

# Variables Cognitivoconductuales y VIH en Trabajadoras Sexuales de la Frontera de Venezuela con Colombia (\*)

Jesús Aragón D.\*

## Resumen

Dentro de un extenso programa de investigación diagnóstica sobre las Trabajadoras Sexuales (TSs) y el VIH en la frontera de Venezuela con Colombia, iniciado en 1998 y todavía en curso, se seleccionan cinco variables cognitivoconductuales incluidas en dos o más de las teorías o modelos de cambio de conducta. Se entrevistó TSs voluntarias del estado Zulia y del estado Táchira. Se aplicó la prueba ELISA para la detección del VIH. Todas las TSs resultan seronegativas, por lo cual no se relaciona la condición serológica con las variables cognitivoconductuales, pero sí estas últimas entre sí. Cada una de tales variables presenta dos o más asociaciones ( $p \leq 0.05$ ) con las restantes. Estos resultados deben considerarse en los programas de intervención dirigidos a cambiar la conducta de las TSs hacia prácticas más seguras y así prevenir la propagación del VIH entre las mismas y sus clientes

**Palabras clave:** VIH. SIDA. Trabajadoras sexuales. Variables cognitivoconductuales. Percepción del riesgo de infección. Conducta de riesgo de infección. Intención de cambio conductual. Autocontrol.

## Cognitive and Behavioural Variables and HIV in Female Sex Workers in the Venezuelan Border with Colombia

**ABSTRACT:** Five cognitive and behavioural variables included in two or more of the behavioural change theories and models are selected within a vast diagnostic research program about female sex workers (FSWs) and HIV in the Venezuelan border with Colombia, that started in 1998 and still in effect. For this purpose, voluntary FSWs Zulia and Táchira states are interviewed and are administered ELISA test for the detection of HIV. All of the FSWs turned out to be seronegative, that is why the serological condition does not relate to the cognitive and behavioural variables, but the latter do relate to each other. Each of such variables show two or more associations with the rest of them. These results must be taken into account in the intervention programmes focused in changing the FSWs behaviour towards safe practices and thus preventing the spread of HIV with each other and their clients.

**Key words:** HIV/AIDS. Female sex workers. Cognitive and behavioural variables. Perception of HIV-risk infection. HIV-risk behaviour. Intention of behavioural change. Self-control.



### Introducción

En 1998, se inicia un estudio sobre las trabajadoras sexuales (TSs) y el VIH/SIDA en la localidad de Pueblo Nuevo (El Chivo) del Estado Zulia (Aragón y Glod, 1999), el cual se amplía al área venezolana de la frontera con la República de Colombia, abarcando los estados Zulia, Mérida, Táchira, Barinas y Apure (Aragón, 2000a), y se convierte en un amplio programa de investigación diagnóstica que está todavía en curso.

El programa lo llevan a cabo la Universidad de Los Andes (ULA) y el Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV) y su objetivo es «recoger información contextualizada y actualizada que pueda ser utilizada para efectuar diagnósticos acertados e intervenciones eficaces dirigidas a promover y salvaguardar la salud en general, y, más en particular, a prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETSs), específicamente el VIH/SIDA» (Aragón, 2000a: 2).

Hasta ahora, se han concluido tres investigaciones: la primera, ya referida, en la localidad de Pueblo Nuevo (El Chivo) del estado Zulia (Aragón y Glod, 1999); la segunda, en San Cristóbal, capital del estado Táchira

(Glod, 2000), y la tercera, en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, también del estado Táchira (Aragón, 2000b).

Otras cuatro están en proceso: tres en el estado Táchira, una en el estado Barinas y otra en el estado Mérida.

### 1.1. Situación Epidemiológica y Tendencias del VIH/Sida

Haremos una breve referencia a la situación y tendencias de la epidemia del VIH/SIDA en el mundo, en las Américas, en Venezuela y en el área fronteriza con Colombia. El informe de ONUSIDA (2000a) sobre la situación global de la epidemia hasta diciembre del año 2000 afirma que la misma se ha extendido mucho más de lo que se predijo una década antes, siendo un 50% superior a las proyecciones realizadas en 1991 con los datos disponibles en ese momento. Hoy, son 36.1 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, 21.8 millones han fallecido como consecuencia de la esta enfermedad y las nuevas infecciones alcanzan los 5.3 millones.

Desde el inicio de la epidemia últimos años de la década de los 70- y hasta diciembre del año 2000, los porcentajes de hombres infectados y fallecidos son superiores a los de las mujeres. Sin embargo, la situación está cambiando y ya, en África Subsahariana, las mujeres infectadas superan a los hombres (ONUSIDA, 2000a).

En los años iniciales, el VIH/SIDA estaba concentrado en pequeños grupos de población que se denominaron de riesgo. Las modalidades de transmisión más importantes han venido siendo el comportamiento sexual riesgoso de los hombres en sus relaciones con otros hombres y la práctica muy común entre drogadictos endovenosos de compartir los implementos para la drogadicción. Desde hace años, esta situación ha cambiado. La epidemia ha ido penetrando en la población general y las prácticas sexuales no protegidas de los hombres y mujeres heterosexuales ya son la modalidad prevalente a nivel mundial, si bien con variaciones

según los países y las regiones del mundo (ONUSIDA, 1999a, 2000a; Mertens y Low-Beer, 1997).

En las Américas, la epidemia también continúa en expansión, así: en América Latina, viven con el VIH/SIDA 1.4 millones de personas y 150 mil son nuevas infecciones; en el Caribe, 390 mil y 60 mil, respectivamente; y en América del Norte, 920 mil y 45 mil, en el mismo orden (ONUSIDA, 2000a). El informe provisional sobre el VIH/SIDA en las Américas afirma que, en estas regiones, se trata de «una epidemia con muchas caras» (ONUSIDA, 2000b), con «un mosaico complejo de patrones de transmisión» (ONUSIDA, 2000a). Las modalidades predominantes de transmisión son las relaciones sexuales no protegidas entre hombres y entre hombres y mujeres, y las prácticas riesgosas de usuarios de drogas endovenosas.

En el Caribe, cuyas aguas bañan las costas venezolanas, la modalidad de transmisión más importante es la heterosexual y uno de sus países, Haití, es el único fuera de África Subsahariana que tiene una tasa tan alta de un 5.4% de adultos infectados. En Guyana y Brasil, países que limitan con Venezuela, la infección ha golpeado fuertemente, en el primer caso, a través de las relaciones heterosexuales no protegidas y, en el segundo, mediante las tres principales modalidades de transmisión existentes.

En los países del Área Andina (Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia y Venezuela), el VIH/SIDA parece haber penetrado menos, aunque la información disponible es deficiente. De los cuatro primeros, interesa Colombia por limitar con el área fronteriza sometida a estudio en esta investigación; en él, las vías de transmisión parecen ser las relaciones entre heterosexuales en las zonas montañosas y las relaciones entre hombres en las áreas costeras.

En Venezuela, la vigilancia sistemática del VIH/SIDA ha sido escasa (ONUSIDA, 2000b). Para diciembre de 1999, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)

informa de la presencia de 8.047 personas infectadas (tasa de 33.18 por cien mil habitantes) con 4.726 defunciones (tasa 19.49) (MSDS, 2000). Ciertamente, estos datos son subregistros. ONUSIDA (2000a) apunta que, en el propio país, se estima la presencia de 50 a 100 mil personas con el VIH/SIDA, pero algunas Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) hablan de 200, 300 y hasta 500 mil infectados (Chávez, 2001). La modalidad de infección prevalente en Venezuela hasta diciembre del año 1999 ha sido la conducta sexual riesgosa de los hombres que tienen relaciones con otros hombres; así, según el MSDS, el número de infecciones registradas entre homosexuales y bisexuales es superior al de las registradas entre heterosexuales (MSDS, 2000).

Hasta diciembre de 1999, en los estados del área fronteriza (Zulia, Mérida, Táchira, Barinas y Apure), a que se refiere este informe, los casos registrados son 1.096 con tasas que van del 8.67 por cien mil habitantes en Apure, al 27.02 en Mérida; y las defunciones son 765 con tasas del 5.06 en Apure al 15.7 en Mérida. También aquí, la modalidad prevalente de infección la constituyen las relaciones sexuales entre hombres. (MSDS, 2000). Sin embargo, en el Táchira, desde 1999, el número de heterosexuales infectados ya supera al de bisexuales y homosexuales (Dirección Regional de Salud del Estado Táchira, 2000). El crecimiento de infecciones entre heterosexuales en los últimos años indica que el área fronteriza y el país en general seguirá la tendencia mundial, de modo que, en poco tiempo, la forma prevalente de infección por el VIH será la heterosexual.

### 1.2. Las Trabajadoras Sexuales y el VIH/SIDA

Aquí el término «trabajo sexual» sustituye al de «prostitución» de connotaciones negativas y la OMS (OMS-WHO, 1989:11) lo define como «la actividad en la cual alguien intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o

*cualquier otro bien*». Está de más señalar que incluye hombres y mujeres. Es fácil comprender que, mientras el VIH se propaga sobre todo entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, el aumento de las infecciones está limitado por el número de tales hombres y la posibilidad de que el virus se extienda entre la población general es más reducida, aunque se pueden establecer lazos de unión o puentes con la población general a través de los hombres bisexuales y de los drogadictos, pero, cuando las relaciones heterosexuales constituyen la modalidad prevalente o en crecimiento, la posibilidad de incremento de las infecciones es mucho mayor y, en estos casos, las TSs han jugado un papel importante en algunas zonas del mundo, por ejemplo, en Asia Meridional y Sudoriental y Asia Oriental y el Pacífico (ONUSIDA, 2000a, 1999a).

Las TSs prestan muy a menudo los servicios sexuales a sus clientes sin la adecuada protección y en condiciones peligrosas para su salud y la de sus clientes, a tenor de numerosos informes e investigaciones (ONUSIDA, 2000a, 1999a; Carter, Harry, Jeune y Nicholson, 1997; Uribe, Hernández, Del Río y Ortiz, 1995; Estébanez, Fitch y Nájera, 1993). Esta situación las hace especialmente vulnerables a la infección por el VIH. De ser infectadas, cabe se conviertan en un eslabón primario de una cadena de transmisión formada por sus clientes y parejas habituales -hombres heterosexuales-, los cuales pueden infectar a sus esposas o compañeras y, en general, a mujeres con las que mantienen contactos sexuales no protegidos, incluidas otras TSs. La vulnerabilidad se intensifica debido a las diferencias de género, a la pobreza, a la migración, a los desplazamientos entre fronteras y dentro de los países, a la condición de población móvil, a las drogas, al alcohol entre otros y diversos factores (ONUSIDA, 2000a, 1999a, 2001a; Estébanez, Fitch y Nájera, 1993; Wofsy, 1990).

Los patrones del trabajo sexual, que incluyen no sólo la prestación de servicios propiamente dicha, sino también la oferta de estos y la captación de clientes, han sido descritos en Venezuela por Chopin-Daube (citado por ONUSIDA, 1998a). Los servicios que prestan las TSs a sus clientes son múltiples y diversos. Algunas TSs captan a sus clientes y les prestan sus servicios en establecimientos específicos (prostíbulos) o en hoteles, otras los contactan en bares (mesoneras) o en la vía pública (caminadoras) y, después, se trasladan a habitaciones de establecimientos, otras ofrecen sus servicios a través de telefonía móvil o fija o de organizaciones especializadas -incluidas las dedicadas a la denominada «trata de blancas»- y otras, en número menor, atienden en sus propios domicilios.

Son puntos cruciales para la transmisión del VIH de las TSs a sus clientes o parejas habituales el escaso uso del preservativo, el consumo de alcohol y drogas, y el incremento de la prevalencia del virus. El uso del preservativo varía considerablemente de unos países a otros. Se ha señalado que es mayor en los países donde el trabajo sexual está legalizado y que las TSs que captan a sus clientes en la calle lo usan menos (Estébanez y Nájera, 1993), aunque esto último no siempre es así (Carter, Harry, Jeune y Nicholson, 1997). Es frecuente que las TSs soliciten el uso de protección y sean los clientes quienes se nieguen a ello (Pareja, Rosario, Smith y otros, 1989; Carter, Harry, Jeune y Nicholson, 1997) y que ellas utilicen protección con sus clientes esporádicos, pero no con sus parejas habituales y clientes asiduos (Estébanez y Nájera, 1993; Tchaoudmirova, Domeika y Mardt, 1997; Casabona, Sánchez, Salinas y otros, 1990). La prevalencia del VIH en TSs varía considerablemente según los países y regiones del mundo, habiéndose encontrado tasas hasta de un 80% en África y el Caribe no asociadas al uso de drogas endovenosas; cuando intervienen estas, las tasas son muy superiores a

las que se derivan solamente de prácticas sexuales riesgosas (ONUSIDA, 2000a, 2000b, 1999a; Padian, 1988; Estébanez, Fitch y Nájera, 1993; Wofsy, 1990).

### **1.3. Programas de Intervención y Teorías del Cambio de Conducta**

No es la pertenencia a un grupo, sea el que sea, ni la identidad u orientación sexual la que permite que el VIH penetre en el organismo humano. Todas las modalidades de transmisión son resultado de las prácticas riesgosas -sean sexuales o no-, si se exceptúa la transmisión vertical, la cual puede también considerarse en último término como una consecuencia de aquellas.

Hasta ahora, se dispone de medicamentos que han convertido el VIH/SIDA en una enfermedad crónica. Lamentablemente, los costos y otros factores hacen que la gran mayoría de las personas -especialmente, de los países en vías de desarrollo- no tenga acceso a los mismos, ni tampoco a los que se requieren para atender las enfermedades oportunistas y neoplasias ni los destinados a cuidados paliativos (ONUSIDA, 2001b, 1999b). No se dispone de una vacuna para su prevención. En el último congreso español sobre el VIH/SIDA (Valencia, abril de 2001), se anuncia una vacuna -basada en la proteína recombinante GP-120-, la cual está siendo probada en 7.500 voluntarios, y otra, menos avanzada, sustentada en el vector de la bacteria salmonella (CNN en Español, 2001).

En Venezuela, si se calcula la presencia de 100 mil seropositivos al VIH y se estima el costo del tratamiento antirretroviral en 400 mil bolívares mensuales por persona infectada (sin considerar los costos de las neoplasias y enfermedades oportunistas), daría un total de 480 mil millones de bolívares anuales, cifra que representaría una buena parte del presupuesto total del MSDS, si se destinara al tratamiento.

La experiencia con los medicamentos y otras vacunas muestra que su disponibilidad no garantiza la distribución y el acceso

para toda la población del mundo. Otra posibilidad de impedir la propagación de la epidemia es llevar a cabo programas de intervención dirigidos a mantener el comportamiento saludable de la población y a disminuir o eliminar el riesgoso. Aunque se han hecho esfuerzos en este sentido, los recursos destinados no han sido suficientes y, además, se han utilizado deficientemente.

*«A pesar de todo, los conocimientos y experiencias derivados de las actividades preventivas y asistenciales permiten afirmar con fundamento que la tasa de transmisión del VIH se puede disminuir y que el inicio de las complicaciones relacionadas con el SIDA se puede retrasar considerablemente si se implantan programas bien ideados y de carácter sostenido. La respuesta que se ha dado a la epidemia no ha aprovechado plenamente este cúmulo de conocimientos. Son muy pocas las alianzas que se han forjado entre los que participan en dicha respuesta. Hace falta actuar de manera coordinada y acumulativa. Por si fuera poco, es limitada la participación de la sociedad civil en la concepción y ejecución de los programas contra el VIH/SIDA». (ONUSIDA, 1998c:3)*

Por lo que respecta a Venezuela, ONUSIDA (1998a, 1998b, 2000b) afirmó que, en el país, se realizaba poca investigación y que se hacía poca vigilancia sistemática, lo que afectaba la eficacia de los programas. Afortunadamente, en noviembre de 2000, tuvo lugar el «I Congreso Venezolano de SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual», y, así, Venezuela entró en el circuito de los países que celebran sus propios congresos nacionales. En él se pudo comprobar la existencia de un considerable número de personas naturales y jurídicas que trabajan honesta e intensamente, con mucha mística y generosidad, pero con muy poca coordinación y con escasos estudios sistemáticos.

King (1999), en una revisión de las intervenciones para detener el

VIH/SIDA, señala que estas han tenido resultados dispares y las clasifica en tres tipos según que: (a) se fundamenten en modelos y teorías del cambio de conducta; (b) seleccionen una o más variables o constructos que se estiman importantes, sin que ello implique que se sustentan en un modelo o teoría determinados y (c) se lleven a cabo urgidos por la situación de la epidemia.

La gran mayoría de los programas de intervención se han elaborado en el mundo occidental y su aplicación a otros ámbitos culturales ha demostrado que es necesario contextualizarlos. Las teorías y modelos y las variables o constructos operan de distinta manera y adquieren mayor o menor significación según las culturas y grupos sociales. La diversidad explicativa complejiza el problema y dificulta el cambio prácticas riesgosas. El Modelo Social y Ecológico para la Promoción de la Salud (McLeroy, Bibeau, Steckler y Glanz, 1988) menciona cinco grupos de variables: intrapersonales, interpersonales, institucionales, comunitarias y políticas y leyes públicas. Los distintos modelos y teorías no deben ser considerados como opuestos, sino más bien como complementarios. Un resumen de los mismos y su relación con los programas de intervención puede verse en King (1999). Aquí, no se sigue un determinado modelo o teoría, sino que se selecciona un conjunto de variables que pueden ser de utilidad para un programa de atención primaria.

#### 1.4. Variables

Aunque el programa incluye cuatro tipos de variables: las características socioindividuales, las condiciones del servicio sexual, las características cognitivoconductuales y la prevalencia del VIH, este informe se refiere concretamente a las relaciones de ciertas características cognitivoconductuales entre sí y con la prevalencia del VIH en TSs de Pueblo Nuevo (El Chivo), de San Cristóbal y del eje La Fría-San Antonio-Rubio. Todas se delimitan seguidamente:

#### Características Cognitivoconductuales

Son aquellas condiciones o cualidades de naturaleza cognoscitiva y de comportamiento relativas al VIH/SIDA, las cuales distinguen o caracterizan a la TS. Ellas son y se definen así:

a. *Información sobre el VIH/SIDA (INVS)*: conjunto de conocimientos que la TS ha adquirido sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

b. *Percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV)*: autoconciencia que posee la TS sobre su vulnerabilidad a la infección, la autopercepción de que es susceptible de infectarse con el virus y de transmitirlo a otros, en el caso de que lleve a cabo prácticas, actividades o conductas riesgosas que favorecen la adquisición o propagación del mismo.

c. *Conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV)*: comportamiento, práctica o actividad que coloca a la TS en peligro de adquirir el VIH o transmitirlo a otros, que facilita la adquisición o transmisión del mismo al propiciar las condiciones para ello.

d. *Intención de cambio conductual (INCC)*: formulación por parte de la TS de un propósito, designio o voluntad de cambiar o modificar sus comportamientos, prácticas o actividades riesgosas por otras más seguras a objeto de evitar o disminuir la susceptibilidad de infectarse o infectar a los clientes o parejas habituales con el VIH.

e. *Autocontrol (AUTC)*: consciencia de la TS acerca de su habilidad para establecer y manejar las condiciones o características del contrato de servicios (implícito o explícito) con sus clientes.

#### Prevalencia del VIH

Identificación de la presencia del virus en las TSs, tal como puede establecerse mediante las pruebas ELISA y/o WESTERN-BLOT, lo cual se expresa en términos de porcentaje sobre el total de las mismas.

#### 2. Método

El programa se inicia bajo el paradigma cuantitativo. Las tres

investigaciones de Pueblo Nuevo (El Chivo) (Aragón y Glod, 1999), de San Cristóbal (Glod, 2000) y del eje La Fría-San Antonio-Rubio (Aragón, 2000b) realizadas hasta ahora, en las que se sustenta el presente informe, responden a dicho paradigma y son diagnósticas.

### 2.1. Naturaleza de la Investigación

Por su naturaleza, cabe caracterizar la investigación como:

a) *Descriptiva*, puesto que esclarece o muestra las características del fenómeno que somete a estudio (Cázares, 1991; Garza, 1988), sin que ello implique descubrir su origen o causa (UNA, 1998; Hernández, Fernández y Baptista, 1998); b) *De Campo*, por cuanto recoge la información directamente de la realidad en la que acontece en forma natural o en vivo aquel fenómeno que investiga (Tamayo y Tamayo, 1995; Hernández y Christen, 1991); c) *Correlacional*, ya que relaciona variables sin establecer un control verdadero o real de las mismas (Hernández, Fernández y Baptista, 1998); d) *Por Encuesta*, porque utiliza la técnica de la entrevista para la recolección de la información (Kerlinger, 1975); y e) *Ex post-facto*, porque el fenómeno que investiga ya ha tenido lugar o ha acontecido de forma natural sin participación del investigador (Busquera, 1989).

### 2.2. Diseño de la Investigación

Por su diseño, la investigación se califica como *No experimental*, en tanto que no se manipulan ni controlan verdaderamente las variables, sólo se observan y registran en el contexto natural donde suceden, sin intervención del investigador (Kerlinger, 1975); y *Transeccional*, pues se lleva a cabo en un solo momento temporal (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

### 2.3. Ámbito Geográfico y Temporal

El ámbito geográfico abarcado es el área venezolana de la frontera noroccidental de Venezuela con

Colombia, la cual se define de modo amplio incluyéndose cinco estados -Zulia, Mérida, Táchira, Barinas y Apure-, aunque dos de ellos no son estrictamente fronterizos -Mérida y Barinas-. La dinámica de dicha frontera se caracteriza por un fuerte comercio internacional, la existencia de una intensa migración y de una numerosa población móvil -a menudo indocumentada o ilegal-, así como de desplazados o refugiados, entre otras.

En cuanto al ámbito temporal, los estudios de campo se realizan durante los meses de: (a) marzo, abril y mayo de 1999 en Pueblo Nuevo (El Chivo), (b) junio, julio y agosto de 1999 en San Cristóbal y (c) marzo, abril y mayo de 2000 en el eje La Fría-San Antonio-Rubio. Por tanto, se llevan a cabo en un lapso de quince meses.

### 2.4. Poblaciones y Muestras

La población del programa de investigación está constituida por las TSs que prestan sus servicios profesionales en el área venezolana de la frontera con Colombia, ya definida. Incluye las profesionales activas, controladas o no, pero excluye las registradas no activas.

Se contempla que la selección de las TSs se efectúe en los lugares donde las mismas trabajan, y ello para evitar el sesgo que se produce al seleccionar sólo TSs que: (a) acuden más o menos sistemáticamente a control médico en las unidades sanitarias del MSDS, (b) reciben alguna atención de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) u otras entidades privadas, y/o (c) se localizan a través de prefecturas u organismos policiales, dado que las características cognitivas y los comportamientos presentan variaciones en aspectos importantes relacionados con la transmisión de la epidemia, como lo demuestran no pocas investigaciones (Jackson, Highcrest y Coates, 1992; Uribe, Hernández, del Río y Ortiz, 1995; Carter, Harry, Jeune y Nicholson, 1997). Conviene definir qué se entiende por TSs: (a) activas, (b) registradas y (c) controladas.

(a). **TSs activas:** las que, de manera temporal o permanente, ejercen su actividad profesional durante el tiempo en que se realiza el trabajo de campo en el área geográfica correspondiente a la investigación. A menudo, no están registradas en las instituciones sanitarias del MSDS, en las que se realiza el control de las ETSs, o lo están en más de una institución, incluso fuera de su área de residencia o de trabajo. Algunas de estas trabajadoras no acuden a control médico o lo hacen en instituciones más o menos alejadas, entre otras razones, para evitar ser identificadas por otros usuarios vecinos del lugar de residencia.

(b). **TSs registradas:** aquellas que, siquiera en una ocasión, han asistido a control médico y aparecen anotadas en las instituciones sanitarias correspondientes del MSDS. No pocas de ellas se han retirado temporal o definitivamente de la actividad profesional o no se someten a control o lo hacen en una o más instituciones fuera de su residencia o de su lugar de trabajo.

(c). **TSs controladas:** aquellas que, ejerciendo la actividad profesional durante el tiempo en que se lleva a cabo el estudio de campo, acuden más o menos periódicamente a revisión médica en alguna institución sanitaria del MSDS ubicada en el área geográfica de la investigación. Es común que las TSs asistan a control médico fuera de su lugar de residencia y/o del área donde normalmente llevan a cabo sus actividades profesionales. Esto quiere decir que el término TSs controladas se refiere a aquellas que, estando activas durante el correspondiente estudio de campo, acuden a control médico en las instituciones del área geográfica de la investigación, trabajen o no en dicha área. No se incluyen, pues, las que se controlan en instituciones no situadas en tal área, aunque laboren en la misma.

No se dispone de un censo de TSs activas de la zona fronteriza ni de estadísticas confiables y actualizadas de las registradas y controladas en las instituciones sanitarias del MSDS encargadas del seguimiento epidemiológico de las ETSs. Los sistemas de registro son insuficientes

y primitivos. Al no llevarse a cabo chequeos sistemáticos, no es posible determinar con alguna confianza el número de TSs controladas y registradas ni tampoco cuántas de éstas están activas. No debe olvidarse que es común el ejercicio profesional intermitente o a tiempo parcial y/o combinado con otras actividades, la movilidad laboral, el traslado del lugar de residencia y/o de trabajo y el ocultamiento de la profesión bajo múltiples denominaciones, circunstancias que dificultan los registros y controles.

En el **Cuadro I**, aparecen: las poblaciones, el tipo y lugares de muestreo, los casos controlados y registrados, el número de TSs a quienes se solicita la colaboración y el número de TSs que integran cada muestra en las tres investigaciones. En Pueblo Nuevo (El Chivo) y San Cristóbal, se muestrea en los lugares de trabajo (calles, plazas, bares, hoteles y otros), pero, en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, ello se hace en las consultas de las instituciones sanitarias del MSDS.

En general, las TSs son muy colaboradoras e, incluso, ayudan en la localización de sus compañeras de trabajo. En Pueblo Nuevo (El Chivo), sólo una trabajadora se niega a participar en la investigación, dos se esconden y tres se eliminan para ajustarse al número previsto (100). En el eje La Fría-San Antonio-Rubio, todas aquellas a quienes se solicita su colaboración, participan. Y, en San Cristóbal, de 379 solicitudes de

colaboración a las TSs, 243 acuden a la citación y sólo 200 se someten a la entrevista y a la prueba serológica, lo cual se debe en buena parte a compromisos que les surgen entre el día en que se contacta por primera vez con ellas y la fecha en que deben acudir para la entrevista y la prueba de despistaje. Sin embargo, cabe que algunas se nieguen a participar por otras razones, entre las que hay que contemplar su situación serológica.

## 2.5. Instrumentos y Procedimientos

El despistaje del VIH se lleva a cabo mediante la Prueba ELISA (SERODIA-HIV, FUJIREBIO INC.), la cual se efectúa, en la gran mayoría de los casos, inmediatamente antes o después de la entrevista y corre a cargo de personal especializado del MSDS que trabaja en los hospitales y ambulatorios o de algún laboratorio privado cercano al lugar donde las TSs ejercen sus actividades profesionales. Se prevé que los resultados, en caso de seropositividad, sean sometidos a confirmación (WESTERN-BLOT).

La información sobre las variables cognitivoconductuales se obtiene con la correspondiente entrevista estructurada y validada mediante el «juicio de expertos» (Ruiz, 1998), la cual los investigadores administran de modo personalizado en los cubículos de los hospitales y ambulatorios y en los establecimientos donde las TSs prestan sus servicios a los clientes.

Las entrevistas utilizadas en las investigaciones son muy similares. Por lo que respecta a este informe, difieren fundamentalmente en el número de variables cognitivoconductuales que manejan. En Pueblo Nuevo (El Chivo), se incluyen tres: la información sobre el VIH/SIDA (INVS), la percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) y la conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV); en San Cristóbal, a las tres anteriores, se añade la intención de cambio conductual (INCC), y, en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, se incorpora otra más, el autocontrol (AUTC). Además, presentan algunas diferencias en las dimensiones con que miden cada una de las variables, pero, también en esto, las entrevistas son básicamente comparables.

Con el objeto de incentivar a las TSs a participar en la investigación y como agradecimiento por su colaboración, la prueba ELISA se realiza gratuitamente y la propia unidad sanitaria del MSDS les entrega los resultados por escrito a aquellas que los solicitan. Por otra parte, se les obsequian condones y folletos informativos sobre el VIH/SID (García y Aragón, 1997).

El análisis estadístico se lleva a cabo de manera computarizada mediante los programas STATISTIC y EXCEL. Para comprobar la asociación entre las variables, se utiliza  $\chi^2$  y se acepta un nivel de significación del 5%.

**Cuadro I**  
**Extremos Relacionados con las Poblaciones y Muestras por Investigaciones**

Investigaciones Localidades	Definición Poblaciones	Tipo Muestreo	Lugares Muestreo	Casos (*) Controlados	Casos (*) Registrados	Solicitudes Colaboración	Nº TSs Muestra
Pueblo Nuevo	TSs activas	incidental	lugares de trabajo (calles y establecimientos)	¿?	325	106	100
San Cristóbal	TSs activas	incidental	lugares de trabajo (calles y establecimientos)	¿?	¿?	379	200
Eje La Fría-San Antonio-Rubio	TSs controladas	incidental	instituciones sanitarias (consultas)	113	312	89	89

(\*) Número aproximado ofrecido por las instituciones sanitarias del MSDS encargadas del control de las ETS. Para su interpretación, ver texto.

### 3. Análisis y Discusión de los Resultados

#### 3.1. Descripción de las Trabajadoras Sexuales

Las TSs se describen en función de: sus características socioindividuales, las condiciones en que llevan a cabo el ejercicio de su actividad profesional y sus características cognitivoconductuales, en términos de los promedios y de los porcentajes más elevados encontrados en las distintas categorías y de la significación de estas.

Las características socioindividuales de las TSs aparecen sintetizadas en el Cuadro II. En él, las TSs de las tres poblaciones muestran diferencias importantes en su caracterización, las cuales deben considerarse por su relación con las características cognitivoconductuales, si bien este aspecto no es objeto de este informe.

#### 3.2. Las condiciones del servicio sexual

De las TSs se resumen en el Cuadro III, en el que se evidencian diferencias importantes, las cuales hay que tener en cuenta, ya que un buen número de las mismas, como en el caso de las características socioindividuales, se asocian con las cognitivoconductuales, aspecto que no trata este informe.

#### 3.3. Las variables cognitivoconductuales

De las TSs de las tres investigaciones se describen a continuación una por una:

##### 3.3.1. LA INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA (INVS)

Aparece en el Cuadro IV. Las preguntas de la entrevista sobre esta variable coinciden en San Cristóbal y en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, pero difieren de las de Pueblo Nuevo (El Chivo). Con todo, como ya se ha señalado, las semejanzas son suficientes como para establecer comparaciones.

Los resultados indican que: (a) no escasean las TSs que muestran ignorancia casi total o información

**Cuadro II**

**CARACTERÍSTICAS SOCIOINDIVIDUALES DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES DE PUEBLO NUEVO (EL CHIVO) / SAN CRISTÓBAL / Y DEL EJE LA FRÍA-SAN ANTONIO-RUBIO**

Investigación / Descripción
<b>Pueblo Nuevo (El Chivo).</b> Edad promedio: 28.55 años. 53% entre los 18-29 años; han nacido en poblaciones de más de 10.000 habitantes (67%); son venezolanas (62%), solteras, separadas o concubinas (82%); residen en Pueblo Nuevo y cercanías (63%); saben leer y escribir (92%) y han cursado primaria (76%); son amas de casa (48%) o están sin ocupación (37%); estiman que su educación sexual ha sido insatisfactoria (60%), se declaran católicas (85%) y no practicantes (66%).
<b>San Cristóbal.</b> Edad promedio: 28.3 años. 60.5% por debajo de 31 años; han nacido en localidades de 2.001 a 50.000 habitantes (51%); son venezolanas (67%), solteras (62%) o divorciadas (27%); residen en San Cristóbal (41%) o cercanías (41%); han realizado estudios de primaria (65%) o media (31.50%) y, salvo una, todas saben leer y escribir; son amas de casa (55%) o no tienen ocupación (40.50%); han recibido una educación sexual insatisfactoria (64%) o regular (30%), y se declaran católicas (94%) y no practicantes (67.50%).
<b>Eje La Fría- San Antonio-Rubio.</b> Edad promedio: 33.26 años. 58.4% por encima de los 30 años; han nacido en localidades de más de 50.000 habitantes (54%); son extranjeras (79.8%), solteras (68.5%) o casadas (13.5%); residen en el exterior (47.2%) o en la localidad donde acuden a control sanitario (34.8%); han realizado estudios de primaria (48.3%) o secundaria (38.2%) o son analfabetas (10.1%); son amas de casa (75.3%) o realizan actividades manuales (13.5%) o no manuales (6.7%), o no tienen ocupación (4.5%); un promedio de 3.7 personas depende económicamente de ellas; han recibido una educación sexual insatisfactoria (70.8%), y se declaran católicas (93.3%) y practicantes (59.6%).

**Cuadro III**

**Condiciones del Servicio Sexual de las Trabajadoras Sexuales DE PUEBLO NUEVO (EL CHIVO), DE SAN CRISTÓBAL Y DEL EJE LA FRÍA-SAN ANTONIO-RUBIO**

Investigación / Descripción
<b>Pueblo Nuevo (El Chivo).</b> Las TSs llevan más de un año de profesión (78%), sirven a 5 o más clientes por semana (93%), indistintamente venezolanos y extranjeros (84%), que contactan o captan en bares y hoteles (94%) y atienden en las habitaciones de dichos establecimientos (92%) ubicados en Pueblo Nuevo y cercanías (78%); no han padecido enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los dos últimos años (72%); todas se han sometido a la prueba de despistaje del VIH con resultado negativo; no llevan condones nunca, casi nunca o sólo a veces (83%), como tampoco sus clientes (77%), y cobran hasta ocho mil Bs. (99%) por servicio sencillo (coito vaginal con tiempo limitado).
<b>San Cristóbal.</b> Las TSs (65%) llevan tres o más años prestando sus servicios a 9 o más clientes por semana (90%), indistintamente venezolanos o extranjeros (91%); captan a sus clientes en bares u hoteles (88.5%) y les prestan sus servicios en las habitaciones de tales establecimientos (99.5%) ubicados en San Cristóbal o cercanías (99%); no han padecido ETS (84.5%) y se han efectuado la prueba de despistaje del VIH con resultado negativo (91%); siempre (41.5%) o casi siempre (38%) llevan condones, sus clientes nunca (63%) o casi nunca (26.5%), y cobran por servicio sencillo cinco mil Bs. o más (98.5%) (coito vaginal con tiempo limitado).
<b>Eje La Fría- San Antonio-Rubio.</b> Las TSs tienen menos de cuatro años (51.7%) prestando sus servicios a 21 clientes o menos (92.2%) por semana, indistintamente venezolanos o extranjeros (68.5%); captan a sus clientes en un bar (94.4%) y les prestan sus servicios en las habitaciones del mismo establecimiento (87.9%) o de un hotel (9%), ubicados en la misma localidad (47.2%), en las cercanías (22.5%) o, en poblaciones de dentro y fuera del Táchira y del exterior (21.3%); han sufrido ETSs (31.5%) y se han realizado con anterioridad al menos una vez la prueba de despistaje del VIH con resultado negativo (91%); todas han estado embarazadas y utilizan anticonceptivos hormonales (66.3%); llevan siempre condones (89.9%), sus clientes casi nunca o nunca los portan (70.7%), y cobran por servicio sencillo siete mil Bs. o menos (79.8%) (coito vaginal con tiempo limitado).

**Cuadro IV**

**Información sobre el VIH/SIDA de las Trabajadoras Sexuales  
DE PUEBLO NUEVO (EL CHIVO), DE SAN CRISTÓBAL  
Y DEL EJE LA FRÍA-SAN ANTONIO-RUBIO**

Investigación / Descripción
<p><b>Pueblo Nuevo (El Chivo).</b> El puntaje promedio obtenido en información sobre el VIH/SIDA es 7.10 (rango 4-10 puntos), con una concentración de un 42% en la categoría media (7-8 puntos). Tal puntaje corresponde a una TS que posee aproximadamente los siguientes conocimientos: el VIH es un virus que causa el SIDA en los humanos (29%), el SIDA es una «enfermedad mortal» (61%), el VIH se transmite por vía sexual y por el uso de instrumentos punzocortantes infectados (91%) y puede prevenirse manteniendo una pareja estable, con el empleo de condones y evitando el manejo de instrumentos punzocortantes contaminados (86%).</p>
<p><b>San Cristóbal.</b> El puntaje promedio obtenido en información sobre el VIH/SIDA (12.08; rango 0-19 puntos) equivale a una TS, que: conoce que el VIH es un virus causante del SIDA en los seres humanos (40.5%); sabe que el SIDA es una enfermedad «mortal» producida por el VIH (59.5%); menciona dos síntomas del SIDA (78.5%) y distingue entre ser seropositivo y tener SIDA (32%), y señala que un seropositivo asintomático no puede reconocerse a simple vista (31.5%); refiere dos o más formas específicas de transmisión (86.5%) y de prevención del VIH (86.5%), y está consciente de la peligrosidad del virus para la salud (82.5%).</p>
<p><b>Eje La Fría- San Antonio-Rubio.</b> El puntaje promedio en información sobre el VIH/SIDA es de 10.17 (rango: 0-19 puntos), que equivale a una TS, que: sabe que el VIH es el virus causante del SIDA (32.6%) y que esta es una enfermedad mortal e incurable producida por dicho virus (25.8 %), de la que reconoce algunos síntomas (59.6%), aunque no puede identificar la diferencia entre un seropositivo y un enfermo de SIDA (67.4%); cree que es posible distinguir a simple vista a un portador asintomático (56.2%), menciona dos o más formas concretas de transmisión de la infección (64%) y dos o más medidas concretas para su prevención (50.6%), y reconoce la peligrosidad de la enfermedad para la salud por su carácter mortal (89.9%).</p>

errada sobre el VIH/SIDA, especialmente, en cuanto a las vías de transmisión y medios de prevención importantes para permanecer saludables ellas y sus clientes; (b) abundan las que no distinguen el VIH y el SIDA, son numerosas las que creen que pueden identificar a un seropositivo no sintomático y actúan en la selección de sus clientes de acuerdo con sus apreciaciones al respecto y (c) no son pocas las TSs que consideran la prueba de despistaje como un medio de prevenir la infección, así, el conocer, después de una prueba, que son seronegativas al VIH, les confirma que se están cuidando adecuadamente y que pueden continuar con sus prácticas, sean estas riesgosas o no.

Es común respuestas como: «no sé», «nunca he recibido información», «poco me han hablado», «ahora es que lo oigo» y similares, las cuales muestran ausencia de

información. Otras respuestas ilustran errores como que el VIH/SIDA es «producida por los maricos», «la leucemia» y «una bacteria»; o que «es lo mismo tener el VIH que tener SIDA»; «VIH es tener el SIDA»; o que es posible distinguir a un seropositivo a simple vista porque es «flaquito, pálido»; o que la transmisión del VIH se produce por «relaciones sexuales, pero yo no creo eso»; «relaciones sexuales, en la mano y en la boca», «(...) comer en la misma cosa», «(...) ir al baño», «(usar) objetos donde se come; o que el VIH se previene: «(...) con óvulos y buena alimentación», «(con) baño vaginal» y «(evitando utilizar) los vasitos de los tragos».

### 3.3.2. LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH (PRIV):

En Pueblo Nuevo (El Chivo), el 82% se percibe en peligro de infección por el VIH, mientras que el

18% no; en San Cristóbal, el 39% considera que no está expuesta, el 8% que está poco expuesta, el 3.5% que está regularmente expuesta y el 49.5% que está muy expuesta; y en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, el 22.5% estima que no está expuesta, el 7.9% que está poco expuesta, el 12.4% que está regularmente expuesta y el 57.3% que está muy expuesta. Como se ve, son altos los porcentajes de TSs que se consideran expuestas a la infección en algún grado, pero tal percepción del riesgo está sustentada en errores de concepto preocupantes, lo cual puede disminuir la eficacia para formular intenciones de cambio conductual hacia prácticas más seguras y para concretar tales intenciones.

Son preocupantes respuestas como «me cuidó con crema», «veo el físico de las personas», «una está en control», «me fijo bien y lavo a los clientes», «reviso bien a mis clientes» y otras. Son frecuentes las referencias a la rotura de los preservativos y a la negativa de los clientes a usar protección, y no faltan las TSs que no utilizan preservativo, porque los clientes tardan mucho en «terminar».

Pueden clasificarse las respuestas en cuatro categorías: (a) *grupo de ignorancia y/o de información errada o incorrecta*: «no sé», «reviso bien a mis clientes», «me hice el examen» y similares; (b) *grupo de información acertada o correcta*: «a veces, no uso el preservativo», «me cuidó y exijo el condón» y semejantes; (c) *grupo fatalista*: «nadie está exento», «si me toca, tengo que aceptar la enfermedad» y parecidas, y (d) *grupo mixto*, el cual incluye fe/esperanza («tengo fe en que no») y otras («yo no creo que el SIDA exista»).

### 3.3.3. LA CONDUCTA DE RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH (CRIV)

Se muestra en el Cuadro V en que se ven porcentajes elevados de TSs que ni siquiera solicitan el uso del preservativo a sus clientes y, mucho menos, si ello supone la pérdida de estos cuando se niegan a utilizar tal

**Cuadro V**

**Conducta de Riesgo de Infección por el VIH de las Trabajadoras Sexuales DE PUEBLO NUEVO (EL CHIVO), DE SAN CRISTÓBAL Y DEL EJE LA FRÍA-SAN ANTONIO-RUBIO**

Investigación / Descripción
<p><b>Pueblo Nuevo (El Chivo).</b> El promedio obtenido por las TSs en conducta de riesgo de infección por el VIH es 11.28 (rango 4-20 puntos), con una concentración del 45% de las mismas en la categoría baja (4-10 puntos). Promedio que corresponde a una TS que: exige el uso del condón al menos en algunas ocasiones (76%), que «nunca» (44%) o «casi nunca» (35%) está dispuesta a perder a su cliente por dicha exigencia, y que, antes o durante la prestación de sus servicios, consume «casi siempre» (29%) o «siempre» (24%) alcohol y «nunca» (97%) o «casi nunca» (3%) drogas.</p>
<p><b>San Cristóbal.</b> El promedio obtenido por las TSs en conducta de riesgo de infección por el VIH es 5.77 puntos (rango 0-16 puntos), estando la mayor concentración de casos (39.5%) en la categoría baja (3-6 puntos), seguida de las categorías media (7-10 puntos) y muy baja (0-2 puntos) con el 24.5% y 21.5%, respectivamente, lo que significa aproximadamente que las mismas: exigen el uso del condón siempre (47.5%) o casi siempre (23%); están dispuestas siempre (33%) o casi siempre (22%) a perder al cliente, si este se niega a utilizar el condón; toman bebidas alcohólicas siempre (21.5%) o casi siempre (44.5%) y no consumen nunca (85%) drogas durante la prestación de sus servicios.</p>
<p><b>Eje La Fría- San Antonio-Rubio.</b> Las TSs obtienen en conducta de riesgo de infección por el VIH un promedio de 3.22 (rango: 0-16 puntos), concentrándose el 88.8% en las dos categorías de más bajo puntaje (rango: 0-6 puntos). Tal promedio significa que las TSs: siempre (84.3%) solicitan el uso del condón al cliente, pero sólo el 49.4% lo exige, aunque pierdan por ello al cliente, si este se niega a utilizarlo; casi nunca (38.2%) o nunca (16.9%) toman bebidas alcohólicas, y nunca (98.9%) o casi nunca (1.1) consumen drogas durante la prestación de sus servicios.</p>

**Cuadro VI**

**Intención de Cambio Conductual de las Trabajadoras Sexuales DE PUEBLO NUEVO (EL CHIVO), DE SAN CRISTÓBAL**

Investigación / Descripción
<p><b>San Cristóbal.</b> El promedio de las TSs en intención de cambio conductual es 3.98 puntos (rango: 0-6 puntos). El 49% tiene la intención de exigir siempre el uso del condón al cliente, aunque lo pierda por ello (no atender al cliente, si este se niega a utilizarlo). Un 40.5% está dispuesta a pedir el uso del condón al cliente, pero sin perderlo (si el cliente se niega a utilizarlo, la TS le prestará sus servicios de todos modos). Un 55% está dispuesta a dejar de consumir alcohol mientras trabaja, un 88% a hacer lo mismo con las drogas, un 69% a no aceptar el coito anal y un 48% a disminuir el número de clientes.</p>
<p><b>Eje La Fría- San Antonio-Rubio.</b> El promedio obtenido en intención de cambio conductual es 4.52 (rango: 0-6 puntos). El 47.2% se concentra en la categoría alta (rango: 5-6 puntos) y el 52.8% en la categoría media (rango: 2-4 puntos). El promedio señalado significa que las TSs tienen la voluntad de: exigir siempre el uso del condón a sus clientes, aunque por ello los pierdan (58.4%); no ingerir alcohol (60.7%) ni consumir drogas (98.9%) durante la prestación de sus servicios; no aceptar el coito anal (93.3%), y disminuir el número de clientes (44.9%).</p>

protección. Muy a menudo, los clientes ofrecen más dinero y/o, en último término, amenazan con solicitar los servicios de otra profesional.

Las tasas de uso del preservativo por las TSs varían considerable-

mente según los países y contextos. Así, con relación a Sudamérica y Latinoamérica, lo utilizan: en México, un 88% (Uribe, Hernández, Del Río y Ortiz, 1995); en Santo Domingo, un 78.1% (Peguero, Castillo, Llorente, Bautista, Castro

y Rodríguez, 1992); y en Guyana, un 85.2% (Carter, Harry, Jeune y Nicholson, 1997). Otros autores hacen referencia también a la negativa de los clientes a usar protección, aun cuando les es solicitado por las TSs (Estébanez y Nájera, 1993; Tchaoudmirova, Domeika y Mardh, 1997).

En cuanto al consumo de alcohol, los porcentajes son muy elevados, dado el número de clientes a quienes prestan sus servicios, sobre todo los fines de semana, lo cual seguramente dificulta la adecuada toma de decisiones en relación con su salud y la de sus clientes. En no pocos casos, esta situación tiene que ver con la «comisión» que la TS recibe del establecimiento por el consumo de los clientes a quienes ellas atienden.

En cuanto a las drogas, el consumo es también preocupante, aunque mucho menos extendido. Así, tres TSs de Pueblo Nuevo (El Chivo), una del eje La Fría-San Antonio-Rubio y treinta de San Cristóbal manifiestan haberlas consumido, así sea poco frecuentemente. En ningún caso, se trata de drogas por vía endovenosa. La asociación entre la drogadicción, especialmente endovenosa, y el incremento de la prevalencia del VIH en TSs ha sido referido a menudo (ONUSIDA, 1999a; Estébanez, Fitch y Nájera, 1993; Wofsy, 1990).

**3.3.4. LA INTENCIÓN DE CAMBIO CONDUCTUAL (INCC)**

No se incluye en Pueblo Nuevo (El Chivo). En el Cuadro VI, aparecen los resultados obtenidos en San Cristóbal y en el eje La Fría-San Antonio-Rubio.

Es alentador el que todas las TSs, salvo una de San Cristóbal, formulen intenciones de cambio conductual en alguna de las dimensiones que incluye esta variable (uso del condón, ingestión de alcohol, consumo de drogas, coito anal y número de clientes) para proteger su salud y la de sus clientes, pero preocupa el que sólo un 49% en San Cristóbal y un 58.4% en el eje La Fría-San Antonio-Rubio tengan

intención de exigir siempre el uso del condón, aunque ello sponga la pérdida del cliente. Con todo, aun cuando las TSs cumplieran la totalidad de sus intenciones de cambio conductual, todavía un porcentaje muy elevado de ellas estaría en grave peligro de adquirir la infección por el VIH.

### 3.3.5. EL AUTOCONTROL (AUTC)

Sólo se maneja en el eje La Fría-San Antonio-Rubio. El promedio obtenido en esta variable por las TSs es 2.80 (rango: 0-5 puntos), concentrándose un 40.4% en la categoría alta (rango: 4-5 puntos). Tal promedio significa que las TSs deciden sobre: la aceptación o rechazo del cliente (51.7%), el importe de los servicios (37.1%), el uso del preservativo (57.3%), el tipo de práctica sexual -coito vaginal, coito anal, fellatio, etc.- (70.8%) y la duración o tiempo del servicio (62.9%).

Dos factores determinan la ausencia de control por parte de las TSs: la necesidad de dinero y la falta de habilidades para la negociación de las condiciones de prestación de servicios. Aunque es frecuente que el cliente ofrezca más dinero o amenace con acudir a otra TS con el objeto de conseguir que se le permita el coito vaginal sin protección, también se encuentran casos en que las TSs han adquirido habilidades para convencerlo de la conveniencia de utilizar el condón diciéndole que es para protegerlo a él o a su esposa e hijos. Otras, sucumben con relativa facilidad a los requerimientos del cliente.

### 3.4. Prevalencia del VIH

En los tres estudios, todas las TSs resultan seronegativas al VIH (ELISA). Dado que, al menos en otra ocasión y fuera de las investigaciones, la gran mayoría de ellas se ha sometido a la citada prueba de despistaje con resultado negativo, cabe pensar que la epidemia no se ha extendido entre las TSs del área geográfica investigada. Aragón (2000a) calcula un prevalencia del VIH del 0.2% en las TSs de Pueblo

Nuevo (El Chivo), basándose en los resultados obtenidos en la investigación realizada en esa localidad y en los registros existentes en su centro ambulatorio. (MSAS, 1999).

Como se ha indicado, es poca la información disponible sobre las TSs y el VIH/SIDA en Venezuela. En el Táchira, el MSDS informa de ocho TSs infectadas entre 1987-1998, de tres casos nuevos en 1999 y de otros seis casos nuevos en 2000 (Dirección Regional de Salud del Estado Táchira, Coordinación Regional de ITS/SIDA, 2000, 2001). Lamentablemente, se desconoce si este aumento de la incidencia en los años 1999 y 2000 es producto de una mejora en los sistemas de rastreo, de un crecimiento del número de TSs, de un incremento de la cantidad de pruebas de despistaje que se han efectuado, de un aumento en la propagación de la epidemia y/o de otros factores. Tampoco se sabe, si la situación es similar en toda la frontera con Colombia y en el resto de Venezuela.

### 3.5. Relaciones entre las Variables

Puesto que todas las TSs resultan seronegativas al VIH, no se pueden relacionar las variables cognitivo-conductuales con la condición sérica, pero sí aquellas entre sí. Cuando se analizaron los valores  $c^2$ , los grados de libertad y el nivel de significación resultantes al cruzar entre sí las distintas variables cognitivo-conductuales, se evidenció la necesidad de agrupar categorías para obtener estadísticos confiables. Como resultados encontramos que las tres variables cognitivo-conductuales (INVS, PRIV y CRIV) manejadas en Pueblo Nuevo (El Chivo) mantienen asociación entre sí a un nivel de significación del 5% o menos. Lo mismo sucede con las cuatro variables utilizadas en San Cristóbal (INVS, PRIV, CRIV e INCC). Sin embargo, en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, sólo la mitad de los cruces posibles entre las cinco variables investigadas (INVS, PRIV, CRIV, INCC y AUTC) muestran relaciones. Ahora bien,

puesto que  $c^2$  no expresa la dirección de las relaciones entre las variables, fue necesario acudir a la información que proporcionan los porcentajes y promedios de las categorías en los diferentes cruces. Veamos el análisis de los resultados:

#### 3.5.1. INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA

La información sobre el VIH/SIDA (INVS) se asocia (N.S.<0.05%): (a) en Pueblo Nuevo (El Chivo), con las otras dos variables incluidas en la investigación -percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) y conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV)-, siendo la dirección de las relaciones «a mayor INVS, mayor PRIV y menor CRIV»; y (b) en San Cristóbal, con el resto de las variables sometidas a estudio -percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV), conducta de riesgo de infección (CRIV), e intención de cambio conductual (INCC)-, siendo el sentido de las relaciones «a mayor INVS, mayor PRIV, menor CRIV y mayor INCC». Sin embargo, (c) en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, no presenta relación (N.S.<0.05%) con ninguna de las variables investigadas: información sobre el VIH/SIDA (INVS), percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV), conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV), intención de cambio conductual (INCC) y autocontrol (AUTC).

En un principio, muchos investigadores consideraron la información como punto clave o central en los programas para reducir el VIH/SIDA y varios modelos incluyeron la variable, sean el Modelo de Reducción de Riesgo del SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990) y el Modelo de Información, Motivación y Destrezas Conductuales (Ficher y Fisher, 1992). Así, se utilizaron los medios masivos de comunicación social para incrementar la conciencia de los ciudadanos acerca del VIH/SIDA, especialmente, respecto a su peligrosidad y formas de transmisión y prevención. Aunque se consiguieron algunos objetivos, como mejorar la

información de la población y, en alguna medida, cambios de conducta (Holtgrave, 1997), lo cierto es que la epidemia continuó su progreso. Indudablemente, se dio una excesiva importancia a la información en los programas de intervención para reducir la epidemia.

Múltiples factores determinan que personas con una muy buena información sobre la enfermedad continúen practicando conductas riesgosas para su salud, de ahí que no pocos autores consideren que la información sobre el VIH/SIDA es poco útil para predecir cambios de conducta tendentes a proteger la salud (Preciado Montesinos, 1992; Díaz, 1996). Cabe pensar que un mínimo información es necesaria para generar un cambio de conducta, pero, a menudo, ella sola es insuficiente.

### 3.5.2. PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH

La percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) se asocia ( $N.S. < 0.05\%$ ): (a) en Pueblo Nuevo (El Chivo), con las otras dos variables incluidas en la investigación – información sobre el VIH/SIDA (INVS) y conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV)-, siendo la dirección de las relaciones «a mayor PRIV, mayor INVS y menor CRIV»; y (b) en San Cristóbal, con el resto de las variables sometidas a estudio –información sobre el VIH/SIDA (INVS), conducta de riesgo de infección (CRIV) e intención de cambio conductual (INCC)-, siendo el sentido de las relaciones «a mayor PRIV, mayor INVS, menor CRIV y mayor INCC». Ahora bien, (c) en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, presenta relación con dos de las variables investigadas -intención de cambio conductual (INCC) y autocontrol (AUTC)-, pero no con el resto ( $N.S. < 0.05\%$ ) -información sobre el VIH/SIDA (INVS) y conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV)-, siendo el sentido de las relaciones «a mayor PRIV, mayor INCC y menor AUTC».

Pocas variables han sido tan utilizadas como la percepción del riesgo de infección en los programas

de intervención primaria, ya se sustenten dichos programas enteramente en alguna o algunas de las teorías o modelos de cambio de conducta –sean el Modelo de Reducción de Riesgo del SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990), el Modelo de Información, Motivación y Destrezas Conductuales (Ficher y Fisher, 1992) y el Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, Strecher y Becker, 1988)-, lo hagan sólo parcialmente o utilicen el constructo con independencia de las teorías o modelos.

La percepción o conciencia del peligro que una persona corre al llevar a cabo determinadas conductas exige que la misma posea algún conocimiento o información al respecto, pero la conciencia del riesgo va más allá de la pura información, implica darse cuenta de que el riesgo no es ajeno, si se llevan a cabo prácticas peligrosas. La utilidad de la percepción del riesgo para predecir el comportamiento ha sido comprobado por los investigadores (Gregson, Zhuwau, Anderson y Chandiwana, 1998; Ford, Wirawan, Fajans y Torpe, 1995; Díaz, 1996), aunque no siempre tal utilidad ha sido confirmada (Díaz-Loving y Rivera, 1990, 1992). Como lo señala Bayés (1995), es frecuente que personas, incluso aquellas que poseen muy buenos conocimientos y tienen conciencia del riesgo que corren, lo minusvaloricen y actúen como si el asunto no tuviera nada que ver con ellas.

### 3.5.3. CONDUCTA DE RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH

La conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV) se asocia ( $N.S. < 0.05\%$ ): (a) en Pueblo Nuevo (El Chivo), con las otras dos variables incluidas en la investigación – información sobre el VIH/SIDA (INVS) y percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV)-, en el sentido de que las TSs que poseen menor CRIV, tienen mayor INVS y mayor PRIV; (b) en San Cristóbal, con el resto de las variables investigadas –información sobre el VIH/SIDA (INVS), percepción del

riesgo de infección por el VIH (PRIV) e intención de cambio conductual (INCC)-, en el sentido de que las TSs que poseen menor CRIV, tienen mayor INVS, mayor PRIV y mayor INCC. Ahora bien, (c) en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, presenta asociación ( $N.S. < 0.05\%$ ) con dos de las variables manejadas -intención de cambio conductual (INCC) y autocontrol (AUTC)-, en el sentido de que la CRIV de las TSs disminuye al incrementarse su INCC y su AUTC, pero no se asocia con el resto de las variables: información sobre el VIH/SIDA (INVS) y percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV).

La conducta constituye la variable dependiente de todos los modelos y teorías de cambio de conducta: se trata de controlarla de modo que se puedan eliminar las prácticas riesgosas y sustituirlas por otras seguras o más seguras y mantener aquellas que son saludables. Ahora bien, un programa de intervención primaria debe demostrar no sólo que es capaz de cambiar el comportamiento riesgoso y mantener el saludable entre la población, sino también de reducir las tasas de infección. Hay poca evaluación al respecto y, a veces, la reducción de la epidemia es resultado del curso natural y no de las intervenciones (ONUSIDA, 1999c). Programas nacionales como los de Uganda y Tailandia (ONUSIDA, 1998d, 1998e) han sido exitosos y hay que aprender de ellos y, en ambos, se prestó atención a las TSs. Otras intervenciones con TSs y/o sus clientes han resultado exitosas para incrementar, por ejemplo, el uso del preservativo (Fox, Bailey, Clarke-Martínez y otros, 1993; Opore, Tirtoree y Bayor, 1994; Visturatna, Lindan, Sirhorachai y Mandel, 1995).

### 3.5.4. INTENCIÓN DE CAMBIO CONDUCTUAL

La intención de cambio conductual (INCC) no se incluye en Pueblo Nuevo (El Chivo), pero sí en San Cristóbal y en el Eje La Fría-San Antonio-Rubio. Así: (a) en San Cristóbal, se relaciona con las otras

tres variables incluidas en la investigación –información sobre el VIH/SIDA (INVS), percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) y conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV)-, en el sentido de que las TSs que poseen mayor INCC, también poseen mayor INVS y mayor PRIV, pero menor CRIV; y (b) en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, no se asocia con la información sobre el VIH/SIDA (INVS), pero sí con la percepción del riesgo de infección con el VIH (PRIV), con la conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV) y con el autocontrol (AUTC); aquellas TSs que tienen mayor INCC, también poseen mayor PRIV y mayor AUTC, pero menor CRIV.

Tiene sentido pensar que, si alguien posee la intención, voluntad o determinación de modificar su conducta en una dirección dada – sea hacia determinadas prácticas más saludables o, tal vez, hacia otras menos saludables- o de permanecer como está, ello tenga más probabilidades de concretarse que si no poseyera tal intención o determinación. Entre otros, han recogido este constructo el Modelo de Etapas Múltiples (Werch y Diclemente, 1994), la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1975) y el Modelo de Reducción de Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990).

No pocas investigaciones confirman el valor de la intención de cambio conductual para predecir, sea el caso, la modificación del comportamiento en la dirección deseada, como el uso del condón (Kalichman, 1998; Díaz-Loving y Rivera, 1995; Díaz, 1996). Pero también es cierto que entre la intención y la acción hay un trecho que hay que salvar. Así, con harta frecuencia, personas con intención de cambio conductual, por ejemplo, hacia prácticas más saludables en relación con la infección por el VIH –como el uso de protección-, de hecho, no concretan tales intenciones, y es que la asociación está mediada por múltiples variables, una de las cuales es el autocontrol -a menudo denominado autoeficacia percibida o, simplemente,

te, autoeficacia-, es decir, las expectativas que el sujeto tiene acerca de su habilidad para llevar a cabo determinada conducta.

### 3.5.5. AUTOCONTROL

El autocontrol (AUTC) se maneja únicamente en el eje La Fría-San Antonio-Rubio, y no muestra relación con la información sobre el VIH/SIDA (INVS), pero sí con la percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV), con la conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV) y con la intención de cambio conductual (INCC), en el sentido de que a mayor AUTC, menor PRIV y menor CRIV, pero mayor INCC.

El autocontrol ocupa un lugar preponderante en la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986, 1977) y ha sido incluida también en el Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, Strecher y Becker, 1988) y en el Modelo de Reducción del Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990). Abundan las investigaciones que muestran la relación entre el autocontrol y el resto de las variables incorporadas en este informe (Ford, Wirawan y Fajans, 1998; Ford, Wirawan, Fajans y Torpe, 1995; Nemoto, Aoki, Huang y Ching, 1998; Buunk, Bakker, Siero y otros, 1998; Reitman, Saint Lawrence, Jefferson y otros, 1996).

Resalta que, en general, aquellas investigaciones que han manejado la autoeficacia, han encontrado una fuerte asociación entre esta variable y la conducta relacionada con la infección por el VIH y que las intervenciones dirigidas a proporcionar habilidades que incrementan la autoeficacia para practicar sexo seguro han logrado un aumento en las conductas sexuales saludables. Con todo, la elevada autoeficacia requiere de las correspondientes habilidades para llevar a cabo prácticas que preservan la salud.

### Conclusiones

1. Dado que todas las TSs de las tres investigaciones resultan seronegativas al VIH, ello permite pensar que el virus no se ha propagado ampliamente entre las

mismas en las áreas geográficas investigadas. Con todo, preocupa el incremento de la incidencia del VIH entre las TSs del Estado Táchira durante los años 1999 y 2000 (Dirección Regional de Salud del Estado Táchira. Coordinación Regional de ITS/SIDA, 2000, 2001), puesto que puede indicar un aumento de la prevalencia del virus entre las mismas.

2. La información sobre el VIH/SIDA, en algunas TSs, es casi nula; en otras, está plagada de lagunas, y, en otras más, está salpicada de errores. Sólo una minoría dispone de información correcta y suficiente. Preocupa especialmente: (a) el desconocimiento de las vías de transmisión del virus y de las estrategias de prevención del mismo en un elevado porcentaje de TSs, información que es muy importante para el mantenimiento de la salud, tanto de ellas mismas como de sus clientes; (b) la confusión entre el VIH y el SIDA, y entre ser VIH+ y tener SIDA, en algunas TSs, las cuales estiman que pueden distinguir a simple vista a un seropositivo y utilizan sus apreciaciones para seleccionar a los clientes, sintiéndose con ello más seguras o más protegidas; y (c) la creencia entre no pocas TSs de que la prueba de despistaje, más que un diagnóstico, es una manera de evitar ser infectadas, por lo que el conocer la condición de ser seronegativas al VIH después de una prueba opera en ellas como un reforzador de su acerbo conductual –sea cual fuere este- y les confirma que pueden seguir con sus prácticas.

3. Numerosas TSs no se perciben en riesgo de infección por el VIH y, aunque la mayoría tiene en alguna medida conciencia del peligro que corre, lo cierto es que tal percepción se enmascara con errores de concepto y con excusas, lo cual cabe disminuya la eficacia que tal percepción pudiera tener para formular intenciones de cambio conductual dirigidas a conservar la salud y para concretar realmente dichas intenciones en prácticas más seguras.

4. Es muy preocupante que las TSs: (a) sólo en un 5%, un 33% y un 59.4%, según la investigación, exigen siempre el uso del condón, aunque ello implique la pérdida del cliente, si este se niega a utilizar tal protección, lo que sucede muy a menudo y (b) en su gran mayoría, consumen bebidas alcohólicas o drogas en el ejercicio de su actividad profesional, lo cual disminuye su capacidad de tomar decisiones firmes y acertadas, dirigidas a la conservación de su salud y la de sus clientes.

5. Salvo un caso, todas las TSs, en las que se investiga la variable intención de cambio conductual (San Cristóbal y eje La Fría-San Antonio-Rubio), manifiestan su designio o voluntad de modificar algunas prácticas riesgosas por otras más saludables. Sin embargo, aunque concretaran en la realidad tal designio o voluntad, todavía la gran mayoría de ellas se mantendría en grave peligro de adquirir el VIH, preocupando sobre todo el que sólo un 49% y un 58.4% de las mismas en San Cristóbal y en el eje La Fría-Rubio-San Antonio, respectivamente, exprese su intención de exigir siempre el uso del condón, aun cuando ello suponga la pérdida del cliente.

6. Las TSs del eje La Fría-Rubio-San Antonio, que son las únicas en las que se estudia la variable autocontrol, controlan sólo muy parcialmente los distintos aspectos de la contratación de sus servicios, siendo especialmente peligroso que un 42.7% y un 29.8% no controle el uso del preservativo y el tipo de práctica sexual, respectivamente. Entre los factores que disminuyen el control están: (a) la negativa del cliente a utilizar el preservativo, (b) la oferta de más dinero por parte del cliente para no usar el preservativo o para que se le permita practicar algún tipo de actividad sexual, (c) la amenaza del cliente de prescindir de los servicios de la TS que le exige el uso del preservativo y acudir a otra que no le haga tal exigencia, (d) la necesidad económica de la TS, lo cual hace difícil que esta rechace al cliente que se niega a utilizar el preservativo y (e) la falta de

habilidades de la TS para negociar las condiciones de prestación de los servicios profesionales.

7. Dado que todas las TSs de las tres investigaciones resultan seronegativas al VIH, no se puede relacionar la condición serológica con las variables cognitivoconductuales.

8. Todas las variables cognitivoconductuales –información sobre el VIH/SIDA (INVS), percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV), conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV), intención de cambio conductual (INCC) y autocontrol (AUTC)– presentan asociaciones ( $p < 0.05\%$ ) con al menos otras dos de tales variables, siquiera, en una de las investigaciones. En *Pueblo Nuevo (El Chivo)*, las tres variables estudiadas (INVS, PRIV, CRIV) se relacionan entre sí; las TSs con mayor información sobre el VIH/SIDA tienen mayor percepción del riesgo de infección por el VIH y menor conducta de riesgo de infección por VIH. En San Cristóbal, las cuatro variables manejadas (INVS, PRIV, CRIV, INCC) muestran dependencia; las TSs que presentan mayor información sobre el VIH/SIDA, presentan mayor percepción del riesgo de infección por el VIH, mayor intención de cambio conductual y menor conducta de riesgo de infección por el VIH. En el eje *La Fría-San Antonio-Rubio*, salvo la información sobre el VIH/SIDA, el resto de las variables estudiadas (PRIV, CRIV, INCC y AUTC) se relacionan al menos con otras dos, así, las TSs: (a) con mayor percepción del riesgo de infección por el VIH, muestran mayor intención de cambio conductual y menor autocontrol; (c) con menor conducta de riesgo de infección por el VIH, presentan mayor intención de cambio conductual y menor autocontrol; (d) con mayor intención de cambio conductual tienen mayor percepción del riesgo de infección, menor conducta de riesgo de infección y mayor autocontrol, y (e) con mayor autocontrol poseen mayor intención de cambio conductual, menor conducta de riesgo de infección por el VIH y menor percepción del riesgo de infección por el VIH.

## Recomendaciones

1. Incluir investigación cualitativa, como complemento de la cuantitativa, a fin de lograr una mayor profundización en el estudio.
2. Incorporar la investigación-acción, de modo que, superando la fase diagnóstica, se lleven a cabo intervenciones en los grupos ya estudiados, sustentando las mismas en los resultados obtenidos, de modo que se vayan resolviendo los problemas y satisfaciendo las necesidades, a medida que se continua investigando. Para lograr un cambio de conducta hacia prácticas más seguras, es necesario favorecer o propiciar en las TSs un aumento de la información sobre el VIH/SIDA, un incremento en la percepción del riesgo de infección por el VIH, una fuerte intención de modificar las conductas riesgosas por otras más seguras y un mayor control de las condiciones en que prestan sus servicios profesionales mediante el adecuado adiestramiento en las habilidades necesarias.
3. Continuar las investigaciones en las distintas entidades federales incluidas en el programa hasta cubrir el área venezolana de la frontera con la vecina República de Colombia y completar los diagnósticos de la situación del VIH en las TSs, los cuales permitan sustentar las intervenciones correspondientes y ajustar estas a los problemas y necesidades identificados en cada grupo específico.
4. Añadir otras variables tales como autoestima, actitudes, motivación, norma social, empoderamiento y expectativas de los resultados, las cuales han sido incluidas en distintos modelos y teorías de cambio de conducta, con la finalidad de determinar la manera en que operan y, en su caso, utilizarlas en los procesos de intervención.
5. En las futuras investigaciones cuantitativas, mejorar, hasta donde sea posible, el procedimiento de muestreo, aumentar el número de TSs en cada muestra y utilizar estadísticos más fuertes.

## Bibliografía

- AIZEN, I. y FISHBEIN, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- ALARCÓN V., J.; PALACIOSA, O.; TEJADA V., A.; FOREIT, J.; PISCOYA S., J.; WIGNAL, S. y PHILLIPS, I. (1991). Investigación operacional de prevención del SIDA en prostitutas del Callao, Lima-Perú, 1988-1989. *Revista Peruana de Epidemiología*, 4(1), 16-25.
- ARAGON D., J. (2000a). Programa de investigación sobre las trabajadoras sexuales como vector de propagación del VIH en el área venezolana de la frontera con la República de Colombia. Trabajo aceptado para publicación.
- ARAGON D., J. (2000b). Características socioeducativas y del servicio sexual, información, percepción de riesgo, conducta de riesgo, intención de cambio conductual y seroprevalencia del VIH en trabajadoras Sexuales de San Cristóbal, estado Táchira (Venezuela). San Cristóbal, trabajo aceptado para publicación.
- ARAGON D., J. y GLOD, E. (1999). Información, percepción del riesgo, conducta de riesgo y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de Pueblo Nuevo (El Chivo), estado Zulia (Venezuela). *Sexología*, IV(1), 5-39.
- BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought & action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- BANDURA, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- BAYEZ, R. (1995). Sida y psicología. Barcelona: Martínez Roca.
- BUSQUERA, R. (1989). Métodos de investigación científica. Guía Práctica. Barcelona: CEAC.
- BUUNK, B.; BAKKER, A.; SIERO, F.; EIJNDEN, R. e YZER, M. (1998). Predictors of AIDS-preventive behavioral intentions among adult heterosexuals at risk for HIV-infection: extending current models and measures. *AIDS Education and Prevention*, 9(Suppl. B): 92-104.
- CARTER, K. H.; HARRY, B. P.; JEUNE, M. y NICHOLSON, D. (1997). Percepción del riesgo, comportamientos riesgosos y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de Georgetown, Guyana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(4), 238-246.
- CASABONA, J.; SANCHEZ, E.; SALMAS, R.; LACASA, C. y VERANI, P. (1990). Seroprevalence and risk factors for HIV transmisión among female prostitutes: a community survey. *European Journal of Epidemiology*, 6, 248-252.
- CASTRO de BETANJER, E.; ECHEVERRIA de PEREZ, G. y COURA, J. R. (1996). An epidemiological approach to HIV 1/2 infection among female sex workers and gay men of Margarita Island, XI International Conference on AIDS, Vancouver, 7/7 14, Session Mo.C. 1438.
- CATANIA, J. A.; KEGELES, S. M. y COATES, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- CAZAREZ, H. L. (1991). Técnicas de investigación documental. México: Trillas.
- CNN en Español (abril 2001). Prueban entre 7.500 voluntarios una vacuna contra el sida. En: <http://www.cnnenespanol.com/2001/salud/04/06/sida/index.html> (Consulta 2001, abril 7).
- CHAVEZ M., J. (2001). Venezuela no podrá rechazar la ayuda estadounidense. 250 mil personas tienen SIDA en Venezuela. *Primicia*, 174, 8-15.
- DIAZ, R. M. (1996). Riesgo de VIH en gays/bisexuales latinos: una reseña de investigación. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 77(1), 7-40.
- DIAZ-LOVING, R. y RIVERA A., S. (1995). Prevención de contagio de VIH: Aplicación de la Teoría de Acción Razonada a la predicción de uso del condón. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 71-87.
- DIAZ-LOVING, R. y RIVERA A., S. (1992). Percepción y auto-percepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*, 2, 27-38.
- Dirección Regional de Salud del Estado Táchira. Coordinación Regional de ITS/SIDA. (2001). VIH/SIDA Estado Táchira reportados desde 1987 hasta 2000. San Cristóbal, datos mimeografiados.
- Dirección Regional de Salud del Estado Táchira. Coordinación Regional de ITS/SIDA. (2000). VIH/SIDA en el estado Táchira 1987-1999. San Cristóbal, datos mimeografiados.
- ESTEBANEZ, P. y NÁJERA M., R. (1993). Virus de la inmunodeficiencia humana y uso de condones. En R. Nájera M. Y J. González-Lahoz (Eds.), *Avances en SIDA 1992-1993*. Editoriales y revisiones de la publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de S.I.D.A. (pp. 55-60). Madrid: IDEPSA.
- ESTEBANEZ, P.; FICHT, K. y NAJERA M., R. (1993). El VIH y las trabajadoras sexuales. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 175(5), 415-443.
- FICHER, J. D. y FISHER, W. A. (1992). Changing AIDS-Risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- FORD, K.; WIRAWAN, D. y FAJANS, P. (1998). Factors related to condom use among four groups of female sex workers in Bali, Indonesia. *AIDS Education and Prevention*, 7(1), 34-35.
- FORD, K.; WIRAWAN, D.; FAJANS, P. y TORPE, L. (1995). AIDS knowledge, risk behaviors, and factors related to condom use among male commercial sex workers and male tourist clients in Bali, Indonesia. *AIDS*, 9, 751-759.
- FOX, L.; BAILEY, P.; CLARKE-MARTINEZ, K; COELLO, M.; ORDÓÑEZ, F. y BARAHONA, F. (1993). Condom use among highrisk women in Honduras: evaluation of an AIDS prevention programme. *AIDS Education and Prevention*, 5(7), 1-10.
- GARCIA F., B. y ARAGON D., J. (1997). Cuidarse del SIDA. Caracas: San Pablo.
- GARZA M., A. (1988). Manual de técnicas de investigación. México: HARLA.
- GLOD, E. (2000). Características socioeducativas y del servicio sexual, información, percepción de riesgo, conducta de riesgo, intención de cambio conductual y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de San Cristóbal, estado Táchira (Venezuela). Trabajo aceptado para publicación.
- GREGSON, S.; ZHUWAW, T.; ANDERSON, R. y CHANDIWANA, S. (1998). Is there evidence for behaviour change in response to AIDS in rural Zimbabwe? *Sociol. Sci. Med.*, 46(3), 321-330.
- HERNÁNDEZ, L. y CHRISTEN, M. (1991). Técnicas actuales de investigación documental. México: Trillas.
- HERNÁNDEZ S., R.; FERNÁNDEZ C., C. y BAPTISTA L., P. (1998). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill Interamericana.
- HERNÁNDEZ, A., M.; URIBE Z., P. y ZALDUONDO, B. (1992). Diversity in commercial sex work systems: Preliminary findings from México City and their implications for AIDS interventions. En L. Chen, J. Sepúlveda A. y S. H. Segal (Eds.). *AIDS and women's reproductive health*. Nueva York: Plenum Press.
- HOLTGRAVE, D. (1997). Public health communication strategies for HIV prevention: past and emerging roles. *AIDS*, 117(Suppl. A), S183-S190.
- JACKSON, L.; HIGHCREST, A. y COATES, R. A. (1992). Varied potential risks of HIV infection among prostitutes. *Soc. Science Medicine*, 35(3), 281-286.
- KALICHMAN, S. (1998). Preventing AIDS: a sourcebook for behavioural interventions. Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.
- KALICHMAN, S. y HOSPERS, H. (1997). Efficacy of behavioural-skills enhancement risk-reduction

- interventions in community settings. *AIDS*, 77 (Suppl. A), S191-S199.
- KERLINGER, F. H. (1975). Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. México: Nueva Editorial Interamericana.
- KING, R. (1999). Sexual behavioural change for HIV: where have theories taken us? Ginebra: UNAIDS.
- MCLEROY, K.; BIBEAU, D.; STECKLER, A. y GLANZ, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
- MERTENS, T. E. y LOW-BEER, D. (1997). ¿Hacia dónde se encamina la epidemia de infección por VIH y SIDA? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(3), 220-228.
- MSDS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2000). Estadísticas VIH/SIDA 1999. Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico. Caracas.
- MSAS. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). Estadísticas del VIH/SIDA en la población de Pueblo Nuevo (El Chivo), estado Zulia. Datos no publicados del Ambulatorio de Pueblo Nuevo (El Chivo) y del Hospital Sta. Bárbara del Zulia.
- NEMOTO, T.; AOKI, B.; HUANG, K. y CHING, A. (1998). Drug use and HIV risk behaviors among Asians in San Francisco. 12<sup>th</sup> International Conference on AIDS Geneva [24152].
- ONUSIDA (UNAIDS) (2001a). Population mobility and AIDS. Best Practice Collection. Technical update. Ginebra: autor.
- ONUSIDA (UNAIDS) (2001b). El SIDA: cuidados paliativos. Colección de Prácticas Óptimas. Actualización técnica. Ginebra.
- ONUSIDA (UNAIDS) (2000a). La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000. (Página Web en línea). Disponible: <http://www.unaids.org/publications-/documents/edipemiology> (Consulta, 2000, diciembre 1).
- ONUSIDA (UNAIDS) (2000b). Provisional report. HIV and AIDS in the Americas: an epidemic with many faces. Noviembre 2000. (Página Web en línea). Disponible: <http://www.unaids.org/publications-/documents/edipemiology>. (Consulta, 2000, diciembre 1).
- ONUSIDA (UNAIDS) (1999a). La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999. (Página Web en línea). Disponible: <http://www.unaids.org/publications-/documents/edipemiology> (Consulta, 2000, febrero 28).
- ONUSIDA (UNAIDS) (1999b). Acceso a los medicamentos. Colección de Prácticas Óptimas. Actualización técnica. Ginebra.
- ONUSIDA (UNAIDS) (1999c). Trends in HIV incidence and prevalence: natural course of the epidemic or results of behavioural change? Ginebra.
- ONUSIDA (UNAIDS) (1998a). El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones. Ginebra.
- ONUSIDA (UNAIDS) (1998b). El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones. Resumen. Ginebra.
- ONUSIDA (UNAIDS) (1998c). Ampliación de la respuesta mundial al VIH-SIDA a través de una acción orientada. Reducción del riesgo de vulnerabilidad: definiciones, principios y vías. Ginebra.
- ONUSIDA (UNAIDS) (1998d). Un indicador del éxito en Uganda. La importancia de vigilar la prevalencia del VIH y el comportamiento sexual. Colección de Prácticas Óptimas. Estudio de casos. Ginebra.
- ONUSIDA (UNAIDS) (1998e). Vinculación entre la reducción de las tasas de infección por el VIH y los cambios en el comportamiento sexual en Tailandia: reunión y comparación de datos. Colección de Prácticas Óptimas. Estudio de casos. Ginebra.
- OPARE, B.; TIRTOREE, L. y BAYOR, S. (1994). Strategy to attitudinal change in CSW, Wa. Ghana. 10<sup>th</sup> International Conference on AIDS Yokohama (PDO455).
- OMS. Organización Mundial de la Salud (1989). Consensus statement from the consultation on HIV epidemiology and prostitution. Ginebra: WHO/GPA/INF/89.11.
- PADIAN, N. (1988). Editorial review: prostitute women and AIDS: epidemiology. *AIDS*, 2(6), 413-419.
- PAREJA, R.; ROSARIO, S.; SMITH, W. y otros (1989). Uso y manejo del preservativo entre trabajadoras sexuales de Santo Domingo: conocimientos y destreza. *Intercambio*, 2, 7-9.
- PEGUERO M., H. E.; CASTILLO G., A. E.; LLORENTE M., G. M.; BAUTISTA M., H.; CASTRO B., G. y RODRIGUEZ A., M. (1992). Prevalencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en prostitutas de Sta. Domingo. *Revista Médica Dominicana*, 53(4), 140-142.
- PRECIADO, J. y MONTESINOS, L. (1992). El SIDA: desafíos para la psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24(1-2), 177-187.
- REITMAN, D.; SAINT LAWRANCE, J.; JEFFERSON, K.; ALLEYNE, E.; BRASFIELD, T. y SHIRLEY, A. (1996). Predictors of African American Adolescents condom use and HIV risk behavior. *AIDS Education and Prevention*, 8(6), 499-515.
- ROSENSTOCK, I.; STRECHER, V. y BECKER, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- RUIZ, C. (1998). Instrumentos de investigación educativa. Caracas: CIDEG.
- TCHAUODMIROVA, K.; DOMEIKA, M. y MARDH, P. A. (1997). Demographic data on prostitutes from Bulgaria a recruitment country for international (migratory) prostitutes. *AIDS*, 8(3), 187-91.
- TAMAYO y TAMAYO, M. (1995). Metodología de la investigación. Bogotá: ICFES.
- UNA. Universidad Nacional Abierta. (1998). Técnicas de documentación e investigación I. Estudios Generales. Caracas.
- URIBE Z., P.; HERNANDEZ, T., G.; DEL RIO CH., C. y ORTIZ, V. (1995). Prostitución y SIDA en la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 37(6), 592-601.
- VISTURATNA, S.; LINDAN, C.; SIRHORACHAI, A. y MANDEL, J. (1995). «Superstar» and «model brothel»: developing and evaluating a condom promotion program for sex establishments in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 9(Suppl. 1): S69-S75.
- WERCH, C. E. y DICLEMENTE, C. C. (1994). A multi-component stagemodel for matching drugprevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- WOFYSY, C. (1990). AIDS and HIV infection in prostitutes: Epidemiology. En P. T. Cohen, A. Volberding M., P. A. Volberding (Eds.), *The AIDS knowledge base*. Massachusetts: The Medical Publishing Group.

### Jesús Aragón D.

Profesor del Departamento de Orientación y Psicología de la Universidad de Los Andes Táchira, Venezuela. Mg. Orientación.

#### e-mail:

jesusaragon@cantv.net

*Este constituye una síntesis del trabajo presentado en el XV Congreso Mundial de Sexología «Back to the Future», celebrado en París del 24 al 28 de junio de 2001.*

Fecha de recepción:

julio 2001

Fecha de aprobación definitiva: marzo 2002