

**INFORMACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA Y PREVALENCIA  
DEL VIRUS EN TRABAJADORAS SEXUALES DEL  
ESTADO TÁCHIRA EN LA FRONTERA DE VENEZUELA  
CON COLOMBIA**

INFORMATION ABOUT HIV/AIDS AND PREVALENCE OF  
THE VIRUS IN SEX WORKERS OF THE TÁCHIRA STATE IN  
THE FRONTIER OF VENEZUELA WITH COLOMBIA.

INFORMATION SUR LE VIH/SIDA ET PRÉVALENCE DU  
VIRUS CHEZ DES TRAVAILLEUSES SEXUELLES DE L'ÉTAT  
DE TÁCHIRA À LA FRONTIÈRE DU VENEZUELA ET LA  
COLOMBIE.

INFORMAÇÃO SOBRE O HIV/AIDS E PREVALÊNCIA DO  
VÍRUS EM TRABALHADORAS SEXUAIS DO ESTADO  
TÁCHIRA NA FRONTEIRA DA VENEZUELA COM A  
COLÔMBIA

*Jesús Aragón Díez*<sup>1</sup>

**Resumen**

Se describen resultados parciales –información sobre el VIH/SIDA y prevalencia del virus– de un estudio con Trabajadoras Sexuales (TSs) en el Estado Táchira (Venezuela), el cual integra un amplio programa de investigación en el área venezolana de la frontera con Colombia dirigido a la elaboración de una propuesta de intervención. Se administra una entrevista semiestructurada

---

<sup>1</sup> Universidad de Los Andes (Venezuela)

y la prueba ELISA –en su caso, la WESTERN-BLOT– para la detección/confirmación del VIH a 267 TSs voluntarias que se presentan a control de ITS/VIH en centros sanitarios de diversas poblaciones. La prevalencia del virus es del 0%. Se detectan ausencia de conocimientos y presencia de errores de concepto respecto a aspectos importantes relacionados con la transmisión y prevención del VIH, los cuales es necesario conocer correctamente para el ejercicio de prácticas sexuales saludables.

**Palabras clave:** VIH/SIDA, trabajadoras sexuales, prevalencia, información, Venezuela, Estado Táchira.

### **Abstract**

The present study describes partial results concerning information and prevalence of HIV/Aids in a group of sex workers (SW) in the Táchira State (Venezuela) as part of a research program to elaborate an intervention proposal in the Venezuelan area of the frontier with Colombia. A semistructured interview and the ELISA test –or in its case, the WESTERN-BLOT- for the detection/confirmation of HIV was administered to 267 SW as part of a STI/HIV control in sanitary centres of several populations. The prevalence of HIV virus is 0%. An absence in knowledge was detected as well as the presence of concept errors regarding important aspects related to the transmission and prevention of HIV that are necessary for the exercise of healthy sexual practices.

**Key words:** HIV/Aids, sex workers, prevalence, information, Venezuela, Táchira State.

### **Résumé**

On décrit des résultats partiels – information sur le VIH/Sida et prévalence du virus- d’une étude avec Travailleuses Sexuelles (TSs) dans l’État de Táchira (Venezuela), lequel intègre un vaste programme de recherche dans

la région frontalière avec la Colombie, visant l'élaboration d'un programme d'intervention. On a fait une interview structurée et le test ELISA - WESTERN-BLOT quand nécessaire – pour la détection ou confirmation du VIH a 267 TSs volontaires qui se sont présentées au contrôle de MTS/VIH dans les centres communautaires de différents villages. La prévalence du virus est du 0%. On a trouvé un manque de connaissances et la présence des erreurs par rapport aux aspects liés à la transmission et prévention du VIH, lesquels il faut bien les connaître pour avoir des pratiques sexuelles en santé.

**Mots clé:** VIH/SIDA, travailleuses sexuelles, prévalence, information, connaissances, frontière, Venezuela, État Táchira.

## **Resumo**

Descrevem-se resultados parciais – informação sobre o HIV/AIDS e a prevalência do vírus– Em um estudo com Trabalhadoras Sexuais (TSs) no Estado Táchira (Venezuela), o qual integra um amplo programa de pesquisas na área venezuelana da fronteira com a Colômbia, dirigido à elaboração de uma proposta de intervenção. Foi feita uma entrevista semi-estruturada e o exame ELISA – Neste caso, a WESTERN-BLOT– para detectar /confirmar a presença do VIH a 267 TSs voluntárias, se apresentam para o controle do ITS/HIV em centros de saúde de diversos povoados. A prevalência do vírus foi de 0%. Detectou-se a ausência de conhecimentos e presença de erros de conceito, com respeito a aspectos importantes relacionados com a transmissão e prevenção do VIH os quais são necessários conhecer corretamente para o exercício de práticas sexuais saudáveis.

**Palavras chave:** HIV/AIDS. Trabalhadoras sexuais. Prevalência. Informação. Conhecimentos. Fronteira. Venezuela. Estado Táchira.

## **INTRODUCCIÓN**

El objetivo de este estudio es explicitar la información sobre el VIH/SIDA que poseen las Trabajadoras Sexuales (TSs) del Estado Táchira (Venezuela) y la prevalencia del virus entre las mismas, así como relacionar ambas variables, como parte de un amplio programa de investigación con estas trabajadoras en el área venezolana limítrofe con Colombia conducente a responder a la epidemia. Dicho programa incluye otras variables no manejadas aquí.

Se considera el VIH/SIDA como un problema de salud que excede el ámbito de la biomedicina y que está determinado por factores de naturaleza muy dispar, los cuales deben ser abordados de forma integral y multidisciplinaria con participación de asociaciones, organizaciones e instituciones –gubernamentales y no gubernamentales–, ciudadanos, clientes y TSs, si se desea maximizar el éxito en la respuesta a la epidemia.

La desidia, la insensibilidad, el egoísmo, la discriminación, el prejuicio y la insolidaridad, entre otros factores, han hecho posible que el VIH/SIDA, a pocos lustros de su aparición, haya obtenido “pasaporte con visado o tarjeta de residencia internacionales”, no conozca fronteras y se haya aposentado en todos los países del mundo, de modo tal que la andadura de la humanidad por el tercer milenio se inicia con una epidemia –calificada como de “dimensiones bíblicas” (Estébanez y Sánchez, 2002:54) y como “la más devastadora que jamás haya afrontado la humanidad” (ONUSIDA, 2001:2)–, la cual está despoblando una buena parte de los países de África, revertiendo el desarrollo que tales países han conseguido durante muchos años de esfuerzo y extendiendo su señorío por las regiones más pobladas del planeta (ONUSIDA, 2005, 2006, 2007).

Es preferible hacer referencia no tanto a grupos de riesgo, cuanto a conductas o actividades riesgosas, pues independientemente de si se pertenece o no a uno o más de tales grupos, son las prácticas peligrosas para la salud las que determinan el riesgo de contraer el VIH (Caballero, 1996; Romero, 1996; Bayés, 1995, 1992), y ello no es óbice para que ONUSIDA (2003, 2005, 2006, 2007) siga reconociendo en los últimos informes sobre la epidemia y en escritos más específicos la existencia de ciertos grupos muy vulnerables a la infección y mencione entre otros los siguientes: a) trabajadores sexuales, b) usuarios de drogas endovenosas y c) hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. No le falta razón a este organismo, pues es común que los integrantes

de tales grupos, muy a menudo, realicen prácticas riesgosas para la salud relacionadas específicamente con sus hábitos, profesiones y orientación sexual.

En el caso de las TSs, grupo diana de este estudio, el riesgo de infectarse por el VIH viene dado fundamentalmente por las condiciones –a menudo, sin protección y/o en circunstancias que limitan la capacidad para asumir prácticas saludables–, en que prestan a sus clientes los servicios sexuales que las caracterizan o definen como tales trabajadoras, pero cabe también que, si no se protegen, sean infectadas por sus esposos, novios o amigos, es decir, por sus parejas sexuales habituales o más o menos estables, y si son usuarias de drogas endovenosas, por aquellos con quienes comparten los implementos necesarios. Las TSs, entonces, constituyen un grupo de riesgo, pero además, si se infectan, cabe se conviertan en un vector de transmisión del VIH entre aquellos que se relacionan con ellas en los términos mencionados. Los clientes, a su vez, son un grupo muy vulnerable y, en caso de contraer el virus, pueden asimismo transformarse en vector de propagación de la infección entre las mujeres con las que mantienen relaciones sexuales no protegidas, sean esposas, novias, amigas o TSs, y si es el caso, entre quienes consumen drogas endovenosas y comparten con ellos los materiales requeridos. Estos procesos pueden ocurrir también entre hombres, sean o no trabajadores sexuales. Así, se establecen los primeros eslabones de una cadena de propagación del VIH, la cual, a menudo, se amplía y transforma en una verdadera red o trama si confluyen al mismo tiempo factores como la discriminación, la estigmatización, la migración, las inequidades de género, la violencia y la pobreza, entre otros muchos más (ONUSIDA, 2003, 2005, 2006, 2007).

Cabe prevenir la infección por el VIH cambiando la conducta de las personas, de modo que éstas observen las prácticas más seguras y abandonen las consideradas riesgosas para su salud. Por tanto, en el caso de las TSs, es importante que el consumo de alcohol y el uso de drogas, especialmente las endovenosas, así como los contactos sexuales en general y la prestación de los servicios sexuales a los clientes en particular, si es el caso, se eliminen o, al menos, se realicen dentro de unos límites mínimos de seguridad, los cuales preserven su salud y la de sus parejas y clientes.

Las primeras intervenciones orientadas a prevenir la transmisión de la epidemia se centran en informar a la población general, a menudo tratando de

incrementar los conocimientos sobre el VIH/SIDA mediante programas en los centros educativos y en los medios de comunicación masivos, los cuales utilizan no pocas veces mensajes atemorizantes e intimidatorios (Romero, 1996). Independientemente del grado o nivel de éxito de dichos programas, como ya lo señala Romero (1996:67-68), parafraseando a Bayés (1992), “lo que las personas ‘hagan’ con su vida sexual será mucho más importante que lo que ellas ‘sepan’ respecto a sexualidad y SIDA”. Esta afirmación cabe extenderla a la vida y salud en general. Para incrementar el “hacer” saludable, es decir, la utilización de prácticas sanas y la eliminación o, al menos, la reducción de las riesgosas, ha sido preciso desarrollar intervenciones que facilitaran el aprendizaje de las destrezas necesarias a partir del convencimiento de que el “hacer” no depende sólo del conocimiento o información disponible, pues intervienen otras muchas variables (King, 1999; Kalichman, Rompa y Coley, 1997; Sweat y Dennison, 1995; Bayés, 1992, 1995; Díaz, 1996; ONUSIDA, 2003, 2005, 2006, 2007).

Con todo, si bien la información sobre el VIH/SIDA no es suficiente para garantizar un ejercicio saludable de la sexualidad, sí es necesaria. Nadie puede prevenirse contra el VIH/SIDA si no sabe nada acerca de la enfermedad. Por ello, los modelos de cambio de conducta, tanto los centrados en los individuos como los sociales, incluyen la información; sean: el Modelo de Reducción del Riesgo del SIDA (Coates, 1992; Catania, Kegeles y Coates, 1990), el Modelo de Información, Motivación y Destrezas de Conducta (Fisher y Fisher, 1992; Fisher y Fisher, 2003), el Análisis Funcional de la Conducta (Bayés, 1992, 1995), la Teoría de Difusión de la Innovación (Rogers, 1995) y la Teoría de la Influencia Social o de Inoculación Social (Howard y Mc Cabe, 1990; Evans, 1984).

## **MÉTODO**

Como ya se ha señalado, este informe es parte integrante de un programa de investigación –consistente en una propuesta factible (Universidad Pedagógica Experimental Libertador, 1998)– sobre las TSs y el VIH/SIDA en la frontera de Venezuela con Colombia (Aragón, 1999) y recoge únicamente aspectos parciales de uno de los estudios del subprograma del Estado Táchira (Venezuela).

## **Naturaleza de la Investigación**

De acuerdo con los autores que se mencionan, por su naturaleza, esta investigación es: (a) descriptiva (Hurtado, 1998); (b) de campo (Universidad Pedagógica Experimental Libertador, 1998); (c) correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 1998); (d) por encuesta (Kerlinger, 1975) (e) ex post-facto (Busquera, 1989); y (f) transeccional (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

## **Población y Muestra**

La población está integrada por las TSs que proporcionan sus servicios profesionales –de modo continuo o discontinuo y/o a tiempo completo o parcial– en el Estado Táchira (Venezuela), y que asisten a revisión médica en las distintas unidades sanitarias oficiales/públicas de dicha entidad federal, en las cuales se controlan el VIH/SIDA y otras ITS.

Por tanto, esta población no incluye a todas las TSs activas, pues no pocas TSs practican su profesión y no se someten a controles sanitarios, de manera especial, aquellas que: a) contactan con sus clientes en las calles, plazas y demás (caminadoras); b) se encuentran sólo transitoriamente en el Estado; c) laboran únicamente de modo circunstancial o temporal; d) recurren a nuevas tecnologías en su oferta de servicios (Internet, telefonía móvil, anuncios en medios de comunicación escrita y demás); y e) se encubren bajo distintas denominaciones como azafatas, masajistas, damas de compañía y mesoneras, entre otras.

La muestra ( $n = 267$ ) se selecciona de manera incidental, es decir, a conveniencia del investigador, entre las TSs que: a) acuden a control médico los días que tienen asignados o, en ocasiones, después de haber sido citadas por los inspectores encargados del seguimiento/ubicación de las TSs en la entidad federal ya referida; y b) aceptan voluntariamente participar.

Es necesario indicar que: a) las TSs no conocen los días en que se efectúan las entrevistas; y b) excepto una, todas las TSs a quienes se solicita

su participación en la investigación, aceptan amablemente colaborar, tal vez porque el entrevistador ya es conocido debido a otros estudios muy recientes.

En el programa de investigación (Aragón, 1999), se exhorta a que, en lo posible, se realice un muestreo representativo de las TSs activas, con el objeto de evitar el sesgo, bien conocido, que se produce al seleccionar únicamente entre aquellas que: a) son controladas por los centros sanitarios estatales, b) están registradas en archivos de instituciones gubernamentales, y c) integran o son atendidas por organizaciones no gubernamentales (ONG).

La insuficiencia de recursos económicos no ha permitido cumplir con el exhorto, de modo que la muestra seleccionada no cabe de ninguna manera considerarla representativa de la población de TSs controladas en el Estado

**Cuadro 1.** Características Sociodemográficas de las Trabajadoras Sexuales del Estado Táchira Seleccionadas

Características sociodemográficas	Categorías	F	%
Edad	Alta (>30 años)	115	43,0
	Media (26-30 años)	65	24,3
	Baja (<26 años)	87	32,6
Lugar de nacimiento	Grande (>50.000 habitantes)	181	67,7
	Mediano (10.001-50.000 habitantes)	49	18,4
	Pequeño (<10.001 habitantes)	25	9,4
	Sin información	12	4,5
Nacionalidad	Venezolana	93	34,8
	Extranjera	174	65,2
Estado civil	Soltera	175	65,5
	Casada	25	9,4
	Separada	16	6,0
	Divorciada	10	3,7
	Viuda	17	6,4
	Concubina	24	9,0
Lugar de residencia	Localidad	151	56,6
	Resto Táchira	53	19,9
	Resto del país	4	1,5
	Exterior	59	22,1
Nivel de instrucción	Educación superior	11	4,1
	Educación secundaria	150	56,2
	Educación primaria	95	35,6
	Sabe leer y escribir	4	1,5
	Analfabeta	7	2,6
Nivel ocupacional	Sin ocupación remunerada	207	77,6
	Con ocupación remunerada:	60	22,4
	Manual	34	12,7
	No manual	26	9,7
<b>Total</b>		<b>267</b>	<b>100</b>

Táchira y, mucho menos, de la población de TSs activas de dicha entidad federal. El promedio de edad de la muestra es de 30,4 años (DT = 8,17). Algunas de sus características sociodemográficas aparecen en el Cuadro 1.

## **Variables**

En este informe, se manejan dos tipos de variables: a) la información sobre el VIH/SIDA (INVS), y b) la prevalencia del virus.

Por información sobre el VIH/SIDA, se entiende el conjunto de conocimientos que posee la TS sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Incluye ocho dimensiones: 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) vías de transmisión del VIH, g) formas de prevención del VIH y h) peligrosidad del VIH/SIDA. Las respuestas a las dimensiones se subdividen en tres (correcta, regular, incorrecta/no sabe) o cuatro categorías (notable, suficiente, regular e insuficiente/no sabe), y reciben una puntuación de cero a dos o de cero a tres puntos según el número o cantidad de categorías, obteniéndose así un puntuación total con un rango de cero a diecinueve puntos que se divide a su vez en cinco categorías con las denominaciones y los intervalos siguientes: muy alta (16-19 puntos), alta (12-15), media (8-11), baja (4-7) y muy baja (0-3).

La prevalencia del VIH es el porcentaje de sujetos de una muestra, grupo o población que presenta el virus en su organismo.

## **Instrumentos, Materiales y Análisis de la Información**

Para el VIH, se utiliza la prueba ELISA (enzimoinmunoanálisis) y, en caso de resultar positiva, se procede a confirmar con la WESTERN-BLOT, ambas a cargo de los técnicos de las correspondientes unidades sanitarias oficiales/públicas o de laboratorios privados. La información sobre el VIH/SIDA se obtiene con una entrevista semiestructurada, validada por expertos y administrada por el propio investigador.

El análisis estadístico de la información se lleva a cabo mediante el programa SPSS (SPSS, Inc. Chicago, USA), previéndose la utilización de las siguientes pruebas estadísticas no paramétricas en el cruce de las variables (información sobre el VIH/SIDA y presencia del virus): a)  $\chi^2$  y b) coeficiente “V” de Crámer.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La prevalencia del VIH entre las 267 TSs del Estado Táchira seleccionadas es del 0%. No cabe, pues, relacionar la presencia del virus con la información que las mismas poseen sobre el VIH/SIDA (INVS).

Los primeros y más importantes datos sistemáticos recogidos por el autor sobre la presencia del VIH/SIDA en TSs en el Estado Táchira provienen de los “Informes Epidemiológicos” que publica anualmente en ciclostil la Dirección Regional de Salud, Coordinación Regional de ITS/SIDA (2003) según los cuales, en los primeros once años registrados (1987-97), se producen siete infecciones por VIH en TSs del Estado. Desde 1998 a 2002 –el autor no posee información sobre los años posteriores–, ocurren otras veinticuatro infecciones con alternancias que van desde un caso en 1998 a nueve en 2001. Por tanto, los datos disponibles indican que, en los dieciséis años registrados, se han infectado un acumulado de treinta y una trabajadoras. No se ofrece información sobre el número total de las examinadas por lo que no es posible calcular la prevalencia del VIH entre las TSs controladas.

El Cuadro 2 muestra la prevalencia del VIH en TSs de distintas poblaciones del Estado Táchira. La prevalencia es del 0% en tres investigaciones del programa, ya reiterado, en las que se maneja un total de 489 de tales trabajadoras.

**Cuadro 2.** Prevalencia del VIH en Tss del Estado Táchira

Investigación	Poblaciones	N	Preval.	Autor (*)
San Cristóbal	San Cristóbal	200	0 %	Glod (2000)
Eje	La Fría, San Antonio y Rubio	89	0 %	Aragón (2000a)
Cinturón	Colón, Coloncito, El Piñal Pregonero y Abejales	200	0 %	Aragón (2002)

(\*) Ver referencias

Con esta información, si bien hay que reconocer la indubitable presencia del VIH desde hace más de veinte años entre las TSs del Estado Táchira, sin embargo, con una alta probabilidad, el virus se encuentra en un nivel que puede calificarse de muy bajo y más si se considera la vulnerabilidad de este grupo.

Por lo que respecta al área fronteriza de Venezuela con Colombia, el ambulatorio de Pueblo Nuevo-El Chivo (1999), en el Estado Zulia, informa de la presencia del VIH en una TS ya detectada en el Estado Barinas. Aragón y Glod (1999) refieren una prevalencia del 0% en TSs de dicha población (n = 100) y Aragón (2000c) calcula una prevalencia del 0,2% en el área (Sur del Lago Maracaibo, Estado Zulia) basándose en la información de que dispone en ese momento. Para toda el área fronteriza examinada, pues, es preciso reconocer también la presencia del VIH en las TSs de la zona al menos desde finales de la década pasada, si bien, de nuevo, a un nivel probablemente muy bajo.

Por lo que se refiere al resto del país, el Cuadro 3 recoge la prevalencia del VIH en TSs fuera del área fronteriza con Colombia según tres investigaciones publicadas y localizadas por el autor. En la investigación de la Isla Margarita (Estado de Nueva Esparta), Castro (1977) señala que sólo en las TSs caminadoras (n = 25; 3,6%) y no en las registradas (n = 115; 0%) se identifica la presencia del virus, siendo la prevalencia de todas las trabajadores del 2,1%. Sin embargo, Salas y Campos (2004) citan un estudio posterior del Instituto Nacional de Higiene y del NAMRID-PERÚ realizado con TSs (n = 536) en el Estado de Nueva Esparta durante los años 2001-2002 en el que no se encuentran seropositivas al VIH.

**Cuadro 3.** Prevalencia del VIH en Tss de Venezuela fuera de la Frontera con Colombia

Estado	Población/Área	Sujetos	N(1)	Prev.	Autor(2)
Nueva Esparta	Isla Margarita	Tss y gays	140	2,1	Castro (1997)
Bolívar	El Dorado, El Callao Tumeremo y otras	Tss, mineros, indígenas y otros	88	1,1	Faas et al. (1999)
Miranda	Los Teques	TSs	212	0,0	Camejo et al. (2003)

(1) Sólo se contabilizarán las Tss.

(2) Ver referencias.

En el resto de Venezuela, pues, apuntan prevalencias más altas del virus en TSs que en la zona fronteriza estudiada aquí, pero sólo en los estudios más antiguos (Cuadro 3). El Estado Bolívar también es fronterizo y el área donde se efectúa la investigación reúne circunstancias especiales debido, entre otras razones, a la explotación minera aurífera desordenada y, a menudo, ilegal. Por su parte, la Isla Margarita (Estado de Nueva Esparta) es la zona turística más importante de Venezuela y área de libre comercio con un considerable volumen de visitantes tanto del interior como del exterior del país.

Finalmente, dos estudios más recientes muestran prevalencias del 0% en TSs de Venezuela: uno con TSs de Los Teques del Estado Miranda (Camejo et al., 2003) y otro con TSs de grandes ciudades de Sudamérica (Bautista, Sánchez, Montano et al., 2006).

La prevalencia del VIH en TSs de diversos países y áreas de América Latina, según reportes de ocho investigaciones seleccionadas, aparece en el Cuadro 4.

**Cuadro 4.** Prevalencia del VIH en Tss de América Latina

<b>País/Área</b>	<b>Preval.(1)</b>	<b>Autor (2)</b>
Colombia	3,3 y 5,0	ONUSIDA et al. (2006)
Bolivia	1 y 0,5	Carcamo (2004)
Perú	0,6 y 1,6	Montano et al. (2005)
Brasil	6,7	Schulter-Trevisol et al. (2005)
Chile	0,0	Barrientos et al. (2007)
<i>América del Sur:</i> Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay Y Venezuela	1,2	Bautista et al. (2006)
<i>América del Sur:</i> Ecuador, Perú, Bolivia, Uruguay y Argentina	0,3-6	Hierholzer et al. (2002)
<i>América Central.</i> El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.	0,2-9,6	Soto et al. (2007)

(1) Ver texto.

(2) Ver referencias.

En América Latina, la prevalencia del VIH en TSs muestra diferencias considerables no sólo entre países, sino también entre regiones/poblaciones del mismo país (Cuadro 4), sean los casos de: Colombia, 3,3% y 5% (ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006); Bolivia, 1% y 0,5% (Carcamo, 2004); Perú, 0,6% y 1,6%; Argentina, 6,3% y 2,8%; y Ecuador, 2,8% y 27,8% (Montano, Sánchez, Laguna-Torres et al. (2005).

Los intervalos de prevalencia (VIH) de las TSs en países de diversas áreas de América Latina son amplios (Cuadro 4), así por ejemplo: en grandes ciudades de nueve países de América del Sur (Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela), Bautista, Sánchez, Montano et al. (2006) reportan una prevalencia promedio del 1,2%, con un intervalo del 0,0% en Venezuela y Chile al 4,5% en Argentina; y, en cinco países de América Central (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), Soto, Ghee, Núñez et al. (2007) refieren un rango de seroprevalencia (VIH) del 0,2% en Nicaragua al 9,6% en Honduras.

La epidemia, pues, está extendida entre las TSs de América Latina pero con variaciones importantes entre los distintos países. Tales variaciones se presentan también entre poblaciones y grupos de un mismo país.

En el Cuadro 5, aparece la información sobre el VIH/SIDA (INVS) que poseen las TSs del Estado Táchira, las cuales obtienen un puntaje promedio de 10,31 (DT = 3; rango: 0-19 puntos).

De modo resumido y presentando los resultados en porcentajes por dimensiones de la INVS: el 92,2% de las TSs sabe que el SIDA es una enfermedad relacionada con la transmisión sexual (ITS); sólo el 16,11% conoce lo que es el VIH; el 64% nombra tres o más síntomas de un enfermo de SIDA; el 30,7% afirma al menos que no es lo mismo ser VIH+ que tener SIDA, aunque a menudo no sepa explicar correctamente el porqué; el 70,4% estima que puede reconocer de alguna manera a un seropositivo a simple vista; el 75,2% refiere dos o más formas concretas de transmisión del virus; el 47,1% menciona siquiera dos formas concretas de prevención de la infección; y el 93,3% está consciente de que el VIH/SIDA es mortal.

**Cuadro 5.** Información sobre el VIH/SIDA de las Trabajadoras Sexuales del Estado Táchira Seleccionadas.

Categorías	Intervalos	F	%
Muy alta	16-19 puntos	10	3,7
Alta	12-15 puntos	80	30,0
Media	8-11 puntos	134	50,2
Baja	4-7 puntos	40	15,0
Muy baja	0-3 puntos	3	1,1
<b>Total</b>		<b>267</b>	<b>100</b>

Las TSs del Estado Táchira, en su gran mayoría, no diferencian entre VIH y SIDA, y responden frecuentemente a los enunciados de la entrevista asumiendo: VIH = SIDA. No pocas reiteran que no saben lo que es el VIH o responden incorrectamente sobre el virus, pero, con todo y a veces, afirman que, sea lo que sea el VIH, “no es” o “no puede ser” lo mismo que la enfermedad del SIDA e, incluso, que no se puede distinguir o identificar a simple vista a quien tenga “eso” (VIH).

Se recogen extractos de algunas de las respuestas más comunes y/o significativas proporcionadas por las TSs del Estado Táchira a cada una de las ocho dimensiones de la INVS. Se incluyen unas pocas respuestas que expresan más sentimientos que conocimientos (Cuadro 6a y b).

**Cuadro 6°.** Extractos de Respuestas Típicas o Significativas a los Enunciados acerca de la Información sobre el VIH/SIDA Emitidas por las Trabajadoras Sexuales de Estado Táchira Seleccionadas.

Dimensiones	Enunciados-Respuestas
1. Naturaleza de SIDA	<i>¿Qué es el SIDA?:</i> “No sé”. “Todos lo tenemos, pero no todos lo tenemos desarrollado” [sic]. “Enfermedad que, ¡coño!, no tiene cura” [sic]. “Enfermedad que yo tengo conciencia que es peligrosa, acaba con el ser humano. Va deteriorando a la persona, acabándola” [sic]. “No le paro mucho a eso. Uno se muere” [sic]. “Se pone enfermo uno... flaquitico” [sic]. “¡Ay, Dios mío! Yo le pido a Dios que no me...” [sic]. “Es una enfermedad de muerte que, hasta con los preservativos, se puede transmitir y es incurable”. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, ataca defensas del organismo, el sistema inmunitario” [sic].
2. Naturaleza de VIH	<i>¿Qué es el VIH?:</i> “No sé que es”. “El mismo SIDA”. “Examen aparte para si tiene alguna enfermedad..., la sífilis” [sic]. “Enfermedad en la sangre, un parásito que daña la sangre y tiene cura a tiempo” [sic]. “Virus de Inmunodeficiencia Adquirida”. “Enfermedad que acaba con las defensas, con las plaquetas”. “Para el resultado de la sangre, si uno tiene cruces, es una enfermedad del cuerpo” [sic]. “Virus de Inmunodeficiencia Adquirida. Es cuando uno está contagiado por el virus, pero no es el SIDA” [sic]. “Bueno, lo que le toman a uno para ver si tiene venéreas” [sic].

3. Síntomas del enfermo de SIDA	<i>Mencione tres síntomas de un enfermo de SIDA:</i> “No sé”. “Flaco, vómitos, diarreas, pálido, no come, salirle cosas” [sic]. “Se le cae la came, amarilla, flaca” [sic]. “Tengo un amigo: caer los dientes, amarillo, envejecen como más rápido” [sic]. “Se le cae el cuero a la persona, se va poniendo feo con el tiempo, se vuelve flaco” [sic]. “Fiebre, resfriado, baja defensas, va aguándose el sistema inmunológico de la persona” [sic]. “Parchecitos blancos, olorosos, botan materia por el pene, cambia de color a veces” [sic]. “Manchas en el cuerpo, <del>ad</del> gazan, desarrollan casi todas las enfermedades, diarrea” [sic].
4. Diferencias entre ser VIH+ y tener SIDA	<i>¿Es igual ser seropositivo al VIH que tener SIDA? ¿Por qué?:</i> “No sé”. “No. Pueden estar hasta gordos, bien vestidos” [sic]. “No. Uno la transmite y otro la contiene. Uno es portador y el otro la tiene la enfermedad” [sic]. “Sí. ¡Por supuesto!, ¿no?”. “Sí. La misma vaina” [sic]. “Sí. Para mí, es lo mismo”. “No. Los seropositivos tienen [el virus] y no se les ha desarrollado el SIDA” [sic]. “No. Hay personas que tienen el virus, lo portan, son portadores, mas no están infectados. Tardan 5, 7 ó más años aún para desarrollar el SIDA” [sic]. “Sí. Porque siempre que le <del>man</del> adan a una hacerse el examen, le colocan VIH [en el expediente o historia clínica]”..

Estas son algunas consideraciones acerca de la información sobre el VIH/SIDA (INVS) que poseen las TSs del Estado Táchira, elaboradas a partir de las respuestas de las mismas a los ítems de la entrevista referidos a dicha característica:

1. Unas pocas TSs han tenido contacto directo con el VIH/SIDA a través de conocidos, amigos o familiares que han padecido la enfermedad: “Yo tengo una amiga que tiene eso y le salen unos toletes así en las piernas” [sic]. “En la casa había un muchacho con SIDA. ¡Y yo me muerdo!” [sic]. La gran mayoría parece que no ha vivido tan cercana experiencia: “No he visto ninguna persona enferma...”.

2. Algunas TSs indican que han obtenido la información sobre el VIH/SIDA (INVS) en el sistema educativo formal, en algún curso o taller que les ha brindado el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), en la TV, el cine u otros medios de comunicación social y en conversaciones con compañeras y amigas. En todo caso, no faltan las que manifiestan no poseer conocimientos ni sobre el VIH ni sobre el SIDA o los mismos son tan limitados que no van más allá de estimar que se trata de una enfermedad: “No sé”. “Yo no sé nada de esa enfermedad”. “Debe ser una enfermedad..., la verdad... no sé” [sic]. “Un mal muy bravo. No sé más” [sic]. Otras refieren que la información sobre el virus se les ha olvidado y, también, que desde hace tiempo no han recibido cursos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) o que no se preocupan por la

enfermedad o que no han recibido información suficiente: “Me explicaban en el colegio, pero se me olvidó”. “Casi no he tenido charlas”. “Hace tiempo que estudié esa vaina” [sic]. “Se me olvida, tengo rato que no me pongo a estudiar eso” [sic]. “No sé. Me dieron cursos, pero yo era muy nueva y no presté atención”. “Es muy poco lo que me han hablado de eso”. “... Lo poco que he oído...”. “Me da afán ver por TV” [sic]. “Hacíamos campaña..., pero se me olvidó”.

3. Las TSs, en elevado número, confunden el VIH y el SIDA, ya sea: a) entre sí: “El mismo SIDA”. “Es lo mismo [que el SIDA]... ¿o no?”. “La misma SIDA” [sic]. “¿Es lo mismo?”. “¿No es el SIDA?”. “¿No es el mismo SIDA?”. “Lo mismo, el SIDA, una abreviatura del nombre”; b) con las pruebas de laboratorio : “El examen, la prueba que nos hacen” [sic]. “El examen de SIDA”. “¿El examen de sangre?”. “El SIDA o la pincha para el SIDA” [sic]. “El examen de sangre para saber si se tiene el mal”. “Preparar la muestra de sangre”; y c) con otras enfermedades: “Sangre, cuando tiene sífilis. Cruces en la sangre, sangre aguada” [sic]. “La sífilis, ¿no?”. “Es el examen de venéreas... de sífilis”. “Cáncer”. “La serología... ¿es eso? La enfermedad de la sífilis y eso” [sic]. “Hay gonorrea, hay chancro... es una persona enferma, no sé... nunca me ha pasado eso; ¡Dios no lo quiera!” [sic].

4. No faltan las que creen que la epidemia es propia sobre todo de homosexuales o de usuarios de drogas o que la transmiten sólo los hombres: “Los que más la producen son los maricos, homosexuales” [sic]. “Enfermedad de transmisión más por el homosexualismo y por la sangre, pero también en TSs” [sic]. “Es una transmisión sexual que se agarra por el contacto con la persona y especialmente con drogas, hombres que hacen sexo con otros hombres” [sic]. “Bueno, yo tengo que el SIDA es una enfermedad muy mortal que la transmite el hombre por el sexo” [sic].

5. Muchas de las TSs mencionan dos, tres o más síntomas de un enfermo de SIDA: “Peso, color, vista, manchas y placas en la piel, mareos” [sic]. “Fiebre, palidez, debilidad, flaco” [sic]. “Diarrea, fiebre, vómitos, manchas en la piel”. “Yo vi un amigo mío morir: caída del cabello, pierden peso, manchas en la piel, parecen un cadáver” [sic]. “Pérdida de peso, fiebre, diarrea, demacrados y se le cae el cabello” [sic]. “Delgados, manchas en la piel, fiebre, las defensas se bajan” [sic]. “No tiene defensas, trastornos, pérdida de peso, granos en el cuerpo” [sic]. “Yo vi un caso: ganas de vomitar, fiebre, tos, no comía, se le

perdió el apetito, se adelgazan” [sic].

**Cuadro 6b.** Extractos de Respuestas Típicas o Significativas a los Enunciados acerca de la Información sobre el VIH/SIDA Emitidas por las Trabajadoras Sexuales del Estado Táchira Seleccionadas.

<b>Dimensiones</b>	<b>Enunciados-Respuestas</b>
5. Distinción de un VIH+ a simple vista	<i>¿Se puede distinguir o reconocer a simple vista a un VIH+? ¿Por qué?:</i> “No sé”. “No. Si lo tiene reciente, no”. “No. Sólo, cuando está avanzado”. “No. A veces, se ven sanas y portan el SIDA”. “No. No se puede saber”. “Sí. Porque lo tiene rojo y pepitas por los lados” [sic]. “Sí. Yo le miro bien, no quería que le prendiera la luz, le bajé los pantalones y le apreté” [sic]. “No. Sólo si se presentan los síntomas”. “No. La persona parece que se ve bien físicamente, pero...”. “No. Para adivino, Dios. Tiene que oler algo feo” [sic]. “No. No soy bacterióloga. Sólo se sabe enlæxamen” [sic].
5. Transmisión del VIH	<i>¿Cómo se transmite el VIH? Mencione tres formas de transmisión?:</i> “Sexual, la sangre, por ejemplo, período o con una herida; relación sexual por detrás. Eso he escuchado, no más. Por la boca, no” [sic]. “Relación sexual no protegida, jeringas, herida. Hicimos un trabajo de eso”. “Relaciones sexuales, sangre, madre-hijo”. “Relaciones sexuales, sangre, inyectadoras, tatuajes”. “Con la sexualidad: vaginal, anal, oral; transfusión de sangre; aparatos infectados, jeringas”. “Sexual, beso, sudor, tocándole o besándole los senos, por los huequitos del seno” [sic]. “Relación sexual, yo siempre he oído, pero no sé más, casi no me han dado charlas de eso” [sic].
7. Prevención del VIH	<i>¿Cómo se previene la infección por VIH? Mencione tres formas de prevención:</i> “Preservativo, si es posible doble; tener una pareja estable o no tener relación con nadie”. “Preservativo, usar óvulos, [cuidar] las heridas”. “No drogas, no usar inyectadora, usar preservativo, hacerlo con una sola persona, vivir en pareja” [sic]. “Preservativo. Me ducho siempre, después que termino”. “Preservativo, doble condoncito”. “Hacer sexo con protección, no dar besos, besos sólo a la pareja. Mi pareja está controlada, viene al hospital. Cuidado en el hospital con las jeringas” [sic].
8. Prevención del VIH/SIDA para la salud	<i>¿El VIH/SIDA es peligroso para la salud? ¿Por qué?:</i> “No sé”. “Sí. Por el contagio, cuidarse de o caer embarazada” [sic]. “Sí. Es la enfermedad más peligrosa, no tiene cura”. “Sí. Mortal”. “Sí. Porque una se muere”. “Sí. Dicen que no tiene cura”. “Sí. Mortal, es una peste”. “Sí. ¡Claro! De todas maneras, uno se tiene que morir tarde o temprano” [sic]. “Sí. Mortal, nos lleva a la muerte; yo prefiero tener una enfermedad venérea que el SIDA”. “Sí. Claro, puede causar la muerte. ¿Sabe lo que es el rechazo de la gente, cuando uno está malo?” [sic].

6. Las TSs, en su gran mayoría, no diferencian claramente, ni mucho menos, entre ser VIH+ y tener SIDA: “No sé”. “El que tiene el virus está contagiado y tiene SIDA”. “Es la misma cosa”. “Si uno tiene el virus, es lo mismo que el SIDA”. “El SIDA se le da el nombre común y el VIH es el nombre científico” [sic]. “Si tiene el virus, tiene el SIDA”. “El virus es como el SIDA, porque igualmente le ha contagiado” [sic]. “Es portador, tiene SIDA”. “Es lo

mismo. Sale positivo, es que tiene SIDA” [sic]. “La verdad, no sé muy bien” [sic].

7. Son muy numerosas las TSs que no saben si se puede distinguir a simple vista a un VIH+, o creen que sí y utilizan esa creencia, sin más, para prevenirse del VIH observando y revisando detenidamente al cliente para su correspondiente rechazo, si es el caso: “Cuando se tiene tiempo de conocer a la persona” [sic]. “La noche es oscura y no se le ve”. “Manchas en el pene”. “En el color, en el físico, se le puede notar un poco”. “Depende si le veo manchas, llagas... ¿no?”. “Mirándolo y mirando el pene y si lo tiene horrible...” [sic]. “En realidad, no sé. Yo tengo la costumbre de que, cuando voy con mi cliente, mirarle, olerle...” [sic]. “Es tan raro. Uno le espicha [el pene] y si sale baba o tiene granos...” [sic]. “Condón, revisar a los hombres, porque si una no revisa a los hombres...” “... Revisar bien al hombre con la mirada”.

8. Las TSs raramente mencionan las tres vías de transmisión del VIH: “Sexual”. “Sangre, sin preservativo, espermatozoides”. “Relaciones sexuales”. “Con sangre, relaciones sexuales”. “Sexual sin condón, ¿con qué más?” [sic]. “Relaciones sexuales; hasta ahí llegué”. “Relación sexual, saliva. No sé más”. “Relaciones sexuales, contaminarse con sangre, madre a hijo lactando o embarazada” [sic].

9. A muchas TSs, les preocupa especialmente la transmisión del virus por la saliva y el beso: “¿Saliva no tiene nada que ver, doctor?”. “Sexo sin condón, sacada de sangre, en el beso no..., no se contamina uno, pero yo creo que sí a través de la saliva” [sic]. “Haciendo el amor. Dicen que en el beso también” [sic]. “Por sexo, inyecciones. ¿Por la saliva no?”. “Un beso no, ¿verdad que no?”. Y parece que le dan mucha importancia a la transmisión por vía sanguínea –a menudo, más que a la transmisión sexual tan relacionada con su actividad profesional– debida al uso de jeringas o agujas no esterilizadas, contacto con la sangre a través de heridas, transfusión de sangre, máquinas de afeitar, utilización de hojillas o cepillos de dientes y prácticas odontológicas: “Sexualidad, beso, calzar una muela, saliva, sangre” [sic]. “Relaciones sexuales, jeringa, máquina de afeitar”. “Sexo, agujas, inyectoras, jeringa, transfusión”. “... Inyectora o afeitadora usadas”.

10. Los errores de las TSs sobre la transmisión del VIH son relativamente numerosos: "... Sentarse en un baño". "... El vaho de la persona". "... Las comidas, no sé". "... Que una persona se siente y otra ocupe el puesto". "... Cepillo del cabello". "... Tomar del mismo vaso". "... Pocillo de otro, un plato, una cuchara..." [sic]. "... Utilizando el baño". "... Cuchara".

11. Las TSs mencionan muy parcialmente las formas de prevención del VIH: "Yo no sé, sólo uso los preservativos y más nada" [sic]. "Condomes". "Preservativo". "Preservativo, no sé más". "Pareja estable". "Tener una pareja estable y usar el preservativo en este trabajo".

12. Son comunes los errores de las TSs sobre la prevención del virus, llegando a considerar las pruebas del VIH como medidas para evitar infectarse, y dando mucha importancia a no dejarse besar ni tocar, mucho más de la que parece atribuyen, por ejemplo, a la felacio, la cual practican a menudo y sin protección [datos no ofrecidos]: "... Sacándome el HIV, evitando los besos con la saliva" [sic]. "... No dejarte besar, tampoco los besos, no tomar en los vasos de otra persona" [sic]. "... No dejarme manosear ni besar de nadie" [sic]. "... No dejarse besar". "... No andar besando a gente que uno no conoce" [sic].

13. Paralelamente a la importancia que las TSs conceden a la transmisión del VIH por vía sanguínea, también se preocupan mucho por la prevención relacionada con esta vía, prestando atención a estas experiencias/situaciones o a otra similares: uso de jeringas no esterilizadas, presencia de caries, contacto con la sangre a través de heridas, transfusión de sangre, máquinas de afeitar, utilización de hojillas, cepillos de dientes y prácticas odontológicas: "Condón, jeringa [sin usar]". "Preservativo, inyectoras, jeringas [usadas] para las drogas" [sic]. "Preservativo, no usar inyectoras, las cuchillas de afeitar, que uno se puede cortar" [sic]. "Preservativo, inyectora, afeitadora". "No tener relaciones sexuales, preservativo, la boca [caries]." [sic]. "Condón, jeringa, [no] besar la boca (una muela)" [sic]. "Usar condón, jeringas desechables y selladas, la encía rota, muela rota o hueca; se transmite por saliva o por herida" [sic]. "Preservativo, [usar] instrumento médico esterilizado". "... Mirar que, cuando le vayan a inyectar, la jeringa esté sellada" [sic].

14. Solamente una TS desconoce el carácter mortal del VIH/SIDA, aunque algunas parecen dudar, incluso de su peligrosidad, y otras creen que existe cura: “¿Mortal? ¿No dicen que no?”. “No sé si se cura o no”. “Es mortal y tiene cura”. “He visto curaciones”. “A veces, se cura”. “No sé si es curable o incurable”. “Dicen que ya han conseguido cura”. “Dicen que, si se atiende a tiempo, tiene cura”.

A pesar de los esfuerzos realizados desde la aparición del VIH/SIDA, todavía hoy, el desconocimiento sobre la enfermedad entre las TSs –y entre la población en general– es como una epidemia de ignorancia paralela a la del virus, aunque, ciertamente, con considerables diferencias según los grupos sociales, países, áreas y regiones del mundo. Bastan algunas referencias, primero, de Venezuela y, después, de su entorno –países de América Latina– para hacer patente esta situación.

Castro (1997), en un estudio con TSs (n = 141) y hombres homosexuales (n = 40) de la Isla de Margarita (Venezuela), ya mencionado, refiere un bajo nivel de información sobre el VIH/SIDA en las TSs caminadoras (n = 26), lo que pudiera –dice– explicarse por el alto analfabetismo (23%) de estas.

Chopin (citado por ONUSIDA, 1998:33-34) recoge algunos aspectos relacionados con la información sobre el VIH/SIDA de TSs (n = 80), mesoneras (n = 28) y otros grupos de Venezuela. Los resultados relacionados con las TSs se detallan con detenimiento dado que es la única referencia encontrada por el autor que describe aspectos relacionados con la información que poseen las TSs y con los programas dirigidos a las mismas en Venezuela durante los dos primeros decenios de la epidemia.

- El 91% de las meretrices entrevistadas pensaban que el VIH es lo mismo que la prueba o el SIDA.

- Un 80% de las meretrices reconocen el sexo oral como vía posible de transmisión del VIH/SIDA.

[...]

- Todas las trabajadoras sexuales entrevistadas sabían que el VIH se transmite por el sexo vaginal y anal sin protección.

- Entre las mesoneras los conocimientos parecen más frágiles: el 92% sabían que el VIH se transmite por el sexo vaginal, pero sólo el 53% estaba segura que también se transmitía por el sexo anal.

- Se encontró una relativa ignorancia sobre las vías de no transmisión del VIH (mosquitos, abrazos, besos).

- El 100% de las meretrices entrevistadas considera el condón como un medio de protección para la infección por VIH/SIDA.

- Existe total desconocimiento de la necesidad de tratamientos de las otras ETS como modo de reducir la probabilidad de infección por el VIH/SIDA.

- Un 23% de las mesoneras no citó el condón como método de prevención.

Ya se identifican los efectos de los programas (“TU a TU”) del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y de organizaciones no gubernamentales (ONGs) –como la Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia Recíproca, AMBAR– dirigidos a las TSs, los cuales se reflejan en el incremento del conocimiento sobre el VIH/SIDA y en el empleo del preservativo de manera mas regular en los encuentros de sexo comercial (Chopin, citado por ONUSIDA, 1998:33-34). Así:

- Las mujeres que han recibido información del programa TU A TU del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) o de la Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia Recíproca (AMBAR) tienen conocimientos más sólidos que las que han recibido información de otras fuentes.

[...]

- Casi el 90% de las mujeres entrevistadas usa el preservativo de manera regular en las relaciones vaginales en su trabajo sexual. Sin embargo, esta distribución es desigual si se trata de meretrices con información (100%), meretrices sin información (87%) o mesoneras (65%).

[...]

- El uso del preservativo en las relaciones orales es menos habitual, siendo que entre las meretrices con información lo usan alrededor del 80% y entre las mesoneras sólo lo usa el 11% en este tipo de encuentros.

En un estudio con TSs de Pueblo Nuevo (n = 100), en el Estado Zulia (Venezuela), perteneciente al programa ya reiterado, Aragón y Glod (1999) señalan que el puntaje promedio obtenido en información sobre el VIH/SIDA es de 7,1 (rango 4-10 puntos), que se traduce, en términos de porcentajes, en que las TSs poseen los siguientes conocimientos: a) el VIH es un virus que causa el SIDA (29%); b) el SIDA es una enfermedad mortal (98%); c) el VIH se transmite por vía sexual y por el uso de instrumentos punzo-cortantes infectados (91%); y d) El VIH puede prevenirse manteniendo una pareja estable, con el empleo de condones y evitando el manejo de instrumentos punzo-cortantes contaminados. Sin embargo, se presentan errores o lagunas de conocimiento, por ejemplo, en relación con: a) identificar a simple vista a un cliente VIH+; b) prevenir, sin más, la infección aceptando sólo clientes fijos o conocidos; y c) la transmisión y prevención del virus.

En otra investigación con TSs (n = 200) de San Cristóbal (Venezuela), también perteneciente al programa, Aragón (2002) refiere que el puntaje obtenido en información sobre el VIH/SIDA es de 12,08 (rango 0-19 puntos), lo cual se traduce en que las TSs: a) conocen al menos que el VIH es un virus causante del SIDA (40,5%); b) saben que el SIDA es una enfermedad “mortal” producida por el VIH (59,5%); c) mencionan dos síntomas del SIDA (78,5%); d) distinguen entre ser seropositivo y tener SIDA (78,5%); e) señalan que un seropositivo no puede reconocerse a simple vista (31,5%); y f) refieren dos o más formas específicas o concretas de transmisión (86,5%) y de prevención del VIH (81,5%).

Resulta evidente la diferencia de nivel de información de las TSs de las distintas investigaciones en Venezuela y, también, que, pesar de los programas dirigidos a las TSs en el país, se mantienen en buena medida la ignorancia y no pocos errores de concepto –algunos ya identificados en estudios pretéritos– especialmente peligrosos para estas profesionales como: a) la posibilidad del reconocimiento a simple vista de un cliente VIH+ y utilizar tal presunción, sin más, a efectos de prevención; b) confundir el VIH/SIDA con la prueba de detección o confirmación y creer que haciéndose la prueba se libran del virus. Por otra parte, pocas TSs enuncian correctamente las vías de transmisión y las más importantes formas de prevención del VIH.

Como cabía esperar, también en las TSs de América Latina, la ignorancia y los errores de concepto relativos a aspectos importantes para el ejercicio de prácticas sexuales saludables están presentes, aunque ciertamente con diferencias significativas en los distintos grupos y países de la región (ONUSIDA, 2005, 2006, 2007).

Luckács, Langerfeldt et al. (1990) encuestan a TSs (n = 70) en un consultorio de ITS de Santiago de Chile con la finalidad de medir, entre otros aspectos, el nivel de conocimientos sobre ITS/VIH que poseen las TSs, y refieren que estas: a) presentan lagunas sobre los mecanismos de transmisión de dichas infecciones; b) creen que se protegen practicando el sexo oral o anal; y c) ignoran las medidas de prevención e higiene. Casi dos décadas después, el escenario parece haber mejorado, así, Barrientos, Bozon et al. (2007), describen la situación en un estudio sobre conocimientos acerca del SIDA y uso del condón en TSs de Santiago de Chile, reportando que estas estiman que envuelve riesgo de transmisión del virus: a) la penetración vaginal sin condón (99,5%); b) el sexo oral (82,1%); c) la penetración anal sin condón (96,6%); d) la masturbación (28,1%); y e) las fantasías sexuales (17,3%). Por otra parte, las trabajadoras consideran que no envuelve riesgo de transmisión del VIH: a) el uso de baños/servicios públicos (68,1%); b) las picaduras de mosquito (64,5%); c) el compartir la cama con una persona con SIDA (77,5%); d) el donar sangre (66,0%); y e) el recibir sangre (17,4%). Y, también, que no se protegen contra el SIDA: a) escogiendo un compañero sexual agradable (85,3%); b) lavándose los genitales después de cada relación sexual (74,8%); y c) sometándose regularmente al test del VIH/SIDA (32,9%). Finalmente, los autores señalan que los conocimientos de las TSs son superiores a los de la población general en buena parte de los aspectos investigados.

Aráuz, Ortells, Morales, Guevara y Shedlin (1997), en una investigación sobre sexo inseguro con TSs (n = 69) y otros grupos de riesgo en varias localidades de Nicaragua, en la que, entre otros puntos, indagan acerca de la información sobre el VIH/SIDA, los autores refieren que: a) muy pocas TSs han oído hablar del VIH; b) algunas confunden el VIH con el VHS (sistema de video); y c) no faltan las que identifican el VIH y el SIDA. Con todo, otras más poseen conocimientos acertados y más amplios sobre la epidemia.

Más al norte, en Méjico, Pavía, Góngora-Bianchi et al. (2000) evalúan,

entre otros aspectos, el conocimiento sobre el VIH de las TSs en Yucatán y refieren que el 84% conocen las medidas de prevención del virus. Unos años después, Allen, Cruz-Valdez et al. (2003), en un trabajo sobre prácticas sexuales de TSs de la capital del país, refieren, por ejemplo, que parece generalizado entre estas trabajadoras el conocimiento de que el preservativo es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH.

En el inmenso Brasil, Andrade, Guimaraes et al. (2000) buscan evaluar el impacto de las intervenciones para prevenir el VIH y otras ITS en TSs, estudiando los aspectos de la vulnerabilidad al virus, entre ellos, el conocimiento individual sobre el VIH/ITS de las mismas, y encuentran que el nivel de conocimientos es satisfactorio.

Pareciera, pues, que la situación descrita está cambiando hacia una mayor información sobre el VIH/SIDA en las TSs, pero muy lentamente y con lagunas preocupantes en no pocos países de la región (ONUSIDA, 2005, 2006, 2007).

Como vienen señalándolo desde hace años, tanto instituciones como investigadores independientes (ONUSIDA, 2003, 2005, 2006, 2007; Estébanez, Fitch y Nájera, 1993), las TSs son un grupo muy heterogéneo en el mundo, en América Latina e, incluso, en un mismo país. Los factores de riesgo, entre los que se encuentran la ignorancia y los errores de concepto, como también y especialmente las prácticas sexuales, varían considerablemente. Esto implica que la información que ha de transmitirse debe abordar de manera específica aquellos comportamientos peligrosos típicos del entorno en que se lleva a cabo el trabajo sexual dentro de un grupo concreto en una determinada sociedad, proporcionando conocimientos sobre las prácticas saludables, corrigiendo los conceptos erróneos y desmontando los mitos.

Son numerosas las investigaciones descriptivas-diagnósticas acerca de la información que poseen las TSs sobre el VIH/SIDA en América Latina, por ejemplo, en los resúmenes de las conferencias internacionales sobre el SIDA, pero se reducen considerablemente las que se refieren a intervenciones y todavía son más escasas las que reseñan evaluaciones de las mismas. Tales intervenciones, a menudo, se concluyen sin un seguimiento suficientemente continuado.

Las intervenciones, en lo relativo a la información, deben demostrar no sólo la mejora de los conocimientos en las TSs, sino también el incremento de

los comportamientos saludables (sea el uso del preservativo) –en su caso, su mantenimiento– y el abandono de los riesgosos, y ello de manera estable en el tiempo, lo cual habrá de reflejarse en la disminución progresiva de la presencia de la epidemia entre este grupo de riesgo.

## REFERENCIAS

- Allen, B.; Cruz-Valdez, A.; Rivera-Rivera, L.; Castro, R.; Arana-García, M.E. y Hernández-Ávila, M. (2003). Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45, Suplemento 5:594-605.
- Ambulatorio de Pueblo Nuevo (El Chivo), Estado Zulia (1999). *Enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras sexuales (1997-1998)*. Archivos. Datos no publicados.
- Andrade, J. M. J.; Gimaraes, K. M. A.; Godoi, A. M. M.; Merchán H., E.; Serafim, D. y Ribeiro, L. (2002). *Vulnerability conditions of female commercial sex workers (CSW) in Brazil* [Resumen]. XIV International AIDS Conference, Barcelona [ThPeD7667].
- Aragón D., J. (2002). Las trabajadoras sexuales y el VIH en el cinturón de San Cristóbal, Estado Táchira. *Sexología*, VII(2):61-107.
- Aragón D., J. (2000a). 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. (2000b). Variables cognitivoconductuales y VIH en trabajadoras sexuales de la frontera de Venezuela con Colombia. *Aldea Mundo*, 9:5-19.
- 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*, V(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*, 7:47-52.

- Aragón D., J. y Glod L., 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.
- Aráuz, R.; Ortells, P.; Morales, A.; Guevara, M. A. y Shedlin (1997). *Sexo inseguro. Investigación cualitativa sobre comportamiento sexual de alto riesgo respecto al SIDA en Nicaragua*. Managua: Fundación Nimehuatzin.
- Barrientos, J. E.; Bozon, M.; Ortiz, E. y Arredondo, A. (2007). HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among sex workers in Santiago, Chile. *Cad. Saúde Pública*, 23(8):1777-1784.
- Bautista, C.T.; Sanchez, J.L.; Montano, S.M.; Laguna-Torres, A.; Suarez, L.; Sanchez, J.; Campos, P.; Gallardo, C.; Mosquera, C.; Villafane, M.; Aguayo, N.; Avila, M.M.; Weissenbacher, M.; Ramirez, E.; Child, R.; Serra, M.; Aponte, C.; Mejia, A.; Velazques, N.; Gianella, A.; Perez, J.; Olson, J.G. y Carr, J.K. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sex. Transm. Infect.*, 82(4):311-316.
- 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.
- Busquera, R. (1989). *Métodos de investigación científica. Guía Práctica*. Barcelona: CEAC.
- Caballero, M. C. (1996). Conocimiento y comportamiento de riesgo de infección por VIH en estudiantes universitarios. Un Caso: Universidad Industrial de Santander-Colombia. *Revista Latinoamericana de Sexología*, II(1):41-55.
- Camejo, M.I.; Mata, G. y Díaz, M. (2003). Prevalencia de hepatitis B, hepatitis C y sífilis en trabajadoras sexuales de Venezuela. *Rev. Saúde Pública*, 37(3):239-44.
- Carcamo, C. (2004). *Informe de la consultoría sobre vigilancia epidemiológica en Bolivia. Documento de información*. La Paz: autor.

- Castro de Betanjer, E. (1997). Un abordaje epidemiológico de la infección por VIH 1/2 entre trabajadoras sexuales y hombres homosexuales de la Isla de Margarita, Venezuela [Resumen]. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 30(3):255-256.
- 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(1):53-72.
- Coates, T. J. (1992). Prevención del SIDA: logros y prioridades. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2):17-33.
- Díaz, R. M. (1996). Riesgo de VIH en gays/bisexuales latinos: una reseña de investigación. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 11 (1):7-40.
- Dirección Regional de Salud del Estado Táchira. Coordinación Regional de ITS/SIDA. (2003). *Informe Epidemiológico. VIH/SIDA en el Estado Táchira de 1987 hasta 2002*. San Cristóbal, mimeografiado.
- Estébanez E., O. y Sánchez M., A. (2002). La sesión especial de la ONU y la lucha contra el sida. Balance y retos pendientes. *S.I.D.A.*, 13 (2):54-56.
- 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.
- Evans, R. I. (1984). A social inoculation strategy to deter smoking in adolescents. En J. D. Marazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. F. Miller y S. M. Weiss (Eds.). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 765-774). Nueva York: Wiley.
- Faas, L.; Rodríguez-Acosta, A. y Echeverría de Pérez, G. (1999). HIV/STD transmission in gold-mining areas of Bolívar State, Venezuela: Interventions for diagnosis, treatment, and prevention. *Pan. Am. J. Public Health* 5(1): 58-65.
- Fisher, W. y Fisher, J. D. (2003). *Understanding and Promoting HIV Preventive Behavior: The Información-Motivation-Behavioral Skills Model*. (Página Web en línea). Disponible: <http://www.psycholog.psy.uconn.edu/CHIP/BillBrighton.html>. (Consulta: 2003, abril 10).
- Glod L., E. (2000). Características socioeducativas y del servicio sexual, variables cognitivoconductuales y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de San Cristóbal, Estado Táchira (Venezuela). *Sexología*, V(1):5-33.

- Hernández S., R.; Fernández C., C. y Baptista L., P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Hierholzer, J.; Montano, S.; Hoelscher, M.; Negrete, M.; Hierholzer, M.; Avila, M.M.; Carrillos, M.G.; Russi, J.C.; Vinales, J.; Alava, A.; Acosta, M.E.; Gianella, A.; Andrade, R.; Sanchez, J.L.; Carrion, G.; Rusell, K.; Robb, M.; Birx, D.; McCutchan, F. y Carr, J.K. (2002). Molecular epidemiology of HIV Type 1 in Ecuador, Peru, Bolivia, Uruguay, and Argentina. *AIDS Res. Hum. Retroviruses*, 18(18):1339-50.
- Howard, M. y McCabe, J. (1990). Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*, 22(1):21-26.
- Hurtado, J. (1998). *Metodología de la investigación holística*. Caracas: Sympal-Fundacite.
- Kalichman, S.; Rompa, D. y Coley, B. (1997). Lack of positive outcomes from a cognitive-behavioral HIV and AIDS prevention intervention for inner-city men: lessons from a controlled pilot study. *AIDS Education and Prevention*, 9(4):299-313.
- Kerlinger, F. H. (1975). *Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- King, R. (1999). *Sexual behavioural change for HIV: where have theories taken us?* Ginebra: UNAIDS.
- Luckács A., I.; Langerfeldt U., M; Malebrán R., A.; Sánchez, L. y Bernal B., J. N. (1990). Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual de prostitutas femeninas. ETS. *Revista Chilena de Enfermedades de Transmisión Sexual*, 5(2): 61-68.
- Montano, S. M. ; Sanchez, J.L.; Laguna-Torres, A.; Cuchi, P.; Avila, M.M.; Weissenbacher, M.; Serra, M.; Vinales, J.; Russi, J.C.; Aguayo, N.; Galeano, A.H.; Gianella, A.; Andrade, R.; Arredondo, A.; Ramirez, E.; Acosta, M.E.; Alava, A.; Montoya, O.; Guevara, A.; Pacheco, M.E.; Carrion, G.; Chauca, G.; Perez, J.J.; Negrete, M.; Russell, K.L.; Bautista, C.T.; Olson, J.G.; Watts, D.M.; Birx, D.L. y Carr, J.K. (2005). Prevalence, genotypes and risk factors for HIV transmission in South-America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57-64.

- ONUSIDA/UNAIDS. (2007). *Situación de la epidemia de sida* (Diciembre 2007). (Pagina Web en línea). Disponible: [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf). [Consulta: 2008, abril 12].
- ONUSIDA/UNAIDS. (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Edición especial con motivo del 10º aniversario del ONUSIDA*. (Pagina Web en línea). Disponible: [http://www.unaids.org/pub/EpiReport/2006/01-Front\\_Matter\\_2006\\_EpiUpdate\\_Es.pdf](http://www.unaids.org/pub/EpiReport/2006/01-Front_Matter_2006_EpiUpdate_Es.pdf) [Consulta: 2008, abril 12].
- ONUSIDA/UNAIDS. (2005). *Situación de la epidemia de SIDA*. (Diciembre 2005). (Pagina Web en línea). Disponible: [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi\\_update2005\\_es.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update2005_es.pdf). [Consulta: 2008, abril 12].
- ONUSIDA/UNAIDS. (2003). Trabajo sexual y VIH/SIDA. Actualización técnica. *Colección Prácticas óptimas del ONUSIDA*. Ginebra: Autor.
- ONUSIDA/UNAIDS. (2001). La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 2001. (Página Web en línea). Disponible: [http://www.unaids.org/worldaidsday/-2001/Epiupdate2001\\_sp.pdf](http://www.unaids.org/worldaidsday/-2001/Epiupdate2001_sp.pdf). [Consulta: 2002, enero 13].
- ONUSIDA/UNAIDS (1998). *El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de situación y recomendaciones*. Ginebra: autor.
- ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006). *Infeción por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte*. Bogotá: autores.
- Pavía, N. R.; Góngora B., R. A.; Vera G., L.; González M., P.; Flores A., J.; Moguel R., W.; Lara P., D. y Alonso S., G. (2000). Knowledge and behavior HIV infection and its prevalence among female sex workers in Yucatan, Mexico [Resumen]. *XIV International AIDS Conference*, Barcelona [MoPeC3505].
- Rogers, E. M. (1995). *Difusión of Innovations*. Nueva York: The Free Press.
- Romero, S. L. (1996). Mensajes preventivos de SIDA centrados en la vida y en una sexualidad constructiva. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 11(3):66-75.

- Salas M., H. y Campos M., J.M. (2004, noviembre). *Notas de resultados del informe epidemiológico. Estimación y proyección del VIH/SIDA en Venezuela*. Ponencia presentada en el II Encuentro Nacional de Demógrafos y Estudiosos de la Población. Cambio Demográfico y Desigualdad Social en Venezuela al Inicio del Tercer Milenio, Caracas, 24-26 de noviembre de 2004.
- Schuelter-Trevisol, F. y Da Silva, M.V. (2005). HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 9(6):500-505.
- Soto, R.J.; Ghee, A.E.; Nuñez, C.A.; Mayorga, R.; Tapia, K.A.; Astete, S.G.; Hughes, J.P.; Buffardi, A.L.; Holte, S.E. y Holmes, K.K. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infections in 5 Central American countries. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 44(5):578-85.
- Sweat, M. y Dennison, J. (1995). Reducing HIV incidence in developing countries with structural and enviromental interventions. *AIDS*, 9 (Supp. A), S251-257.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (UPEL). (1998). *Manual de trabajos de grado de maestría y tesis doctorales*. Caracas: Autor.