí	1.065		0.869	

Cuadro 3.8 (continúa)

	Mujeres	Hombres
Características del nivel comunitario	Razón de momios	Razón de momios
Nivel de pobreza de la comunidad		
Alto (CR)	-----	-----
Medio	0.803	0.867
Bajo	1.918	1.760
Tipo comunidad		
Rural (CR)	-----	-----
Urbano	0.579***	0.747**
Varianza del Intercepto aleatorio	0.286	0.282
LR test vs regresión logística estándar	51.590***	50.810***
Wald ^a	1,023.370***	929.930***
ICC	0.080	0.079
LR de la validez del modelo	37.330***	14.800**
Número de observaciones	9,941.000	7,583.000
Número de comunidades	445.000	445.000

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

^a: ji-cuadrada

CR: categoría de referencia

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Principales hallazgos

En suma, los resultados del presente estudio muestran que los factores son diferentes respecto a los sexos, o dicho otro modo, hay una diferencia significativa entre los predictores del comportamiento sexual de los hombres y las mujeres en términos de los indicadores de comportamiento sexuales de riesgo de VIH como uso condón, número de parejas y la experiencia (reporte) de comportamiento sexual de riesgo para el VIH. De hecho, en Haití, la diferencia del comportamiento sexual de los individuos se relaciona con las características tanto individuales (edad, escolaridad, estado marital, religión, estado laboral, entre otros) como comunitarias (nivel de pobreza de la comunidad y tipo de comunidad).

En cuanto al uso de condón, los hallazgos van en el mismo sentido que algunos estudios previos. Así pues, esta investigación indica, como Gayet *et al.* (2011) y Teva *et al.* (2012), que los hombres reportan un mayor uso de condón respecto a las mujeres en Haití. También, de acuerdo con otros estudios, los resultados permiten ver que en los mayores hay menos uso de condón que en los jóvenes (Fong *et al.*, 2015).

Por un lado, como los estudios de Smith *et al.* (1999) y Conserve *et al.* (2016), los resultados del presente estudio apoyan que el uso de condón se presenta más en los individuos con mayor nivel educativo. Entonces, se justifica la hipótesis de que el nivel educativo influye positivamente en el uso de condón. Por otro lado, al igual modo que Akwara *et al.* (2003) y Bastard *et al.* (2005), se destaca que las mujeres casadas tienden a usar menos condón en las relaciones sexuales y también los hombres casados en comparación con los solteros. Para últimos, se comprueba el supuesto de la perspectiva interaccional, que señala que el comportamiento sexual (uso de condón) depende del tipo de relación (Van Campenhoudt y Cohen, 2005).

Un resultado que va en contra de nuestra expectativa remite a la religión y el uso de condón, y es el hecho de que tanto los hombres católicos como los protestantes usan más condón que los no afiliados a alguna religión, una vez controladas las otras covariables. Los hombres que ya se realizaron una prueba previa de detección del VIH usan más el condón, resultado que ya fue encontrado por Conserve *et al.* (2017) para Haití. Además, de la misma manera que Emilien (2008), se destaca que el uso de condón es mayor en las comunidades urbanas.

Por una parte, existe una gran diferencia entre la proporción de hombres y mujeres que tienen múltiples parejas sexuales en Haití, tal resultado coincide con el estudio de Akwara *et al.* (2003) en Kenia. Resalta que, en los hombres, los individuos con mayor nivel educativo tienen más parejas sexuales, lo que está de acuerdo con el estudio de Smith *et al.* (1999). Como estudios previos en otros países, se observa en Haití que las mujeres que tuvieron su primera relación sexual temprano tienden a tener más parejas sexuales (Gómez *et al.*, 2008; Calero *et al.*, 2010). Por otra parte, de igual forma que Philippe (2006) y Emilien (2008), los hombres en comunidades con nivel de pobreza bajo se tienden más a tener múltiples parejas

sexuales. Asimismo, como en Philippe (2006), en este trabajo se encuentra que los individuos de una comunidad urbana tienden más a tener múltiples parejas que los de comunidades rurales.

En la literatura se presenta a los jóvenes como los más propensos a tener parejas sexuales pasajeras, es decir, no estables, dado que a esa edad se dedican al flirteo y a la exploración (Bozon, 2013; Muñetón *et al.*, 2014; FUNAM, 2014). En este mismo orden de ideas, los resultados indican que los jóvenes tienen más propensión a experimentar relaciones sexuales con parejas inestables. De allí, de manera parcial la hipótesis de que la edad influye en el tipo de parejas sexuales se verifica. Además, se constata que los hombres de comunidades urbanas y con nivel de pobreza bajo tienden más a tener parejas no estables.

En consecuencia, la estimación de los modelos separados para cada indicador que pueden explicar el comportamiento sexual de riesgo para el VIH en Haití muestra divergencia en los factores explicativos, sobre todo, con respecto a los sexos. Hay muchos más factores individuales asociados al comportamiento sexual de riesgo de los hombres.

Asimismo, se encontró diferencias en términos del número de factores significativos para explicar la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH en comparación con los indicadores separados para cada uno de los sexos. Así, en la estimación de los modelos para la experiencia de comportamiento sexual de riesgo, se observa que todos los factores asociados con la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo en las mujeres son significativos también para los hombres, a saber, la edad, el estado marital, el nivel educativo y el tipo de comunidad. Por otro lado, la religión, la edad de la primera relación sexual y el nivel de conocimiento de los medios de prevención y de transmisión del VIH son significativos solamente en los hombres.

Estudios como Ferry (1996), Akwara *et al.* (2003), Vinaccia *et al.* (2007), Piña *et al.* (2008) y Teva *et al.* (2012) identifican a los jóvenes de 15-24 años como los más vulnerables de contraer el VIH debido a su comportamiento sexual, pero los resultados del presente estudio indican lo contrario, dado que son los menos propensos a reportar algún comportamiento sexual de riesgo de adquirir el VIH en Haití.

En Haití, tanto en las mujeres como en los hombres el nivel educativo juega un papel importante en el nivel de riesgo sexual. De igual modo que la investigación de Smith *et al.* (1999) en Uganda que resaltó que los individuos con mayor nivel educativo se relacionan menos con el riesgo sexual, también en Haití, los individuos con mayor nivel educativo son menos propensos a tener un comportamiento sexual de riesgo para el VIH. De acuerdo con los supuestos de la perspectiva psicológica cognitiva y social, los hombres con mayor nivel de conocimiento de los medios preventivos y de transmisión del VIH presentan menos posibilidades de reportar comportamiento sexual de riesgo para padecer el VIH.

Por otra parte, estos resultados identifican a los individuos en unión formal como los más propensos a presentar un indicador de riesgo sexual de VIH, lo que corrobora la afirmación de Akwara *et al.* (2003). Enseguida, se encuentran los individuos que viven en unión libre.

El estudio de Eaton *et al.* (2003) resalta el desempleo, la pobreza como factores relacionados al riesgo sexual en África, pero los resultados de la presente investigación no indican relación significativa entre estos últimos factores con el comportamiento sexual de riesgo de infectarse por el VIH. Del mismo modo que Petiffor *et al.* (2009), en el caso de los hombres, se afirma que los individuos que han iniciado relaciones sexuales temprano presentan más riesgo sexual de contraer el VIH. Luego, de manera contraria a Philippe (2006), se destaca que en comunidades urbanas los individuos son menos propensos de presentar un algún riesgo sexual de VIH.

A diferencia de los estudios previos realizados en Haití sobre el tema, esta investigación presenta los factores asociados al tipo de parejas sexuales que tiene una relevancia primordial en el comportamiento sexual de riesgo para el VIH. También se muestran los factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo tanto para hombres como mujeres de manera separada. Sin embargo, la baja proporción de individuos que han tenido pareja no estable hace que estos resultados deban interpretarse con cautela. De todos modos, ya esto representa un avance para los estudios futuros que tengan que tomar en cuenta estas limitaciones.

CONSIDERACIONES FINALES

Haití se presenta como el país con la mayor prevalencia de VIH de la región Caribe. A pesar de su éxito en el descenso de la prevalencia desde el inicio del siglo XXI respecto a la tasa muy elevada de las últimas décadas del siglo XX, el VIH sigue siendo un gran problema para el sistema de salud pública. El descenso de la prevalencia del VIH se debe en gran parte a los avances del sistema de salud mundial, como la mejora del proceso de transfusión sanguínea. Sin embargo, el problema persiste dado el comportamiento sexual de riesgo de los individuos.

A pesar de los programas de sensibilización, el uso de condón sigue siendo bajo, sobre todo, en las mujeres. Entre los hombres haitianos, como en muchas partes del mundo, existe mucho más la tendencia de tener relaciones sexuales con múltiples parejas que entre las mujeres. Al igual que en otras sociedades, los hombres de Haití se benefician de una cierta tolerancia respecto al número de parejas y las parejas no estables.

Este trabajo tuvo como objetivo analizar los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo para el VIH. Por una parte, los factores predictores del uso de condón, el número de parejas y el tipo de pareja sexual y, por otra parte, las covariables explicativas al conjunto de estos indicadores, de manera separada por sexo. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo con el fin de describir el perfil socioeconómico y sociodemográfico de la población bajo estudio.

Luego, se realizó un análisis de la asociación de las variables sociodemográficas con tres indicadores de comportamiento sexual de riesgo: uso consistente de condón, número de parejas sexuales y tipo de parejas sexuales. Entre los resultados destacan que hay muchos más factores que están asociados con el comportamiento sexual de riesgo de los hombres que de las mujeres. Para la experiencia (o reporte) de algún factor de riesgo, casi todas las variables de las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento del VIH tuvieron asociación tanto en las mujeres como en los hombres.

Por otro lado, se realizó un modelo multinivel para estudiar la asociación de los factores tanto individual y de la comunidad con el uso de condón, el número de parejas sexuales y la

experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH. Además, a través de un modelo logístico estándar se analizó la asociación de los factores predictores del tipo de parejas sexuales. Estos últimos análisis han permitido contestar las preguntas y contrastar las hipótesis planteadas anteriormente con el fin alcanzar el objetivo de esta investigación.

Cabe mencionar que anteriormente se mencionaron cuatro perspectivas para analizar el comportamiento sexual de riesgo de los individuos, tales como la perspectiva sociológica, la perspectiva psicológica cognitiva y social, la perspectiva ecológica y la perspectiva interaccional. Respecto a la primera hipótesis del trabajo, vinculada a la perspectiva ecológica, los resultados permiten ver que las características de las comunidades están vinculadas con el comportamiento sexual de los individuos (uso de condón, número de parejas sexuales y el tipo de parejas sexuales) y que también existe diferencia entre los sexos. Por lo tanto, el tipo de comunidad impacta significativamente en todos los comportamientos sexuales de riesgo para los hombres, pero sólo en parte en el caso las mujeres. El nivel de pobreza se asocia solamente con el número de parejas y el tipo de parejas sexuales de los hombres.

La segunda hipótesis, en parte relacionada a la perspectiva interaccional, y que se refiere al estado marital, se comprueba totalmente para cada uno de los sexos. Así, los individuos en unión formal usan menos condón, tienen menos parejas sexuales y tienden menos a tener parejas ocasionales. También está vinculada con la perspectiva sociológica (aspecto económico), y no se verifica dado que en los hombres que tuvieron un trabajo en los últimos 12 meses el uso de condón es menor. Sin embargo, no se puede concluir para las mujeres puesto que el estado laboral no tiene influencia significativa en el uso de condón en ellas.

La última hipótesis tiene vínculo con la perspectiva de la psicología cognitiva y social. Los resultados permiten ver que dichas hipótesis se comprueban de manera parcial solamente en el caso de los hombres. Así, los hombres con mayor nivel de conocimiento del VIH usan más condón y tienden menos a tener parejas ocasionales. Por otro lado, los hombres que ya se sometieron a una prueba previa de VIH han usado más condón, pero han tenido más parejas sexuales.

Por otra parte, los factores como edad, estado marital, nivel educativo y el tipo de comunidad son predictores de la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo (reporte de riesgo sexual) tanto para los hombres como para las mujeres. No obstante, la religión, edad de la primera relación sexual y el nivel de conocimiento de VIH son predictores solamente entre los hombres. En congruencia con lo anterior, entre los hombres se usa más condón, se experimentan más actos sexuales con parejas múltiples y se tienen más parejas no estables que entre las mujeres. En los resultados obtenidos se concluye que existe diferencia en el comportamiento sexual de los hombres y de las mujeres.

Como aportación, este trabajo de investigación resalta la importancia de la educación, del estado marital y del conocimiento de los medios de transmisión y de las acciones de prevención del VIH en el comportamiento sexual de riesgo de los individuos en Haití. De allí, las perspectivas psicológica cognitiva y social, y la perspectiva interaccional tienen relevancia primordial para el estudio del comportamiento sexual en Haití. Así, los estudios futuros sobre comportamiento sexual podrían resaltar estas perspectivas para recolectar datos y llevar a cabo análisis interesantes.

Las interpretaciones y los resultados de esta investigación deben tener en cuenta una serie de limitaciones en relación al marco conceptual y los datos (disponibles) utilizados. Dada la diferencia de los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo para el VIH, el marco conceptual que se utilizó para esta investigación tendría que haber sido diferente para cada sexo. Las mujeres están en riesgo dado que en su mayoría no pueden controlar o negociar su relación sexual con parejas estables (Akwara *et al.*, 2003), mientras que los hombres tienden a tener múltiples parejas, aunque estén casados (García-Sánchez, 2004).

Además, la encuesta utilizada no permite realizar análisis a profundidad de los factores asociados al comportamiento de las mujeres ni de los hombres. Por un lado, esta encuesta no ayuda a examinar la perspectiva psicológica cognitiva y social dado que no tiene información sobre la intención o percepción del individuo de realizar algún comportamiento sexual (especialmente el uso de condón). Entonces, la información sobre la percepción y actitud ante el uso de condón, razón de tener parejas múltiples y parejas no estables serían relevante

para los análisis. Por otra parte, sería importante tener una variable de ingreso la cual nos permitiría profundizar en el análisis de la perspectiva socioeconómica.

La baja proporción de individuos que han tenido pareja ocasional en nuestra muestra no permite destacar de manera suficiente los factores asociados con el tipo de pareja. Entonces, la interpretación de estos resultados debe tener en cuenta estas limitaciones, cuando sabemos que los individuos temen declarar que han tenido relaciones sexuales ocasionales, sobre todo con trabajadores sexuales en Haití. Principalmente esto se debe a que dicho comportamiento puede considerarse como amoral, indigno y deshonesto en una sociedad en donde los valores religiosos tienen mucha importancia.

La EMMUS se considera como una fuente de información muy útil, especialmente por falta de otras encuestas en Haití. Sin embargo sería conveniente ampliar los instrumentos para obtener análisis más detallados. Se recomienda que en las próximas rondas se tenga en cuenta un módulo particular para el comportamiento sexual de las mujeres en relación con la perspectiva interaccional. De hecho, resultaría importante coleccionar información sobre el poder de negociación entre las parejas, el lugar de encuentro y la duración de la relación para las parejas estables.

Así, entre las tareas pendientes en la agenda de investigación sobre el tema de comportamiento sexual de riesgo, es fundamental destacar el papel de las creencias religiosas, de la disponibilidad de los centros de salud (educación sobre la sexualidad, disponibilidad y distribución gratis de condón), la percepción y actitud ante al uso de condón (quitar el placer, fomentar la infidelidad), el rol de género (autonomía de las mujeres) en la determinación del comportamiento sexual. Se podría enfatizar en la relevancia del aspecto de la autonomía de las mujeres sobre su comportamiento sexual cuando sabemos que Haití es un país machista y patriarcal en donde la desigualdad de género juega un papel importante en el comportamiento de las mujeres (Eerinen, 2016). Estos últimos podrían ser temas de futuros estudios.

De igual forma, las políticas públicas deben dirigirse a proteger las mujeres con el fin eliminar la desigualdad de género en el país (derecho a la salud sexual). Además, frente al problema del comportamiento sexual de riesgo para el VIH en Haití, los programas de

sensibilización tienen que promover el uso de condón, sobre todo, en los individuos en unión y en los mayores. A veces, se considera de manera equivocada que estos grupos poblacionales no tienen riesgos (Ávila y Jauregui, 2016). En los resultados, se muestra que a mayor educación menor riesgo sexual, y específicamente, la educación hasta nivel secundaria ya nos muestra reducciones en el comportamiento sexual de riesgo para el VIH de los individuos en Haití. En consecuencia, sería beneficioso que la universalización de la educación (educación gratuita para todos)²⁶ se ampliara hasta el nivel secundario. También se debe mejorar el conocimiento de los medios a emprender con el fin de prevenir y evitar la transmisión de esta infección. No obstante, las políticas deben tener en cuenta las diferencias que existen entre los factores por sexo.

²⁶ En Haití, la constitución promueve la educación gratis para todo hasta el nivel primaria (Lamaute-Brisson, 2013). Véase también: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/Haiti.pdf>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agha, S., Hutchinson, P. y Kusanthan, T. (2006). The effects of religious affiliation on sexual initiation and condom use in Zambia. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 550-555.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: *Prentice-Hall*.
- Akwara, P. A., Madise, N. J. y Hinde, A. (2003). Perception of risk of HIV/AIDS and sexual behaviour in Kenya. *J. biosoc. Sci*, 35(3), 385–411.
- Ashford, L. S. (2006). Cómo se ven afectadas las poblaciones por el VIH y SIDA. BRIDGE. Bringing Information to Decision makers for Global Effectiveness. Washington: Population Reference Bureau [En línea]. Disponible : <https://assets.prb.org/pdf06/HowHIVAIDSAffectPop-SP.pdf> [Consultado abril 3, 2017]
- Aubry, P. (2013). Infection par le VIH/Sida et tropiques. *Medecine Tropicale*. [En línea]. Disponible: http://medecinetropicale.free.fr/sida_tropical.pdf [Consultado febrero 2, 2017].
- Ávila, V. S. y Jauregui, J. G. (2016). Adulto mayor y VIH: más allá de la percepción de riesgo. *Rev Med Chile*, 144(10), 1365-1368.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Banque mondiale (2014). Pauvreté à Haiti: Éléments méthodologiques. [En línea]. Disponible : http://www.ihsi.ht/pdf/ecvm/ecvmas_seuil/METHO_1_Seuils%20de%20pauvret+%C2%AC.pdf [Consultado noviembre 20, 2017]
- Banque mondiale (2018). Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49 ans). [En línea]. Disponible: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.AIDS.ZS>. [Consultado abril 20, 2018]
- Bastard, B., Cardia-Vonèche, L. y Peto, D. V. C. L. (2005). Relationships between sexual partners and ways of adapting to the risk of AIDS: Landmarks for a relationship-oriented

- conceptual framework. En: L. Van Campenhout, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser. (eds) *Sexual interactions and HIV Risk. New perspectives in European research*. London: Taylor & Francis, 45-60.
- Bem, S. L. (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(2), 155-162.
- Bender, R. y Grouven, U. (1997). Ordinal logistic regression in medical research. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 31(5), 546-551.
- Benefo, K. D. (2010). Determinants of Condom Use in Zambia: A Multilevel Analysis. *Studies In Family Planning*, 41(1), 19-30.
- Bermúdez, Á. C. P., Gude, F. y Gualberto, B.-C. (2010). Relationship Power in the Couple and Sexual Double Standard as Predictors of the Risk of Sexually Transmitted Infections and HIV: Multicultural and Gender Differences. *Current HIV Research*, 8(2), 172-178.
- Bernal, G. J. J., Martínez, M. D. S. M. y Sánchez, G. J. F., s.f. Modelización de los factores más importantes que caracterizan un sitio en la red. *XII Jornadas de ASEPUMA*. [En línea]. Disponible: http://www.um.es/asepuma04/comunica/bernal_martinez_sanchez.pdf. [Consultado enero 15, 2018]
- Blaise, J. (2009). Code civil d'Haïti. *La New York Public Library*. [En línea]. Disponible: https://books.google.com.mx/books/about/Code_civil_d_Ha%C3%AFti.htm [1?](#) [Consultado octubre 15, 2017]
- Boerma, J. T. y Weir, S. S. (2005). Integrating Demographic and Epidemiological Approaches to Research on HIV/AIDS: The Proximate-Determinants Framework. *The Journal of Infectious Diseases*, 1(191), S61-7.
- Bonita, R., Beaglehole, R. y Kjellström, T. (2010). *Eléments d'épidémiologie*. 2 éditions, Gèneve : *Organisation mondiale de la santé*.
- Bozon, M. (2013). *Sociologie de la Sexualité*. 3 ed., Paris : *Sociologie, Domaines et approches*.

- Brawner , B. M., Alexander, K. A., Fannin, E. F., Baker, J. L. y Davis, Z. M. (2015). The Role of Sexual Health Professionals in Developing a Shared Concept of Risky Sexual Behavior as it Relates to HIV Transmission. *Public Health Nurs*, 33(2), 139-150.
- Brewster, K. L., Cooksey, E. C., Guilkey, D. K. y Rindfuss, R. R. (1998). The Changing Impact of Religion on the Sexual and Contraceptive Behavior of Adolescent Women in the United States. *Journal of Marriage and Family*, 60(2), 493-504.
- Caldwell, J. C., Caldwell, P. y Quiggin, P. (1989). The Social Context of AIDS in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 15(2), 185-234.
- Calero, J. L., Vásquez, J. C. y Domínguez, E. (2010). Comportamientos sexuales y reconocimiento sindromico de las infecciones de transición sexual (ITS) en estudiantes cubanos de escuelas de artes y deportes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(3), 382-398.
- Carver, J. W. , Dévieux, J. G., Gaston, S. C., Altice, F. L. y Niccolai, Linda M. (2014). Sexual Risk Behaviors Among Adolescents in Port-au-Prince, Haiti. *AIDS Behav*, 18(8), 1595–1603.
- Cayemittes, M., Busangu, M. F., Bizimana, J. D., Barrère, B., Sévère, B., Cayemittes, V. y Charles, E. (2013). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-V) HAÏTI 2012. Calverton, Maryland, USA : *MSPP, IHE et ICF International*.
- CEPAL (2007). Cohésion social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y Caribe. Santiago de Chile: *Publicación de las Naciones Unidas (LC/G.2335)*.
- Cerqueira-Santos, E., Koller, S. y Wilcox, B. (2008). Condom Use, Contraceptive Methods, and Religiosity among Youths of Low Socioeconomic Level. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 94-102.
- Chiao, C., Mishra, V. y Sambisa, W. (2009). Individual-and community-level determinants of social acceptance of people living with HIV in Kemya: Results from a national population-based survey. *Health & Place*, 15(3), 742-750.

- CODESRIA (1996). Sciences sociales et SIDA en Afrique : bilan et perspective. *CODESRIA, CNLS, ORSTOM*. Dakar : *Colloque international*.
- CONEVAL (2014). Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México (*segunda edición*), Mexico.
- Conserve, D. F.; Iwelunmor, J., Whembolua, G.-L., Sofolahan-Oladeinde, Y., Teti, M. y Surkan, P. J. (2017). Factors Associated With HIV Testing Among Men in Haiti: Results From the 2012 Demographic and Health Survey. *American journal of Men's Health*, 11(5), 1-9.
- Conserve, D. F., Whembolua, G.-L. S. y Surkan, P. J. (2016). Attitudes Toward Intimate Partner Violence and Associations With Condom Use Among Men in Haiti: An Analysis of the Nationally Representative Demographic Health Survey. *Journal of Interpersonal Violence* 2016, 31(6), 989-1006.
- Cordero, B. D. (2015). Sugar Culture and SeekingArrangement.com Participants: what it means to negotiate power and agency in sugar dating. *A Thesis submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of MASTER OF ARTS in Communication Studies*, California State University, Sacramento.
- Cortés, F. (2014). La medición multidimensional de la pobreza en México. *En: Boltvinik et al.(2014). Multidimensionalidad de la pobreza: Propuestas para su definicion y evaluacion en America Latina y Caribe*. Buenos Aires: *CLACSO-CROP*, 99-126.
- Couture, M.-C. (2009). Comportements sexuels à risque, VIH/ITS et violence dans les milieux prostitutionnels de St-Marc et Gonaïves, Haïti. *Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Doctorat, en Santé Publique*, Université Montréal, Canada.
- Curtis, S. y Sutherland, E. G. (2004). Measuring sexual behaviour in the era of HIV/AIDS: the experience of Demographic and Health Surveys and similar enquiries. *SexTrans Infect*, 80(2), ii22-ii27.
- Daly, S. (2017). Sugar Babies and Sugar Daddies: An Exploration of Sugar Dating on Canadian Campuses. *A thesis submitted to the Faculty of Graduate and Postdoctoral Affairs in*

partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in Law and Legal Studies, Carleton University Ottawa, Ontario.

Das, S. y Rahman, R. M. (2011). Application of ordinal logistic regression analysis in determining risk factors of child malnutrition in Bangladesh. *Nutritional Journal*, 10(124), 1-11.

De la Cruz, F. (2008). Modelos Multinivel. *Revista Peruana de epidemiología*, 12(3), 1-8.

Duckworth, M., s.f. Voodoo Island. Oxford University Press. [En línea]. Disponible: <http://www.englishcenter.dk/Files/Billeder/PDF/pdfoxford/Oxford%20Bookworms/Voodoo%20WS.pdf>. [Consultado mayo 10, 2018]

Eaton, L., Flisher, A. J. y AarØ, L. E. (2003). Unsafe sexual behaviour in South African youth. *Social Science & Medicine*, 56(1), 149–165.

Eerinen, M. (2016). The Trauma of Black Haitian Womanhood in Edwidge Danticat's *Breath, Eyes, Memory*. *University of Eastern Finland*.

Emilien, R. A. (2008). Understanding the HIV Risk Behaviors in Haiti: A Rural-Urban Comparison. *Thèse présentée pour l'obtention du grade de Maitre en Sante Publique*, Georgia State University, Atlanta.

Farfán, J.F.P., s.f. Prueba de U Mann-Whitney para dos muestras independientes. [En línea]. Disponible : <http://www.monografias.com/trabajos106/prueba-u-mann-whitney-dos-muestras-independientes/prueba-u-mann-whitney-dos-muestras-independientes.shtml>. [Consultado abril 23, 2018]

Fene, F. (2016). Empoderamiento de las mujeres: impacto sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción en Haití. *Tesis para obtener el grado de Maestro en Población y Desarrollo*, FLACSO- México, México.

Ferrelli, R. (2015). Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. *Panam Salud Publica*, 38(4), 272-277.

- Ferry, B. (1996). Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/Sida dans le contexte africain. *Colloque international "Sciences sociales et Sida en Afrique. Bilan et perspectives, CEPED-ORSTOM.*
- Fong, J. A. E., Hechavarría, O. B., Fernández, M. C. P., Tabares, L. y Fong, J. O. (2015). Percepción de riesgo de sida en adultos mayores de un área de salud. *Medisan*, 19(9), 1115-1120.
- Forcada, P. M., Pacheco, A. S. M., Pahua, E. M., Pérez, P. R. P., Todd, N. E. F. y Pulido, M. R. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46.
- Fortin, I. y Pierre, Y.-F. (2008). Haïti et la réforme de la Police Nationale d'Haïti. *En : L'institut Nord-Sud*. [En línea]. Disponible: <http://www.nsi-ins.ca/wp-content/uploads/2012/10/2008-Haiti-et-la-reforme-de-la-PNH.pdf>. [Consultado enero 21, 2018]
- Fotso, J.-C. y Barthelemy, K.-D. (2005). Measuring socioeconomic status in health research in developing countries: should we be focusing on households, communities or both?. *Social Indicators Research*, 72(2), 189–237.
- Freiberg, A. H., Stover, J. B. D. I. I. G. y Fernández, M. L. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164.
- Fry, K., Firestone, R. y Chakraborty, N. (2014). Measuring equity with nationally representative wealth quintiles. Washington, DC: *PSI*.
- FUNAM (2014). Prácticas sexuales de riesgo. Conoce cuáles son y por qué. [En línea]. Disponible: <http://www.fundacionunam.org.mx/ciencia/practicas-sexuales-de-riesgo/>. [Consultado septiembre 28, 2017]
- Gaillard, E. M., Boulos, L.M., Cayemites, M.P. A., Esustache, L., Van Onacker, J. D., Duval, N., Louissaint, E. y Thimoté, G. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sex Transm Infect*, 82(1), i14-i20.

- Galvan, F. H., Davis, E. M., Banks, D. y Bing, E. G. (2008). HIV Stigma and Social Support among African Americans. *AIDS Patient Care STDS*, 22(5), 423-36.
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 47-54.
- Garcia, S., Sarmiento, O. L., Forde, I. y Velasco, T. (2012). Socio-economic inequalities in malnutrition among children and adolescents in Colombia: *the role of individual-community level characteristics*. *Public Health Nutrition*, 16(9), 1-16.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedraza, N., Caballero, M. y Bozon, M. (2011). Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de Población*, 17(68), 9-40.
- Gelman, A. (2006). Multinivel (hierarchical) modeling: what it can and can't do. *American Statistical Association and the American Society for Quality TECHNOMETRICS*, 48(3), 432-435.
- Georges, Y. M. D. (2011). HIV/AIDS in Haiti. An analysis of demographics, lifestyle, std awareness, HIV knowledge and perception that influence the HIV infection among Haitians. *Thèse présentée pour l'obtention du grade de Maitre en Sante Publique*, Georgia State University, Atlanta.
- GHESKIO (2007-2013). The Haitian Group for the Study of Kaposi's Sarcoma and Opportunistic Infections. *GEHASKIO*. [En línea]. Disponible: <http://www.gheskio.org/wp/>. [Consultado septiembre 10, 2017]
- Goforth, C. (2015). Using and Interpreting Cronbach's Alpha. University of Virginia Library: *Research data services+Sciences*.
- Gómez, W., Damaso, B., Cortegana, C., Lahura, P. y Motta, J. (2008). Comportamientos sociales y sexuales asociados a las infecciones de transmisión sexual en jóvenes del Alto Huallaga, Peru. *An Fac med*, 69(1), 17-21.

- Gonçalves Câmara, S., Castella Sarriera, J. y Carlotto, M. S. (2007). Predictores de conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166.
- Grace-Martin, K. (2018). The Intraclass Correlation Coefficient in Mixed Models. [En línea]. Disponible. <https://www.theanalysisfactor.com/the-intraclass-correlation-coefficient-in-mixed-models/>. [Consultado enero 14, 2018]
- Grisales, H. R., Castaño, G., Colorado, L. J. y David, J. R. (2011). Factores asociados a las practicas sexuales de riesgo en estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, (Colombia). *Revista. Investigaciones Andina*, 16(29), 150.
- Guzmán, F. R. F., García, B. A. S., Rodríguez, L. A. y Alonso, M. M. C. (2014). Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera norte México*, 26(51), 53-74.
- Halett, T.B., Aberle-Grasse, J., Bello, G., Boulos, L.M., Cayemites, M.P.A., Cheluget, B., Chipeta, J., Dorrington, R. y Dube, S. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sex Transm Infect*, 82(1), i1-i8.
- Hamra, M., Ross, M. W., Orrs, M. y D'Agostino, A. (2006). Relationship between expressed HIV/AIDS-related stigma and HIV-beliefs/knowledge and behaviour in families of HIV infected children in Kenya. *Trop Med Int Health*, 11(4), 513–527:
- Headey, D., Hoddinott, J. y Park, S. (2017). Accounting for nutritional changes in six success stories: A regression decomposition. *Global Food Security*, 13, 12–20.
- Herrera, J., Lamaute-Brisson, N., Milbin, D., Roubaud, F., Saint-Macary, C., Torelli, C. y Zanuso, C. (2014). L'évolution des conditions de vie en Haïti entre 2007 et 2012. *La réplique sociale du séisme*, Paris, Port-au-Prince.
- Holmes, C. L. (2010). Association of HIV Stigma and Sexual Behavior. University of Connecticut : *Doctoral Dissertations*.

- Hosmer, D. W. and Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. New York: *Wiley*. [En línea]. Disponible: http://resource.heartonline.cn/20150528/1_3kOQSTg.pdf [Consultado mayo 20, 2018]
- Howe, L. D., Hargreaves, J. R., Gabrysch, S. y Huttly, S. R. A. (2009). Is the wealth index a proxy for consumption expenditure? A systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 63(11), 871-880.
- Hox, J. (2002). *Multinivel Analysis: Techniques and Applications*. Mahwah, New Jersey: *Lawrence Erlbaum*.
- Idre, s.f. Ordered Logistic Regression | Stata data analysis examples. [En línea]. Disponible: <https://stats.idre.ucla.edu/stata/dae/ordered-logistic-regression/>. [Consultado marzo 12, 2018]
- IFCR (2015). Tremblement de terre en Haïti 2010 Rapport de situation cinq ans après, Genève. [En línea]. Disponible : <http://www.ifrc.org/Global/Publications/general/1287600-IFRC-Haiti%205-year%20progress%20report-FR-LR.pdf>. [Consultado mayo 27, 2018]
- IHE (2003). *Analyse situationnelle de la PTME en Haïti*.
- IHSI (2012). *Rapport de l'enquête sur les conditions de vie après le séisme (ECVMAS)*, Port-au-Prince.
- Ingham, R. y Van Zessen, G. (2005). From Individual Properties to Interactional Process. *En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser. Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. London: *Taylor & Francis*, 85-102.
- Jean-Pierre, M. (2014). *Les perceptions de la sexualité et les relations de couple de femmes haïtiennes immigrantes au Québec : Pour une exploration des rapports hommes femmes en Haïti. Mémoire présenté à la Faculté des Études Supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise*, Université de Montréal, Canada.

- Jiménez, M. M., Andrade, F. C., Raffaell, M. y Iwelunmor, J. (2015). Heterosexual transmission of HIV in the Dominican Republic: gendered indicators are associated with disparities in condom use. *BMC Public Health*, 15(1161), 1-10.
- Joseph, K. y Kahou, P. F. D. (2011). Haïti-État de la situation des femmes haïtiennes : pré et post-séisme 2010. *Voix Sans Frontières (VSF)*. [En línea]. Disponible: <http://sisyphe.org/spip.php?article3804> [Consultado mayo 10, 2018]
- Juárez, F. y Gayet, C. (2012). El VIH/SIDA: Un nuevo reto para la salud pública. *En: García et al. Los grandes problemas de México*. Mexico: *El Colegio de México A.C*, 36-39.
- Koenig, S., Ivers, L.C., Pace, S., R., Destine., Leandre, F., Grandpierre, R., Mukherjee, J., Farmer, P.E. y Pape, J. W. (2010). Successes and challenges of HIV treatment programs in Haiti: aftermath of the earthquake. *HIV Ther*, 4(2), 145-160.
- Kreft, I. y De Leeuw, J. (1998). *Introducing Statistics Methods: Introducing multinivel modeling*. London: *Sage Publications Ltd*.
- Lamas, H. R. (2001). Modelos de la sexualidad humana. *Liberabit, Universidad de San Martin de Pobres. Revista Peruana de Psicología*, 7, 71-78.
- Lamaute-Brisson, N. (2013). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Haití. *En: S. Cecchini y C. Robles*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Lamprey, P. R., Johnson, J. L. y Khan, M. (2006). Les défis mondiaux du VIH et du Sida. *Population Bulletin*, Washington, D.C: *Population Reference Bureau*.
- Langston, A. C. (2005). Underlying and Proximate Risk Factors for HIV Infection in Kenya: *An analisis of the 2003 Kenya Demografic ad Health Survey. A professional paper in partial fulfillment of the Master of Public Policy Degree Requirements*, University of Minnesota, Minnesota.
- Liao, T. F. (1994). *Quantitative Applications in the Social Sciences: Interpreting probability models logit, probit, and other generalized linear models..* Thousand oaks, CA: *Sage Publications, Ltd*.

- Liu, X. (2016). Applied ordinal logistic regression using Stata. From single-level to multinivel modeling. Eastern Connecticut State University: *Sage Publicacions, Inc.*
- Llanos, A. A. y Salas, M. M. (2007). La conveniencia del análisis multinivel pra la investigación en salud: Una aplicación para Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 4(2), 1-23.
- Luke, D. A. (2004). Quantitative Applications in the Social Sciences : Multilevel Modeling. *Sage University Papers.*
- Maas, C. J. y Hox, J. J. (2004). Robustness of multinivel parameter estimates against small sample sizes. *Statistica Neerlandica*, 58(2), 127-137.
- Maas, C. J. M. y Hox, J. J. (2005). Sufficient saple sizes for multilevel modeling. *Methodology*, 1(3), 86-92.
- Magadi, M. y Desta, M. (2011). A multilevel analysis of the determinants and cross-national variations of HIV seropositivity in sub-Saharan Africa: Evidence from the DHS. *Health Place*, 17(5), 1067–1083.
- Malow, R., Rosenberg, R., Lichtenstein, B. y Dévieux, J. (2010). The Impact of Disaster on HIV in Haiti and Priority Areas Related to the Haitian Crisis. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 21(3), 283–288.
- Marcet, C. C. (1983). Nuevas aportaciones al estudio sobre el rol sexual: La teoría del esquema cognitiva del sexo. *Quaderns de Psicologia*, 11(2), 43-53.
- Martínez-Garrido, C. y Murillo, F. J. (2014). Programas para la realización de modelos multinivel. Un analisis comparativo entre MLwiN, HLM, SPSS y Stata. *Revista Metodologica Aplicada de la Universidad de Oviedo*, 19(2), 1-24.
- Martín, M. J., Martínez, J. M. y Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Rev. Panam Salud Pública*, 29(6), 433–43.
- Maydeu-Olivares, A. y García-Forero, C. (2010). Goodness-of-Fit Testing. *International Encyclopedia of Education*, 7, 190-196.

- Merino Noé, J. (2017). La potencialidad de la Regresión Logística Multinivel. Una propuesta de aplicación en el análisis del estado de salud percibido. *Metodología de las Ciencias Sociales*, 36, 177-211.
- Miner, S., Ferrer, L., Cianelli, R., Bernales, M. y Cabieses, B. (2011). Intimate Partner Violence and Risk Behaviors Among Socially Disadvantaged Chilean Women. *Violence Against Women*, 17(4), 517-531.
- Modieli, D. A. (2008). Déterminants des comportements sexuels à risque d'infection aux IST/VIH/SIDA chez les adolescents au Niger. *Mémoire pour l'obtention du grade de Maître en Démographie*, Université Yaoundé II SOA, Cameroun.
- Moineddin, R., Matheson, F. I. y Glazier, R. H. (2007). A simulation study of sample size for multilevel logistic regression models. *BMC Medical Research Methodology*, 7(34), 1-10.
- Molinero, L. M. C. (2001). Comparación de un resultado de tipo ordinal entre dos muestras independientes. *Hipertensión*. [En línea]. Disponible: <https://www.alceingenieria.net/bioestadistica/mannw.pdf>. [Consultado abril 21, 2018]
- MSPP (2008). Programme National de Lutte contre le SIDA, Plan Stratégique National Multisectoriel 2008 – 2012. [En línea]. Disponible: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Haiti/hiv_plan_haiti.pdf. [Consultado febrero 23, 2017]
- MSPP (2010). Plan Stratégique Intermédiaire de Sante. [En línea]. Disponible: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Haiti/haiti_mssp_plan_directeur_de_sante_2012-2021_0.pdf. [Consultado junio 14, 2017]
- MSPP (2012-2013). Profil épidémiologique du VIH/SIDA en Haiti. [En línea]. Disponible: https://www.nastad.org/sites/default/files/Haiti_Epi_Profile_2015.pdf. [Consultado julio 10, 2017]
- MSPP (2013). Etude d séro-surveillance par méthode sentinelle de la prévalence de l'infection au VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes en Haïti, 2012.

- MSPP (2014). Connaître les jeunes pour mieux les servir. *Plan Stratégique National Santé Jeunes et Adolescents 2014-2017*.
- MSPP (2015). *Bulletin de Surveillance épidémiologique VIH/SIDA No.11*.
- MSPP (2016). Rapport de situation nationale: Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, *Programme national de lutte contre le SIDA*.
- Muñetón, M. J. B., Pinzón, M. A. V. y Vergara, A.R.T. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353.
- Muula, A. S., Thomas, J.C., Pettifor, A.E., Strauss, R.P., Suchindran, C.M. y Meshnick, S.R. (2011). Religion, condom use acceptability and use within marriage among rural women in Malawi. *World Health & Population*, 12(4), 35-47.
- Naciones Unidas (2010). El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Desafíos para lograrlos con igualdad*. Santiago de Chile: *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*.
- Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2015, New York*.
- Navarro, E. L. y Vargas, R. M. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 23(1), 44-53.
- Newsom (2017). Sample size issues and power. *Psy 510/610 Multinivel Regression*, 1-4.
- Ochoa Soto, R. (2004). VIH/SIDA y desarrollo. *Cubana de Higiene y Epidemiología*, 2, 1-4. [En línea]. Disponible : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000200001&lng=es&tlng=es. [Consultado marzo 14, 2017]
- OMS (2007a). La prévalence mondiale du VIH s'est stabilisée, même si le sida reste l'une des principales causes de décès dans le monde, Genève. [En línea]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/fr/>. [Consultado abril 15, 2018]

- OMS (2007b). *La prevalencia mundial del VIH se ha estabilizado*. [En línea]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/es/>. [Consultado octubre 20, 2017]
- OMS (2007c). Situación de la epidemia de sida : informe especial sobre la prevención del VIH : Diciembre de 2007. *AIDS epidemic*. [En línea]. Disponible: http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007_epiupdate_es.pdf. [Consultado mayo 14, 2017]
- ONPES (2014). Haïti : Investir dans l’humain pour combattre la pauvreté. Éléments de réflexions pour la prise de décision informée. Washington : *Groupe Banque mondiale et Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l’Exclusion Sociale (ONPES)*.
- ONUSIDA (2008). Mayor prevalencia de Sida en Hombres que tienen sexo c/otros hombres, América Latina. [En línea]. Disponible: <http://ciudadaniasx.org/05-onusida-mayor-prevalencia-de-sida-en-hombres-que-tienen-sexo-cotros-hombres-america-latina/>. [Consultado enero 25, 2018]
- ONUSIDA (2011). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Version Revisada octubre 2011. [En línea]. Disponible: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf. [Consultado julio 19, 2017]
- ONUSIDA (2015). Informe ONUSIDA 2015“Como el sida lo cambio todo”, Situación de la epidemia del VIH en el Caribe en 2014.
- ONUSIDA (2016). Les personnes séropositives sous traitement en Haïti ont plus que doublé depuis 2010. [En línea]. Disponible : <http://ht.one.un.org/content/unct/haiti/fr/home/centre-de-presse0/news/les-personnes-seropositives-sous-traitement-en-haiti-ont-plus-qu.html>. [Consultado noviembre 14, 2017]
- OPS y AMS (2000). Promoción salud sexual de la Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala: *Asociación Mundial de la sexología (WAS)*.

- Orcasita, L. T. P., Palma, D. M. G. y Munévar, J. C. (2013). Percepción de riesgo frente al VIH: estudios en mujeres homosexuales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 5(2), 63-79.
- Oviedo, G.L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 89-96.
- Pape, J.W., Severe, P., Fitzgerald, D.W., Deshamps, M.M., Joseph, P., Riviere, C., Rouzier, V. y Johnson, W.D. Jr. (2014). The Haiti research-based model of international public health collaboration: The GHESKIO Centers. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 65(1), S5–S9.
- Pardo, A., Ruiz, M. Á. y San Martín, R. (2007). Como ajustar y interpretar modelo multinivel con SPSS. *Psicothema*, 19(2), 308-321.
- Pettifor, A., O'Brien, K., MacPhail, C., Miller, W.C. y Rees, H. (2009). Early Coital Debut and Associated HIV Risk Factors Among Young Women and Men in South Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 82-90.
- Philippe, R. (2006). Facteurs associés au risque d'infection au VIH/SIDA en Haïti. *Mémoire présenté pour l'obtention du grade de Maitre Es. Science (M. Sc.) en démographie*, Université du Québec, Canada.
- Pierre, J. J. (2016). Analisis regional de los determinantes próximos de la Fecundidad en Haití. Aportación de un análisis multinivel. *Tesis presentada para obtener el grado de Maestro en Estudios de Población*, El Colegio de Frontera Norte, Tijuana, B. C., México.
- Piña, J. A., Corrales, A. E. y Rivera, B. M. (2008). Variables psicológicas como predictores de conductas de prevención relacionadas con la infección por VIH. *Colomb Med*, 39(1), 16-23.
- Piña, J. A. L., Lozano, D. I. R., Vasquez, P. R. y Carrillo, I. C. S. (2010). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). *Anales de psicología*, 26(1), 18-26.

- Pluchon, P. (1987). Vaudou, sorciers, empoisonneurs: de Saint Domingue à Haiti: *Karthala*.
- Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S. y. R. R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS CARE*, 14(6), 789-800.
- Pulido, M. A. R., Ávalos, C.T., Fernández, J.C.M., García, L.F., Hernández, L.M. y Ruiz, A.K.C. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.
- Quigley, M., Munguti, K., Grosskurt, H., Todd, J., Mosha, F., Senkoro, K., Newell, J., Mayaud, P., ka-Gina, G., Klokke, A., Mabey, D., Gavyole, A. y Hayes, R. (1997). Sexual behaviour patterns and other risk factors for HIV infection in rural Tanzania: a case-control study. *AIDS*, 11(2), 237-248.
- Quispe Millones, S. G. (2014). "Rotación de personal: Predicción con modelo de regresión logística multinivel". *Tesis presentada para o obtener el título profesional de Licenciada en Estadística*, Facultad de Ciencias Matemáticas, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Peru.
- Rabe-Hesketh, S. y Skrondal, A. (2008). Multilevel and longitudinal modeling using Stata. *Second edition*. Texas: *A stata Press Publications*.
- Ríos, E., Ferrer, L., Casabona, J., Caylá, J., Avecilla, Á., Gómez, J.P., Edison, J., Pérez, O., García, S., Torán, P., Ruiz, M. y Gros, T. (2009). Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña. *Gac Sanit.*, 23(6), 533-538.
- Rivas-Ruiz, R., Moreno-Palacios, J. y Talavera, J. O. (2013). Diferencias de medianas con la U de Mann Wihney. Investigación Clínica XVI. *Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(4), 414-419.
- Rwenge, M. (1999). Facteurs contextuels de la transmission sexuelle du sida en Afrique subsaharienne : une synthèse. *En: Becker et al., vivre et penser le sida en afrique*. Dakar, Paris: *CODESRIA-KARTHALA-IRD*, 217-237.
- Salamanca, A. y Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en laprevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*, 2(2), 185-202.

- Scaccabarozzi, L. (2010-2011). Adultos Mayores y la Prevención del VIH. *Remedy Health Media*. [En línea]. Disponible: <http://www.thebody.com/content/64440/adultos-mayores-y-la-prevencioacuten-del-vih.html>. [Consultado noviembre 15, 2017]
- Seabrook, W. B. (1929). *Voodoo Island: first eye witness account of secret rites of voodoo*. Paris: *Firmin-Didot*.
- Seijo, A. (2009). Las epidemias del siglo XX y XXI. *Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, Mundo Hospitalario*.
- Senn, T. (2013). Sexual Risk Behavior. En: M. D. Gellman y J. R. Turner. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Syracuse University: *Center for Health and Health*, 1779-1981.
- Serwadda, D., Wawer, M. J., Musgrave, S.G., Sewankambo, N. K., Kaplan, J. E. y Gray, R. H. (1992). HIV risk factors in three geographic strata of rural Rabai District Uganda. *AIDS*, 6(9), 983-989.
- Shrestha, R. y Copenhaver, M. M., (2016). Association Between Intimate Partner Violence Against Women and HIV-Risk Behaviors: *Findings From the Nepal Demographic Health Survey*, 22(13), 1621-1641.
- Simbayi, L. C., Kalichman, S. C., Jooste, S., Cherry, C., Mfecane, S. y Cain, D. (2005). Risk Factors for HIV-AIDS Among Youth in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 9(1), 53-61.
- Simon, W. y Gagnon, J. H., (1986). Sexual Scripts: Permanence and Change. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 97-120.
- Smith, J., Nalagoda, F., Wawer, M. J., Serwadda, D., Sewankambo, N., Konde-Lule, J., Lutab, T., Li, C. y Gray, R. H. (1999). Education attainment as a predictor of HIV risk in rural Uganda: results from a population-based study. *International Journal of STD & AIDS*, 10(7), 452 - 459.
- Tarazona, D. C. (2006). Estado del arte sobre comportamiento sexual adolescente (I). *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*, 3(7), 86-91.

- Tena-Sánchez, J. y Guell-Sans, A. (2011). ¿Qué es una norma social? Una discusión de tres aproximaciones analíticas. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 69(3), 561-583.
- Teva, I., Ramiro, M., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2012). Análisis de la conducta sexual de adolescentes peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(2), 184-192.
- Thiam, M. (2004). Comportements sexuels à risque et sida au Sénégal. *Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D) en Démographie*, Université de Montréal, Canada.
- Touzé, V. y Ventelou, B. (2002). "Sida et développement: un enjeu mondial". *Revue de l'OFCE*, 83(5), 153-174.
- UNAIDS (2018). New HIV infections: Number of new HIV infections. Population: All ages. *AIDSinfo*. [En línea]. Disponible: <http://aidsinfo.unaids.org/> [Consultado junio 13, 2018]
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. y Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494.
- Van Bodegom, D., May, L., Kuningas, M., Kaptijn, R., Thomése, F., Meij, H. J.; Amankwa, J. y Westendorp, R.G.J. (2009). Africa, Socio-economic status by rapid appraisal is highly correlated with mortality risks in rural. *Transactions of Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(8), 795-800.
- Van Campenhoudt, L. y Cohen, M. (2005). Interaction and risk-related behaviour. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser. *Sexual interactions and HIV risk. New conceptual perspectives in European research*. London: Taylor&Francis, 61-76.
- Vargas, L. M. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53.
- Varni, S. E., Miller, C. T. y Solomon, S. E. (2012). Sexual Behavior as a function of Stigma and Coping with Stigma Among People with HIV/AIDS in Rural New England. *AIDS Behav*, 16(8), 2330-2339.

- Verona, A. P., Dias Jr, C. S., Fazito, D. y Miranda-Ribeiro, P. (2015). First conjugal union and religion: Signs contrary to the Second Demographic Transition in Brazil?. *Demographic Research*, 33(34),985-1014.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M., Soto, A. M., Llario, M. D. G. y Arnal, R. B.allester (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia psicológica*, 25(1), 39-50.
- Wafo, F. (2012). Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne :L'exemple du Cameroun. *Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D) en Science de l'Education*, Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, France.
- Whiteside, A. (2001). Demografía y economía del VIH/sida. Departamento de Investigación en Economía Sanitaria y VIH/sida, University of Natal, Durban, Sudáfrica. *British Medical Bulletin*, 58, 73–88.
- WHO (2004). World Health Organization (WHO), National AIDS Programmes: *A Guide to Indicators for Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People*, Geneva.
- Zhang, X., Rhoads, N., Rangel, M. G., Hovell, M. F., Magis-Rodriguez, C., Sipan, C. L., Gonzalez-Fagoaga, J. E. y Martínez-Donate, A. P. (2016). Understanding the Impact of Migration on HIV Risk: *An Analysis of Mexican Migrants' Sexual Practices, Partners, and Context by Migration Phase*. *AIDS and Behavior*, 21(3), 935-948.

ANEXO 1

Cuadro 4. 1.- Distribución de las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.

Edad	Uso condón						Valor
	No	%	si	%	Total	%	
15-24 años	2,500	77.0	746	23.0	3,246	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
25-34 años	3,194	90.7	326	9.3	3,520	100.0	
35-49 años	3,031	95.2	152	4.8	3,183	100.0	
Total	8,725	87.7	1,224	12.3	9,949	100.0	
Nivel educativo alcanzado							
Sin escolaridad	1,906	98.1	37	1.9	1,943	100.0	p=0.000 (prueba U de Mann-Withney)
Primaria	3,541	92.7	278	7.3	3,819	100.0	
Secundaria	2,924	78.7	790	21.3	3,714	100.0	
Superior	354	74.8	119	25.2	473	100.0	
Total	8,725	87.7	1,224	12.3	9,949	100.0	
Estado marital							
Soltera	1,148	62.5	690	37.5	1,838	100.0	p= 0.000 (prueba ji-cuadrada)
Casada	5,850	95.5	274	4.5	6,124	100.0	
Cohabitación	1,301	88.1	176	11.9	1,477	100.0	
Desunida	426	83.5	84	16.5	510	100.0	
Total	8,725	87.7	1,224	12.3	9,949	100.0	
Religión							
Sin religión	569	88.9	71	11.1	640	100.0	p=0.716 (prueba ji-cuadrada)
Católica	3,903	87.4	561	12.6	4,464	100.0	
Protestante	4,163	87.8	581	12.2	4,744	100.0	
Otra religión	90	89.1	11	10.9	101	100.0	
Total	8,725	87.7	1,224	12.3	9,949	100.0	
Estado laboral							
No trabaja	4,402	84.2	828	15.8	5,230	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Trabaja	4,323	91.6	396	8.4	4,719	100.0	
Total	8,725	87.7	1,224	12.3	9,949	100.0	
Edad de la primera relación sexual							
Antes de 15 años	1,473	89.7	169	10.3	1,642	100.0	p=0.007 (prueba ji-cuadrada)
15 años y más	7,249	87.3	1,055	12.7	8,304	100.0	
Total	8,722	87.7	1,224	12.3	9,946	100.0	

Nivel de conocimiento del VIH							
Bajo	592	93.2	43	6.8	635	100.0	p=0.000 (prueba U de Mann- Withney)
Medio	1,840	91.4	173	8.6	2,013	100.0	
Alto	3,301	88.6	425	11.4	3,726	100.0	
Perfecto	2992	83.7	583	16.3	3,575	100.0	
Total	8,725	87.7	1,224	12.3	9,949	100.0	
Realización previa de una prueba de VIH							
No	3,555	87.9	490	12.1	4,045	100.0	p=0.635 (prueba ji- cuadrada)
Sí	5,170	87.6	734	12.4	5,904	100.0	
Total	8,725	87.7	1,224	12.3	9,949	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 2.-Distribución de los hombres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.

Edad	Uso condón						Valor
	No	%	Sí	%	Total	%	
15-24 años	1,138	48.3	1,220	51.7	2,358	100.0	p =0.000 (prueba ji-cuadrada)
25-34 años	1,529	72.7	574	27.3	2,103	100.0	
35-49 años	1,879	87.5	269	12.5	2,148	100.0	
50-59 años	947	94.9	51	5.1	998	100.0	
Total	5,493	72.2	2,114	27.8	7,607	100.0	
Nivel educativo alcanzado							
Sin escolaridad	1,072	92.8	83	7.2	1,155	100.0	p=0.000 (prueba U de Mann-Withney)
Primaria	2,287	81.4	522	18.6	2,809	100.0	
Secundaria	1,844	59.2	1,273	40.8	3,117	100.0	
Superior	290	55.1	236	44.9	526	100.0	
Total	5,493	72.2	2,114	27.8	7,607	100.0	
Estado marital							
Soltero	1,300	44.9	1,597	55.1	2,897	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Casado	3,601	93.4	255	6.6	3,856	100.0	
Cohabitación	316	73.5	114	26.5	430	100.0	
Desunido	276	65.1	148	34.9	424	100.0	
Total	5,493	72.2	2,114	27.8	7,607	100.0	
Religión							
Sin religión	586	73.9	207	26.1	793	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Católica	2,763	73.6	991	26.4	3,754	100.0	
Protestante	2,034	69.6	888	30.4	2,922	100.0	
Otra religión	110	79.7	28	20.3	138	100.0	
Total	5,493	72.2	2,114	27.8	7,607	100.0	
Estado laboral							
No trabaja	809	47.2	905	52.8	1,714	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Trabaja	4,684	79.5	1,209	20.5	5,893	100.0	
Total	5,493	72.2	2,114	27.8	7,607	100.0	
Edad de la primera relación sexual							
Antes de 15 años	1,576	66.2	804	33.8	2,380	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
15 años y más	3,905	75.0	1,299	25.0	5,204	100.0	
Total	5,481	72.3	2,103	27.7	7,584	100.0	

Nivel de conocimiento del VIH							
Bajo	278	83.7	54	16.3	332	100.0	p=0.000 (prueba U de Mann-Whitney)
Medio	1,354	76.1	426	13.9	1,780	100.0	
Alto	2,395	73.2	879	26.8	3,274	100.0	
Perfecto	1,466	66.0	755	34.0	2,211	100.0	
Total	5,493	72.2	2,114	17.8	7,607	100.0	
Realización previa de una prueba de VIH							
No	3,723	74.4	1,284	25.6	5,007	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Sí	1,770	68.1	830	31.9	2,600	100.0	
Total	5,493	72.2	2,114	27.8	7,607	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 3.- Distribución de las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el número de parejas sexuales, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.

Edad	Número de parejas						valor
	Una	%	Múltiple	%	Total	%	
15-24 años	3,094	95.3	152	4.7	3,246	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
25-34 años	3,419	97.1	101	2.9	3,520	100.0	
35-49 años	3,124	98.1	59	1.9	3,183	100.0	
Total	9,637	96.9	312	3.1	9,949	100.0	
Nivel educativo alcanzado							
Sin escolaridad	1,907	98.1	36	1.9	1,943	100.0	p=0.000 (prueba U de Mann-Withney)
Primaria	3,704	97.0	115	3.0	3,819	100.0	
Secundaria	3,573	96.2	141	3.8	3,714	100.0	
Superior	453	95.8	20	4.2	473	100.0	
Total	9,637	96.9	312	3.1	9,949	100.0	
Estado marital							
Soltera	1,746	95.0	92	5.0	1,838	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Casada	6,033	98.5	91	1.5	6,124	100.0	
Cohabitación	1,385	93.8	92	6.2	1,477	100.0	
Desunida	473	92.7	37	7.3	510	100.0	
Total	9,637	96.9	312	3.1	9,949	100.0	
Religión							
Sin religión	608	95.0	32	5.0	640	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Católica	4,282	95.9	182	4.1	4,464	100.0	
Protestante	4,649	98.0	95	2.0	4,744	100.0	
Otra religión	98	97.0	3	3.0	101	100.0	
Total	9,637	96.9	312	3.1	9,949	100.0	
Estado laboral							
No trabaja	5,035	96.3	195	3.7	5,230	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Trabaja	4,602	97.5	117	2.5	4,719	100.0	
Total	9,637	96.9	312	3.1	9,949	100.0	
Edad de la primera relación sexual							
Antes de 15 años	1,548	94.3	94	5.7	1,642	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
15 años y más	8,086	97.4	218	2.6	8,304	100.0	
Total	9,634	96.9	312	3.1	9,946	100.0	

Nivel de conocimiento del VIH							
Bajo	618	97.3	17	2.7	635	100.0	<i>p=0.726</i> (prueba U de Mann- Withney)
Medio	1,960	97.4	53	2.6	2,013	100.0	
Alto	3,608	96.8	118	3.2	3,726	100.0	
Perfecto	3,451	96.5	124	3.5	3,575	100.0	
Total	9,637	96.9	312	3.1	9,949	100.0	
Realización previa de una prueba de VIH							
No	3,926	97.1	119	2.9	4,045	100.0	<i>p=0.358</i> (prueba ji- cuadrada)
Sí	5,711	96.7	193	2.3	5,904	100.0	
Total	9,637	96.9	312	3.1	9,949	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 4.-Distribución de los hombres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el número de parejas sexuales y sus características sociodemográficas, Haití.

Edad	Número de parejas sexuales						valor
	Una	%	Múltiple	%	Total	%	
15-24 años	1,587	67.3	771	32.7	2,358	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
25-34 años	1,400	66.6	703	33.4	2,103	100.0	
35-49 años	1,613	75.1	535	24.9	2,148	100.0	
50-59 años	812	81.4	186	18.6	998	100.0	
Total	5,412	71.1	2,195	28.9	7,607	100.0	
Nivel educativo alcanzado							
Sin escolaridad	944	81.7	211	18.3	1,155	100.0	p=0.000 (prueba U de Mann-Whitney)
Primaria	2,063	73.4	746	26.6	2,809	100.0	
Secundaria	2,062	66.2	1,055	33.8	3,117	100.0	
Superior	343	65.2	183	34.8	526	100.0	
Total	5,412	71.1	2,195	28.9	7,607	100.0	
Estado marital							
Soltero	1,964	67.8	933	32.2	2,897	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Casado	2,918	75.7	938	24.3	3,856	100.0	
Cohabitación	235	54.7	195	45.3	430	100.0	
Desunido	295	69.6	129	30.4	424	100.0	
Total	5,412	71.1	2,195	28.9	7,607	100.0	
Religión							
Sin religión	479	60.4	314	39.6	793	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Católica	2,575	68.6	1,179	31.4	3,754	100.0	
Protestante	2,279	78.0	643	22.0	2,922	100.0	
Otra religión	79	57.2	59	42.8	138	100.0	
Total	5,412	71.1	2,195	28.9	7,607	100.0	
Estado laboral							
No trabaja	1,147	66.9	567	33.1	1,714	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Trabaja	4,265	72.4	1,628	27.6	5,893	100.0	
Total	5,412	71.1	2,195	28.9	7,607	100.0	
Edad de la primera relación sexual							
Antes de 15 años	1,436	60.3	944	39.7	2,380	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
15 años y más	3,959	76.1	1,245	23.9	5,204	100.0	
Total	5,395	71.1	2,189	29.9	7,584	100.0	

Nivel de conocimiento del VIH							
Bajo	240	72.3	92	27.7	332	100.0	p=0.048 (prueba U de Mann- Withney)
Medio	1,223	68.7	557	31.3	1,780	100.0	
Alto	2,345	71.6	929	28.4	3,274	100.0	
Perfecto	1,604	72.2	617	27.8	2,221	100.0	
Total	5,412	71.2	2,195	28.8	7,606	100.0	
Realización previa de una prueba de VIH							
No	3,680	73.5	1,327	26.5	5,007	100.0	p=0.000 (prueba ji- cuadrada)
Sí	1,732	66.6	868	33.4	2,600	100.0	
Total	5,412	71.1	2,195	28.9	7,607	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 5.-Distribución de las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el tipo de parejas sexuales, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.

Tipo de parejas sexuales							
Edad	Estable	%	Otro tipo	%	Total	%	valor
15-24 años	3,207	98.9	36	1.1	3,243	100.0	<i>p=0.181</i> (prueba ji-cuadrada)
25-34 años	3,492	99.2	27	0.8	3,519	100.0	
35-49 años	3,159	99.3	23	0.7	3,182	100.0	
Total	9,858	99.1	86	0.9	9,944	100.0	
Nivel educativo alcanzado							
Sin escolaridad	1,929	99.3	14	0.7	1,943	100.0	<i>p=0.411</i> (prueba U de Mann-Withney)
Primaria	3,782	99.1	33	0.9	3,815	100.0	
Secundaria	3,679	99.1	39	0.9	3,713	100.0	
Superior	468	98.9	5	1.1	473	100.0	
Total	9,858	99.1	86	0.9	9,944	100.0	
Estado marital							
Soltera	1,801	98.1	35	1.9	1,836	100.0	<i>p=0.000</i> (prueba ji-cuadrada)
Casada	6,107	99.7	16	0.3	6,123	100.0	
Cohabitación	1,466	99.4	9	0.6	1,475	100.0	
Desunida	484	94.9	26	5.1	510	100.0	
Total	9,858	99.1	86	0.9	9,944	100.0	
Religión							
Sin religión	631	98.6	6	1.4	640	100.0	<i>p=0.034</i> (prueba ji-cuadrada)
Católica	4,413	98.9	48	1.1	4,461	100.0	
Protestante	4,714	99.4	28	0.6	4,742	100.0	
Otra religión	100	99.0	1	1.0	101	100.0	
Total	9,858	99.1	86	0.9	9,944	100.0	
Estado laboral							
No trabaja	5,173	99.0	54	1.0	5,227	100.0	<i>p=0.056</i> (prueba ji-cuadrada)
Trabaja	4,685	99.3	32	0.7	4,717	100.0	
Total	9,858	99.1	86	0.9	9,944	100.0	
Edad de la primera relación sexual							
Antes de 15 años	1,613	98.3	28	1.7	1,641	100.0	<i>p=0.000</i> (prueba ji-cuadrada)
15 años y más	8,242	99.0	58	1.0	8,300	100.0	
Total	9,855	99.1	86	0.9	9,941	100.0	

Nivel de conocimiento del VIH							
Bajo	627	98.7	8	1.3	635	100.0	<i>p=0.616</i> (prueba U de Mann- Withney)
Medio	1,999	99.4	12	0.6	2,011	100.0	
Alto	3,690	99.1	33	0.9	3,723	100.0	
Perfecto	3,542	99.1	33	0.9	3,575	100.0	
Total	9,858	99.1	86	0.9	9,944	100.0	
Realización previa de una prueba de VIH							
No	4,006	99.0	37	1.0	4,043	100.0	<i>p=0.654</i> (prueba ji-cuadrada)
Sí	5,852	99.1	49	1.0	5,901	100.0	
Total	9,858	99.1	86	1.0	9,944	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 6.-Distribución de los hombres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el tipo de parejas sexuales y sus características sociodemográficas, Haití.

Tipo de parejas sexuales							
Edad	Estable	%	Otro tipo	%	Total	%	valor
15-24 años	2,065	87.6	293	12.4	2,358	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
25-34 años	1,903	90.5	200	9.5	2,103	100.0	
35-49 años	2,053	95.6	94	4.4	2,147	100.0	
50-59 años	974	97.6	24	2.4	998	100.0	
Total	6,995	92.0	611	8.0	7,606	100.0	
Nivel educativo alcanzado							
Sin escolaridad	1,101	95.4	53	4.6	1,154	100.0	p=0.000 (prueba U de Mann-Withney)
Primaria	2,613	93.0	196	7.0	2,809	100.0	
Secundaria	2,807	90.1	310	9.9	3,117	100.0	
Superior	474	90.1	52	9.9	526	100.0	
Total	6,995	92.0	611	8.0	7,606	100.0	
Estado marital							
Soltero	2,514	86.8	383	13.2	2,897	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Casado	3,728	96.7	127	3.3	3,855	100.0	
Cohabitación	389	90.5	41	9.5	430	100.0	
Desunido	364	85.8	60	14.2	424	100.0	
Total	6,995	92.0	611	8.0	7,606	100.0	
Religión							
Sin religión	692	87.3	101	12.7	793	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Católica	3,452	92.0	301	8.0	3,753	100.0	
Protestante	2,727	93.3	195	6.7	2,922	100.0	
Otra religión	124	89.9	14	10.1	138	100.0	
Total	6,995	92.0	611	8.0	7,606	100.0	
Estado laboral							
No trabajo	1,503	87.7	211	12.3	1,714	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
Trabajo	5,492	93.2	400	6.8	5,892	100.0	
Total	6,995	92.0	611	8.0	7,606	100.0	
Edad de la primera relación sexual							
Antes de 15 años	2,074	87.1	306	12.9	2,380	100.0	p=0.000 (prueba ji-cuadrada)
15 años y más	4,900	94.2	303	5.8	5,203	100.0	
Total	6,974	92.0	609	8.0	7,583	100.0	

Nivel de conocimiento del VIH							
Bajo	300	90.4	32	9.6	332	100.0	p=0.063 (prueba U de Mann-Whitney)
Medio	1,644	92.4	136	7.6	1,780	100.0	
Alto	3,042	92.9	231	7.1	3,273	100.0	
Perfecto	2,009	90.5	212	9.5	2,221	100.0	
Total	6,995	92.0	611	8.0	7,606	100.0	
Realización previa de una prueba de VIH							
No	4,614	92.2	392	7.8	5,006	100.0	p=0.367 (prueba ji-cuadrada)
Sí	2,381	91.6	219	8.4	2,600	100.0	
Total	6,995	92.0	611	8.0	7,606	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 7.-Distribución de las mujeres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.

Experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH							Valor
Edad	Non		Si		Total		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
15-24 años	700	21.6	2,543	78.4	3,243	100.0	p= 0.000 (prueba ji-cuadrada)
25-34 años	311	8.8	3,208	91.2	3,519	100.0	
35-49 años	140	4.4	3,042	95.6	3,182	100.0	
Total	1,151	11.6	8,793	88.4	9,944	100.0	
Nivel educativo alcanzado							
Sin escolaridad	32	1.6	1,911	98.4	1,943	100.0	p = 0.000 (prueba U de Mann-Withney)
Primaria	260	6.8	3,555	93.2	3,815	100.0	
Secundaria	744	20.0	2,969	80.0	3,713	100.0	
Superior	115	24.3	358	75.7	473	100.0	
Total	1,151	11.6	8,793	88.4	9,944	100.0	
Estado marital							
Soltera	654	35.6	1,182	64.4	1,836	100.0	p= 0.000 (prueba ji-cuadrada)
Casada	267	4.4	5,856	95.6	6,123	100.0	
Cohabitación	159	10.8	1,316	89.2	1,475	100.0	
Desunida	71	13.9	439	86.1	510	100.0	
Total	1,151	11.6	8,793	88.4	9,944	100.0	
Religión							
Sin religión	59	9.2	581	90.8	640	100.0	p = 0.254 (prueba ji-cuadrada)
Católica	527	11.8	3,934	88.2	4,461	100.0	
Protestante	555	11.7	4,187	88.3	4,742	100.0	
Otra religión	10	9.9	91	90.1	101	100.0	
Total	1,151	11.6	8,793	88.4	9,944	100.0	
Estado laboral							
No trabaja	779	14.9	4,448	85.1	5,227	100.0	p = 0.000 (prueba ji-cuadrada)
Trabaja	372	7.9	4,345	92.1	4,717	100.0	
Total	1,151	11.6	8,793	88.4	9,944	100.0	
Edad de la primera relación sexual							
Antes de 15 años	159	9.7	1,482	90.3	1,641	100.0	p=0.009 (prueba ji-cuadrada)
15 años y más	992	12.0	7,308	88.0	8,300	100.0	
Total	1,151	11.6	8,790	88.4	9,941	100.0	

Nivel de Conocimiento del VIH							
Bajo	38	6.0	597	94.0	635	100.0	p = 0.000 (prueba U de Mann- Withney)
Medio	154	7.7	1,857	92.3	2,011	100.0	
Alto	406	10.9	3,317	89.1	3,723	100.0	
Perfecto	553	15.5	3,022	84.5	3,575	100.0	
Total	1,151	11.6	8,793	88.4	9,944	100.0	
Realización previa de una prueba VIH							
No	470	11.6	3,573	88.4	4,043	100.0	p = 0.897 (prueba ji-cuadrada)
Sí	681	11.5	5,220	88.5	5,901	100.0	
Total	1,151	11.6	8,793	88.4	9,944	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 8.-Distribución de los hombres que han tenido relaciones sexuales en el año previo según la experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH, sus características sociodemográficas y los determinantes próximos, Haití.

Edad	Experiencia de algún comportamiento sexual de riesgo de VIH						Valor
	Non		Si		Total		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
15-24 años	811	34.4	1,547	65.6	2,358	100.0	p = 0.000 (prueba ji-cuadrada)
25-34 años	359	17.1	1,744	82.9	2,103	100.0	
35-49 años	188	8.8	1,959	91.2	2,147	100.0	
50-59 años	38	3.8	960	96.2	998	100.0	
Total	1,396	18.4	6,210	81.6	7,606	100.0	
Nivel educativo alcanzado							
Sin escolaridad	59	5.1	1,095	94.9	1,154	100.0	p = 0.000 (prueba U de Mann-Withney)
Primaria	369	13.1	2,440	86.9	2,809	100.0	
Secundaria	813	26.1	2,304	73.9	3,117	100.0	
Superior	155	29.5	371	70.5	526	100.0	
Total	1,396	18.4	6,210	81.6	7,606	100.0	
Estado marital							
Soltero	1,057	36.5	1,840	63.5	2,897	100.0	p= 0.000 (prueba ji-cuadrada)
Casado	184	4.8	3,671	95.2	3,855	100.0	
Cohabitación	61	14.2	369	85.8	430	100.0	
Desunidos	94	22.2	330	77.8	424	100.0	
Total	1,396	18.4	6,210	81.6	7,606	100.0	
Religión							
Sin religión	118	14.9	675	85.1	793	100.0	p = 0.000 (prueba ji-cuadrada)
Católica	624	16.6	3,129	83.4	3,753	100.0	
Protestante	639	21.9	2,283	78.1	2,922	100.0	
Otra religión	15	10.9	123	89.1	138	100.0	
Total	1,396	18.4	6,210	81.6	7,606	100.0	
Estado laboral							
No trabaja	582	34.0	1,132	66.0	1,714	100.0	p = 0.000 (prueba ji-cuadrada)
Trabaja	814	13.8	5,078	86.2	5,892	100.0	
Total	1,396	18.4	6,210	81.6	7,606	100.0	
Edad de la primera relación sexual							
Antes de 15 años	462	19.4	1,918	80.6	2,380	100.0	p=0.092 (prueba ji-cuadrada)
15 años y más	926	17.8	4,277	82.2	5,203	100.0	
Total	1,388	18.3	6,195	81.7	7,583	100.0	

Nivel de Conocimiento del VIH							
Bajo	33	9.9	299	90.1	332	100.0	p= 0.000 (prueba U de Mann-Whitney)
Medio	269	15.1	1,511	84.9	1,780	100.0	
Alto	576	17.6	2,697	82.4	3,273	100.0	
Perfecto	518	23.3	1,703	76.7	2,221	100.0	
Total	1,396	18.4	6,210	81.6	7,606	100.0	
Realización previa de una prueba de VIH							
No	890	17.8	4,116	82.2	5,006	100.0	p=0.072 (prueba ji-cuadrada)
Sí	506	19.5	2,094	80.5	2,600	100.0	
Total	1,396	18.4	6,210	81.6	7,606	100.0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 9.-Matriz de correlación policórica para las mujeres.

	Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Edad	1.00									
2	Religión	0.06	1.00								
3	Estado marital	0.32	-0.07	1.00							
4	Nivel educativo alcanzado	-0.37	0.13	-0.18	1.00						
5	Estado laboral	0.42	0.06	0.19	-0.17	1.00					
6	Edad de la primera relación sexual	0.15	0.15	-0.07	0.22	0.07	1.00				
7	Realización previa de una prueba VIH	-0.06	0.04	0.16	0.38	0.05	0.06	1.00			
8	Nivel de conocimiento de los medios de prevención y transmisión del VIH	-0.04	0.05	-0.05	0.35	0.02	0.11	0.23	1.00		
9	Nivel de pobreza de la comunidad	0.07	0.04	-0.03	-0.06	0.01	0.08	-0.03	-0.02	1.00	
10	Tipo de comunidad	-0.10	-0.01	-0.01	0.48	-0.04	0.06	0.29	0.25	-0.35	1.00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

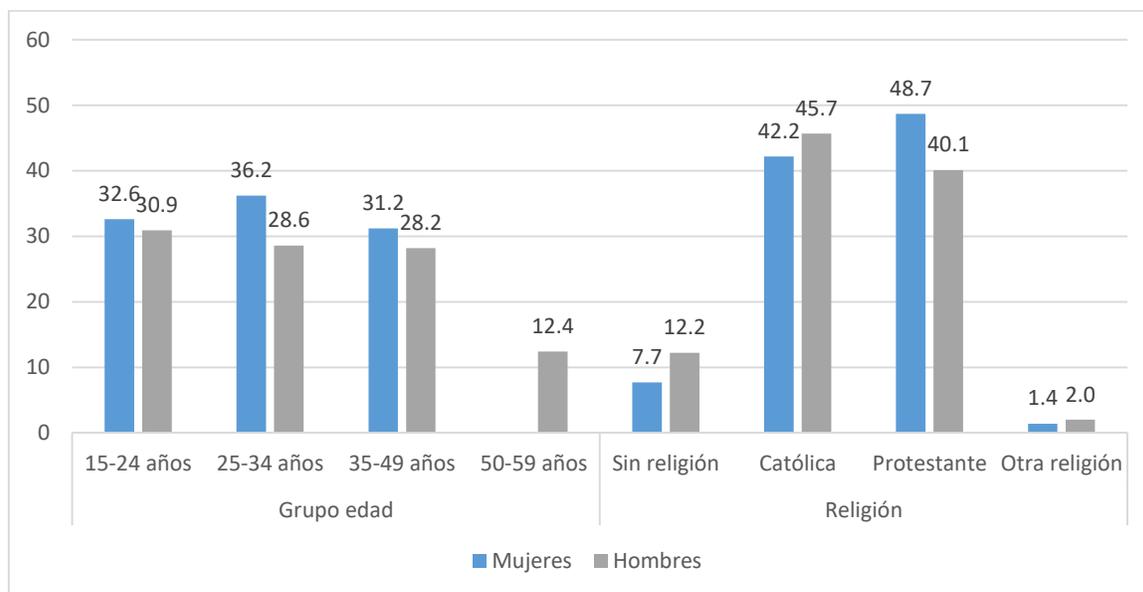
Cuadro 4. 10.- Matriz de correlación policórica para los hombres.

	Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Edad	1.00									
2	Religión	0.02	1.00								
3	Estado marital	0.63	-0.04	1.00							
4	Nivel educativo alcanzado	-0.35	0.16	-0.25	1.00						
5	Estado laboral	0.54	-0.05	0.46	-0.41	1.00					
6	Edad de la primera relación sexual	0.32	0.07	0.16	-0.11	0.22	1.00				
7	Realización previa de una prueba VIH	0.05	0.13	0.14	0.43	-0.03	-0.03	1.00			
8	Nivel de conocimiento de los medios de prevención y transmisión del VIH	-0.03	0.08	-0.04	0.27	-0.10	0.06	0.18	1.00		
9	Nivel de Pobreza de la comunidad	0.05	0.01	-0.01	-0.04	0.11	0.01	-0.01	0.01	1.00	
10	Tipo de comunidad	-0.11	0.03	-0.05	0.51	-0.41	-0.12	0.30	0.14	-0.38	1.00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

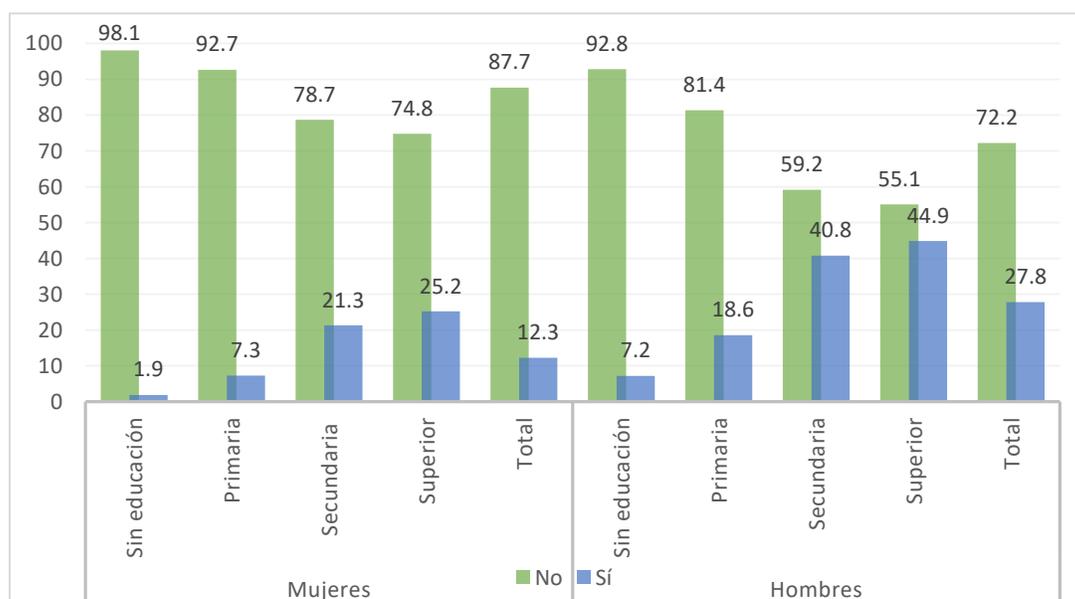
ANEXO 2

Gráfica 2. 1.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo por sexo respecto a su edad y religión, Haití.



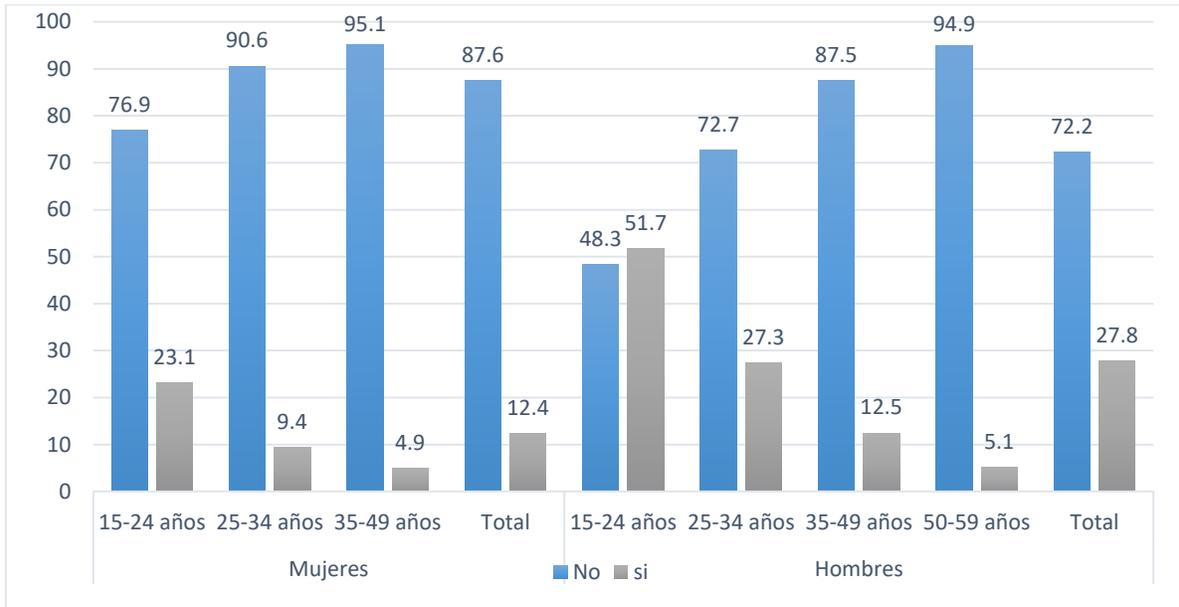
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Gráfica 2. 2.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, nivel educativo y sexo, Haití.



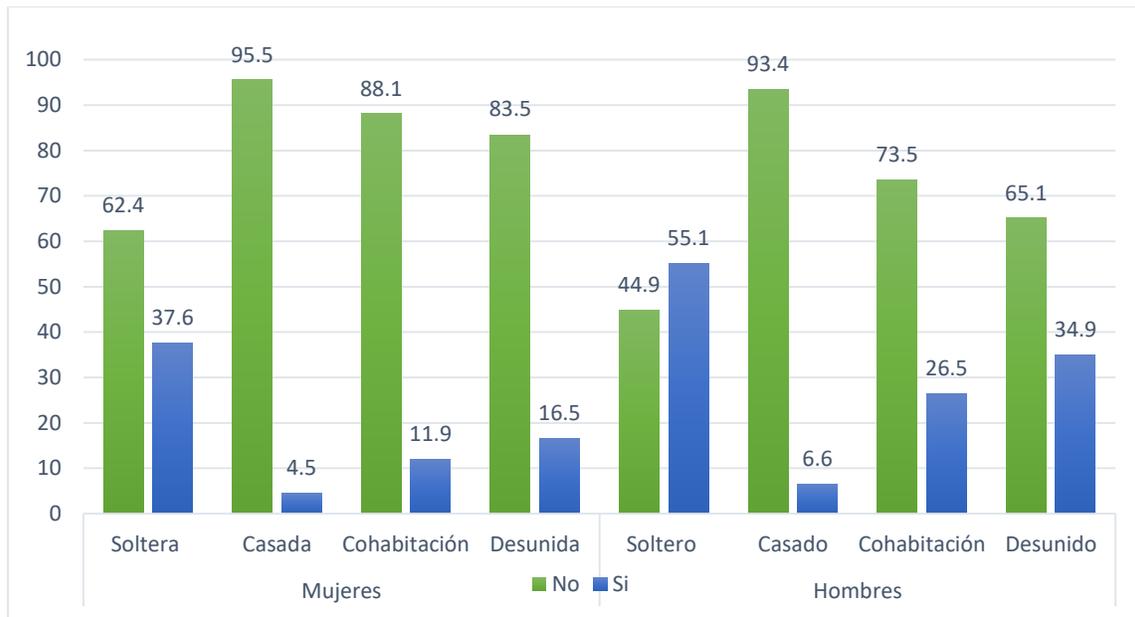
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Gráfica 2. 3.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, edad y sexo, Haití.



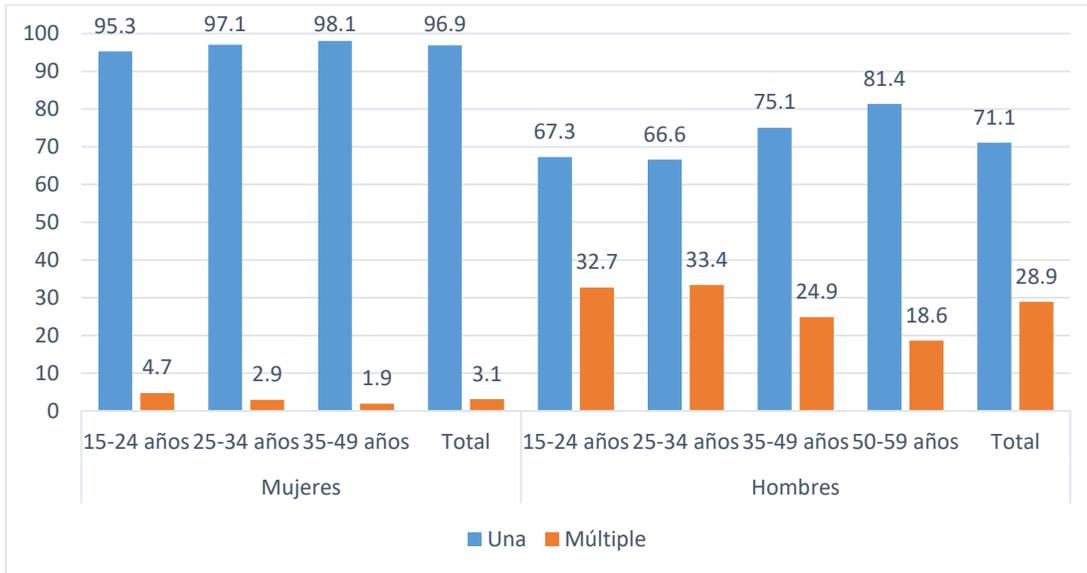
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012

Gráfica 2. 4.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el uso de condón, estado marital y sexo, Haití.



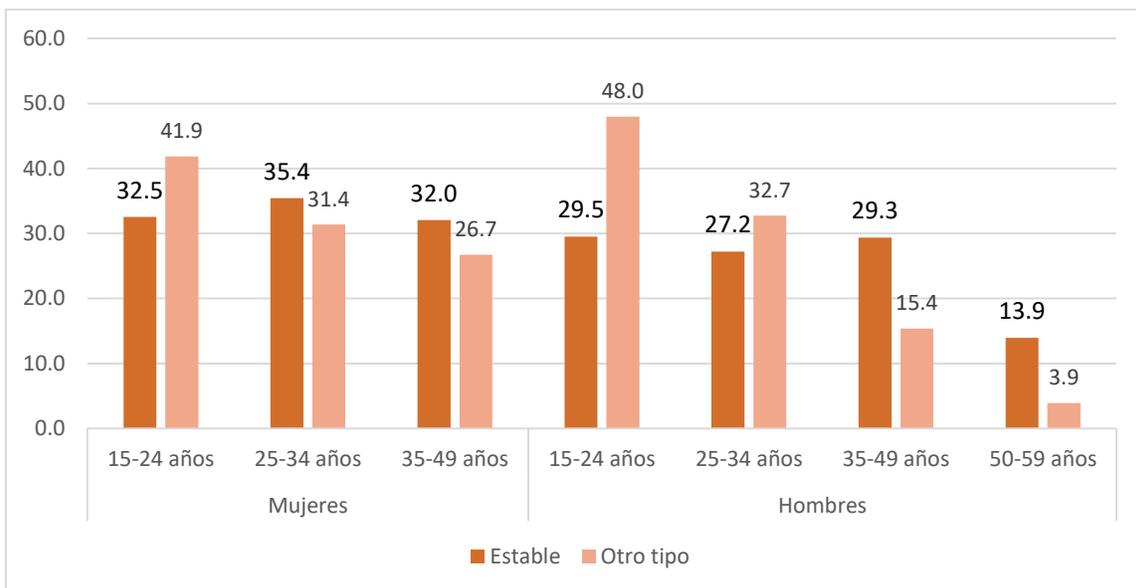
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Gráfica 2. 5.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el número de pareja, edad y sexo, Haití.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Gráfica 2. 6.-Distribución de los individuos que han tenido relaciones sexuales en el año previo según el tipo de pareja, edad y sexo, Haití.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

ANEXO 3

Cuadro 4. 11.-Análisis factorial con componentes principales para las variables relacionadas al nivel de pobreza de los hogares (factores y varianza explicada), Haití.

Factor	Auto valores (Eigenvalue)	Diferencia	Proporción varianza	Proporción acumulada
Factor1	7.166	6.258	0.792	0.792
Factor2	0.908	0.347	0.100	0.892
Factor3	0.561	0.119	0.062	0.954
Factor4	0.442	0.174	0.049	1.003
Factor5	0.268	0.172	0.030	1.033
Factor6	0.096	0.056	0.011	1.043
Factor7	0.040	0.039	0.004	1.048
Factor8	0.001	0.032	0.000	1.048
Factor9	-0.031	0.016	-0.003	1.044
Factor10	-0.047	0.021	-0.005	1.039
Factor11	-0.068	0.060	-0.008	1.032
Factor12	-0.128	0.031	-0.014	1.018
Factor13	-0.159	.	-0.018	1.000

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 12.-Cargas factoriales sin rotar para las 13 variables y el factor conservado (N=11,760).

Variable	Factor1	Unicidad
Agua	0.634	0.599
combustible	0.843	0.289
Sanitario	0.740	0.453
Electricidad	0.877	0.232
Radio	0.646	0.582
Tele	0.916	0.160
Refrigerador	0.911	0.171
Bicicleta	0.353	0.875
Moto	0.428	0.817
Coche	0.792	0.372
Piso	0.864	0.253
Pared	0.766	0.413
Techo	0.619	0.617

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 13.-Análisis factorial con componentes principales para las variables relacionadas al nivel de pobreza de los hogares (factor conservado y su varianza explicada), Haití.

Factor	Varianza	Diferencia	Proporción	Proporción acumulada
Factor1	7.166	.	0.792	0.792

***Método de rotación ortogonal (varimax)*

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 14.-Cargas factoriales rotadas para las 13 variables y el factor conservado (N=11,760).

Variable	Factor1	Unicidad
Agua	0.634	0.599
combustible	0.843	0.289
Sanitario	0.740	0.453
Electricidad	0.877	0.232
Radio	0.646	0.582
Tele	0.916	0.160
Refrigerador	0.911	0.171
Bicicleta	0.353	0.875
Moto	0.428	0.817
Coche	0.792	0.372
Piso	0.864	0.253
Pared	0.766	0.413
Techo	0.619	0.617

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.

Cuadro 4. 15.- Presentación del valor Kaiser-Meyer-Olkin para el análisis factorial.

Variable	KMO
Agua	0.924
Combustible	0.836
Sanitario	0.813
Electricidad	0.902
Radio	0.751
Tele	0.922
Refrigerador	0.819
Bicicleta	0.834
Moto	0.718
Coche	0.900
Piso	0.840
Pared	0.796
Techo	0.790
Total	0.842

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EMMUS-V de Haití, 2012.