

Variables cognitivo-conductuales y VIH en trabajadoras sexuales del eje La Fría-San Antonio- Rubio (Estado Táchira) en la frontera de Venezuela con Colombia

Jesús Aragón Díez

Universidad de Los Andes-Táchira
jesusaragon@cantv.net

Introducción

En 1998, se inicia un extenso programa de investigación diagnóstica sobre la situación del VIH/SIDA en las Trabajadoras Sexuales (TSs) del área venezolana de la frontera con Colombia, en la que se incluyen los estados Zulia, Mérida, Táchira y Barinas, con el objeto de obtener información actualizada y contextualizada que sirva de soporte para diseñar intervenciones educativas tendientes a preservar la salud y prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETSs), especialmente, el VIH/SIDA (Aragón, 2000).

Este informe, que deriva del programa, se limita sólo a un caso: las TSs del eje La Fría-San Antonio-Rubio (Estado Táchira) en la frontera con Colombia, y se refiere únicamente a las relaciones que presentan ciertas variables cognitivo-conductuales entre sí y con el VIH en dichas trabajadoras.

Epidemiología

El VIH/SIDA, en sus inicios, estaba muy circunscrito a grupos de población denominados de riesgo, especialmente, drogadictos y hombres que mantienen relaciones sexuales con otros

hombres (Delgado, 1988; Mertens y Low-Beer, 1997; Gourevich, 1996). Sin embargo, hace años que traspasó los grupos de riesgo y se extendió por la población general. La vías principales de transmisión han dejado de ser el compartir los implementos para la drogadicción endovenosa y la conducta sexual no protegida de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Ahora, ocupa el primer lugar el comportamiento sexual riesgoso de los heterosexuales. Es preocupante el aumento del VIH entre heterosexuales y todavía lo es más su incremento entre mujeres en edad reproductiva (ONUSIDA, 1999).

En Venezuela, la epidemia también ha traspasado los grupos de riesgo y se está extendiendo entre la población general (ONUSIDA, 1998a, 1998b). Con todo, a finales del año 1999, la proporción de homosexuales/bisexuales entre los infectados es superior a la de los heterosexuales de ambos sexos, y la proporción de los varones heterosexuales es superior



Resumen

En este artículo, se presentan los resultados de una investigación diagnóstica sobre las trabajadoras sexuales y el VIH. Se seleccionaron cinco variables cognitivo-conductuales (información sobre el VIH/SIDA, percepción del riesgo de infección, conducta de riesgo de infección, intención de cambio conductual y autocontrol) y se relacionan entre sí y con el VIH en trabajadoras sexuales (TSs) del eje La Fría-San Antonio-Rubio (Estado Táchira, Venezuela). Para ello, se entrevistó a 89 TSs voluntarias y se les administró la prueba ELISA. Todas resultan VIH negativo. La información sobre el VIH/SIDA no se asocia ($p < 0.05$) con ninguna de las variables, pero las demás muestran dependencia al menos con otras dos. Estos resultados han de considerarse en los diseños educativos para la prevención del VIH en estas TSs.

Palabras clave: VIH, SIDA, variables cognitivo-conductuales, trabajadoras sexuales.

a la de las mujeres de igual orientación sexual (MSAS, citado por Baptista, 1999).

En el Estado Táchira, las tendencias de la epidemia son similares a las del país, aunque la proporción de heterosexuales infectados supera ya la correspondiente a los homosexuales/bisexuales en 1999 (Dirección Regional de Salud del Estado Táchira, Coordinación Regional de ITS/SIDA, 2000).

Trabajadoras sexuales

Las TSs constituyen un grupo de alto riesgo –dado el elevado número de encuentros sexuales sin protección que mantienen con sus clientes, lo que las coloca en peligro permanente de adquirir el virus–, y son un importante vector de transmisión de la infección en algunos países del mundo. Tal situación se acentúa cuando intervienen factores como el alcohol, las drogas, la condición de población móvil, la pobreza y otros (ONUSIDA, 1999).



Abstract

Five cognitive and behavioural variables are selected: information about HIV/AIDS, perception of infection risk, infection risk behaviour, intention of behavioural change, and self-control. They are related among each other and with HIV prevalence in female sexual workers (FSWs) from La Fria-San Antonio-Rubio axis (Táchira State). Eighty-nine (89) voluntary FSWs are interviewed for this purpose and administered the ELISA test. All of them turn out to be HIV (-). The information about HIV/AIDS ($p < 0.05$) does not relate to any of the variables, but the rest of them show dependence at least with other two. The outcomes are to be taken into account in educational designs for HIV prevention among these FSWs.

Key words: HIV/AIDS, Female sex workers, Cognitive and behavioural variables.

En Venezuela, se dispone de muy poca información sobre las TSs y el VIH/SIDA: número de estas, cantidad de clientes que atienden, condiciones de trabajo, prácticas sexuales o servicios que prestan, prevalencia e incidencia del VIH entre las mismas, información que poseen sobre la infección, etc.

En el Estado Táchira, se sabe que el VIH ha penetrado desde hace años en las TSs y que la incidencia de la infección entre ellas se ha incrementado considerablemente en el año 1999 (Dirección Regional de Salud del Estado Táchira, Coordinación Regional de ITS/SIDA, 2000).

La condición de las TSs de ser un grupo de alto riesgo, la posibilidad de convertirse en un vector de propagación del VIH, los escasos conocimientos de que se dispone sobre ellas y las características epidemiológicas especiales de una frontera son razones suficientes para justificar un programa de investigación al respecto.

Teorías y modelos

La propagación del VIH es posible por la conducta riesgosa de la población (Bayés, 1992, 1995). El virus es de mediana infecciosidad y penetra en el organismo fundamentalmente por contacto directo con sangre infectada o por relaciones sexuales no protegidas, en las que al menos un participante es seropositivo.

Las teorías o modelos han tratado de identificar las condiciones o factores que favorecen la conducta riesgosa con el objeto de cambiar esta, y de mantener y/o promover prácticas más saludables o seguras. Síntesis de dichas teorías y modelos pueden encontrarse en Kalichman (1998) y King (1999).

Este informe no tiene pretensiones teóricas, en el sentido de intentar probar un determinado modelo o teoría. Se han escogido cinco variables cognitivo-conductuales, incluidas en dos o más de los modelos o teorías existentes: información sobre el VIH/SIDA, percepción del riesgo de infección por el VIH, conducta de riesgo de infección por el VIH, intención de cambio conductual y autocontrol, las cuales se considera que pueden ser importantes para promover un cambio de conducta hacia prácticas más saluda-

bles o para mantener estas, y, así, impedir o limitar la propagación del VIH entre las TSs.

Método

Naturaleza y Diseño de la Investigación

Cabe considerar esta investigación como: **a)** de campo, dado que se realiza en el contexto donde acontece el fenómeno investigado (Hernández y Christen, 1991), **b)** *expost-facto*, habida cuenta de que el fenómeno ya ha sucedido, sin que haya intervenido el investigador (Kerlinger, 1975), y **c)** transeccional, puesto que se lleva a cabo en un solo momento temporal (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Población y muestra

La población está definida por las TSs activas del eje La Fría-San Antonio-Rubio (estado Táchira), que asisten a control médico en las unidades sanitarias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), cuando se lleva a cabo la recolección de datos (mayo-junio del año 2000).

La muestra (N=89) constituye el 78.76% y el 28.53% del total de TSs que aparecen controladas y registradas, respectivamente, en el eje durante el estudio de campo. Las integrantes son voluntarias y se seleccionan a conveniencia o de modo incidental entre aquellas TSs que asisten a control médico rutinario. Es conveniente señalar que ninguna de las TSs a las que se solicita su colaboración se niega a prestarla.

Las características socio-individuales de las TSs de la muestra son las siguientes: **a)** tienen una edad promedio de 33.26 años (D.T. = 8.45); **b)** son extranjeras (79.8%) y solteras (68.5%); **c)** han nacido en área urbana (el 56.4% en poblaciones de más de 50.000 habitantes) y residen en Colombia (46.2%) o en la localidad donde asisten a control médico (34.8%); **d)** al menos, han comenzado estudios de primaria (86.7%) y realizan labores de amas de casa (75.3%), teniendo un promedio de 3.7 personas a su cargo (D.T.=1.81); **e)** estiman que su educación sexual es insatisfactoria (70.8%), y **f)** manifiestan que son católicas (93.3%) y practicantes (59.6%).

Instrumentos y procedimientos

Se utiliza una entrevista estructurada y validada mediante el "juicio de expertos" (Ruiz, 1998) y la prueba ELISA (SERODIA-HIV, Fujirebio Inc.). El análisis de la información es computarizado. Para establecer las asociaciones entre las variables, se utilizan los siguientes estadísticos: χ^2 , coeficiente "C" de Pearson y coeficiente "V" de Crámer.

Análisis y discusión de los resultados

Características cognitivo-conductuales

Las características cognitivo-conductuales de las TSs se describen a continuación una por una:

Información sobre el VIH/SIDA. El promedio es 10.17 puntos (DT=5.01; rango: 0-19 puntos), lo cual equivale a una "supuesta" TS, la cual: *a)* sabe que el VIH es un virus que produce el SIDA (32.6%), y que esta es una enfermedad mortal e incurable ocasionada por dicho virus (25.8%); *b)* identifica algunos síntomas del SIDA (59.6%), si bien desconoce la diferencia entre un seropositivo y un enfermo de SIDA (67.4%); *c)* cree que se puede distinguir a simple vista a un seropositivo asintomático (56.2%); *d)* nombra dos o más formas concretas de transmisión de la infección (64%); *e)* menciona dos o más medidas específicas para su prevención (50.6%), y, finalmente, *f)* reconoce la peligrosidad de la enfermedad para la salud, dado su carácter mortal (89.9%).

No pocas TSs presentan ignorancia casi absoluta sobre el VIH/SIDA o poseen información errada sobre la epidemia en aspectos muy importantes para evitar la infección, tales como las vías de transmisión y modos de prevención. Además, son numerosas las que no distinguen el VIH, el SIDA y las pruebas de detección, y tampoco escasean las que creen poder identificar a simple vista un seropositivo asintomático o las que estiman que la prueba de despistaje del VIH es una forma de prevención más que de diagnóstico.

Percepción del riesgo de infección por el VIH.

El promedio es de 2.04 puntos (DT=1.25; rango: 0-3 puntos) y significa que el 57.3% de las TSs estima que está muy expuesta a contraer la infección, el 12.4% que está regularmente expuesta, el 7.9% que está poco expuesta y el 22.5% que no está expuesta.

Si bien más de las tres cuartas partes de las TSs se consideran, en alguna medida, en riesgo de contraer la infección por el VIH, tal percepción está acompañada de razones erradas o excusas ("tengo miedo a la gonorrea", "tener fe en el Señor...", "...nadie está exento", y "...porque yo veo el físico en las personas, el color"), las cuales probablemente limiten los efectos positivos de la conciencia de riesgo en la formulación de intenciones de cambio conductual y en la concreción de estas en prácticas más saludables.

Conducta de riesgo de infección por el VIH.

El promedio es de 3.22 puntos (DT=2.59; rango: 0-16 puntos) y se traduce en que: *a*) el 84.3% de las TSs siempre solicita a sus clientes el uso del preservativo, pero sólo un 49.4% lleva la solicitud al extremo de perder al cliente, si esto no quiere utilizarlo, y *b*) al prestar sus servicios profesionales, el 83.2% toma, si quiera algunas veces, bebidas alcohólicas, y el 98.9% nunca consume drogas.

Es preocupante que menos de la mitad de las TSs exige el uso del preservativo al cliente, si tal requerimiento conlleva la pérdida del cliente, y que la mayoría de ellas consume bebidas alcohólicas durante el ejercicio de sus funciones; pero es esperanzador que la mayoría, al menos, "solicita" el uso del condón y que sólo una utiliza ocasionalmente drogas.

Intención de cambio conductual. El promedio es 4.52 puntos (DT=1.20; rango: 0-6 puntos), el cual indica que las TSs tienen el propósito de: *a*) exigir siempre el uso del condón a sus clientes, aunque ello implique perderlos (58.4%); *b*) no ingerir alcohol (60.7%) ni consumir drogas durante el ejercicio de sus funciones (98.9%); *c*) no aceptar el coito anal (93.3%), y *d*) reducir el número de clientes (44.9%).

Si bien todas las TSs manifiestan la voluntad de cambiar su conducta hacia prácticas más saludables, lo cierto es que, aunque concretaran en acciones reales sus expresiones de intención de cambio conductual, todavía un buen porcen-

taje de ellas estaría en peligro de infección por sus prácticas riesgosas.

Autocontrol. El promedio es 2.80 puntos (DT=1.77; rango: 0-5 puntos), el cual quiere decir que las TSs deciden sobre estos aspectos de la prestación de servicios: *a*) la aceptación o rechazo de un cliente (51.7%), *b*) el importe o valor de sus servicios (37.1%), *c*) la utilización del condón (57.3%), *d*) el tipo de práctica sexual (70.8%), y *e*) la duración o tiempo del servicio (62.9%).

La necesidad de dinero y la carencia de habilidades para convencer al cliente aparecen como factores fundamentales de la ausencia de control sobre las condiciones de la prestación de los servicios sexuales. El cliente ofrece más dinero, si se le permite el coito vaginal o se le practica la fellatio y/o se le acepta el coito anal sin preservativo, y, a menudo, amenaza con buscar otra profesional, si se le exige el uso de protección. Algunas TSs parecen tener ciertas habilidades para convencer al cliente: "es para protegerle a Ud.", "no estoy enferma", "no estoy sucia", "es por Ud. y su familia", pero otras carecen de tales habilidades o sucumben ante la oferta de más dinero o ante el riesgo de perder al cliente.

Seroprevalencia del VIH

Todas las TSs resultan seronegativas al VIH (ELISA). Esto parece indicar que la epidemia, aunque ha hecho acto de presencia (Dirección Regional de Salud del Estado Táchira, Coordinación Regional de ITS/SIDA, 2000), no se ha extendido ampliamente entre las trabajadoras del eje y, probablemente, tampoco entre las del Estado Táchira y del área fronteriza investigada hasta ahora en el programa, dado que iguales resultados han obtenido Aragón y Glod (1999) en Pueblo Nuevo (El Chivo) del Estado Zulia y Glod (2000) en San Cristóbal, capital del Estado Táchira, con 100 y 200 TSs extraídas de los lugares de trabajo, respectivamente.

Relaciones entre las variables

Al resultar todas las TSs seronegativas al VIH, no es posible relacionar la condición sérica con

las variables cognitivo-conductuales. Sólo se presentan, pues, las asociaciones de estas últimas variables entre sí, siendo necesario señalar que, en no pocos de los cruces, se han agrupado las categorías para obtener estadísticos confiables, los cuales aparecen en el Cuadro 1.

aumenta la información que ellas tienen sobre el VIH/SIDA (Cuadro 2).

Otros dos estudios realizados en Venezuela por Aragón y Glod (1999) y por Glod (2000), ya mencionados, manejaron la variable información sobre el VIH/SIDA. En el primero de ellos, los

Cuadro 1					
Valores Estadísticos Resultantes al Cruzar entre sí las Variables Cognitivo-conductuales de las Trabajadoras Sexuales del Eje La Fría - San Antonio - Rubio, Estado Táchira					
Variables Cognitivo-conductuales (1)					Estadísticos (2)
	I.V.S.	P.R.I.	C.R.I.	I.C.C.	
Percepción del Riesgo de Infección por el VIH	3.00 (4)	----	----	----	χ^2
	0.5574	----	----	----	P
	0.1298	----	----	----	C
	0.1805	----	----	----	V
Conducta de Riesgo de Infección por el VIH	2.34 (2)	0.88 (2)	----	----	χ^2
	0.3110	0.6432	----	----	P
	0.1621	0.0994	----	----	C
	0.1600	0.0989	----	----	V
Intención de Cambio Conductual	3.53 (2)	6.53 (2)	19.15 (2)	----	χ^2
	0.1716	0.0382	0.0001	----	P
	0.1991	0.2708	0.4638	----	C
	0.1953	0.2614	0.4207	----	V
Autocontrol	3.38 (4)	9.62 (4)	16.36 (2)	16.36 (2)	χ^2
	0.4962	0.0474	0.0003	0.0003	P
	0.1377	0.3287	0.4287	0.4287	C
	0.1912	0.3123	0.3940	0.3940	V

() Grados de libertad.

(1) I.V.S.= información sobre el VIH/SIDA; P.R.I.= percepción del riesgo de infección por el VIH; C.R.I.= conducta de riesgo de infección por el VIH; I.C.C.= intención de cambio conductual.

(2) χ^2 = ji cuadrado; P= probabilidad; C= coeficiente "C" de Pearson; V= coeficiente "V" de Crámer.

Dado que se utilizan pruebas de asociación que no indican las direcciones de las relaciones entre las variables, sean positivas o negativas, es necesario acudir a los promedios de las categorías en los distintos cruces, los cuales aparecen en el Cuadro 2.

Información sobre el VIH/SIDA

La información sobre el VIH/SIDA no se asocia al resto de las variables cognitivo-conductuales con una probabilidad no mayor de 0.05. Muestra sólo una relación muy débil con la intención de cambio conductual ($p=0.1716$) (Cuadro 1), tendiendo a incrementarse esta variable cuando

autores encontraron que las TSs que poseían mayor información sobre el VIH tenían una mayor percepción del riesgo de infección por el VIH y una menor conducta de riesgo de infección por el VIH. En el segundo de los trabajos, el autor utilizó las mismas variables y añadió otra: la intención de cambio conductual, y halló que a mayor información sobre el VIH/SIDA, 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 algunos trabajos realizados en el exterior, no se ha encontrado relación, por ejemplo, entre información, conducta sexual y autopercepción del riesgo con trabajadoras estatales de

México (Díaz-Loving y Rivera, 1995) y con estudiantes de la misma nacionalidad (Díaz-Loving y Rivera, 1992).

Se ha discutido mucho si la información, incluida en varios modelos y teorías de cambio de conducta, como 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), influye en el cambio conductual y, si es así, en qué medida y de qué forma.

Al inicio de la epidemia, se pensaba que, si las personas adquirirían conocimientos sobre el VIH/SIDA, las mismas harían algo para evitar la infección. La realidad es que este supuesto, muy a menudo, no se cumplió.

Ahora bien, el que la información por sí sola no conduzca frecuentemente a un cambio de con-

ducta en la dirección deseada, ello no significa que haya que desconocer su importancia como condición necesaria, aunque no suficiente (Piña, Jiménez y Mondragón, 1992; Bayés, 1995; Romero, 1996). No parece probable que una persona tome decisiones sobre algo que ni siquiera conoce. Es preciso seleccionar adecuadamente la información útil y manejar los recursos para que la misma se integre en la vida de las personas interesadas. Se trataría entonces más de educación humanística, crítica y participativa que de transmisión de información o de datos aislados, a fin de que dicha información llegue a tener significación suficiente para impulsar a actuar en la dirección apropiada. Entonces, sin desechar los programas masivos de información para la población general, habrá que implementar otros dirigidos a grupos de población concretos que

Cuadro 2									
Promedios Obtenidos en las Categorías Resultantes de los Cruces de las Variables Cognitivo-conductuales de las Trabajadoras Sexuales del Eje La Fría-San Antonio-Rubio, Estado Táchira									
Variables Cognitivo-conductuales Categorías/Estadísticos	Sujetos (N=89)	F (%)	I.V.S.					A.C.	
			P	R	O	M	E		D
Información sobre el VIH/SIDA (I.V.S.)									
Muy alta (16-19 puntos)	12	13.50				2.33	2.33	5.67	3.50
Alta (12-15 puntos)	24	27.00				2.13	3.13	4.25	3.13
Media (8-11 puntos)	26	29.20				2.04	3.73	4.19	2.46
Baja (4-7 puntos)	18	20.20	$\bar{X}=10.17$			1.94	3.06	4.78	2.89
Muy baja (0-3 puntos)	9	10.10		$\sigma=5.01$			1.67	3.56	4.11
Percepción del Riesgo de Infección por el VIH (P.R.I.)									
Alta (3 puntos)	51	57.30	10.53			3.45	4.75	2.33	
Media alta (2 puntos)	11	12.40	10.27			2.82	4.36	3.82	
Media baja (1 punto)	7	7.90	11.86			4.00	3.86	3.29	
Baja (0 punto)	20	22.50	8.60	$\bar{X}=2.04$		2.60	4.25	3.25	
Ya estoy infectada	0	0.00	---		$\sigma=1.25$		---	---	---
Conducta de Riesgo de Infección por el VIH (C.R.I.)									
Muy Alta (15-16 puntos)	0	0.00	---			---	---	---	
Alta (11-14 puntos)	1	1.10	13.00			1.00	2.00	3.00	
Media (7-10 puntos)	9	10.10	7.22			2.56	3.33	0.78	
Baja (3-6 puntos)	37	41.60	10.38			2.08	4.24	2.35	
Muy Baja (0-2 puntos)	42	47.20	10.55			1.93	5.07	3.62	
Intención de Cambio Conductual (I.C.C.)									
Alta (5-6 puntos)	42	47.20	11.70			2.38	1.81	3.64	
Media (2-4 puntos)	47	52.80	8.79			1.74	4.46	2.04	
Baja (0-1 puntos)	0	0.00	---			---	---	---	
Autocontrol (A.C.)									
Alto (4-5 puntos)	36	40.40	11.78			1.75	1.78	4.72	
Medio (2-3 puntos)	30	33.70	9.80			2.00	3.60	4.37	$\bar{X}=2.80$
Bajo (0-1 puntos)	23	25.80	8.13			2.57	5.00	4.22	

atiendan las necesidades específicas de tales grupos: adolescentes, TSs, niños, drogadictos endovenosos y otros.

Percepción del riesgo de infección por el VIH

La percepción del riesgo de infección por el VIH es otro de los constructos que más ha sido utilizado en los programas de intervención para reducir las conductas de riesgo de infección por el VIH. Si una persona se percibe en riesgo de infección por el VIH, cabe que haga algo por evitar la infección, pero si no se percibe con tal riesgo, probablemente, no hará nada al respecto.

La percepción del riesgo de infección por el VIH muestra asociación con la intención de cambio conductual ($p=0.0382$) y con el autocontrol ($p=0.0474$) (Cuadro 1) —en el sentido de que a mayor percepción del riesgo de infección mayor intención de cambio conductual y menor autocontrol (Cuadro 2)—, pero no presenta relación con la conducta de riesgo de infección por el VIH ($p=0.6432$) y tampoco con la información sobre el VIH/SIDA ($p=0.5574$).

Ya se han mencionado los resultados de dos estudios realizados en Venezuela con TSs (Aragón y Glod, 1999; Glod, 2000) en los que se maneja esta variable. Las investigaciones realizadas en el exterior muestran, por ejemplo, la relación entre percepción del riesgo y conducta de riesgo de infección en grupos y países diversos: mujeres de Zimbabwe (Gregson, Zhuwau, Anderson y Chandiwana, 1998), clientes de TSs en Indonesia (Ford, Wirawan, Fajans y Torpe, 1995) y hombres de EUA que mantenían relaciones sexuales con otros hombres (Díaz, 1996), pero otras no encontraron relación entre percepción, información y conducta (Díaz-Loving y Rivera, 1995, 1992).

Stevens y Hall (1998) señalan que, si bien se ha demostrado muchas veces que el incremento de la percepción del riesgo aumenta la conducta protectora en relación con el VIH, lo cierto es que, en muchos contextos, la percepción del riesgo es poco o nada relevante como predictora de cambios de conducta, los cuales son ciertamente complejos y multideterminados.

Conducta de riesgo de infección por el VIH

El objetivo último de cualquier modelo o teoría de cambio de conducta es precisamente predecir y controlar la conducta de modo que se reduzcan las prácticas riesgosas y se incrementen o, al menos, se mantengan las saludables o más saludables, con lo que se espera prevenir la enfermedad, concretamente la infección por el VIH, y promover la salud entre la población.

La conducta de riesgo de infección por el VIH se asocia con la intención de cambio conductual ($p = 0.0001$) y con el autocontrol ($p = 0.0003$) (Cuadro 1), en el sentido de que disminuye la conducta de riesgo de infección por el VIH al incrementarse la intención de cambio conductual y al aumentar el autocontrol (Cuadro 2). No presenta asociación con la percepción del riesgo de infección por el VIH ($p = 0.6432$) ni con la información sobre el VIH/SIDA ($p = 0.3110$).

Sin embargo, en los estudios venezolanos ya reiterados, la variable conducta de riesgo de infección por el VIH mostró relación negativa con la información sobre el VIH/SIDA, la percepción del riesgo de infección por el VIH (Aragón y Glod, 1999; Glod, 2000) y la intención de cambio conductual (Glod, 2000). En otros contextos y con grupos diversos, se ha encontrado a menudo la presencia de asociación entre el comportamiento riesgoso y las variables mencionadas, habiéndose utilizado las mismas, frecuentemente con éxito, en los programas de intervención. Un resumen puede verse en King (1999).

Intención de cambio conductual

A menudo y no sin razón, la intención de cambio conductual ha sido considerada como la variable más cercana a cualquier cambio efectivo y consciente de conducta. De hecho, varias teorías y modelos incluyen esta variable: la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), el Modelo de Reducción de Riesgo de SIDA (Cattania, Kegeles y Coates, 1990) y el Modelo de Etapas Múltiples (Prochaska y Diclemente, 1992).

La intención de cambio conductual, al lado del autocontrol con la que se relaciona, es la variable que presenta más asociaciones con el res-

to de las variables estudiadas: percepción del riesgo de infección por el VIH ($p = 0.0474$), conducta de riesgo de infección por el VIH ($p = 0.0003$) y autocontrol ($p = 0.0003$) (Cuadro 1). El sentido de las relaciones es: a mayor intención de cambio conductual, mayor percepción del riesgo de infección por el VIH, menor conducta de riesgo de infección por el VIH y mayor autocontrol (Cuadro 2). Como se ha señalado, sólo con la información sobre el VIH/SIDA muestra una asociación muy débil ($p = 0.1716$). Con todo, los promedios en las distintas categorías de ambas variables indican una tendencia a incrementarse la intención de cambio conductual en las TSs, cuando estas poseen mayor información sobre el VIH/SIDA.

Estos resultados concuerdan en buena medida con estudios realizados en el Venezuela y en el exterior con grupos muy específicos y dispares de población. Así, en el reiterado trabajo de Glod (2000), único que maneja esta variable, aquellas TSs que poseían una mayor intención de cambio conductual también mostraban mayor información sobre el VIH/SIDA y mayor percepción del riesgo de infección por el VIH, pero menor conducta de riesgo de infección por el VIH. Díaz-Loving y Rivera (1995) encontraron en trabajadoras estatales de México que la intención de utilizar el preservativo en futuras relaciones sexuales explicaba cerca del 20% de la varianza de la historia del empleo de dicha protección. Díaz (1996) reportó los resultados obtenidos en dos estudios realizados por él y sus colaboradores con hombres que mantenían relaciones sexuales con otros hombres, y señaló que la intención de sexo más seguro estaba relacionada con la práctica real de actividad sexual más segura en los últimos treinta días.

Como lo indica Díaz (1996: 27), "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". Ahora bien, las investigaciones mencionadas muestran que la asociación no es perfecta ni mucho menos. No sólo se requiere tener la voluntad de hacer algo, sino también creer que se es capaz de hacerlo y, en último término, poseer realmente las habilidades para ejecutarlo.

Autocontrol

El autocontrol (autoeficacia) está recibiendo cada vez más atención en el proceso de cambio de conducta y ha sido incluido en varios modelos y teorías: el Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, Strecher y Becker, 1988), el Modelo de Reducción del Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990) y la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977).

El autocontrol presenta relación con la percepción del riesgo de infección por el VIH ($p = 0.0474$), con la conducta de riesgo de infección por el VIH ($p = 0.0003$) y con la intención de cambio conductual ($p = 0.0003$), siendo la dirección de tales relaciones: a mayor autocontrol, menor percepción del riesgo de infección por el VIH, menor conducta de riesgo de infección por el VIH y mayor intención de cambio conductual (Cuadro 2). No se asocia con la información sobre el VIH/SIDA ($p = 0.4962$).

En Venezuela, no se conoce otro estudio que maneje la variable autocontrol. Sin embargo, los resultados obtenidos en este trabajo presentan concordancia con numerosas investigaciones realizadas en el exterior, las cuales han utilizado grupos distintos —incluidas TSs— en diferentes países, desarrollados o en vías de desarrollo. Ford, Wirawan y Fajans (1998) encontraron en cuatro grupos de TSs indonesias de diferente nivel socioeconómico, que la autoeficacia y la creencia de que el uso del condón incrementaba el placer se relacionaban con el uso de tal protección; con todo, en el grupo más independiente, la autoeficacia no se asoció con tal uso, pero, en el grupo de más alta tarifa, dicha relación sí se presentó. Reitman, Saint Lawrence, Jefferson, Alleyne, Brasfield y Shirley (1996) hallaron en jóvenes afroamericanos de EUA que la baja autoeficacia estaba fuertemente relacionada con las prácticas sexuales de alto riesgo.

Para finalizar con esta discusión: *a*) no debe olvidarse que los modelos teóricos se han elaborado en países desarrollados de Occidente, *b*) antes de utilizar cualquier modelo teórico como base de un programa de intervención, es preciso comprobar su funcionamiento en los sujetos y contextos en los que se pretende intervenir, *c*) lo dicho en *b*) es aplicable también a cualquier nuevo

constructo o variable que se vaya a utilizar, y **d**) el VIH/SIDA es una epidemia dinámica y cambiante.

CONCLUSIONES

1. Todas las TSs investigadas resultan seronegativas al VIH (ELISA). Si a esto se le añade que la gran mayoría de las mismas se ha sometido con anterioridad al menos a otra prueba de despistaje, también con resultado negativo, cabe afirmar que la epidemia no se ha extendido entre aquellas que acuden a control médico. Sin embargo, esta situación no es extensible a las TSs activas y no controladas.
2. Por resultar las TSs investigadas seronegativas al VIH, no es posible relacionar la condición serológica con las variables cognitivo-conductuales.
3. Salvo la información sobre el VIH/SIDA, todas las variables cognitivo-conductuales presentan asociación al menos con otras dos de tales variables ($p < 0.05$). Dichas relaciones y la dirección de estas son las siguientes: **a**) a mayor percepción del riesgo, mayor intención de cambio conductual y menor autocontrol; **b**) a menor conducta de riesgo, mayor intención de cambio conductual y mayor autocontrol; **c**) a mayor intención de cambio conductual, mayor percepción del riesgo, menor conducta de riesgo y mayor autocontrol; y **d**) a mayor autocontrol, mayor intención de cambio conductual, menor conducta del riesgo y menor percepción del riesgo.
4. Los resultados obtenidos muestran la necesidad de diseñar y llevar a cabo intervenciones educativas orientadas a prevenir el VIH en las TSs del eje, de manera que continúen seronegativas, y ello mediante: **a**) la promoción y mantenimiento de las conductas más seguras, el cambio de las prácticas riesgosas por otras más saludables, especialmente el uso del preservativo, y el abandono de las bebidas alcohólicas durante la actividad profesional, **b**) la mejora y el ajuste de la percepción del riesgo de infección, y **c**) la adquisición de habilida-

des para la concreción de las intenciones de cambio conductual y para el incremento del autocontrol en la determinación de las condiciones del servicio sexual.

Bibliografía

- Abdul-Quader, A. S.; Tross, S.; Friedman, S. R.; Kousi, 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, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Aragón D., J. (2000). *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 entregado para publicación.
- 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)*. Trabajo entregado para publicación.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Baptista, R. (1999, junio 2). Brote epidémico de Sida es nacional. *El Nacional*, p. 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.
- 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.
- 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. (2000). *VIH/SIDA en el estado Táchira 1987-1999*. San Cristóbal, datos mimeografiados.
- 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*, 10(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.
- Glod, E. (2000). *Características socioeducativas y del servicio sexual, información, percepción de riesgo, con-*

- ducta de riesgo, intención de cambio conductual y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de San Cristóbal, estado Táchira (Venezuela). Trabajo entregado para publicación.
- Gourevich, M. N. (1996). Epidemiología del virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Tendencias actuales. En J. W. Gdd, E. E. Telzak y D. A. White (Dir.), *Clinicas Medicas de Norteamérica. Tratamiento del paciente infectado por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)*, Parte I (pp.1181-1197). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Gregson, S.; Zhuwau, 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.
- Kalichman, S. (1998). *Preventing AIDS: a sourcebook for behavioural interventions*. Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.
- 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.
- McKusick, L.; Coates, T. J.; Morin, S. F.; Pollack, L., y Hoff, C. (1990). Longitudinal predictors of reductions in an protected anal intercourse among gay men in San Francisco: the AIDS behavioural research project. *American Journal of Public Health*, 80, 978-982.
- 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.
- ONUSIDA (1999). *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1999*. (Página Web en línea). Disponible en: <http://www.unaids.org/publications/documents/edipemiology> (Consulta, 2000, febrero 28).
- ONUSIDA (1998a). *El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (1998b). *El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones*. Resumen. Ginebra: ONUSIDA.
- 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.
- Prochaska, J. O., y Diclemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183-218.
- Reitman, D.; Saint Lawrence, 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.
- Romero S., L. (1996). Mensajes preventivos de SIDA centrados en la vida y en una sexualidad constructiva. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 11 (3), 6-75.
- 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.
- Stevens, O., y Hall, J. (1998). Participatory action research for sustaining individual and community change: a model of HIV prevention education. *AIDS Education and Prevention*, 10 (5), 387-402.