

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

Jesús Aragón Díez *

Resumen

Se investiga a las trabajadoras sexuales como vector de propagación del VIH/SIDA en el área venezolana de la frontera con la República de Colombia, para obtener información contextualizada que permita los correspondientes y acertados diagnósticos y las subsecuentes y eficaces intervenciones. Se considera la transmisión del VIH como un problema fundamentalmente conductual y, por ahora, se están estudiando las relaciones entre las siguientes variables: características socioindividuales, condiciones del trabajo sexual, información, percepción del riesgo, conductas de riesgo, intenciones de cambio conductual y prevalencia del VIH, mediante entrevistas y pruebas de despistaje. Ya se ha realizado el primer proyecto en Pueblo Nuevo-El Chivo (estado Zulia), cuyos resultados se mencionan; otro, en San Cristóbal (estado Táchira), está en fase de terminación y dos más en preparación.

Palabras Clave: VIH. SIDA. Trabajadoras sexuales. Características socioindividuales. Condiciones del trabajo sexual. Percepción del riesgo. Conductas de riesgo. Cambio conductual. Frontera. Venezuela.

Research program on female sexual workers as a vector of the spreading of HIV in the venezuelan border with Colombia

ABSTRACT: Female sexual workers are researched as a vector of the spreading of HIV in the Venezuelan border with Colombia, in order to get contextualized information that point to the corresponding accurate diagnoses and the subsequent effective interventions. HIV transmission is considered mainly as a behavioral problem and, for the time being, the relations between the following variables are being studied: sociological and individual characteristics, conditions of social work, information, perception of risk, risk behavior, behavioral change intentions and HIV prevalence. They are being studied by means of interview and ELISA tests. The first project has already been carried out in Pueblo Nuevo-El Chivo (Zulia State), the outcomes of which are mentioned here. Another one, in San Cristóbal (Táchira State) is in its final stage and two more are in preparation.

Key Words: HIV. AIDS. Female sexual workers. Sociological and individual characteristics. Conditions of social work. Perception of risk. Risk behavior. Behavioral change intention. Border. Venezuela.

Introducción

En este trabajo, se describe un programa de investigación sobre las trabajadoras sexuales (TS) como vector de propagación del VIH/SIDA en el área venezolana de la frontera con la República de Colombia, el cual llevan a cabo la Universidad de Los Andes (ULA) y el Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV).

El 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 (ETS), específicamente el VIH/SIDA. No hace sino cuatro lustros que se diagnosticó el primer caso de VIH/SIDA. En tan corto lapso de tiempo transcurrido, la enfermedad se ha convertido en una pandemia que amenaza la salud de toda la humanidad sin respetar edad, sexo, profesión, color, nacionalidad o cualesquiera otra condición individual, social o cultural.

En el mundo, los decesos e infectados se cuentan por decenas de millones; en Latinoamérica y el Caribe, los tres millones ya han sido superados (OMS, 1999), y, en Venezuela, las autoridades sanitarias informan que no están muy lejos los ocho mil casos con más de cuatro mil defunciones (MSAS, 1999). Pero lo más grave de

todo es que la infección no se detiene y que el número de los contabilizados en no pocos países es en realidad un sub-registro (Mertens y Low-Beer, 1997).

Interesa aquí Venezuela. Frente a los más de siete mil seropositivos reconocidos oficialmente (tasa cercana a los 33 casos por 100.000), algunas organizaciones no gubernamentales (ONGs) estiman que su número puede estar entre los 50.000 y 100.000, otras señalan un intervalo de 100.000 a 300.000 y otras más apuntan a los 500.000. El primer cálculo puede ser hasta conservador (Aragón y Glod, 1999). Asumir que sólo uno de cada diez, veinte y hasta cincuenta y cien seropositivos conoce su condición es común en investigación epidemiológica sobre el VIH/SIDA.

En los últimos años, la pauta de transmisión del VIH ha cambiado (Mertens y Low-Berr, 1997; Caballero, 1996). Las vías de transmisión reconocidas por la OMS (1990) son: el contacto sexual, la exposición a sangre y productos derivados de ella por transfusiones o accidentes laborales, el trasplante de órganos y tejidos, la donación de semen y la perinatal. Desde hace años, el contacto sexual es la más importante, por lo que el máximo organismo de sanidad ha declarado el VIH/SIDA como una ETS.

En efecto, al inicio de la enfermedad, se identificaron como principales focos de infección los llamados grupos de alto riesgo conformados por varones homosexuales y bisexuales, drogadictos intravenosos, trabajadoras sexuales y hemofílicos transfundidos. Hoy día, en la mayoría de los países, la enfermedad afecta en porcentajes cada vez mayores a mujeres y varones heterosexuales que no pertenecen a los grupos de riesgo. Por ello, es más acertado hablar de prácticas, conductas o comportamientos de riesgo que de grupos de riesgo (Caballero, 1996), lo cual conlleva reorientar los procedimientos de prevención (Sáez, 1996).

Lo dicho no significa que hayan desaparecido los grupos de riesgo. Las trabajadoras sexuales (TS) y sus

clientes siguen siendo un importante vector de transmisión del VIH/SIDA, el cual se potencia en las áreas fronterizas por las condiciones epidemiológicas especiales que las caracterizan, tales como el intercambio comercial y las migraciones. En el caso de la frontera colombo-venezolana, hay que añadir la depresión económica y los ineficaces controles administrativos y sanitarios (Aragón y Glod, 1999).

El programa se justifica si se considera, como lo señala Glod que:

"No se han encontrado investigaciones sistemáticas de esta naturaleza en la región y en el país. Por tanto, cabe pensar que los programas educativos y otras actividades que se están promoviendo entre la población en general y entre grupos específicos (homosexuales, bisexuales, trabajadoras sexuales, estudiantes y otros) para fomentar la salud y prevenir la expansión de la epidemia no disponen de información contextualizada que pudiera hacerlos más efectivos". (Glod, 2000:1)

La prevalencia del VIH en TS, referida por las investigaciones realizadas fuera del país, varía considerablemente según la región geográfica y las condiciones socioeconómicas y culturales. En algunas zonas de África y del Caribe, se ha informado de tasas hasta del 80% debidas principalmente a transmisión sexual. En Europa y Estados Unidos, la prevalencia se encuentra asociada a antecedentes de drogas intravenosas en porcentajes superiores al 70%; cuando no es así, es menor del 5% (Padian, 1988; Estébanez, Fitch y Nájera, 1993; Wofsy, 1990). En países latinos y sudamericanos, como México y Guyana, se ubica alrededor del 2% (Uribe, Hernández, del Río y Otiz, 1995) y 25% (Carter, Harry, Jeune y Nicholson, 1997), respectivamente.

En la prestación de servicios por las TS, numerosos factores han sido identificados como posibles facilitadores de la infección por el VIH: la oferta y la demanda de TS en cada

país o región, la prevalencia del VIH entre TS y clientes en su lugar de procedencia o residencia, la eficiencia de transmisión del VIH en la población, el número de clientes, el tipo de prácticas sexuales, el bajo nivel socioeconómico, el número de embarazos, el empleo de anticonceptivos hormonales, la escasa información sobre salud y enfermedad, la estigmatización social, el reducido acceso a los servicios de salud o de educación, la ausencia de medidas preventivas en la actividad sexual, el consumo de alcohol y drogas, la presencia de otras ETS, las prácticas de riesgo, la poca habilidad en las transacciones con los clientes y el desconocimiento de las destrezas propias de la profesión (Padian, 1988; Richardson, 1990).

Ahora bien, en definitiva, la propagación de la infección es fundamentalmente un problema de conducta, especialmente de conducta sexual. En efecto, es la conducta sexual riesgosa la que propicia o favorece la transmisión (Romero, 1996; Bayés, 1992). Por ello, si se desea disminuir la presencia del VIH/SIDA hasta hacerlo desaparecer, es imprescindible un cambio de conducta sexual en la población, lo cual se consigue con intervenciones que, para ser efectivas, han de basarse en información contextualizada en el espacio y actualizada en el tiempo.

No escasean las teorías y modelos que pretenden dar cuenta de las variables y procesos que intervienen en el cambio de conducta sexual hacia la disminución de prácticas riesgosas y la adopción de otras más seguras. Algunas de tales teorías y modelos han sido tomados de otras áreas de la salud donde han demostrado su utilidad (Yarber, 1995), otras han sido elaboradas específicamente para el VIH/SIDA y a todas ellas se las suele denominar teorías o modelos de cambio de conducta (Yarber, 1995; Díaz, 1996).

Ninguna de las teorías o modelos da cuenta de manera adecuada y suficiente del proceso de cambio de conducta y, ciertamente, no son excluyentes entre sí. No es este el lugar para una descripción de las

mismas, pero sí es necesario siquiera mencionar las más importantes y hacer referencia a algunas de las principales variables y procesos que manejan: teoría cognitivo-social (Bandura, 1986), expectativas e incentivos; teoría de la acción razonada (Fishbein, Middlestadt y Hichcok, 1991), intención de cambio conductual, actitudes y normas sociales; teoría de la conducta planificada (Azjen, 1988), intención de cambio conductual, actitudes, normas subjetivas y control percibido; modelo de reducción del riesgo de SIDA (Barth, 1993), conciencia del riesgo, reducción de la conducta riesgosa a favor de la más segura y estrategias para lograr tales objetivos; modelo de información-motivación-conducta (Ficher y Fisher, 1992), autoaceptación de la propia sexualidad, adquisición de información conductual relevante, negociación con la pareja, uso de medidas preventivas y consistencia en la conducta de prevención; y modelo creencia-salud (Rosenstock, Strecher y Becker, 1988), percepción del riesgo, beneficios-costos de las nuevas prácticas sexuales, consecuencias para la salud y otras.

En este programa, por ahora, se han seleccionado los siguientes tres tipos de variables: las sociales, que abarcan las características socioindividuales (edad, lugar de nacimiento y de residencia, nacionalidad, estado civil, instrucción, ocupación, educación sexual, confesión religiosa y práctica religiosa), y las condiciones del servicio sexual (tiempo en la profesión, número de clientes, nacionalidad de los clientes, lugar de captación de los clientes, establecimiento y localidad donde presta sus servicios, antecedentes de ETS, pruebas VIH, posesión de condones por los clientes y por la TS, y cobro de servicios); las psicológicas o cognitivo-conductuales que incluyen información sobre el VIH/SIDA, percepción del riesgo de infección por el VIH, conductas de riesgo de infección por el VIH e intenciones de cambio conductual hacia prácticas menos riesgosas; y la prevalencia del VIH.

Método

El programa, tal como se presenta ahora, responde al paradigma cuantitativo, pero ello no impide que se incorporen más adelante componentes cualitativos con el objeto de profundizar en la investigación de las variables relacionadas con la prevalencia del VIH. Se pretende en último término llevar el programa hacia la elaboración, aplicación y evaluación de proyectos eficaces de intervención en TS.

Los proyectos del programa todavía son sólo diagnósticos y cabe caracterizarlos por su naturaleza, como descriptivos, de campo, correlacionales, por encuesta y ex-postfacto, y, por su diseño, como "no experimentales" y transeccionales.

Sujetos, Poblaciones y Muestras

Los sujetos de investigación son las TS que prestan sus servicios en la zona venezolana de la frontera con Colombia, entendiéndose dicha zona limítrofe en un sentido amplio que incluye los estados Zulia, Mérida, Táchira, Barinas y Apure.

No se conoce, ni siquiera aproximadamente, la población total de TS que ejercen su profesión en las entidades mencionadas, ya que no se han encontrado estadísticas confiables y actualizadas en los organismos del estado ni en las ONGs. Este problema es común en las investigaciones de esta naturaleza, dado que no pocas de las TS ejercen su profesión sólo parcial o temporalmente y, a menudo, se trasladan de un lugar a otro, ocultan su profesión y/o se encubren bajo denominaciones tales como masajistas, damas de compañía, "call girls" y otras, por lo que no son fácilmente registrables (Hernández, Uribe y Zalduondo, 1992).

Por otra parte, ha sido reiteradamente señalado por los investigadores el sesgo que se puede producir en los resultados al seleccionar TS que asisten voluntaria y sistemáticamente a control médico en los hospitales, clínicas, ambulatorios, unidades de diagnóstico de ETS y en otros centros e instituciones médicas, o que forman parte de asociaciones profesionales, reciben aten-

ción en ONGs o son localizadas mediante los archivos policiales (Jackson, Highcrest y Coates, 1992; Uribe, Hernández, del Río y Ortiz, 1995; Carter, Harry, Jeune y Nicholson, 1997; Aragón y Glod, 1999).

Puesto que lo que se pretende principalmente es obtener información lo más contextualizada posible y útil para una adecuada intervención, en cada proyecto del programa se selecciona una población, localidad, municipio o parroquia por su significación e interés epidemiológico. La muestra de TS se obtiene en los lugares donde las mismas captan a su clientes y les prestan sus servicios (calles, bares, cantinas, hoteles y otros establecimientos) y el número de casos depende del universo, accesibilidad de los sujetos y otras características del respectivo proyecto.

El investigador debe tomar nota de la cantidad de solicitudes de colaboración, del día y lugar, del número de TS que aceptan participar, así como de las que asisten efectivamente a la entrevista y extracción de sangre. Además, ha de preguntarse a cada trabajadora si se ha efectuado la prueba de despistaje y, en caso positivo, fecha, laboratorio y resultado, confirmando la información con la presentación de la certificación correspondiente y registrando todos los extremos.

Cuadro de entrevista y prueba serológica

La información sobre las variables sociales y cognitivo-conductuales se recoge mediante un cuadro de entrevista estandarizada, y la relativa a la prevalencia del VIH mediante la prueba ELISA, cuyos resultados, en caso de seropositividad, se confirman mediante el Western-Blot.

El cuadro de la entrevista ha sido elaborado inicialmente por Aragón y Glod (1999) y modificado posteriormente por Glod (2000), quien añade algunos ítemes, agrega la variable intención de cambio conductual y somete la nueva versión a validación por expertos, los cuales no presentan objeciones significativas por lo que se incorpora al programa en sustitución del formato inicial.

El empleo de un cuadro de entrevista estandarizada facilita comparar los resultados y verificar si existen diferencias en la forma en que operan las variables en los distintos contextos, pero ello no impide incluir nuevas variables o, incluso, utilizar otras técnicas. En definitiva, cada investigador, al iniciar un nuevo proyecto, decide en buena medida las variables que desea estudiar y el instrumento con el que se propone abordarlas.

Los proyectos en curso

Ya se ha llevado a cabo un primer proyecto en Pueblo Nuevo-El Chivo del estado Zulia (Aragón y Glod, 1999), cuyos resultados se describen en los párrafos siguientes; un segundo en San Cristóbal del estado Táchira (Glod, 2000), está en fase de terminación, y dos más, en Barinas (estado Barinas) y San Antonio del Táchira (estado Táchira), se encuentran en preparación.

Proyecto: Pueblo Nuevo El Chivo (Estado Zulia)

Pueblo Nuevo (El Chivo) es la capital del municipio Francisco Javier Pulgar (estado Zulia), el cual tiene una extensión de 813 km² y una población de 23.936 habitantes. Su selección está relacionada con el hecho de presentar unas características epidemiológicas especiales, pues se calcula que en él prestan sus servicios unas 500 TS, está situado relativamente cerca de la frontera con Colombia en una encrucijada entre los estados Zulia, Táchira y Mérida, y sus habitantes son de origen Wayú, criollos o resultado de mezclas de distinta composición y procedencia. Por otra parte, la zona es un área agropecuaria de intensos flujos migratorios y de extensas haciendas bananeras y de ganado vacuno, las cuales proporcionan empleo —a menudo escasamente remunerado— a numerosos peones, no pocos de los cuales son extranjeros, indocumentados, temporeros y no viven con sus familias.

El objetivo de este proyecto es establecer, en las trabajadoras sexuales de Pueblo Nuevo (El Chivo), las

relaciones entre las características socioeducativas, las condiciones en que prestan sus servicios, la información que poseen sobre el VIH/SIDA, la percepción del riesgo de infección por el VIH, las conductas de riesgo de infección por el VIH y la seroprevalencia del VIH.

Para ello, Aragón y Glod (1999) seleccionan una muestra incidental (N= 100) integrada por TS voluntarias que localizan en los establecimientos donde trabajan (cantinas, bares, hoteles, licorerías, cervecerías y otros, ubicados generalmente en el caso urbano), ya que les está prohibido captar clientes en las calles y la norma es cumplida a cabalidad en la población. De 106 solicitudes de colaboración a las TS, sólo una se niega y dos se esconden. Los autores entrevistan un total de 103, eliminando tres de ellas al azar para ajustarse al número preestablecido.

Las TS poseen las siguientes características socioeducativas: una edad promedio de 28.55 años, ubicándose el 53% en el intervalo 18-29 años; nacidas en poblaciones de 10.001-50.000 habitantes (67%), venezolanas (62%), residentes en Pueblo Nuevo o cercanías (63%), y solteras (50%), separadas (19%) o concubinas (13%). Además, saben leer y escribir (92%) y poseen estudios al menos de primaria (76%); carecen de ocupación (37%) o son amas de casa (48%); expresan que su educación sexual es insatisfactoria (60%), y se declaran católicas (85%) y no practicantes (66%).

Las condiciones en que las TS prestan sus servicios sexuales son: más de un año de ejercicio profesional (78%), atendiendo a cinco o más clientes por semana (93%), venezolanos y extranjeros (84%), a quienes contactan en bares y hoteles (94%) y sirven en las habitaciones de tales establecimientos (92%) localizados en Pueblo Nuevo y cercanías (78%). Por otra parte, no han padecido ETS en los dos últimos años (72%) y se han sometido al despistaje del VIH con resultado negativo (100%); nunca o casi nunca llevan condones ni ellas (78%) ni sus clientes (60%), y cobran hasta 8.000 Bs. por servicio

sencillo (99%).

En cuanto a información sobre el VIH/SIDA, las TS obtienen un promedio de 7.10 (rango: 0-10 puntos), ubicándose el 42% en el intervalo 7-8 puntos, lo cual indica que: conocen la naturaleza del VIH (29%) y del SIDA (61%); nombran al menos dos o tres formas específicas del transmisión del VIH (91%) y dos o tres de prevención del mismo (86%). Además, tienen conciencia de la peligrosidad del VIH/SIDA (98%).

Por lo que respecta a la percepción del riesgo de infección por el VIH, el 82% de las TS está consciente del mismo. Las respuestas cabe agruparlas en tres categorías: ignorancia ("no sé") o información errada o insuficiente ("me aseo bien"; "reviso bien a mis clientes"; "me hago los exámenes"); información correcta ("exijo condón"), y mixta (fatalismo: "nadie está exento"; fe: "tengo fe en que no"; y otras: "no creo que el SIDA exista").

Referente a las conductas de riesgo de infección por el VIH de las TS, el promedio es 11.28 (rango: 4-20 puntos), agrupándose el 45% en el intervalo 4-10 puntos. Ello significa que: siempre o casi siempre (53%) exigen el uso del condón, pero nunca o casi nunca hasta el punto de perder por ello al cliente (79%); toman bebidas alcohólicas siempre o casi siempre antes o durante la prestación de sus servicios (53%), aunque nunca o casi nunca consumen drogas (100%).

Ninguna de las TS resulta positiva a la prueba ELISA. En 1998, de 1189 consultas efectuadas por ellas en el ambulatorio de Pueblo Nuevo, se llevan a cabo 163 pruebas de despistaje del VIH, sólo una, ya identificada con anterioridad en Barinas (estado Barinas), resulta positiva (MSAS, 1999). En un muestreo realizado con 200 adultos voluntarios de ambos sexos, mayores de edad y residentes en la población, resultan todos negativos (MSAS, 1998). Por tanto, estimando en 500 la población total de TS e incluyendo en ellas el caso de Barinas, la prevalencia del VIH es de 0.2%, porcentaje que podría superar el 0.6%, si se con-

Cuadro I

Valores de X2 al Cruzar las Características Socioeducativas y del Servicio Sexual con la Información, Percepción y Conductas de Riesgo de Infección (VIH) de las Trabajadoras Sexuales de Pueblo Nuevo (El Chivo), Estado Zulia

Características de las Trabajadoras Sexuales	Información VIH/SIDA				Percepción de Riesgo				Conductas de Riesgo		
	X2	G.L.	N.S.		X2	G.L.	N.S.		X2	G.L.	N.S.
<i>Socioeducativas:</i>											
Edad	0.38	2	-		0.57	1	-		2.68	2	-
Lugar de Nacimiento	4.10	4	-		3.17	2	-		4.66	4	-
Nacionalidad	1.94	2	-		0.20	1	-		0.14	2	-
Estado Civil	2.63	2	-		0.27	1	-		3.63	2	-
Lugar de Residencia	11.52	4	*		1.76	2	-		8.51	4	o
Instrucción	12.32	4	*		3.73	2	-		2.35	2	-
Ocupación	2.19	4	-		1.58	2	-		4.14	4	-
Calidad Educación Sexual	8.41	4	o		2.89	1	o		11.64	2	*
Confesión Religiosa	2.66	2	-		0.12	1	-		10.49	2	*
Práctica Religiosa	7.06	2	-		2.75	1	o		12.40	2	*
<i>Servicio Sexual:</i>											
Tiempo	5.62	4	-		4.68	2	o		14.98	4	*
Nº de Clientes por Semana	3.54	2	-		2.74	1	o		2.81	2	-
Nacionalidad Clientes	5.20	4	-		0.89	1	-		0.17	1	-
Lugar Captación Clientes	3.58	2	-		0.00	1	-		2.82	2	-
Establ. Prestación Servicio	4.92	2	o		5.62	1	-		15.09	2	*
Local. Prestación Servicio	5.08	4	-		1.56	2	-		10.01	4	*
Antecedentes ETS	1.04	2	-		0.36	1	-		0.67	2	-
Pruebas VIH	-----	-	-		-----	-	-		-----	-	-
Posesión Condón Cliente	7.83	4	o		3.93	2	o		23.22	4	*
Posesión Condón TS	5.58	4	-		6.94	2	-		13.50	4	*
Cobro Servicio	5.86	2	o		0.03	1	-		1.16	2	*

Nota. N.S.: nivel de significación; G.L.: grados de libertad. Los grados de libertad en cursiva indican cruces no confiables por presentarse frecuencias esperadas menores de 5 en un 20% o más de las casillas. (o): significativo al menos al 10%; (*): significativo al menos al 5%; (-): nivel de significación superior al 10%. No se lleva a cabo la corrección de Yates y ,en algunos cruces, se agrupan las categorías.

sidera que los cálculos se hacen sobre exámenes y no sobre TS, algunas de las cuales se someten durante el año a más de una prueba de despistaje. En el Cuadro I, se muestran los valores de X2 al cruzar las características socioeducativas y condiciones del servicio sexual con las variables: información sobre el VIH/SIDA, percepción del riesgo de infección por el VIH y conductas de riesgo de infección por el VIH.

Considerando un nivel de significación de al menos el 5%, las características socioeducativas de las TS se relacionan: con la información sobre el VIH/SIDA, únicamente el lu-

gar de residencia, instrucción y práctica religiosa; con la percepción del riesgo de infección por el VIH, ninguna; y con las conductas de riesgo de infección por el VIH, sólo la calidad de la educación sexual, la confesión religiosa y la práctica religiosa.

Con el mismo nivel de significación del 5%, las condiciones en que prestan su servicio las TS se relacionan: ninguna con la información sobre el VIH/SIDA; el tipo de establecimiento donde prestan sus servicios y la posesión de condones por la TS con la percepción del riesgo de infección por el VIH; y el tiempo de servicio sexual, el tipo de esta-

blecimiento y la localidad donde prestan sus servicios sexuales, así como la posesión de condones por el cliente y por la TS con las conductas de riesgo de infección por el VIH.

El Cuadro II muestra los valores de X2 obtenidos al cruzar entre sí las variables información sobre el VIH/SIDA, percepción del riesgo de infección por el VIH y conductas de riesgo de infección por el VIH, todos los cuales son significativos al menos al 5%.

La relación más alta se presenta entre la percepción del riesgo de infección por el VIH y las conductas de riesgo de infección por el VIH, y la más baja entre la información so-

Cuadro II

Valores de X2 al Cruzar Información, Percepción y Conductas de Riesgo de Infección por el VIH de las Trabajadoras Sexuales de Pueblo Nuevo, Estado Zulia

Variables	Información sobre el VIH/SIDA			Conductas de Riesgo de infección por el V.I.H.		
	X2	G.L.	N.S.	X2	G.L.	N.S.
Información sobre el VIH/SIDA	-----	-	-	27.23	4	*
Percepción del Riesgo de Infección por el VIH	12.33	4	*	25.71	2	*

(*) Los valores de X2 son significativos al menos al 5%.

bre el VIH/SIDA y la percepción del riesgo de infección por el VIH.

La dirección de las relaciones cabe resumirla así: a mayor información sobre el VIH/SIDA, mayor percepción del riesgo de infección por el VIH y menos conductas de riesgo de infección por el VIH.

Conclusiones y recomendaciones

De ninguna manera, puede considerarse la muestra estudiada como representativa de la población de TS en el área venezolana de la frontera con la República de Colombia y, mucho menos, de la población general del país. Por ello, en relación con tales poblaciones, los resultados sólo son referenciales. Ahora bien, nada impide considerar los mismos como indicativos de la "situación real actual" en el municipio Francisco Javier Pulgar del estado Zulia y, por tanto, adecuados para un programa municipal contextualizado de intervención dirigido a las TS y orientado a la preservación de la salud en general y, más concretamente, a la prevención de las ETS y del VIH/SIDA en particular, objetivo hacia el cual está dirigido fundamentalmente el programa.

Aunque ninguna TS resulta seropositiva al VIH, otra investigación (MSAS, 1999) ha identificado su presencia entre ellas, así sea esta reducida (0.2%-0.,6%). Estos resultados no permiten relacionar la prevalencia del VIH con el resto de las variables estudiadas.

Los puntajes obtenidos por las TS en información, percepción y conductas de riesgo y las relaciones encontradas al cruzar estas variables entre sí -a mayor información, mayor percepción del riesgo de infección y menor cantidad de conductas de riesgo de infección- y con las características socioeducativas y condiciones del servicio de las TS indican la dirección que ha de tomar cualquier programa de intervención que se pretenda implantar y la necesidad de incluir tales variables en los modelos teóricos que intentan dar cuenta de los procesos que conducen a una efectiva reducción de los comportamientos de riesgo de infección y de la prevalencia del VIH entre TS.

La finalización del primer proyecto y el estado en que se encuentran otros tres más son una demostración de la factibilidad del programa, el cual sólo requiere de financiamiento. Se recomienda continuar los estudios en otras poblaciones epidemiológicamente significativas, incrementar el número de sujetos de las muestras, incluir elementos cualitativos que intensifiquen la profundidad de las investigaciones e introducir otras variables, sean las actitudes, la autoestima y el autocontrol.

Bibliografía

- ARAGON, 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). San Cristóbal, trabajo no publicado.
- AZJEN, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. Chicago: Dorsey Press.
- BANDURA, A. (1986). Social foundations of thought & action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- BARTH, R. P. (1993). Reducing the risk: Building skills to prevent pregnancy, STD and HIV. Santa Cruz: ETR Associates.
- BAYES, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología, 24 (1-2), 135-56.
- CABALLERO, M. C. (1996). Conocimientos y comportamiento de riesgo de infección por el VIH en estudiantes universitarios. Un caso: Universidad Industrial de Santander-Colombia. Revista Latinoamericana de Sexología, 11 (1), 41-55.
- 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.
- DIAZ, R. M. (1996). Riesgo de VIH en gays/bisexuales latinos: una reseña de investigación. Revista Latinoamericana de Sexología, 11 (1), 7-40.
- ESTEBANEZ, P.; FITCH, K., y NAJERA, R. (1993). El VIH y las trabajadoras sexuales. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 115(5), 415-443.
- FICHER, J. D., y FISHER, W. A. (1992). Changing AIDS-Risk behavior. Psychological Bulletin, 111, 455-474.
- FISHBEIN, M.; MIDDLESTADT, S. E., y HICHCOK, P. J. (1991). Using information to change sexually transmitted disease related behaviors: An analysis based on the theory of reasoned action. En J. N. Wasserheit, S. O. Aral y K. K. Holmes (Eds.), Research issues in human behavior and sexually transmitted in the AIDS era. Washington: American Society for Microbiology.
- 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). Proyecto. Proyecto de trabajo de grado de maestría no publicado, Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela, Núcleo San Cristóbal (Táchira).
- HERNÁNDEZ A., M.; URIBE Z., P., y ZALDUENDO, B. (1992). Diversity in commercial sex work systems: Preliminary findings from Mexico 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.
- JACKSON, L.; HIGHCREST, A., y COATES, R. A. (1992). Varied potential risks of HIV infection among prostitutes. Sociological Science Medicine, 35 (3), 281-286.
- 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, 1(3), 220-228.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (MSAS). Ambulatorio de Pueblo Nuevo (El Chivo), estado Zulia (1997-1998). (1999). Enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras sexuales. Pueblo Nuevo (El Chivo), datos no publicados.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (MSAS). Ambulatorio de Pueblo Nuevo (El Chivo) y Hospital de Santa Bárbara del Zulia, estado Zulia. (1998). Estadísticas VIH/SIDA de la población de Pueblo Nuevo (El Chivo), estado Zulia. Pueblo Nuevo (El Chivo), datos no publicados.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1999). Programa de las Naciones Unidas para el SIDA. ONUSIDA. Datos estadísticos. Ginebra: autor.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1990). Prevención de la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Ginebra: autor.
- PADIAN, N. (1988). Prostitute women and AIDS: Epidemiology. AIDS, 2(6), 413-419.
- RICHARDSON, D. (1990). La mujer y el SIDA. México: El Manual Moderno.
- ROMERO S., L. (1996). Mensajes preventivos de SIDA centrados en la vida y en una sexualidad constructiva. Revista Latinoamericana de Sexología, 11 (1), 65-75.
- ROSENSTOCK, I.; STRECHER, V., y BECKER, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly, 15, 175-183.
- SAEZ S., S. (1996). La prevención del SIDA: un enfoque sexológico y una propuesta educativa. Anuario de Sexología, 2, 77-92.
- URIBE Z., P.; HERNÁNDEZ A., M.; DEL RIO CH., C., y OTIZ, V. (1995). Prostitución y SIDA en la Ciudad de México. Salud Pública de México, 37(6), 592-601.
- WOFSY, C. (1990). AIDS and HIV infection in prostitutes: Epidemiology. En P. T. Cohen, A. Volbering-Merley y P. A. Volbering (Eds.), The AIDES knowledge base. Massachusetts: The Medical Publishing Group.
- YARBER, W. (1995). Changing sexual risk-taking behavior in adolescents. En A. Parra C. y R. Hernández S. (Eds.) X Simposium internacional de educación sexual (1-5 febrero de 1995), pp. 133-138, Caracas.

Mg. Orientación. Profesor del Departamento de Orientación y Psicología, Universidad de Los Andes-Táchira, Venezuela.
E-mail: jesusaragon@cantv.com
Fecha de recepción: Enero 2000
Fecha de Aprobación definitiva: Abril 2001