

SALUD PÚBLICA

Mujeres Abandonadas por Agencias Sociales y de Salud. Reto en la Prevención del VIH/SIDA

ALMA IRIZARRY CASTRO, MSW, EdD; MARGARITA ALEGRÍA, PhD; MILDRED VERA, PhD.
MARÍA DEL C. SANTOS-ORTIZ, PhD; MARISOL CRUZ LÓPEZ, MS

RESUMEN. Esta investigación examinó una intervención dirigida a vincular un grupo de trabajadoras sexuales con servicios sociales y de salud. La receptividad hacia utilizar dichos servicios se midió por el grado de aceptación a las agencias a las cuales las participantes fueron enviadas. Se incluyeron dos grupos de participantes, unas eran trabajadoras sexuales y otras estaban a riesgo de prostituirse por circunstancias sociales. La muestra quedó constituida por 92 mujeres residentes en San Juan y pueblos del este de Puerto Rico. En la intervención se utilizó el

método de grupo focal, un directorio de agencias y se trató de establecer una relación de ayuda. Los hallazgos comprobaron una distancia social considerable entre las agencias y las trabajadoras sexuales. La intervención no resultó ser una estrategia eficaz. Se recomienda explorar modalidades de intervención que propicien cambios sociales significativos y sean innovadoras en el tratamiento de problemas sociales asociados al trabajo sexual y al género.

Las mujeres que acceden al intercambio de relaciones sexuales por dinero históricamente han sufrido el escarnio y ostracismo social. En la actualidad esta población, además, de padecer las desventajas que conlleva la marginalidad social enfrenta un grave peligro de enfermar y morir a edades tempranas(1). Esta amenaza ha sido descubierta en las investigaciones epidemiológicas que estudian la frecuencia, distribución y modo de transmisión de la pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (2).

Las investigaciones epidemiológicas han encontrado un vínculo entre el trabajo sexual y una multiplicidad de factores de riesgo para el contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (3-5). Se ha señalado que la conexión entre ejercer la prostitución y la probabilidad de contraer el VIH/SIDA está asociada a factores, tales como: relaciones sexuales sin el uso de

condones con parejas múltiples, relaciones sexuales anales, uso de drogas inyectables frecuentes y prolongadas, relaciones sexuales con usuarios de drogas inyectables, inmuno depresión originada por el consumo de grandes cantidades de alcohol y drogas, y la presencia de cofactores como sífilis, gonorrea, infección por Chlamydia, hepatitis B y úlceras genitales (2, 6-8). Por tales hallazgos, es imperativo y urgente elaborar e implantar intervenciones de salud pública efectivas para las trabajadoras sexuales. Se han divulgado algunas medidas de intervención para prevenir, controlar y tratar el VIH en el grupo de las trabajadoras sexuales (9-12). A tales fines, se ha propuesto legalizar la prostitución, efectuar pruebas obligatorias de detección temprana y capacitar a las trabajadoras sexuales en prácticas preventivas para educar a sus homólogas en la reducción de conductas de riesgo (13). Acorde al enfoque de cuidado integral a la salud de la mujer, se ha recomendado desarrollar intervenciones que mejoren el estado de salud de las mujeres activas en la prostitución, incrementar y mejorar los programas de tratamiento de las farmacodependencias, habilitar en el uso de condones, educar respecto a los riesgos para la salud, propiciar mayor acceso de las trabajadoras sexuales a los servicios de salud y proporcionar servicios sociales que permitan otras opciones al trabajo sexual para que las mujeres puedan

Dirigir correspondencia a: Alma Irizarry Castro, MSW, EdD, Centro de Investigación y Evaluación Socio económica, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. PO Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067

Esta investigación fue financiada por un acuerdo de cooperación entre el Centro de Control de Enfermedades a través de la Asociación de Escuelas de Salud Pública. ASPH-Project # 5041-12/13-5

mantenerse a sí mismas y a sus hijos.(1)

El proyecto investigativo que se reseña en este artículo, en armonía con las recomendaciones, antes mencionadas, interesaba ofrecer opciones de bienestar social a las participantes con la intención de cancelar el trabajo sexual como medio de subsistencia. Por tal motivo la investigación comprendió una intervención que fue diseñada para vincular un grupo de trabajadoras sexuales puertorriqueñas con los servicios sociales y de salud de varias agencias gubernamentales y comunitarias. La investigación se fundamentó en el supuesto de que las agencias de asistencia social y de salud existentes en Puerto Rico constituyen un recurso de ayuda útil para modificar conductas de alto riesgo para la infección del VIH/SIDA y ofrecen servicios que responden a los problemas sociales de la población estudiada. Partiendo del supuesto anterior se relacionó a las participantes con agencias sociales y de salud para que estas contribuyeran a la atención efectiva de sus problemas, además, el estudio se dirigió hacia explorar la receptividad de las participantes a utilizar dichas agencias.

Se dispuso medir la receptividad por la asistencia de las participantes a las agencias sociales y de salud a las cuales fueron enviadas. Se consideró receptiva, si por ejemplo, se refería a una mujer al Departamento de Servicios Sociales para recibir cupones de alimentos y ésta asistía a la cita del referido. Para estimar el índice de receptividad a un servicio solo se consideró en el denominador las mujeres a las cuales se refirió a este servicio. La intervención incluyó dos grupos de mujeres jóvenes. Unas eran trabajadoras sexuales; otras no tenían historial de trabajo sexual, pero confrontaban condiciones sociales que las situaban en riesgo de involucrarse en el trabajo sexual. De esta manera se quería explorar si la intervención era efectiva no solo con las trabajadoras sexuales sino también con grupos poblacionales de características similares.

Métodos

En la primera fase de la intervención se invitó a trabajadoras sexuales y a mujeres a riesgo de involucrarse en el trabajo sexual, en su carácter de expertas, a diseñar la metodología investigativa. Por tanto, se adoptó el método de grupo focal. Así que se realizaron dos reuniones con 25 mujeres semejantes a las participantes en el proyecto investigativo. Dichas reuniones tuvieron una duración de dos horas. Las mismas fueron de gran ayuda para identificar las necesidades de la población de interés para el estudio, confeccionar los instrumentos de medición y ajustar la intervención.

En este mismo período, también, se elaboró un directorio

de agencias dedicadas al cuidado de la salud física, mental y social. En el directorio de agencias se incluyeron servicios primarios y curativos de salud, programas de nutrición, planificación familiar y de tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS). En los servicios de salud mental se tomaron en consideración programas para el tratamiento de enfermedades mentales, farmacodependencia, maltrato de menores y violencia conyugal. Las oficinas de asistencia social comprendieron servicios de educación, capacitación vocacional, colocación en empleo, viviendas y ayuda económica. El directorio englobó entidades públicas y privadas establecidas en las zonas geográficas que cubrió el proyecto. Este documento sirvió de instrumento informativo a las participantes y facilitó el proceso de enviarlas a las agencias. Las preguntas y objetivos investigativos se contestaron por medio de una encuesta. Se prepararon dos cuestionarios, en conjunto con el personal de otro estudio similar en el estado de Colorado (EUA). El primer cuestionario permitió identificar las necesidades más apremiantes de las participantes y las agencias que ellas interesaban sus servicios. Este instrumento se utilizó durante los meses de abril a agosto de 1993, antes de comenzar la intervención. El segundo cuestionario se administró, al terminar la intervención, durante los meses de diciembre de 1993 a mayo de 1994. Este cuestionario hizo posible que las participantes expresaran su sentir con respecto a la intervención. Los cambios de residencia a lugares desconocidos ocasionaron la pérdida de ocho participantes en la segunda parte de la encuesta.

La investigación confrontó las dificultades particulares que se presentan al tratar de obtener muestras representativas de las trabajadoras sexuales. Por un lado, existe una gran variedad de formas de ejercer el trabajo sexual. Por otro lado, la naturaleza clandestina de esta actividad impide llegar a todo el universo que practica el trabajo sexual. Estas limitaciones hicieron que la selección de trabajadoras sexuales del estudio fuera por disponibilidad. Se utilizó como fuente de información el personal de varias clínicas de tratamiento a ETS para el escogido de trabajadoras sexuales. Es decir, personal médico que realiza visitas a comunidades de escasos ingresos para ofrecer pruebas de enfermedades de transmisión sexual gratuitamente. Este personal invitó a las mujeres que cumplieran con los criterios de elegibilidad (edad, factores de riesgo o conocimiento de que eran trabajadoras sexuales). Se denominó a una mujer trabajadora sexual, si ésta aceptaba tener relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas ilegales. También, el personal de campo del proyecto seleccionó a las participantes incluidas en el grupo de riesgo de ceder al

trabajo sexual usando unos criterios establecidos. Este grupo vivía en las mismas comunidades donde residían las trabajadoras sexuales seleccionadas para la muestra. Se seleccionaron para este grupo aquellas mujeres que respondieron en forma positiva a por lo menos tres de los siete criterios siguientes: 1) había considerado intercambiar sexo por dinero o drogas, 2) utilizaba alcohol con cierta frecuencia, 3) había escapado del hogar de su familia, 4) había tenido cuatro o más compañeros sexuales en un año, 5) tenía experiencia de maltrato físico o emocional, 6) le habían pedido que entrara al trabajo sexual, 7) tuvo su primera experiencia sexual antes de los 13 años de edad.

La zona metropolitana de San Juan y ciertos pueblos de la región este de Puerto Rico fueron designados como los lugares para el escogido de la muestra. La tabla 1 ofrece la distribución de las 92 mujeres que constituyeron la muestra por zona geográfica. Esta composición de la muestra por grupos fue la que resultó en la selección y retención de las participantes en cada zona geográfica. La figura 1 representa la evolución de la intervención implantada, y los elementos que la integraron en cada una de sus fases, desde su inicio en junio de 1993 hasta su

Tabla 1. Distribución de las participantes por zona geográfica según el grupo

Grupos de Participantes	Zona geográfica				Totales
	Zona Metropolitana de San Juan		Pueblos del Este de Puerto Rico		
	n	%	n	%	
Trabajadoras sexuales	18	45.0	22	55.0	40
Mujeres sin historial de trabajo sexual	31	59.6	21	40.4	52
Totales	49	53.3	43	46.7	92

conclusión en marzo de 1994.

En los comienzos de la tercera etapa de la intervención se detectó que las participantes no estaban acudiendo a las agencias referidas en forma conveniente para la atención de sus problemas vitales. Este comportamiento motivó un análisis del progreso de los referidos emitidos y provocó modificaciones en el transcurso de esta fase de la intervención. El examen arrojó resultados diferentes para cada área geográfica incluida en el proyecto. Las participantes que vivían en los pueblos de la región este de Puerto Rico sobresalieron con la mayor asistencia a las agencias. Por el contrario, las residentes de San Juan se proyectaron como las menos receptivas a las agencias. Por tales razones se acordaron tres acciones en la intervención. Primero, se hizo una movilización activa de las agencias a las cuales las mujeres estaban asistiendo. Segundo, se realizó un seguimiento intensivo con las participantes que no habían acudido a las agencias.

Tercero, se planificó el inicio de una modalidad de tratamiento grupal con aquellas mujeres de San Juan que tuviesen el mayor potencial para experimentar cambios en su estado de bienestar social.

En el mes de diciembre de 1993 se diseñó la modalidad de tratamiento grupal. Por ende se procedió a laborar en identificar las participantes a incluir en los grupos, fijar días y horarios para las reuniones y especificar temas a tratar en forma grupal. Todas estas gestiones se hicieron en coordinación con las participantes escogidas. Sin embargo, desde un comienzo; aunque se efectuó una planificación adecuada de la modalidad; las participantes manifestaron grandes reservas a las reuniones grupales. Ellas expresaron un temor a compartir sus asuntos con personas con las cuales no tenían confianza. Las reuniones se iniciaron pero fue imposible continuar con este tipo de

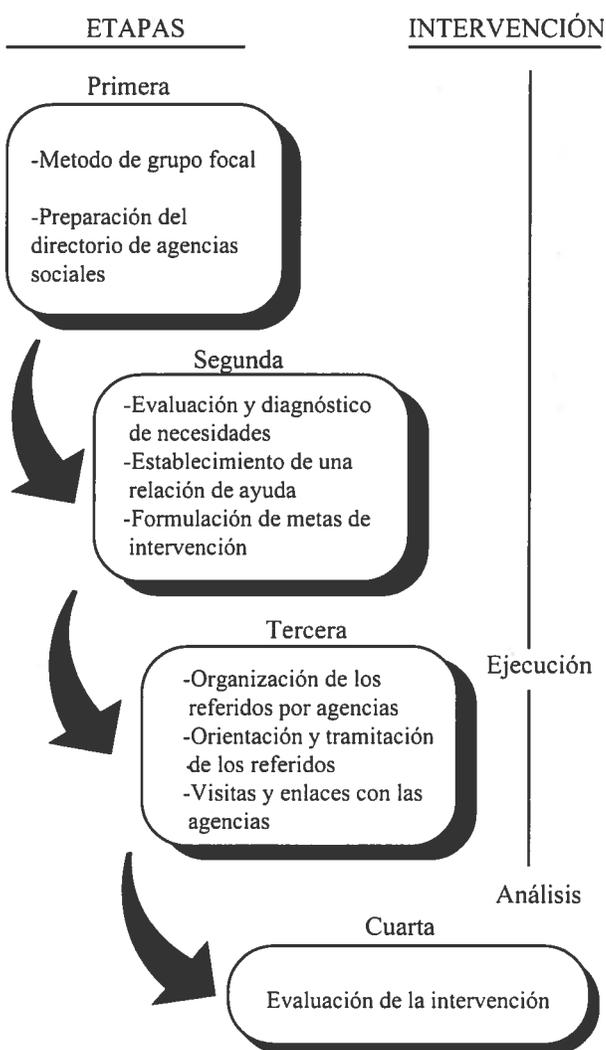


Figure 1. Etapas de Intervención

acercamiento grupal. Factores, tales como: conflicto de personalidades, rivalidad, desconfianza y ausencia de un sentido de interdependencia entre las participantes, cancelaron la modalidad grupal. Por consiguiente, se retornó a la intervención individual.

Resultados

Perfil social. La tabla 2 expone un conjunto de características sociales de las participantes. Las trabajadoras sexuales de ambos sectores geográficos, en el mayor número, eran puertorriqueñas, ostentaban un grado de escuela superior, residían en casas alquiladas, dependían económicamente de la asistencia gubernamental, eran madres solas-jefas de familia, tenían de uno a tres hijos, patentizaron conflictos severos en sus relaciones familiares y mencionaron algún tipo de morbilidad entre ellas.

Se comprobó en el historial social de las trabajadoras sexuales, que una parte importante de las que residían en la zona metropolitana de San Juan tenían antecedentes delictivos, vivían en las calles ambulando, manifestaron tener el hábito de usar drogas inyectables, ejercían el trabajo sexual en las calles y provenían de familias en desventaja socioeconómica. Ellas dieron a conocer que en la familia de sus padres predominaban características, tales como: conducta delictiva, tráfico y uso de drogas, prostitución y dependencia económica en el gobierno. Transcendió que estas personas siendo bien jóvenes violaron algunas leyes, tuvieron relaciones sexuales, padecieron embarazos no deseados y abandonaron sus hogares. En la actualidad, ellas se mantenían fuera del trabajo asalariado y junto a sus hijos carecían de atención para sus necesidades más básicas de sobrevivencia. En varias situaciones, el Departamento de Servicios Sociales retenía la custodia de los niños de estas familias. Ellas expresaron que consideraban que sus familias de origen no eran una red de apoyo social para superar sus problemas.

El grupo de participantes que no tenían historial de trabajo sexual en ambas zonas, y en su mayoría, eran también puertorriqueñas, estaban casadas, no tenían hijos en su hogar y describían sus relaciones familiares y estado de salud como satisfactorios. Igual a las trabajadoras sexuales estas participantes, también dependían de la asistencia pública como fuente principal de ingresos.

Intervención. En las etapas segunda y tercera de la intervención se efectuaron un total de 3,026 visitas a los hogares de las participantes. Las visitas tenían como propósito establecer una relación de ayuda con las participantes. Por tanto, en las visitas se interesaba diagnosticar necesidades, orientar con respecto a los problemas presentes y determinar qué servicios agenciales

Tabla 2. Perfil social por zona geográfica según el grupo de participantes

Perfil Social	Grupo y Zona							
	NTS				TS			
	Metropolitana San Juan		Pueblos Este		Metropolitana San Juan		Pueblos Este	
	n	%	n	%	n	%	n	%
País de Nacimiento								
Puerto Rico	27	87.1	21	91.3	15	83.3	18	81.8
Norteamérica	3	9.7	2	8.7	3	16.7	4	18.2
Santo Domingo	1	3.2	--	--	--	--	--	--
Estado Civil								
Soltera	10	32.3	8	34.8	9	50.0	8	36.4
Casada	17	54.9	12	52.2	6	33.3	8	36.4
Divorciada	4	12.9	3	13.0	2	11.1	6	27.3
Viuda	--	--	--	--	1	5.6	--	--
Escolaridad								
Ninguna	--	--	1	5.6	--	--	--	--
< Escuela Superior	10	32.3	9	50.1	9	39.1	8	36.2
Escuela Superior	17	54.9	7	38.9	12	52.2	11	49.9
> Escuela Superior	4	12.9	1	5.6	2	11.8	3	13.6
Vivienda								
Alquilada	24	77.4	7	30.4	10	58.8	12	54.5
Agregada a una familia	5	16.2	12	52.1	5	29.4	6	27.3
Casa propia	--	--	1	4.3	--	--	--	--
Otros	2	6.5	5	13.0	2	8.7	4	18.2
Fuente de ingreso								
Asistencia gubernamental	30	96.8	12*	92.3	18	100.0	16*	88.9
Trabajo asalariado	1	3.2	1	7.7	--	--	2	11.1
Estructura Familiar								
Sin hijos en el hogar	22	71.0	13*	65.0	5	27.8	7	43.8
Madre sola, jefa de familia con hijos	9	29.0	7	35.0	13	72.2	9	56.2
Numero de hijos vivos								
Ninguno	3	9.7	4*	26.7	3	16.5	3*	14.2
1 a 3	25	80.7	10	66.6	13	72.3	11	52.4
4 o más	3	9.7	1	6.7	2	11.2	7	33.4
Relaciones Familiares								
Satisfactorias	16*	61.5	6*	100.0	3*	20.0	1*	16.7
Conflictos severos	10	38.5	--	--	12	80.0	5	83.3
Estado de salud**								
Satisfactorio	25	80.6	14*	77.8	3	16.7	1	5.6
Algún tipo de morbilidad	6	19.4	4	22.2	15	83.3	17	94.4
Historial delictivo								
si	2	6.5	--	--	10	55.6	7*	41.2
no	29	93.5	18*	100.0	8	44.4	10	58.8

NTS = Mujeres sin historial de trabajo sexual

TS = Trabajadoras sexuales

* = No se obtuvo información sobre la característica para todas las mujeres del grupo

** = Observaciones de la trabajadora de casos

eran los pertinentes a las situaciones planteadas. No obstante, en sólo 1,626 ocasiones fue que se pudo encontrar a las participantes en sus hogares y lograr con ellas las intenciones de consejería. De suerte que la experiencia demostró que esta población es bastante difícil de localizar y abordar.

A las 92 participantes del proyecto se le prepararon 359 referidos a las agencias. También el personal del proyecto, acudió a las agencias a los fines de abogar por ayuda para las participantes, en 523 ocasiones. Estas actividades se

desarrollaron durante los 10 meses que duró la intervención. Las trabajadoras sexuales obtuvieron un 41 por ciento de los referidos emitidos, y las que no tenían historial sexual el 59 por ciento de los mismos. En San Juan el personal del proyecto envió a cada mujer a un promedio de tres agencias y en los pueblos del este de Puerto Rico las enviaron a un promedio de cuatro servicios.

La tabla 3, ilustra los referidos de acuerdo al tipo de agencias. Ella comunica que los referidos se dirigieron en mayor medida hacia agencias de asistencia social, luego hacia las de salud física y en menor proporción a las de salud mental. Este comportamiento se observó para los dos grupos de participantes en ambas zonas geográficas. Es preciso recalcar que los referidos se preparaban en armonía a lo que las participantes decían que eran sus necesidades.

La mayoría de los referidos se concertaron con agencias, tales como: el Departamento de Servicios Sociales, la Administración del Derecho al Trabajo, el Departamento de Servicios Contra la Adicción, el Departamento de

Tabla 3. Tipos de agencias por zona geográfica según el grupo de participantes

Tipos de Agencias	Zonas geográficas			
	Zona Metropolitana San Juan		Pueblos Este de Puerto Rico	
	n	%	n	%
Servicios Sociales*	53.0	84.5	62.0	64.0
Salud Física**	26.0	15.5	24.0	18.6
Salud Mental***	21.0	—	14.0	17.4

Incluyó agencias tales como:
* Departamento de Servicios Sociales
**Clínicas de EST
***Departamento contra la Adicción

Educación y el Departamento de la Vivienda. Este dato fue congruente con las necesidades más apremiantes que notificaron las participantes.

Receptividad hacia las agencias. Las participantes asistieron a un 43 por ciento de los 359 referidos emitidos. La Tabla 4 presenta que las agencias de servicios de salud tuvieron la acogida mayor entre las participantes de ambos grupos. La aceptación superior se certificó en agencias tales como; Programa Nutricional Madre y Niños, Centros de Salud, Clínicas de Planificación Familiar, Clínicas de Tratamiento para ETS, Programas de Viviendas y Servicio para empleos.

Se observó que las trabajadoras sexuales aceptaron, en una proporción mayor a las que no tenían historial de trabajo sexual, que habían acudido a las agencias a las cuales fueron referidas. No obstante, expresaron varias críticas respecto a estas organizaciones. Según las trabajadoras sexuales los programas en las agencias

Tabla 4. Agencias por Aceptación de los referidos a servicios sociales y de salud según el Grupo de Participantes

Agencias	Aceptación de los Referidos				Total
	Trabajadoras Sexuales		Mujeres sin Historial de Trabajo Sexual		
	n	n	n	n	
	aceptación-referido %		aceptación-referido %		
Sociales					
Departamento Servicios Sociales	12/27	44.4	16/40	40.0	41.8
Servicio de Empleo	10/16	62.5	11/33	33.3	42.83
Departamento de Educación	6/18	33.3	13/30	43.3	39.6
Servicio de Rehabilitación	1/4	25.0	0/11	0.0	6.7
Consejería Familiar	0/1	0.0	0/4	0.0	0.0
Agencia Asuntos de la Mujer	0/0	0.0	1/5	20.0	20.0
Programas de Vivienda	12/20	60.0	12/28	42.9	50.0
Servicios Voluntarios	0/2	0.0	0/11	0.0	0.0
Programa Nutricional Madre y Niño	2/2	100.0	3/3	100.0	100.0
Medicaid	0/1	0.0	2/2	100.0	—
Salud					
Clínicas de Planificación Familiar	12/13	92.3	12/21	57.1	70.6
Clínicas EST	8/13	61.5	1/2	50.0	60.0
Centros de Salud	6/6	100.0	5/6	83.3	91.7
Departamento Contra la Adicción	5/22	22.7	1/9	11.1	19.3
Clínicas de Salud Mental	0/3	0.0	2/6	33.3	22.2

existentes, al presente: 1) no incluyen orientación sobre enfermedades de transmisión sexual; 2) no tienen estrategias para preservar la integración familiar la cual incluya recuperar la custodia de los hijos y que no dejen en instituciones o en hogares de crianza temporeros; 3) no ofrecen una diversidad de métodos para la planificación familiar, sino que la selección está limitada y no se incluye la esterilización como opción; 4) no tienen interés en trabajar con la autoestima, motivación y estado emocional de las mujeres; 5) no ofrecen psicoterapia individual o grupal como parte del tratamiento o grupal; 6) tienen una tendencia a discriminar o estereotipar a las trabajadoras sexuales; 7) no refuerzan las imágenes positivas, metas, y expectativas de la persona; 8) no toman en cuenta la comunidad de donde procede la persona; y, 9) sobre todo no preparan un plan de ayuda a la luz de los deseos de ellas.

Evaluación de la intervención. Al finalizar la intervención se recopiló información concerniente a la opinión de las participantes respecto a los referidos remitidos y la labor del personal del proyecto. En la zona de San Juan los datos revelaron que el 58.6 por ciento de las participantes, sin historial de trabajo sexual, dijeron que no estaban satisfechas con los referidos a las agencias. Sólo el 26.7 por ciento de las trabajadoras sexuales de la zona antes mencionada manifestaron que estaban complacidas con dichos referidos.

En los pueblos del este de Puerto Rico las participantes se comportaron de la misma forma que en San Juan en lo que atañe a los referidos agenciales. La mayoría de las trabajadoras sexuales de este sector, el 63.2 por ciento tampoco favorecieron los referidos a las agencias. Las mujeres sin historial de trabajo sexual residentes en estos pueblos se dividieron por igual cifra (42.9 por ciento) entre las que apoyaron esta actividad y las que señalaron que era de poca ayuda. Otro dato interesante fue que una cantidad considerable de participantes no recordaban haber sido referidas a las agencias en la proporción que documentó el personal del proyecto. De la misma manera, informaron que habían asistido a las agencias referidas en una frecuencia menor que la adjudicada por el personal del proyecto. Las participantes de los pueblos del este de Puerto Rico, expresaron un juicio favorable del personal del proyecto en relación a los criterios de competencia en la interacción personal. Sin embargo, estimaron esta labor inadecuada para criterios tales como: ayuda para aliviar necesidades, preparación y orientación relativa a los referidos. Del mismo modo, las participantes de San Juan, especificaron no estar complacidas con todos los criterios de competencia establecidos para el personal asignado a su zona residencial. No obstante, las trabajadoras sexuales residentes en San Juan juzgaron apropiada la ejecución del personal del proyecto en criterios tales como: conocimientos sobre las agencias, capacidad para escuchar y entender, confidencialidad y respeto por ellas. Estuvieron insatisfechas con la frecuencia de visitas a sus hogares y con el tiempo que se les dedicó. Aquellas que no tenían historial de trabajo sexual de esta zona coincidieron en que estaban satisfechas con los criterios antes mencionados y además incluyeron agradecer el trato personal que recibieron.

Conclusiones

La idea que proponía a las agencias de asistencia social y de salud como recursos de ayuda útil para la atención de las trabajadoras sexuales y que, además, suscribía que dichas agencias podrían modificar factores y conductas de alto riesgo para la infección del VIH/SIDA en esta

población, no fue confirmada en esta investigación. La intervención implantada trató de establecer una conexión de ayuda entre las agencias y las trabajadoras sexuales, pero, no resultó ser una estrategia eficaz en este grupo poblacional. Tampoco tuvo la efectividad esperada en otras personas que no tenían historial en el trabajo sexual, pero compartían condiciones sociales parecidas.

Los hallazgos investigativos comprobaron la existencia de una distancia social considerable entre las agencias sociales y de salud y las trabajadoras sexuales. Por tanto, ellas no acudieron a las agencias donde fueron enviadas, en una proporción deseable, ni favorecieron la modalidad de intervención utilizada. Igualmente, se verificó que la población estudiada era bastante difícil de abordar mediante la intervención establecida.

Se subraya que esta experiencia investigativa resultó parecida a la que se encontró en el estudio similar en el estado de Colorado (EUA). Ambos estudios fueron semejantes en sus instrumentos, población, tiempo en que se realizaron y resultados que obtuvieron.

Se infiere que el proyecto investigativo no tuvo el éxito deseado porque se evidenció que no existía congruencia entre las expectativas y necesidades de las trabajadoras sexuales y cómo las agencias sociales y de salud prestan sus servicios. También, trascendió el hallazgo de que las trabajadoras sexuales perciben a las agencias sociales y de salud como organismos hostiles y punitivos. Por ejemplo, ellas destacaron que las agencias sociales sólo se presentan para remover los niños de sus hogares. Así mismo, las trabajadoras sexuales afirmaron que las agencias de salud solo las van a busca para informales que están enfermas.

Por ende se sugiere que se explore, en estudios futuros, las fuerzas o factores que actúan como barreras e impiden a las trabajadoras sociales percibir a las agencias como fuentes de ayuda para su estado de bienestar. De la misma manera, se recomienda que las intervenciones con las trabajadoras sexuales impliquen una labor continua, persistente y a largo plazo. Además, es preciso que comprendan modos innovadores para el tratamiento de problemas, tales como: adicción a drogas, pobreza extrema, aislamiento social y ausencia de poder e igualdad social en las mujeres. Por tanto, se estima que intervenciones futuras con las trabajadoras sexuales tendrán que propiciar cambios sociales significativos para que constituyan medidas eficientes.

Abstract

The present study examined the role of an intervention directed to link a group of sexual workers with social and health services. The subjects receptivity to use these

services was measured by the degree of acceptance that the selected agencies provided to the participants of this study. The present investigation included two groups of subjects consisting of sexual workers and other women that were at high risk of prostitution because of their social circumstances. The sample consisted of 92 women residents of either the San Juan area or other towns from the eastern part of Puerto Rico. The method of focal group and a agencies directory was utilized during the intervention. In addition, the attempt to establish a helpful relationship between the subject and the agency was also incorporated to the investigation. The present findings showed the presence of a considerable social distance between the agencies and the subjects studies. The use of the studied intervention failed to be an efficient strategy. The authors recommend to explore different and new intervention modalities that elicit significant social change. Moreover, these interventions should innovate the current treatments aimed at the social problems related to sexual work.

Referencias

1. Mc Keganey N, Barnard M, Leyland A, Coote I, Follet A. Female street working prostitution and HIV infection in Glasgow. *Br Med J* 1992;305:801-4.
2. Estébanez P, Fitch K, Najira R. El VIH y las trabajadoras sexuales. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 115:415-437.
3. Alary M, Worm AM, Kuinesdal B. Risk behavior for HIV infection and sexually transmitted diseases among female sex workers from Copenhagen. *Int J STDAIDS*. 1994; Sp-Ot, 5:365-7.
4. Mc Keganey N, Barnard M, Leyland A. Injecting drug use and female street working prostitution in Glasgow. *AIDS* 1990;4:1153-1155.
5. Gossop M, Powis B, Griffiths P, Strang J. Female prostitutes in South London, use of heroin, cocaine and alcohol, and their relationship to health risk behaviors. *AIDSCare* 1995;7:253-260.
6. Day S, Warll H, Perrotte L. Prostitution and risk of HIV: male partners of female prostitutes. *Br Med J* 1993;307:359-61.
7. Ward H, Day S, Mezzone J, Dunlop L, Donegan C, Farrar S, Whitaker L, Harris JR, Miler DL. Prostitution and risk of HIV: female prostitutes in London. *Br Med J* 1993; 307:356-8.
8. McKeganey N, Barnard M. Selling sex: female street prostitution and HIV risk behavior in Glasgow. *AIDS Care*. 1993; 4:395-407.
9. Breo L. AIDS warrior Joyce Wallace hopes to shelter homeless hookers. *JAMA* 1991; 265:1313-1316.
10. Goldsmith B. Women on the edge. *The New Yorker*. 1993, April 26;64-81.
11. Dorfman L, Derish P, Cohen J. Hey girlfriend: an evaluation of AIDS prevention among women in the sex industry. *Health Educ Q* 1992; 19:25-40.
12. Karim QA, Karim SS, Soldan K, Zondi M. Reducing the risk of HIV infection among South African sex workers: socioeconomic and gender barriers. *Am J Public Health* 1995; 85:1521-5.
13. Campbell CA. Prostitution, AIDS, and preventive health behavior. *Soc Sci Med* 1991; 32:1367-1378.