

VARIABLES COGNITIVAS Y CONDUCTA DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH EN TRABAJADORAS SEXUALES DE SAN CRISTÓBAL, TÁCHIRA.*

Jesús Aragón Diez **

Resumen

Se investigan las relaciones entre las características cognitivas -información y percepción del riesgo de infección por el VIH, intención conductual y autocontrol- y la conducta de riesgo de infección por el VIH en trabajadoras sexuales (TSs) del cinturón de San Cristóbal. Se entrevista a una muestra incidental de TSs (n = 100). Los resultados indican que, en porcentajes elevados, las TSs: a) muestran ignorancia sobre el VIH/SIDA, b) creen que no están expuestas a la infección; c) aun cumpliendo sus intenciones conductuales, seguirán practicando conductas riesgosas para su salud y la de sus clientes y parejas, d) controlan muy parcialmente las condiciones en que prestan sus servicios sexuales, y e) mantienen un comportamiento de riesgo de infección por el VIH. El autocontrol, la intención conductual y la percepción del riesgo de infección por el VIH presentan relación con la conducta de riesgo de infección por el VIH, pero no la información sobre el VIH/SIDA. Se recomienda iniciar en las TSs intervenciones de tipo primario, elaborando diseños psicopedagógicos dirigidos a promover la conducta saludable para prevenir la infección.

Palabras clave: VIH, SIDA, variables cognitivas, conducta de riesgo de infección por el VIH, trabajadoras sexuales.

Cognitive features and risk behavior of HIV infection among female sex workers from San Cristóbal, Táchira.

Abstract: The relationships between cognitive features -knowledge and perception of risk of HIV infection, behavioral intention and self-control- and risk behavior of HIV infection are researched among female sex workers (FSWs) from San Cristóbal (Táchira State). In order to do so, an incidental sample of FSWs (n=100) is interviewed. In high percentages the outcomes reveal that: a) FSWs show ignorance about HIV/AIDS; b) They believe they are not exposed to the disease; c) Even fulfilling their behavioral intentions, they would still keep on practicing risky behaviors for their own health, their clients' and their partners'; d) They only control the conditions in which they render sex services in a very partial way; and e) They maintain a risk behavior of HIV infection. On the other hand, self-control, behavioral intention and perception of risk infection of HIV show a relationship with risk behavior of HIV infection, but do not do so regarding HIV/AIDS. It is advised that primary type of interventions be initiated with FSWs, making psychopedagogical designs aimed to promote healthy behavior in order to prevent the infection.

Key words: HIV/AIDS, cognitive variables, risk behavior of HIV infecting, female sex workers.

1. Introducción

Este informe sobre las relaciones entre variables cognitivas y conducta de riesgo de infección por el VIH presenta resultados parciales de un trabajo más amplio sobre las trabajadoras sexuales (TSs) y el VIH en el cinturón de San Cristóbal (Estado Táchira) (Aragón, 2003), el cual, a su vez, forma parte un programa de investigación más extenso e integral sobre las TSs y el VIH/SIDA que abarca el área venezolana de la fronte-

ra con la República de Colombia (Aragón, 1999).

La epidemia del VIH/SIDA apareció hace más de veinte años, y se mantuvo en sus inicios muy restringida geográficamente a unos pocos países y muy circunscrita demográficamente a grupos específicos denominados «de riesgo», concretamente, homosexuales, bisexuales, drogadictos endovenosos y enfermos transfundidos (Delgado, 1988; CDC, 1995a; 1995b; Gourevich, 1996).

Sin embargo, hace tiempo que el VIH/SIDA ha superado su restricción geográfica y se ha propagado por países de todos los continentes del mundo (ONUSIDA, 1999, 2000a, 2000b, 2001, 2002), creciendo continuamente el número de infectados y

decesos, y convirtiéndose en una pandemia que amenaza peligrosamente la salud de la humanidad. Por otra parte, ha roto su circunscripción demográfica, de forma que ha traspasado los límites de los grupos de riesgo y se ha diseminado por la población del planeta, es decir, está infectando a personas de todo tipo, sin hacer distinciones de raza, religión, sexo, instrucción, edad, riqueza, orientación sexual u otra condición.

Después de 20 años de lucha, pues, la pandemia continúa su expansión. En algunos países, se ha triplicado y está casi sin control (Europa del Este), y, en otros (África Subsahariana), constituye un problema no sólo de salud, sino también de desarrollo y hasta de supervivencia. La información sobre el VIH/SIDA a nivel mundial, que aparece en los cuatro últimos resúmenes de ONUSIDA (1999, 2000a, 2001, 2002), no es precisamente alentadora. En 2002, ya son 42 millones las personas que viven con el VIH/SIDA en el mundo y se está camino de los 70 millones de infectados desde el inicio de la epidemia.

El informe sobre el VIH/SIDA en las Américas (ONUSIDA, 2000b) y los mencionados resúmenes mundiales de 1999, 2000, 2001 y 2002 (ONUSIDA, 1999, 2000a, 2001, 2002) tampoco son muy esperanzadores para estas regiones: en 2002, 1.5 millones de personas viven con el VIH/SIDA en América Latina, 440 mil en el Caribe y 980 mil en América del Norte.

En Latinoamérica y el Caribe, la epidemia está muy lejos de detenerse y, mientras esto no ocurra, la batalla se está perdiendo en la región. La respuesta es disfuncional y no se adecua a las necesidades: la negación, la discriminación y la falta de voluntad política tienen que ver con esta situación (Loures, 2000).

La modalidad de transmisión más importante a nivel mundial es desde hace años la heterosexual,

aunque con diferencias en las distintas regiones (ONUSIDA, 1999, 2000a, 2000b, 2001, 2002). En América Latina, la principal modalidad es la heterosexual; en el Caribe, la heterosexual y las relaciones sexuales entre hombres, y, en América del Norte, las relaciones sexuales entre hombres, el intercambio de implementos en la drogadicción intravenosa y la heterosexual, por señalar las regiones más cercanas a Venezuela o a las que pertenece la misma.

Hay que añadir a lo indicado la importancia de las TSs en la transmisión heterosexual, lo cual ha sido señalado en los reiterados informes de ONUSIDA (1999, 2000a, 2000b, 2001, 2002) para algunos países del mundo, como Tailandia (ONUSIDA, 1998a) y Uganda (ONUSIDA, 1998b). Cuando la infección se mantiene en grupos restringidos, la posibilidad de expansión de la epidemia está limitada a los integrantes de dichos grupos, pero, cuando alguno de tales grupos se convierte en una población «puente» hacia la población general, la posibilidad de progresión se hace mucho mayor (ONUSIDA, 1999).

En Venezuela, el VIH/SIDA se instala también tempranamente – en 1982, según Matos (2000), se registra el primer caso– y aparece muy ligado a algunos de los reiterados grupos de riesgo, especialmente, homosexuales y bisexuales (ONUSIDA, 1998c). La progresión de la epidemia no se ha detenido ni mucho menos, aunque los datos disponibles sobre el país son poco confiables y desde hace años no se publican estadísticas oficiales. Hasta el año 1999, más de la mitad de los registros oficiales corresponden a las dos últimas orientaciones sexuales mencionadas y la mayor parte de los infectados son varones, pero las mujeres infectadas por vía heterosexual y en edad reproductiva está creciendo (MSAS, citado por Baptista, 1999; ONUSIDA, 1998c). A partir de dicho año, el mutismo oficial es casi absoluto. Se desconoce la situa-

ción de las TSs a nivel nacional, así como su papel en la transmisión de la epidemia, pues no hay información fidedigna al respecto.

En el Táchira, los registros sistemáticos comenzaron tardíamente (1987), pero la expansión de la epidemia sigue su curso. Hasta el año 1997, más de la mitad de los registros, cuya vía de transmisión es conocida, corresponden a homosexuales y bisexuales. Ya a partir de 1998, la vía heterosexual supera a la homo y bisexual, habiendo aumentado la proporción de mujeres infectadas. Entre 1999 y 2001, se incrementan de manera considerable las nuevas infecciones de TSs, aunque en 2002 descienden (Dirección Regional de Salud del Estado Táchira. Coordinación Regional de ITS/SIDA, 2001, 2002, 2003).

En su gran mayoría, los modelos o teorías, que pretenden explicar el cambio de conducta riesgosa hacia prácticas más seguras o el mantenimiento de estas, han sido elaborados en el mundo desarrollado occidental, al igual que no pocos de los programas de prevención, los cuales no siempre han tenido el éxito deseado, pues las variables incluidas en los modelos o teorías operan de diferente manera en los distintos contextos socioculturales. Un resumen puede verse en King (1999).

Las diferencias encontradas en poblaciones estudiadas dentro del programa ya mencionado (Aragón, 1999) –Pueblo Nuevo del Estado Zulia (Aragón y Glod, 1999), San Cristóbal (Glod, 2000a, 2000b) y eje La Fría-San Antonio-Rubio (Aragón, 2000a, 2000b, 2000c)– por lo que respecta al modo en que operan las variables, muestran la necesidad de que las intervenciones sean específicas para cada grupo de TSs y ello sólo puede conseguirse mediante el diagnóstico de la situación del VIH/SIDA en cada grupo concreto.

En el programa, no se sigue un modelo o teoría determinado. Por lo que se refiere a este trabajo, para

establecer la asociación con la conducta de riesgo de infección por el VIH, se han elegido cuatro características personales de tipo cognitivo, las cuales han sido incluidas en dos o más de los modelos o teorías de cambio de conducta: a) *información sobre el VIH/SIDA*, Modelo de Reducción del Riesgo de SIDA (Coates, 1992; Catania, Kegeles y Coates, 1990) y Modelo de Información Motivación y Destrezas Conductuales (Fisher y Fisher, 1992); b) *percepción del riesgo de infección por el VIH*, Modelo de Información Motivación y Destrezas Conductuales (Fisher y Fisher, 1992) y Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, Strecher y Becker, 1988); c) *intención conductual*, Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein, Middlestadt y Hitchcock, 1991) y Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1988); y d) *autocontrol*, Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1987, 1977) y Modelo de Etapas de Cambio de Conducta (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993). Todas las variables se definen y operacionalizan a continuación:

1. Conducta de Riesgo de Infección por el VIH (CRIV). Es el comportamiento o práctica que pone a la TS en peligro de adquirir o propagar el VIH, es decir, que facilita la adquisición o transmisión del virus y, asimismo, la actividad que propicia las condiciones para que ello ocurra. Incluye cuatro dimensiones: a) solicitud del uso de condón al cliente, sin llegar a perder este por tal exigencia, b) pérdida del cliente por requerir el uso del condón, c) ingestión de bebidas alcohólicas en el contexto de la prestación de los servicios profesionales y d) consumo de drogas en el mismo contexto. Cada una de ellas se divide en las estas categorías: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca.

2. Información sobre el VIH/SIDA (INVS). Es el conjunto de

conocimientos adquiridos por la TS sobre el VIH/SIDA, y sus dimensiones son ocho: a) naturaleza del SIDA, b) naturaleza del VIH, c) síntomas de un enfermo de SIDA, d) diferencias entre ser VIH+ y tener SIDA, e) posibilidad de reconocer a simple vista a un VIH+, (f) formas de transmisión del VIH, g) formas de prevención del VIH y h) peli-grosidad del VIH/SIDA. Cada dimensión se subdivide en tres (incorrecta, regular y correcta) o cuatro categorías (insuficiente, regular, suficiente y notable).

3. Percepción de riesgo de infección por el VIH (PRIV). Es la autoconciencia o autopercepción que tiene la TS de que ella puede infectarse con el VIH y transmitirlo a otros (clientes, novios, parejas estables), si realiza prácticas o conductas riesgosas que favorecen la adquisición o transmisión del virus. Se divide en tres categorías: a) muy expuesta, b) regularmente expuesta, c) poco expuesta y d) no expuesta.

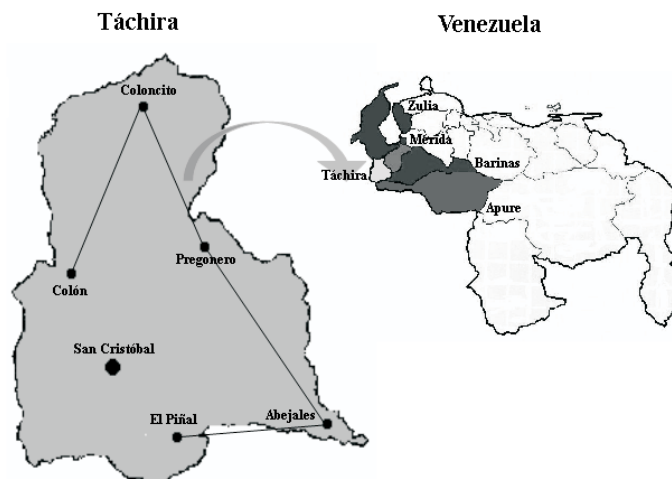
4. Intención conductual (INTC). Consiste en la formulación por la TS de su propósito o voluntad de mantener cierta conducta o

modificarla, independientemente de que la misma sea riesgosa o segura en relación con la propagación del VIH. Está integrada por estas dimensiones: a) exigir siempre el uso del condón al cliente, aunque por tal exigencia pierda a este; b) pedir siempre el uso del condón al cliente, pero sin que ello implique la pérdida de este; c) no tomar nunca bebidas alcohólicas en el contexto de la prestación del servicio sexual; d) no consumir nunca drogas en dicho contexto de la prestación del servicio sexual; e) no aceptar nunca el coito anal y f) disminuir el número de clientes.

5. Autocontrol (AUTC). Es la consciencia o percepción que la TS posee sobre su habilidad para fijar o determinar y para manejar las condiciones del contrato de prestación de sus servicios profesionales, de acuerdo con criterios que aseguren su salud y la de sus clientes. Incluye cinco dimensiones: a) cliente, b) importe del servicio, c) uso del condón, d) tipo de práctica sexual y e) duración del servicio.

Gráfico 1

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL CINTURÓN DE SAN CRISTÓBAL (ESTADO TÁCHIRA).



2. Método

2.1. Características de la Investigación

La investigación es: a) *descriptiva*, en cuanto que explicita las características o condiciones de aquello que se indaga (Arias, 1997; Hurtado, 1998; Chávez, 1994); b) de *campo*, puesto que se lleva a cabo en el lugar donde acontece naturalmente el fenómeno sujeto a estudio (Sabino, 1986; Universidad Pedagógica Experimental Libertador, 1998), c) *correlacional*, ya que relaciona variables sin que se mantenga un control efectivo de las mismas (Hernández, Fernández y Baptista, 1998); d) *ex post-facto*, dado que el fenómeno estudiado ya ha ocurrido naturalmente sin intervención de investigador (Kerlinger, 1975), y e) *transeccional*, en tanto que se realiza en un solo momento en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

2.2. Población y Muestra

La población está constituida por las TSs sexuales activas que acuden a consulta de infecciones de transmisión sexual (ITS) en las instituciones sanitarias del cinturón de la ciudad de San Cristóbal ubicadas en las poblaciones de Colón, Coloncito, Pregonero, Abejales y El Piñal del Estado Táchira (Gráfico 1).

La muestra (n = 100) es de carácter incidental y está integrada por TSs activas y bajo control de ITS en el citado cinturón, las cuales aceptan voluntariamente participar en la investigación: Colón, 26; Coloncito, 42; Pregonero, 9; Abejales, 1; y El Piñal, 22. Sus características sociodemográficas son las siguientes: a) tienen un promedio de 30.73 años (DT = 7.85); b) han visto la luz en poblaciones de más de diez mil habitantes (79%), son extranjerías (70%) y residen en el Táchira (88%); c) están solteras (69%) y poseen un nivel de educación primaria o secundaria, sea completa o incompleta (94%); d) se encuentran fuera de la fuerza laboral (93%) y tienen a

su cargo entre 1-4 personas (54%); e) consideran que su educación sexual es insatisfactoria (54%) y la religiosa satisfactoria (73%), y f) son católicas (94%) y practican (82%).

2.3. Instrumento y Procedimientos

Por lo que respecta a este informe, se utiliza una entrevista integrada por una motivación y tres apartes con 44 ítems abiertos y cerrados sobre características sociodemográficas, del servicio sexual, cognitivoconductuales y prevalencia del VIH, la cual ha sido validada mediante el juicio de expertos.

Una vez solicitado y obtenido el permiso de las autoridades sanitarias, se contacta con los directores de los centros sanitarios y, por mediación de estos, con los funcionarios (médicos, enfermeras, auxiliares e inspectores de ITS), a quienes se les informa del estudio y se les pide su cooperación.

En cada localidad, se procede a tomar nota de los días y horas establecidos para la consulta de ITS de las TSs, las cuales son entrevistadas individualmente en los despachos o consultorios de las propias instituciones sanitarias, cuando acuden a la susodicha consulta.

El procesamiento de la información se lleva a cabo de manera computarizada, utilizándose el programa SPSS. Frecuentemente, en el cruce de las variables, es necesario concentrar las categorías de estas a fin de obtener estadísticos confiables. Se asume que un cruce no es confiable si el valor teórico es menor de cinco en un 20% o más de las casillas (Walker y Lev, 1953).

3. Análisis de los Resultados

3.1. Características Cognitivas de las Trabajadoras Sexuales

Las características cognitivas de las TSs se describen en este orden: a) información sobre el VIH/SIDA (INVS), b) percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV),

c) intención conductual (INTC) y d) autocontrol (AUTC) (Cuadro 1).

3.1.1. Información sobre el VIH/SIDA

Las TSs obtienen un promedio en información sobre el VIH/SIDA (INVS) de 8.71 puntos (DT = 2.72), siendo el rango total de la variable de 0-19 puntos. En términos porcentuales, esto significa que: a) el 95% sabe que el SIDA es una ITS; b) el 91% desconoce qué es el VIH; c) el 70% nombra de dos a tres síntomas de un enfermo de SIDA; d) el 71% no distingue entre un VIH+ y un enfermo de SIDA; e) el 48% afirma que puede reconocer a un VIH+ a simple vista; f) el 51% menciona dos o tres vías de propagación del VIH; g) el 78% nombra al menos dos formas de prevención del VIH, y h) el 96% está consciente de que el VIH/SIDA es mortal.

Algunas TSs no tienen ningún conocimiento del SIDA ni del VIH: «No sé», «No sé que es eso»; otras lamentan no haber recibido suficiente información: «Casi no he tenido charlas», y otras más tienden a confundirlos: a) *entre sí*: «Para mí... que [el VIH] es el SIDA», «[El VIH es] el mismo SIDA», «Eso [el VIH] también es una enfermedad, casi igual que el SIDA, venérea» [sic]; b) *con la prueba de despistaje*: «Examen de sangre que le hacen a uno», «El examen de sangre para saber si se tiene el mal»; y c) *con otras enfermedades*: «La sífilis», «El cáncer», «La leucemia».

La mayoría de las TSs no conoce la diferencia entre ser VIH+ y tener SIDA: «No se», «No se, está contaminado», «¿No dicen que el SIDA se le dice HIV?» [sic], «Si, para mí, creo que sí [son lo mismo]» [sic], y no pocas creen que pueden distinguir a simple vista a un VIH+: «Sí, por los parches, demasiado flaco» [sic], «... se imagina, si están acabados o con manchas» [sic], «Sí, mirándole la piel, los ojos, por el rayo de la luz del foco, los ojos pálidos, fiebre» [sic].

Pocas son las TSs que nombran las tres vías de transmisión del VIH

Cuadro N° I

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES DEL CINTURÓN COLÓN-COLONCITO-PREGONERO-ABEJALES-EL PIÑAL (ESTADO TÁCHIRA)

Características Cognitivas (1)	Categorías	Puntajes	F	%
Información sobre el VIH/SIDA (INVS)	Muy alta	16-19 puntos	2	2.0
	Alta	12-15 puntos	8	8.0
	Media	8-11 puntos	51	51.0
	Baja	4-7 puntos	26	26.0
	Muy baja	0-3 puntos	3	3.0
Percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV)	Alta (muy expuesta)	3 puntos	31	31.0
	Media-media (regularmente expuesta)	2 puntos	11	11.0
	Media-baja (poco expuesta)	1 punto	23	23.0
	Baja (no expuesta)	0 punto	35	35.0
Intención conductual (INTC)	Alta	5-6 puntos	25	26.0
	Media	2-4 puntos	74	74.0
	Baja	0-1 punto	1	1.0
Autocontrol (AUTC)	Alto	4-5 puntos	35	35.0
	Medio	2-3 puntos	60	60.0
	Bajo	0-1 punto	5	5.0
Totales			100	100

(1) INVS: media = 8.71; DT = 2.72. PRIV: media = 1.38; DT = 1.15. INTC: media = 3.91; DT = 0.91. AUTC: media = 3.1; DT = 0.99)

y abundan las que incluyen: «...Baños», «...El vaho de las personas», «Sentarse y venir uno a sentarse, afeitar, baños» [sic], «...Que una persona se siente y otra ocupe el puesto». Algunas TSs no saben cómo prevenirse del VIH: «No sé [aunque usa el preservativo]». Los errores sobre las formas de prevención del virus son comunes: «...Examino bien al cliente», «...No ir con personas raras», «...No me dejo besar», y no faltan las que consideran la prueba de despistaje como una manera de prevenirse de la infección: «[Tener] los exámenes al día», «Hacerse la prueba [del VIH]».

3.1.2. Percepción del Riesgo de Infección por el VIH

Las TSs obtienen un promedio en percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) de 1.38

puntos (DT = 1.25), siendo el rango total de la variable de 0-3 puntos. En términos porcentuales, esto significa que: a) el 31% está muy expuesta al virus, b) el 11% está regularmente expuesta, c) el 23% está poco expuesta y d) el 35% estima que no está expuesta.

Las razones que aducen las TSs para considerarse «muy expuestas», «regularmente expuestas», «poco expuestas» y «no expuestas» a la infección del VIH, a menudo, coinciden con independencia de la categoría en la que ellas mismas se ubican, y son de este tenor: a) *estoy muy expuesta*: «Uno no sabe con quién hace el tacto de la persona, no la conocemos» [sic], «Para toda clase de enfermedades» [sic], «Se rompe el condón», «Con el novio no lo hago con preservativo y el novio uno no sabe donde

está metido; uno confía en ello [sic]; para diferenciar el trabajo de [cuando lo hace con] el novio» [sic], «Porque nadie sabe si se rompe el preservativo y la persona esté contaminada», «Hay clientes que no quieren condón»; b) *estoy regularmente expuesta*: «Me cuido», «Uso condón»; c) *estoy poco expuesta*: «Porque yo me cuido mucho», «...Hay muchas formas de uno cuidarse: usar preservativo» [sic], «Yo me cuido bastante, de repente un preservativo se rompe» [sic], «[Uso del] preservativo, no voy con todo el mundo a la pieza», «Uno lo evita, no besarse, con preservativo» [sic], «Me cuido», y d) *no estoy expuesta*: «Trabajo con condón», «Yo no estoy con nadie sin condón; me da miedo», «Me cuido mucho», «Uso preservativo... se pueden reventar» [sic],

«Siempre preservativo, menos con la pareja».

Preocupan especialmente: a) la rotura del condón, que mencionan muchas TSs, aunque los datos que ofrecen apuntan a que ello ocurre aproximadamente un 0.6% de las veces; b) la importancia que no pocas TSs conceden al beso en la boca, como vía de infecciones (VIH u otras), muy por encima de la que parecen otorgar a la felación, que la gran mayoría practica y, a menudo, sin protección; c) la negativa de muchos clientes a utilizar condón, y d) las relaciones sexuales no protegidas con los novios, esposos o parejas más o menos estables con el objeto de diferenciar la actividad sexual profesional de la afectiva, a pesar de reconocer el peligro que ello supone.

3.1.3. Intención Conductual

El promedio en intención conductual (INTC) de las TSs es 3.91 puntos (DT = 0.91), siendo el rango total de la variable de 0-6 puntos. En términos porcentuales, esto quiere decir que: a) el 71% expresa la intención de exigir siempre el uso del condón al cliente, aunque lo pierdan por hacerles tal exigencia; b) el 23% manifiesta su voluntad de exigir el uso del condón al cliente, siempre que ello no suponga la pérdida del cliente; c) el 32% tiene el designio de no tomar alcohol en dicho contexto; d) el 99% expresa su voluntad de no utilizar drogas en el contexto del servicio sexual; e) el 96% manifiesta su intención de no aceptar nunca el coito anal, y f) el 2% afirma que desea disminuir el número de clientes.

Por tanto, si las TSs llevan a cabo la totalidad de sus intenciones conductuales, todavía no pocas de ellas se encontrarán en peligro de infección por el VIH: a) el 35% seguirá prestando sus servicios sexuales sin condón; b) el 68% continuará consumiendo alcohol en el contexto del servicio sexual, lo que reducirá su capacidad de protegerse, y c) el 98% mantendrá o incrementará el número de sus

clientes. Sin embargo, sólo un 1% y un 4% consumirán drogas y aceptarán el coito anal, respectivamente.

3.1.4. Autocontrol

En autocontrol (AUTC), las TSs obtienen un promedio de 3.10 puntos (DT = 0.99), siendo el rango total de la variable de 0-6 puntos. En términos porcentuales, esto se traduce así : a) el 63% estima que ejerce control sobre el cliente (lo acepta o lo rechaza); b) el 21% considera que establece el importe del servicio sexual; c) el 70% decide sobre el uso del condón; d) el 96% controla el tipo de práctica sexual (coito vaginal, anal, felacio u otras) y e) el 58% determina la duración del servicio (un rato o toda la noche, por ejemplo).

Los siguientes extractos de respuestas permiten entrever la complejidad de las interacciones entre las TSs y sus clientes en la contratación de sus servicios sexuales. A menudo, no se especifican claramente las condiciones y ello suele causar problemas a la hora de llevar a cabo la prestación de tales servicios: a) «Lo llama a uno... que cuánto cobra... Nada más desnudarse. Normal. Le pongo el preservativo. Si no quiere ponérselo, se sale de la pieza» [sic]; b) «Los clientes preguntan cuántas veces has trabajado... Si es de amanecida [toda

la noche], dos veces [dos coitos]. Yo no me voy a trasnochar. ¿Qué tomas? ¿Una botella de ron? No. No me gusta emborracharme» [sic]; c) «Precio antes de ir. Uno dice tanto y paga la pieza» [sic]; y d) «Llega, mira a las muchachas y llama a la que le gusta. Si es cliente habitual: ¿qué va a tomar?, ¿cuánto cobra? Yo le digo que es con preservativo, que no trabajo sin. Si le gusta... y si no, no» [sic].

3.2. Conducta de Riesgo de Infección por el VIH

La conducta de riesgo de infección por el VIH de las TSs se muestra en el Cuadro 2 en términos de categorías, puntajes, frecuencias y porcentajes.

Las TSs obtienen un muy bajo promedio en conducta de riesgo de infección por el VIH de 2.91 puntos (DT = 2.23), siendo el rango total de la variable de 0-16 puntos. En términos conductuales esto equivale a que: a) el 70% siempre solicita el uso del condón al cliente, cuando ello no supone la pérdida de este por tal requerimiento; b) el 70% está dispuesta a perder por exigencia del uso del condón al cliente, cuando este no quiere usar tal protección; c) el 92% toma bebidas alcohólicas en el contexto de la prestación de sus servicios sexuales, y d) el 96% no consume drogas en dicho contexto.

Cuadro N° II

CONDUCTA DE RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES DEL CINTURÓN COLÓN-COLONCITO-PREGONERO-ABEJALES-EL PIÑAL (ESTADO TÁCHIRA)

Variable	Categorías	Puntajes	F	%
Conducta de Riesgo de Infección por el VIH (CRIV) (1)	Muy alta	15-16 puntos	0	0
	Alta	11-14 puntos	0	0
	Media	7-10 puntos	7	7
	Baja	3-6 puntos	45	45
	Muy baja	0-2 puntos	48	48
Totales		0-16 puntos	100	100

(1) CRIV: media = 2.91; DT = 2.23.

Cuadro N° III

VALORES ESTADÍSTICOS RESULTANTES AL CRUZAR LA CONDUCTA DE RIESGO DE INFECCIÓN Y LAS CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS EN LAS TRABAJADORAS SEXUALES DEL CINTURÓN COLÓN-COLONCITO-PREGONERO-ABEJALES-EL PIÑAL (ESTADO TÁCHIRA)

Variables	Cognitivas				Estad.
	INVS	PRIV	INTC	AUTC	
Conducta de Riesgo de Infección por el VIH (CRIV)	1.51(2)	4.70(2)	6.46(1)	14.79(1)	x ²
	0.468	0.095	0.011	0.000	P
	0.122	0.212	0.268	0.377	C
	0.123	0.217	0.278	0.407	V
	-0.225	-0.032	-0.690	-0.824	G

Los números entre paréntesis () son los grados de libertad.

N.S.: nivel de significación; P: probabilidad; C: coeficiente "C" de Pearson; "V": coeficiente "V" de Crámer; G: coeficiente Gamma.

CRIV: conducta de riesgo de infección por el VIH; INVS: información sobre el VIH/SIDA; PRIV: percepción del riesgo de infección por el VIH; INTC: intención conductual; AUTC: autocontrol..

Los siguientes extractos de respuestas muestran algunas de las interacciones verbales y prácticas más comunes –estas últimas, a menudo peligrosas para la salud–, las cuales tienen lugar durante la prestación de los servicios profesionales a los clientes: a) «Le hago un examen, le agarro el pene, se lo bajo y lo exprimo (hacer tacto)... Le lavo con agua y alcohol en una poncherita...»; b) «Le reviso, hay hombres que no se dejan revisar, algo esconden entonces. Yo prefiero no atenderlos. Lo lavo con jabón, a veces Betadine, pero a veces este reseca mucho. Lo acaricio... Si quiere dos veces... Si se le pasa el tiempo, tiene que pagar doble o empiezan a maltratarle a uno. Por muy joven que esté el hombre, no es capaz de hacerlo dos veces rápido...» [sic]; c) [Trabaja en la calle] «Los llevo para una habitación»; d) «Me desnudo completa para que me de más de lo quedado. Sin preservativo, nada. No lo lavo, casi no se lo pongo para no tocarlo»; e) «No me quito la blusa. Se desnuda el cliente, le pongo el preservativo. Nada de beso. Si no se pone preservativo, le saco de la pieza. Le lavo con agua y jabón»; f) «Una habla antes con el cliente. Yo soy muy clara con ellos desde el principio»; g) «A veces no pongo condón. No tengo sexo oral. Los lavo [a los clientes]», y h) «No sexo oral» [sic].

3.3. Relaciones entre las Variables

En el Cuadro 3, pueden verse los estadísticos que resultan al cruzar la conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV) y las características cognitivas: a) información sobre el VIH/SIDA (INVS), b) percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV), c) intención conductual (INTC) y d) autocontrol (AUTC).

1. Información sobre el VIH/SIDA (INVS) y conducta de riesgo de Infección por el VIH (CRIV). No se presenta asociación entre las variables. c^2 es 1.51, el cual, con

dos grados de libertad, tiene una $p = 0.468$. Los valores de los coeficientes «C» (0.122) y «V» (0.123) son marginales y corroboran la ausencia de asociación, aunque el de «G» (-0.225) apunta hacia una relación baja y negativa.

2. Percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) y conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV). Al cruzar las variables, resulta un c^2 de 4.7 ($g.l. = 2$), el cual indica dependencia entre las mismas con una probabilidad de 0.095. Los valores de los coeficientes «C» (0.212) y «V» (0.217) confirman una baja asociación, mientras que el de «G» (-0.032) es marginal.

3. Intención conductual (INTC) y conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV). El cruce entre las variables presenta un c^2 de 6.46 ($g.l. = 1$) que muestra asociación entre las mismas con una probabilidad de 0.011. Los valores de los coeficientes «C» (0.268) y «V» (0.278) indican una relación baja y el de «G» (-0.69) apunta a una relación media y negativa.

4. Autocontrol (AUTC) y conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV). Se presenta asociación entre las variables ($c^2 = 14.79$;

$g.l. = 1$) con una probabilidad de 0.000, lo que confirman los valores de los coeficientes «C» (0.377) «V» (0.407) y «G» (-0.824), indicando este último que la asociación es negativa.

4. Discusión

Aunque todas las TSs participan voluntariamente en la investigación y se les indica el carácter confidencial de la información que proporcionan, probablemente, la «deseabilidad» social influye en sus respuestas, especialmente, en las relacionadas con la conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV), pues los ítems de esta variable se refieren al empleo del preservativo, al consumo de alcohol y al uso de drogas en el contexto de la prestación de los servicios profesionales. A menudo, las TSs estiman que el entrevistador espera escuchar respuestas que indiquen conductas saludables.

Por otro lado, la entrevista evalúa sólo las relaciones sexuales con los clientes y no las que mantienen con los esposos y novios (parejas estables). En estas últimas relaciones, las TSs no suelen utilizar preservativo, bien porque desean diferenciarlas de su actividad

profesional o bien porque no disponen de las habilidades y poder necesarios para la negociación del uso de protección. Hay información suficiente en la literatura que indica que muchas TSs adquieren el VIH con sus parejas estables y no con sus clientes (Estébanez, Fitch y Nájera, 1993).

El promedio (2.91 puntos) en comportamiento de riesgo de infección por el VIH/SIDA (CRIV) que presentan las TSs del cinturón es muy bajo y ciertamente es inferior al obtenido por otras TSs del Estado Táchira: San Cristóbal (5.77 puntos) (Glod, 2000a) y eje La Fría-San Antonio-Rubio (3.22 puntos) (Aragón, 2000a), con las que se utiliza la misma entrevista.

El 30% de las TSs del cinturón manifiestan que no exigen el preservativo, si ello supone la pérdida del cliente. Esto significa que, en un año, cada una de estas TSs lleva a cabo entre 400 y 700 coitos no protegidos y el grupo practica entre 12 y 21 mil coitos en igual condición, siendo estos cálculos probablemente conservadores, si se tiene en cuenta que, con frecuencia, los clientes se niegan a utilizar el preservativo (Estébanez, Fitch y Nájera, 1993; Tchaoudmirova, Domeika y Mardh, 1997).

Es satisfactorio y esperanzador conocer que sólo un 4% de las TSs del cinturón consume ocasionalmente drogas en el contexto de la prestación de sus servicios profesionales y, en ningún caso, se trata de drogas endovenosas, tan asociadas a la transmisión del VIH en TSs (ONUSIDA, 1999; Estébanez Fitch y Nájera, 1993; Wofsy, 1990). Sin embargo, un 82% de las TSs consume bebidas alcohólicas, frecuentemente de baja calidad, que incluyen cerveza, vino y licores, bien por exigencia del establecimiento donde trabajan, o bien para percibir el correspondiente porcentaje, o para no desairar al cliente al rechazar la invitación o para animarse. Dado que no pocas TSs prestan sus servicios a 20-30 clientes en un fin de semana y es

frecuente que consuman dos o tres cervezas, vinos o copas antes de ir a la habitación, resulta claro que la cantidad de alcohol ingerido es suficiente para reducir la capacidad de discernimiento de las TSs, lo que fácilmente puede conducir a atender a los clientes sin preservativo ante la posible negativa de estos a usar tal protección.

La información sobre el VIH/SIDA (INVS) de que dispone un alto porcentaje de TSs del cinturón es insuficiente para evitar la adquisición o, en su caso, la transmisión del virus al prestar los servicios profesionales a sus clientes o al ejercer la función sexual con sus esposos y novios (parejas estables). Utilizando un sistema de calificación comúnmente conocido, las TSs obtienen a duras penas un aprobado, lo cual indica un vacío o ausencia considerable de conocimientos y, también, la presencia de información errada en aspectos relevantes para su protección.

En este estudio, la información sobre el VIH/SIDA (INVS) no presenta relación ($p = 0.468$) con la conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV). Otros investigadores fuera de Venezuela (Díaz-Loving y Rivera, 1992, 1995) refieren asimismo la ausencia de asociación entre las variables. En el Táchira, Aragón (2000a), con TSs del eje La Fría-San Antonio-Rubio, tampoco encuentra asociación. Sin embargo, Glod (2000a) y Aragón y Glod (1999) con TSs de San Cristóbal (Estado Táchira) y de Pueblo Nuevo-El Chivo (Estado Zulia), respectivamente, hallan dependencia en el sentido de que cuanto mayor es la INVS de las TSs, menor es su CRIV.

La información sobre el VIH/SIDA –ciertamente, aquella que es útil para prevenirse del virus– ha sido reiteradamente reconocida como necesaria, aunque insuficiente, para promover conductas saludables (Bayés, 1992, 1995; Piña, Jiménez y Mondragón, 1992) y como lógico inicio de cualquier programa de prevención (Carpio-

Cedraró, Bracho y Anderson, 1992), si bien también se le ha restado importancia (Preciado Montesinos, 1992; Díaz, 1996). En todo caso, no hay ninguna razón para que, en un asunto de tanta gravedad, en el que está en peligro la vida de las personas, no se haga lo posible para que las TSs dominen aquellos conocimientos requeridos para evitar la infección, los cuales, por otra parte, son relativamente fáciles de enseñar y aprender.

El promedio en percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) obtenido por las TSs del cinturón es de 1.38 puntos, el cual está muy por debajo del presentado por las TSs de San Cristóbal (2.63 puntos) (Glod, 2000a) y del eje La Fría-San Antonio-Rubio (2.04 puntos) (Aragón, 2000a), pero indica que un porcentaje elevado de TSs de dicho cinturón no poseen una ajustada percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) que corren al llevar a cabo comportamientos como los señalados más arriba.

En este estudio, la percepción del riesgo de infección por el VIH (PRIV) presenta relación con el comportamiento de riesgo de infección por el VIH (CRIV), aunque con una probabilidad un tanto alta (0.095). Glod (2000a) y Aragón y Glod (1999) con TSs de San Cristóbal (Estado Táchira) y de Pueblo Nuevo-El Chivo (Estado Zulia), respectivamente, hallan también dependencia en el sentido de que cuanto mayor es la PRIV de las TSs, menor es su CRIV. Fuera del país, se reporta frecuentemente la presencia de asociación (Gregson, Zhuwau, Anderson y Chandiwana, 1998; Ford, Wirawan y Fajans, 1998; Díaz, 1996; Opare, Tirtoree y Bayor, 1994). Sin embargo, dentro del país, Aragón (2000), con TSs del eje La Fría-San Antonio-Rubio (Estado Táchira), informa de ausencia de dependencia entre las variables y, en el exterior, Díaz-Loving y Rivera (1992, 1995) también refieren esta última condición.

Los resultados mencionados, aunque no totalmente concordantes, indican la conveniencia de incrementar en las TSs su conciencia del riesgo que corren de infectarse y/o infectar a sus parejas con el VIH, si mantienen prácticas riesgosas. No es probable que se orienten hacia comportamientos saludables, si estiman que la infección no va con ellas.

El promedio en intención conductual (INTC) obtenido por las TSs del cinturón es de 3.91 puntos, el cual es inferior al que presentan las TSs de San Cristóbal (3.98 puntos) (Glod, 2000a) y del eje La Fría-San Antonio-Rubio (4.52 puntos) (Aragón, 2000a), e indica que: un 35% de las TSs de dicho cinturón no exigirán el uso del preservativo o no lo utilizarán, si ello implica la pérdida del cliente, y un 68% continuarán consumiendo alcohol en el contexto de la prestación de sus servicios profesionales.

En este estudio, la intención conductual (INTC) presenta relación ($p = 0.011$) con la conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV), en el sentido de que cuanto mayor es el INTC de las TSs, menor es su CRIV. La asociación entre las variables la reportan también, en el país, Aragón (2000a) y Glod (2000a) con TSs del eje La Fría-San Antonio-Rubio y de San Cristóbal, respectivamente; y, en el exterior, Díaz (1996) y Díaz-Loving y Rivera (1992, 1995).

Un cambio de conducta de las TSs en dirección a la preservación de la salud propia y de sus parejas no parece que puedan llevarlo a cabo sin que las mismas tengan la voluntad o designio fuerte de hacerlo. Como lo señala Díaz, refiriéndose a sus estudios con gays/bisexuales latinos en EEUU:

«A pesar de no mostrar una perfecta relación de uno-a-uno, la información sugiere que las intenciones están fuertemente relacionadas con el uso real de condón de estos dos grupos de gays/bi-

sexuales latinos altamente aculturizados. No es una sorpresa que los individuos que no están practicando sexo más seguro hayan mostrado intenciones personales más débiles que sus semejantes más seguros. La presencia de un propósito establecido fuerte y explícitamente para poner en práctica una sexualidad más segura aparece como un factor protector mayor contra la conducta sexual riesgosa». (Díaz, 1996:27).

El promedio en autocontrol (AUTC) o autoeficacia logrado por las TSs del cinturón es de 3.1 puntos, lo que significa que las mismas no son capaces de controlar importantes aspectos de la contratación, explícita o implícita, de sus servicios profesionales. Así, el 65% y el 70% afirman que está fuera de su control el aceptar o rechazar un cliente y el utilizar o no el preservativo, respectivamente. Esta situación es común en otras TSs del Estado Táchira y se manifiesta en los promedios obtenidos por las mismas en esta variable: San Cristóbal (3.1 puntos) (Glod, 2000a) y eje La Fría-San Antonio-Rubio (2.8 puntos) (Aragón, 2000a).

La intención conductual (INTC) de las TSs del cinturón se asocia ($p = 0.000$) con su conducta de riesgo de infección por el VIH (CRIV) en el sentido de que a mayor INTC de las TSs, menor es su CRIV. Esta relación se presenta también con el mismo sentido en las TSs de San Cristóbal (Glod, 2000a) y del eje La Fría-San Antonio-Rubio (Aragón, 2000a) y, asimismo, en el exterior (McKusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff, 1990; Emmons, Joseph, Kessler, Wortman, Montgomery y Ostrow, 1986; Adbul-Quader, Tross, Friedsman, Kouzi y Des Jarlais, 1990; Planes, 1995). Los resultados apuntan a que un incremento del autocontrol (AUTC) o autoeficacia de las TSs disminuye

su conducta de riesgo de infección por el VIH.

Para finalizar, se recomienda iniciar en las TSs del cinturón intervenciones preventivas mediante diseños psicopedagógicos que promuevan las prácticas saludables y disminuyan las conductas de riesgo de infección por el VIH.

Bibliografía

- ABDUL-KADER, A. S. ; TROSS, S. ; FRIEDSMAN, S. R. ; KOUZI, A. C. y DES JARLAIS, D. C. (1990). Street-recruited intravenous drug users and sexual risk reduction in New York City. *AIDS*, 4, 1075-1079.
- AJZEN, L. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- AJZEN, I. Y FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- ARAGÓN D., J. (2003). *Las trabajadoras sexuales y el VIH en el cinturón de San Cristóbal (Estado Táchira)*. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela, Trabajo de grado de maestría no publicado, San Cristóbal.
- ARAGÓN 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. Caso: eje La Fría-San Antonio-Rubio, estado Táchira*. Universidad Rovira y Virgili, trabajo no publicado, San Cristóbal.
- ARAGÓN D., J. (2000b). Variables cognitivoconductuales y VIH en trabajadoras sexuales del eje La Fría-San Antonio-Rubio (Estado Táchira) en la frontera de Venezuela con Colombia. *Acción Pedagógica* 9 (1 y 2), 58-67.
- ARAGÓN D., J. (2000c). Las trabajadoras sexuales y el VIH en el eje La Fría-San Antonio-Rubio de la frontera de Venezuela con Colombia. *Sexología*, 5(2), 53-80.

- ARAGÓN D., J. (1999). 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. *Aldea Mundo*, Año 4, Nº 7, 47-52.
- ARAGÓN 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.
- ARIAS, F. (1997). *El proyecto de investigación*. Caracas: Episteme.
- BANDURA, A. (1987). Perceived self efficacy in the exercise of control over AIDS infection. Trabajo presentado al National Institute of Mental Health, and Drug Abuse Research Conference. **Women and AIDS: Promoting health behaviors**. Bethesda: National Institute of Mental Health.
- BANDURA, A. (1977). **Social learning theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- BAPTISTA, R. (1999, junio 2). Brote epidémico del SIDA es nacional. *El Nacional*, pp. 1-12.
- BAYÉS, R. (1995). **Sida y psicología**. Barcelona: Martínez Roca.
- BAYÉS, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 35-56.
- CARPIO-CEDRARO, F.; BRACHO, A. y ANDERSON, L. (1992). El Programa «Comida para el pensamiento»: un enfoque participativo en la prevención del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-1), 137-156.
- 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.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). (1995a). Update: Acquired immunodeficiency syndrome-United States, 1994. *MMWR* 44, 64-67.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). (1995b) US HIV and AIDS cases reported through June 1995. *HIV/AIDS Surveillance Report* 7(1).
- COATES, T. J. (1992). Prevención del SIDA: logros y prioridades. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 17-33.
- CHÁVEZ A., N. (1994). **Introducción a la investigación educativa**. Maracaibo: Arts Gráfica.
- DELGADO, A. (1988). **Manual SIDA. Aspectos médicos y sociales**. Madrid: IDEPSA.
- DÍAZ, R. M. (1996). Riesgo de VIH en gays/bisexuales latinos: una reseña de investigación. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 11 (1), 7-40.
- DÍAZ-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.
- DÍAZ-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. (2003). **VIH/SIDA en el Estado Táchira 1987 hasta mayo de 2002**. San Cristóbal, datos mimeografiados.
- DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL ESTADO TÁCHIRA. COORDINACIÓN REGIONAL DE ITS/SIDA. (2002). **VIH/SIDA en el Estado Táchira 1987 hasta mayo de 2001**. San Cristóbal, datos mimeografiados.
- DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL ESTADO TÁCHIRA. COORDINACIÓN REGIONAL DE ITS/SIDA. (2001). **VIH/SIDA en el Estado Táchira 1987 hasta mayo de 2000**. San Cristóbal, datos mimeografiados.
- EMMONS, C. A.; JOSEPH, J. G.; KESSLER, R. C.; WORTMAN, C. B.; MONTGOMER, S. B. y OSTROW, D. G. (1986). Psychosocial predictors of reported behaviour change in homosexual men at risk for AIDS. *Health Education Quarterly*, 13, 331-345.
- ESTÉBANEZ, P.; FITCH, K. y NÁJERA M., R. (1993). El VIH y las trabajadoras sexuales. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 115(5), 415-443.
- FISHER, J. D. y FISHER, W. A. (1992). Changing AIDS-Risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- FISHBEIN, M.; MIDDLESTADT, S. E. y HITCHCOCK, 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 diseases in the AIDS era**. Washington: American Society for Microbiology.
- 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*, 10(1), 34-35.
- GLOD, E. (2000a). **Características socioeducativas y del servicio sexual, variables cognitivoconductuales y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de San Cristóbal, estado Táchira (Venezuela)**. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela, tesis de grado de maestría no publicada, San Cristóbal.
- GLOD L. E. (2000b). Características socioeducativas y del servicio sexual, variables cognitivoconductuales y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de San Cristóbal, estado Táchira (Venezuela). *Sexología*, 5(1), 5-33.
- GOUREVICH, M. N. (1996). Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Tendencias actuales. En J. W. Gold, E. E. Telzak y D. A. White (Dirs.), **Clínicas Médicas de Norteamérica. Tratamiento del paciente infectado por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**, Parte I (pp. 1181-1197). México: McGraw-Hill Interamericana.
- GREGSON, S.; ZHUWAWU, T.; ANDERSON, R. y CHANDOIWANA, S. (1998). Is there evidence for behaviour change in response to AIDS in rural Zimbabwe? *Sociological Science Medicine*, 46(3), 321-330.
- HERNÁNDEZ S., R.; FERNÁNDEZ C., C. y BAPTISTA L., P. (1998). **Metodología de la investigación**. México: McGraw Hill Interamericana.

- HURTADO, J. (1998). **Metodología de la investigación holística**. Caracas: Sygal-Fundacite.
- 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?** Geneva: UNAIDS.
- LOURES, L. (2000, noviembre). Estrategias de prevención: nuevas tendencias. Ponencia presentada en el **I Congreso Venezolano de SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual y V Encuentro Colombo-Venezolano de SIDA**, Caracas (28-30 noviembre de 2000).
- MCKUSICK, L.; COATES, T. J.; MORIN, S. F.; POLLACK, L. y HOFF, C. (1990). Longitudinal predictors of reduction in unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco: The AIDS behavioural research project. **American Journal of Public Health**, **80**, 978-982.
- MATOS, D. (2000, noviembre). Presente y futuro del VIH en Venezuela. Ponencia presentada en el **I Congreso Venezolano de SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual y V Encuentro Colombo-Venezolano de SIDA**, Caracas (28-30 noviembre de 2000).
- ONUSIDA (UNAIDS) (2002). Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre de 2002 (Página Web en línea). Disponible: <http://www.unaids.org/worldaidsday/press/Epiupdate>. [Consulta: 2002, enero 1].
- ONUSIDA (UNAIDS) (2001). *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2001* (Página Web en línea). Disponible: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology>. [Consulta: 2002, enero 1].
- ONUSIDA/UNAIDS (2000a). *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2000a*. (Página Web en línea). Disponible: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology> [Consulta: 2001, junio 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/epidemiology> [Consulta: 2001, junio 1].
- ONUSIDA/UNAIDS (1999). *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999*. (Página Web en línea). Disponible: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology> [Consulta: 2000, diciembre 20].
- ONUSIDA/UNAIDS (1998a). **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**. Estudio de casos. Colección de Prácticas Óptimas. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA/UNAIDS. (1998b). **Un indicador del éxito en Uganda. Importancia de vigilar la prevalencia del VIH y el comportamiento sexual**. Estudio de casos. Colección de Prácticas Óptimas. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA/UNAIDS (1998c). **El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones**. Ginebra: ONUSIDA.
- OPARE, B.; TIRTORE, L. y BAYOR, S. (1994). Strategy to attitudinal change in CSW, Wa. Ghana. **10th International Conference on AIDS**, Yokohama (PDO455).
- PIÑA, J. A.; JIMÉNEZ, S., y MONDRAGÓN, V. (1992). La relación entre la investigación y el diseño de programas preventivos para el SIDA. **Revista Latinoamericana de Psicología**, **24** (1-2), 201-211.
- PLANES P., M. (1995). Expectativas de autoeficacia y su relación con los comportamientos sexuales preventivos frente al SIDA. **Avances en Psicología Clínica Latinoamericana**, **13**, 27-37.
- PRECIADO, J. y MONTESINOS, L. (1992). El SIDA: desafíos para la psicología. **Revista Latinoamericana de Psicología**, **24** (1-2), 177-187.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. y NORCROSS, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, **47**, 1102-1114.
- PROCHASKA, J. O. y PROCHASKA, J. M. (1993). Model transteòric de canvi per a conductes addictives. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), **Tractaments psicològics en drogodependències: Recaiguda i preventió de recaigudes** (pp. 83-134). Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- ROSENTOCK, I.; STRECHER, V. y BECKER, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. **Health Education Quarterly**, **15**, 175-183.
- SABINO, C. (1986). **El proceso de investigación**. Caracas: Panapo.
- TCHAOUDMIROVA, 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.
- UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (UPEL). (1998). **Manual de trabajos de grado de maestría y tesis doctorales**. Caracas: Autor.
- WALKER, H. y LEV, J. (1953). **Statistical inference**. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- WOFSY, C. (1990). AIDS and HIV infection in prostitutes: Epidemiology. En P. T. Cohen, A. Volberding M. y P. A. Volberding (Eds.), **The AIDS knowledge base**. Massachusetts: The Medical Publishing Group.

Jesús Aragón Diez

Lic. En Filosofía y Psicología. Mg en Orientación de la Conducta y Mg. En Orientación en Sexología. Profesor Titular del Departamento de Orientación y Psicología de la Universidad de Los Andes (ULA), Venezuela.

E-Mail:
jesusaragon@cantv.net

Investigación financiada por el CDCHT-ULA. Código del Proyecto NUTA-H-134-00.

Fecha de recepción:
Febrero 2004

Fecha de aceptación definitiva:
Mayo 2004