

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“VALIDACIÓN DE UNA ENCUESTA CONDUCTUAL PARA LA VIGILANCIA
DEL VIH EN MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES DE LA REGIÓN
METROPOLITANA”**

BIELKA CARVAJAL GUTIÉRREZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUÍA DRA. VALERIA STUARDO ÁVILA

SANTIAGO, 2016

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a toda mi familia, por haberme apoyado totalmente en todo el proceso. En especial, agradezco a mis hermanos (Luna, Alfonso y Paula) y a mi madre por hacerme creer que juntos todo es posible, por darme fuerzas todos los días.

Agradezco a Andrés, por quererme y darme ánimos en todo el camino.

Agradezco especialmente a Valeria, por acogerme como tesista y guiarme en este proceso, por haberme dedicado tiempo y extensas revisiones, por mostrarme su cariño y su fuerza.

Agradezco también a Jose y a Julieta, por haberme incluido siempre como parte del equipo, por hacerme reír cuando el trabajo era arduo.

Agradezco también, a todas las trabajadoras sexuales que participaron amablemente en esta investigación, por darme su tiempo y mostrarme su dignidad. Así mismo, agradezco a Fundación Margen (Herminda, Nancy, Mileidy, Pepa y Camacho) por darme el espacio y el cariño para desarrollar el trabajo de campo.

Agradezco a mis colegas, Lorena, Alicia y Loreto, por haberme dado siempre ánimo y cariño en este proceso, por haber creído que era posible.

Agradezco a todos mis amigos y amigas que forman parte de mi vida. Todos/as Uds fueron necesarios/as para terminar esto.

Agradezco a todos los profesores (mujeres y hombres), que a lo largo de toda mi educación pública, acompañaron mi camino y contribuyeron, con todos sus años de trabajo, a que yo apreciara la salud pública y la investigación.

Agradezco a todas las mujeres valientes, que con coraje luchan par a par en un mundo de hombres, abriendo el camino al resto de nosotras. Agradezco en especial a aquellas que forman parte de mi familia.

A todos Uds., gracias, su esfuerzo y dedicación permite que hoy me encuentre aquí.

“Para educar a un niño hace falta la tribu entera”, ciertamente para terminar un magíster, también es necesaria.

Índice

Capítulo I	Introducción	10
Capítulo II	Marco Teórico.....	12
II.1.	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH).....	12
II.1.1.	Historia Natural de la Enfermedad.....	12
II.1.2.	Epidemiología del VIH/Sida	14
II.2.	VIH y Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS).....	22
II.2.1.	Mundial	22
II.2.2.	Chile	24
II.3.	VIH y Estudios Bioconductuales en MTS.....	26
II.3.1.	Dimensiones del Instrumento	29
II.4.	Validación de Instrumentos.....	31
II.4.1.	Validez.....	32
II.4.2.	Confiabilidad.....	35
Capítulo III	Objetivos	37
III.1.	Objetivo General	37
III.2.	Objetivos Específicos.....	37
Capítulo IV	Metodología.....	38
IV.1.	Tipo de Estudio.....	38
IV.2.	Población Objetivo.....	38

IV.3. Muestra.....	38
IV.3.1. Criterio de Inclusión.....	39
IV.3.2. Criterios de Exclusión.....	39
IV.4. Instrumento de Origen	39
IV.5. Etapas de la Validación	40
IV.5.1. Adaptación Transcultural.....	40
IV.5.2. Validación de Contenido.....	40
IV.5.3. Aplicabilidad del Instrumento.....	43
Capítulo V Aspectos Éticos.....	46
V.1. Ética e Investigación.....	46
Capítulo VI Resultados	48
VI.1. Adaptación Transcultural	48
VI.2. Validez.....	49
VI.2.1. Validez de Contenido	49
VI.3. Aplicabilidad del Instrumento	53
VI.3.1. Sección de Drogas	55
VI.3.2. Sección Trabajo Sexual.....	56
VI.3.3. Hábitos Sexuales	57
VI.3.4. Estado de Salud	58
VI.4. Cuestionario Final.....	60

Capítulo VII	Discusión y Conclusiones.....	66
Capítulo VIII	Anexos	75
	VIII.1. Cuestionario Original	75
	VIII.2. Consentimiento Informado.....	92
	VIII.3. Cuestionario Validado.....	96
Capítulo IX	Referencias	109

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Prevalencias de VIH 2001 y 2012 para hombres y mujeres de distintas regiones del mundo, extraído de "Informe Mundial 2013, ONUSIDA"	15
Gráfico 2: Tendencia de nuevos casos de HIV en Oriente Medio y Norte de África, extraído de "Informe Mundial 2013, ONUSIDA"	16
Gráfico 3: Mediana de la prevalencia de VIH en personas que usan drogas intravenosas en Europa Oriental y Asia Central en países seleccionados de 2005 a 2012, extraído de "Informe Mundial 2013, ONUSIDA"	17
Gráfico 4: Tipo y distribución de vías de exposición de SIDA entre 1988 - 2012, extraído del "Informe Nacional Evolución VIH SIDA 1984 - 2012"; 2013.	20
Gráfico 5: Prevalencia y Razones hombre:mujer de VIH y SIDA, extraído del "Informe Nacional de VIH SIDA, Chile 1984-2011";2012.	21
Gráfico 6: Prevalencia uso Preservativo en la última relación sexual remunerada, por región, 2009 a 2012, extraído de "Informe Mundial 2013, ONUSIDA"	24

Índice de Tablas

Tabla 1: Edad de Inicio y Prevalencias de Consumo de Drogas.....	56
Tabla 2: Tipo y Frecuencia de Prácticas Sexuales con Clientes Fijos o Especiales, durante los últimos 6 meses.....	57
Tabla 3: Tipo y Frecuencia de Prácticas Sexuales con Clientes no Fijos, durante los últimos 6 meses.....	58

Índice de Figuras

Figura 1: Evolución de Tasas de Notificación de SIDA 1988 - 2012, extraído de "Informe Nacional Evolución VIH SIDA 1984 - 2012"; 2013.....	19
Figura 2: Elaboración propia a partir de "Vigilancia del VIH de Segunda Generación. El Próximo Decenio", ONUSIDA.....	27
Figura 3: Elaboración propia a partir de "Metodología de la Investigación", 2006.	32
Figura 4: Ejemplo de Proceso Delphi, extraído de "Consensus Methods for Medical and Health Services Research, 1995".....	34
Figura 5: Diagrama de Bloques, esquema de realización de Grupo Delphi, elaboración propia.....	43
Figura 6: Extraído de, Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA, 2012(108).	51
Figura 7: Diagrama de Bloques, grupo Delphi para Cuestionario Final, elaboración Propia.....	60
Figura 8: Diagrama de Bloques, Desarrollo de Validación del Cuestionario, elaboración propia.....	65

Resumen Ejecutivo

Introducción

Chile presenta una epidemia del VIH concentrada en poblaciones de difícil acceso, hombres que tienen prácticas sexuales con otros hombres (HSH) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS). El país no cuenta con una vigilancia activa de la infección por el VIH y otras ITS, por lo tanto no existen instrumentos validados para la realización de estudios bioconductuales. Con el propósito de contribuir a la vigilancia de segunda generación para el VIH y, en el contexto de un estudio bioconductual, esta investigación tuvo como objetivo adaptar un cuestionario conductual catalán para la vigilancia de segunda generación del VIH/Sida en MTS de la Región Metropolitana (RM), Chile

Métodos

Estudio de validación de instrumento. La población en este estudio, fueron MTS de la RM. Se adaptó un instrumento Catalán mediante traducción y retrotraducción del instrumento original, realizada por un académico español con residencia de más de 5 años en Chile y una académica de nacionalidad chilena con más de 5 años de residencia en España. La validación de contenido se realizó a través de un grupo Delphi modificado, con expertos de organizaciones sociales, agrupación de trabajadoras sexuales, Ministerio de Salud, servicios de salud, sociólogos y académicos. La aplicabilidad del cuestionario se evaluó en MTS durante el primer semestre del año 2015, previa firma de un consentimiento informado

Resultados

El cuestionario originalmente escrito en español de España fue satisfactoriamente adaptado al español de Chile. En el proceso de validación de contenido se logró modificar, eliminar y cambiar el orden de las preguntas originales, disminuyendo de 87 a 74 preguntas. En la aplicabilidad, se encuestaron 61 MTS, número determinado por la saturación de comentarios. Posteriormente, se realizó un segundo grupo Delphi para definir el número final de preguntas. En este último proceso, el cuestionario final terminó compuesto por 63 preguntas, las que consideraron aspectos socio-demográficos, uso de drogas, trabajo sexual, hábitos sexuales, servicio de salud y sociales, estado de salud y conocimiento

Conclusión

El cuestionario final incluyó los indicadores para MTS recomendados por el reporte para el monitoreo de la epidemia del VIH y Sida (Indicadores GARP) de ONUSIDA, así como los recomendados por el Family Health International (FHI) para la vigilancia bioconductual. Es necesario considerar la pertinencia cultural de los instrumentos para el levantamiento de información y por ende, la importancia de los procesos de validación. Finalmente, el cuestionario adaptado se levanta como una opción validada para realizar estudios bioconductuales sobre VIH en MTS del País y de esta manea contribuir a los objetivos mundiales planteados por ONUSIDA.

Capítulo I Introducción

El Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH), descrito hace aproximadamente 30 años, aún sigue siendo tema importante dentro de las políticas públicas de todos los países(1). Si bien han existido avances importantes desde el punto de vista de la mejora de la calidad y pronóstico de vida de una persona portadora del virus, aún no ha sido encontrada la cura para la infección(2).

Chile, a pesar de contar con buenos sistemas de vigilancia, enfrenta datos en materia de VIH y poblaciones ocultas, mediante una búsqueda pasiva de los casos y con alto desconocimiento del comportamiento de los grupos más vulnerables a la infección(3). En relación a lo mencionado anteriormente, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) recomienda la adaptación de los sistemas de vigilancia a cada realidad nacional(4); lo que para Chile significa, entre otras cosas, contar con un instrumento que permita la recolección de información de manera sistemática y unificada.

Así, el propósito de esta investigación fue validar para Chile un cuestionario utilizado en Cataluña por el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre ITS y Sida de Cataluña (CEEISCAT)(5), con la intención de potenciar un sistema de vigilancia propio, que levante información actualizada sobre las dinámicas que establecen nuestras poblaciones vulnerables

Considerando las características propias del instrumento, se definió la necesidad de adaptarlo culturalmente, así como, sustentar su validez de contenido de acuerdo a las sugerencias de la literatura (6–8). El cuestionario validado en este

trabajo investigativo, se levanta como una herramienta más, a disposición de los investigadores y tomadores de decisión para elevar información relevante en materia de VIH y mujeres trabajadoras sexuales.

El presente estudio se enmarca en una investigación financiada por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico “FONDECYT” y es parte del Initiation into Research N 11140021: Bio-behavioral surveillance for HIV/AIDS in hard-to-reach populations in the Metropolitan Region of Santiago, Chile.

Capítulo II Marco Teórico

Este marco teórico se organiza bajo cuatro ejes principales, iniciando por la contextualización del VIH/Sida tanto desde su historia como su epidemiología; dando a conocer la relación entre la infección y las mujeres trabajadoras sexuales del mundo y de Chile, siguiendo por el significado y aporte de los estudios bioconductuales para la vigilancia y finalmente explicando los principales requerimientos para validar un instrumento en un contexto distinto al cual fue diseñado originalmente.

II.1. Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)

Este subítem tiene como finalidad la contextualización de la infección por VIH por medio del entendimiento de la historia natural y epidemiología del mismo.

II.1.1. Historia Natural de la Enfermedad

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus de la subfamilia de los *lentivirus* compuesto por ARN (Ácido Ribonucleico), el cual mediante la enzima transcriptasa reversa es capaz de convertirse e insertarse dentro del ADN (Ácido Desoxirribonucleico) celular (1,9). El principal objetivo de este virus es ingresar a los linfocitos "T" CD4⁺ y macrófagos, en donde es capaz de utilizar su maquinaria biológica para la producción de nuevos viriones y con éstos propagar la infección hacia nuevas células del cuerpo; a causa de su tropismo hacia las células colaboradoras en la respuesta inmune, es que en el largo plazo, se depleta el reservorio de éste tipo de células con la consecuente inmunodeficiencia asociada, conocida como

Sida(1). El VIH posee una alta tasa de mutación, la que impide el desarrollo de anticuerpos contra las proteínas que recubren al virus(10).

Se describe que hasta el 70% de los casos infectados por VIH (los cuales mayoritariamente se encuentran infectados por el tipo VIH-1), no poseerían síntomas indicativos del evento y que al menos durante las tres semanas siguientes al contagio, la carga viral permanece indetectable configurándose el “periodo de ventana” (el cual pudiera prolongarse hasta seis semanas post exposición), situación que aumenta las posibilidades de contagio entre personas, al desconocer el individuo su seroconversión(1,2,11,12). La latencia clínica se reconoce como el tiempo entre la infección y la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) y posee una duración de siete a diez años (mediana), no obstante existen sujetos, denominados progresores rápidos, que pudieran presentar sintomatología en menos de tres años y progresores lentos que demoran más de diez años. Una vez establecida la latencia y aún utilizando “highly active antiretroviral therapy” no ha sido posible eliminar el virus del organismo (1,10,13,14). Cabe destacar que un conteo <200 células $CD4^+$ en un individuo lo cataloga inmediatamente en la categoría de Sida aún sin presentar sintomatología (15).

El manejo del VIH/Sida requiere adherencia al tratamiento medicamentoso y dietario, según se haya indicado por el equipo médico respectivo. La alta carga de restricciones, así como efectos secundarios no deseados pueden condicionar negativamente el apego del individuo al tratamiento requerido y

contribuir a la generación de resistencia por parte del virus a los nuevos tratamientos(16,17).

Una vez comprendidas a grandes rasgos las características del virus y el manejo de la infección, es menester identificar el comportamiento o epidemiología de la misma.

II.1.2. Epidemiología del VIH/Sida

II.1.2.1. Mundial

Durante la década de los 80' se reporta, en Estados Unidos de Norteamérica, un aumento inexplicable de casos de Sarcoma de Kaposi y Pneumocystis carinni (hoy "jiroveci") en la población gay de Nueva York y Los Ángeles, los cuales fueron por primera vez socializados por medio de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (18,19). Si bien la epidemia de VIH/Sida comienza de forma abrupta en la comunidad de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), actualmente ha aumentado el contagio en heterosexuales, consumidores de drogas intravenosas y en grupos sociales con mayor vulnerabilidad, lo que representa inequidad desde el punto de vista sanitario(20).

Respecto de las dinámicas regionales en el mundo, si bien las prevalencias de VIH muestran una tendencia a la baja (Gráfico 1), se debe señalar que de la mayor parte de los países más afectados se encuentran en África(21). Se observa que en Asia para el año 2011, aun

no siendo una de las regiones con mayor prevalencia de infección por VIH, ostenta el segundo lugar en donde se encuentran más casos infectados, estando la epidemia concentrada en grupos específicos de la población y en zonas geográficas más bien definidas, como lo es para China e Indonesia(22).

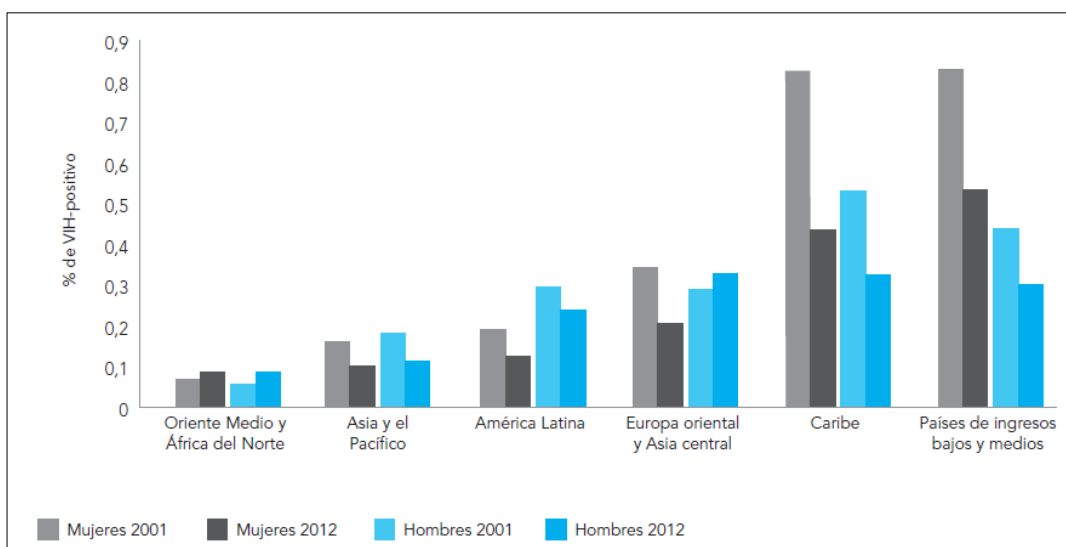


Gráfico 1: Prevalencias de VIH 2001 y 2012 para hombres y mujeres de distintas regiones del mundo, extraído de "Informe Mundial 2013, ONUSIDA"

África subsahariana, aun cuando presenta una tendencia a la baja de infecciones entre adultos, contenía para el año 2012, el 70% de todos los nuevos casos de infecciones por VIH, en el caso de Sudáfrica, éste posee la mayor cantidad de personas conviviendo con VIH (5.6 millones)(22,23). La tendencia al alza de nuevas infecciones en esta región, se encuentra para el norte de África y Oriente medio (23) (Gráfico 2).

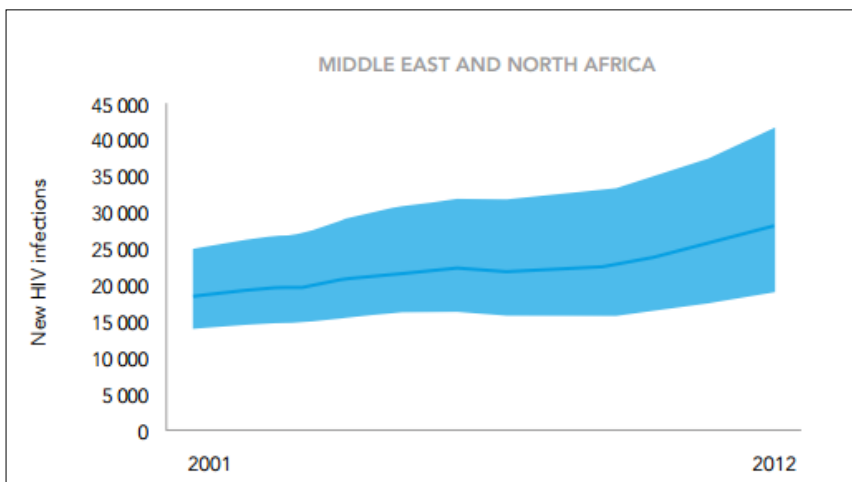


Gráfico 2: Tendencia de nuevos casos de HIV en Oriente Medio y Norte de África, extraído de "Informe Mundial 2013, ONUSIDA"

En el caso de Europa Oriental y Asia Central, la Federación de Rusia y Ucrania son los dos países con mayor prevalencia de VIH en la región, atribuyéndose el contagio a una sumatoria del alto uso de drogas inyectables (Gráfico 3) y el comercio sexual de la zona, vías de transmisión que concentran el 90% de los casos(22).

En América del Norte y Europa Central la epidemia permanece estable, al considerar dentro de sus políticas públicas un amplio acceso a las terapias antirretrovirales (TAR), alrededor de 1.2 millones de individuos con VIH/Sida viven en Estados Unidos de América(22). En esta región la principal vía de contagio es sexual en especial para HSH y el contagio muestra también importantes inequidades dentro de la población(24).

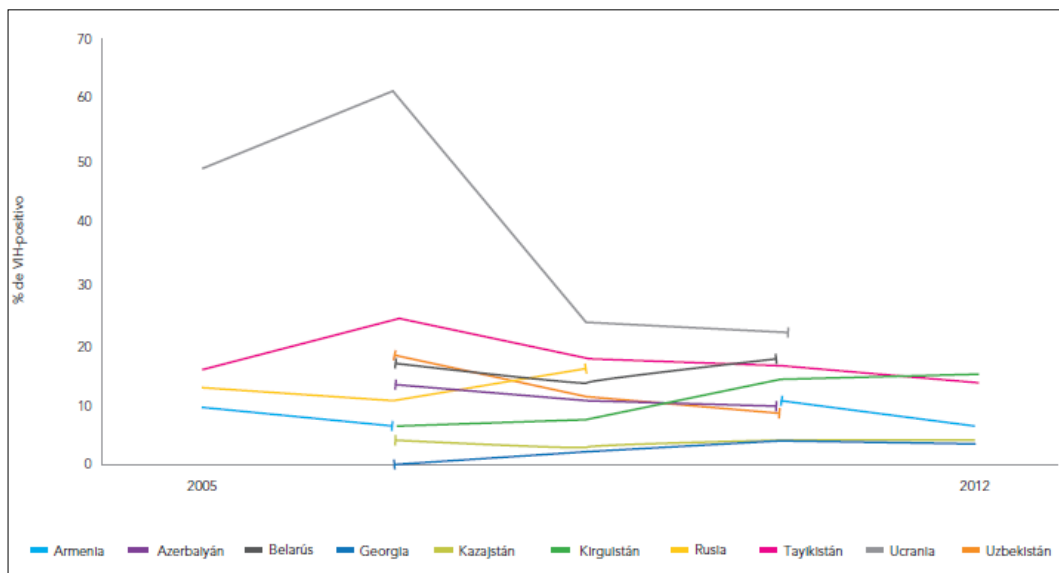


Gráfico 3: Mediana de la prevalencia de VIH en personas que usan drogas intravenosas en Europa Oriental y Asia Central en países seleccionados de 2005 a 2012, extraído de "Informe Mundial 2013, ONUSIDA"

En nuestro contexto regional, las prevalencias son dispares entre uno y otros países, siendo el Caribe la región con más alta prevalencia de VIH luego de África subsahariana, no obstante aquello, se aprecia en todos, un alza en la relación de contagio entre parejas heterosexuales así como de forma vertical(20,22).

Se estima que la prevalencia en la población adulta de la región es de alrededor de un 0,4% encontrándose mayores valores en grupos específicos, tales como población transexual con hasta un 34% de prevalencia, un 20,3% en HSH, profesionales del sexo tanto mujeres (MTS) como varones (las primeras con una prevalencia de 4,9% en Brasil y en el último caso este valor puede llegar a 22,8%), usuarios de

drogas intravenosas poseen igualmente una prevalencia <5%, así como personas con alta vulnerabilidad social(25,26). En el caso de las gestantes, en general no superan el 1%, no obstante cuando la infección se encuentra con mayor prevalencia en el país, en este subgrupo de mujeres también aumentan el porcentaje de casos, siendo el caso de Bahamas, Guyana, Haití, zonas urbanas de Brasil, costa de Honduras con prevalencias mayores al 5%(20).

Con los datos regionales expuestos y observando disparidades entre ellos, es necesario visualizar la realidad de nuestro país para dilucidar eventualmente estrategias de abordaje.

II.1.2.2. Chile

La vigilancia del VIH/Sida se encuentra en nuestro País a cargo del Ministerio de Salud (MINSAL), quien desde el año 1984 hace obligatoria su notificación; actualmente además de ser obligatoria, es de notificación diaria por parte de los establecimientos de salud hacia la autoridad sanitaria y por parte de los laboratorios con muestras positivas hacia el Instituto de Salud Pública (ISP) para la confirmación del caso(13,27,28).

La distribución geográfica del fenómeno para el año 2012 da como regiones con más alta tasa de VIH/Sida a Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta pertenecientes al norte de Chile, en conjunto con las regiones de Valparaíso y Metropolitana, correspondientes a la zona

centro (Figura 1), no obstante, dentro de todo el territorio para el año 2012 la tasa de Sida se encontraba en aumento y la de VIH momentáneamente estabilizada(3).

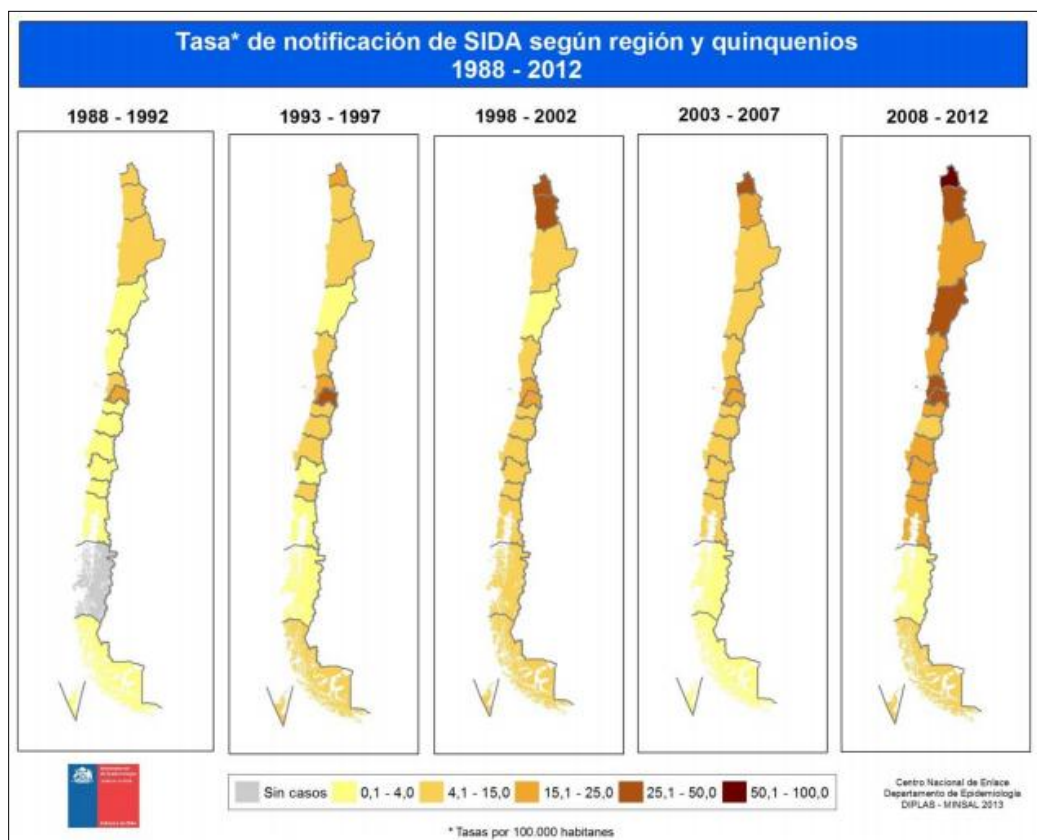


Figura 1: Evolución de Tasas de Notificación de SIDA 1988 - 2012, extraído de "Informe Nacional Evolución VIH SIDA 1984 - 2012"; 2013.

Respecto de las características de nuestros casos, las personas con VIH y Sida en su mayoría poseen al menos educación media; en el caso de la vía de transmisión de la enfermedad, para nuestro contexto es casi por completo de forma sexual (99% entre 2008 y 2012) y dentro de esta misma, las prácticas homosexuales representan para el mismo quinquenio antes mencionado el 51% de los casos, seguidos de cerca

por las prácticas heterosexuales, las cuales ocupan el 38% del peso total (3) (Gráfico 4).

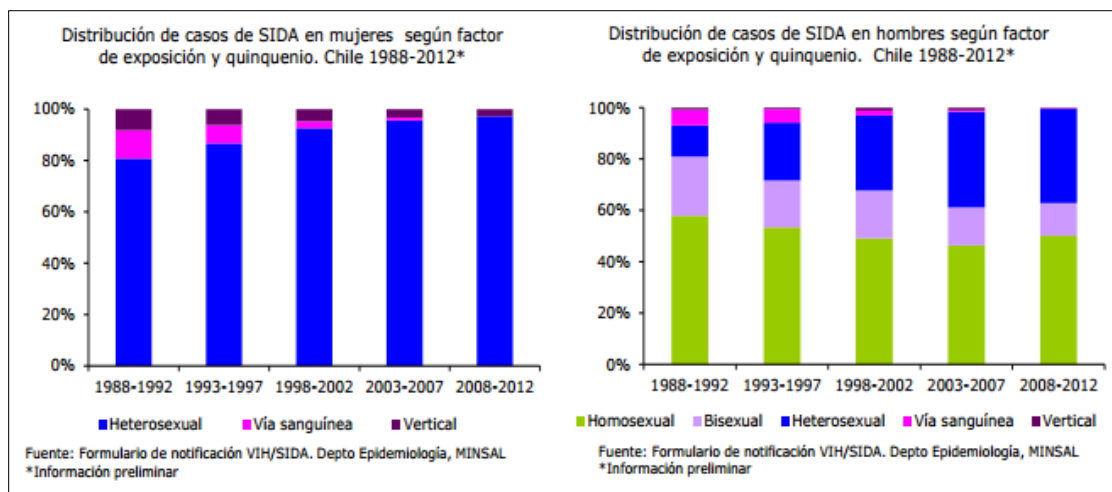


Gráfico 4: Tipo y distribución de vías de exposición de SIDA entre 1988 - 2012, extraído del "Informe Nacional Evolución VIH SIDA 1984 - 2012"; 2013.

Se ha visto una paulatina feminización del fenómeno de transmisión del VIH como bien se muestra en el Informe Nacional de VIH SIDA, Chile 1984 – 2011 (Ver Gráfico 5), se observa también que la relación puede llegar hasta 3 hombres por mujer en América Latina y a 2 por mujer en el Caribe(15,29). Dentro del informe antes mencionado, queda incluso de manifiesto que el 70% de ellas declaran haber tenido sólo una pareja sexual en los 12 últimos meses previo a la notificación, lo cual contrasta con el 43% de los hombres que responden de igual forma(3). Esta diferencia entre los porcentajes de exclusividad, asociado a la baja prevalencia de uso de preservativo durante todas las relaciones

sexuales, hace que sea mayor el riesgo de transmisión y de la vulnerabilidad que presenta el sexo femenino frente al VIH/Sida(3).

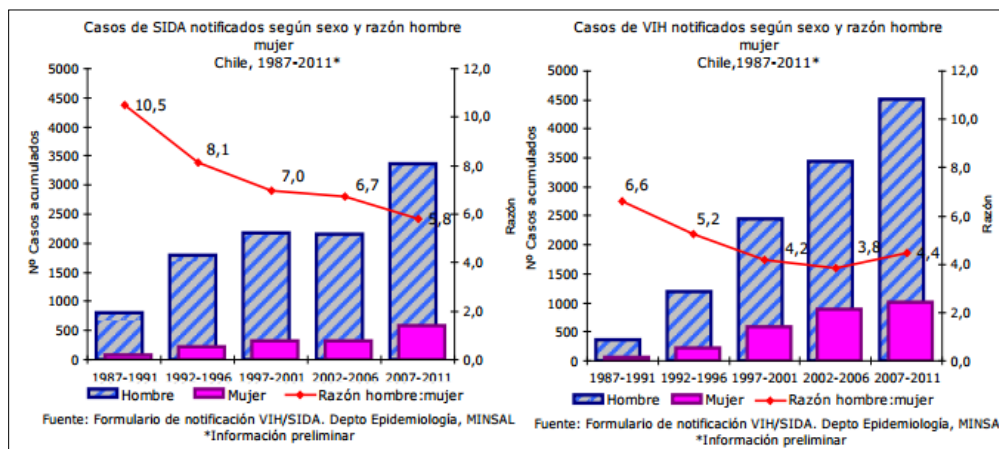


Gráfico 5: Prevalencia y Razones hombre:mujer de VIH y SIDA, extraído del “Informe Nacional de VIH SIDA, Chile 1984-2011”;2012.

Se proyecta que para el año 2015 alrededor de 45.287 personas se encontrarán en nuestro país viviendo con el VIH/Sida(30). La existencia de acceso universal a TAR en Chile, ha permitido entre otros, disminuir la transmisión vertical de un 30% a un 1,6% para el año 2010; así como la existencia de una guía de garantías explícitas en salud (GES) ha permitido delinear una estrategia común a nivel nacional que permite disminuir el tiempo de diagnóstico, así como aumentar la sobrevivencia de las personas que viven con VIH(31). En nuestro país, el VIH/Sida se cataloga como epidemia concentrada (con >5% de prevalencia en grupos

claves y <1% en gestantes) lo que aún permite que la focalización de esfuerzo tenga un gran impacto en la población general(32–34).

La existencia de un aumento en los casos femeninos infectados por el virus y de la aparente vulnerabilidad del mismo sexo hacia la infección, permite preguntarse sobre la realidad de las trabajadoras sexuales, dado que ellas, además de ser mujeres, utilizan el sexo como fuente de ingresos, por lo que pudieran estar más expuestas al riesgo de contagiarse que otras mujeres.

II.2. VIH y Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)

En este subítem se pretende conocer la realidad de las MTS tanto en Chile como en otros países y su relación con el VIH; permitiendo dilucidar si la población antes mencionada, tiene mayor riesgo que otras y conocer sus características como conjunto de trabajadoras.

II.2.1. Mundial

Se entiende como profesionales del sexo a mujeres, hombres y transexuales, adultos y jóvenes, que reciben dinero o bienes a cambio de sus servicios sexuales, ya sea de forma regular u ocasional y, que pueden definir o no conscientemente estas actividades como generadoras de ingresos(35,36). Se caracterizan como factores que inciden en el inicio de comercio sexual para un individuo: la pobreza y oportunidades económicas limitadas, desigualdades de género, explotación sexual (incluye la trata de

personas), prácticas y creencias culturales y/o tradicionales y, como factores que aumentan el riesgo de los profesionales del sexo al contagio de VIH: la estigmatización y marginación, la falta de políticas públicas y legislación que los protejan, falta de acceso a servicios de salud, social y jurídico y la limitación para la información, prevención y negociación(35).

Existen múltiples formas de ejercicio de la prostitución, desde su práctica en la calle hasta hoteles de lujo, en países que van desde la prohibición de este tipo de práctica económica hasta aquellos en donde se ha reglamentado(36,37). En Chile, el código penal no prohíbe la práctica del comercio sexual, siempre que sea realizado por parte de un adulto y que no se relacione con la trata de personas(37).

Las MTS tienen 13,5 veces mayor riesgo de vivir con el VIH que otras mujeres, con prevalencias de 36,9% en África Subsahariana, 10,9% en Europa Oriental y 6,1% en MTS de América Latina(23). Afortunadamente, la utilización del preservativo (principal vía de prevención de la infección por VIH) por parte de esta población clave, parece haber aumentado paulatinamente, situación que se visualiza a través del Gráfico 6(23,38–40).

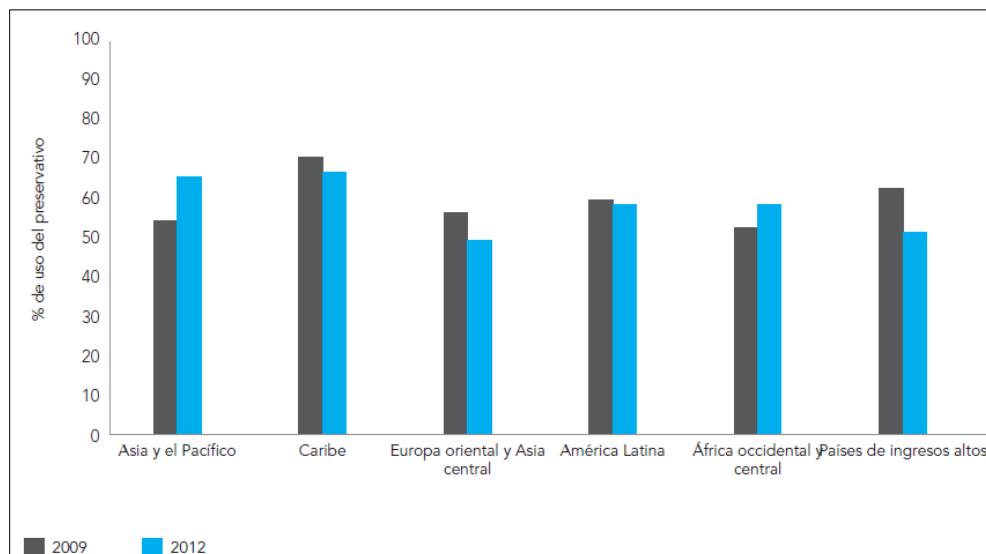


Gráfico 6: Prevalencia uso Preservativo en la última relación sexual remunerada, por región, 2009 a 2012, extraído de "Informe Mundial 2013, ONUSIDA"

Existen estudios que muestran que al insertar programas que empoderen a las MTS en acciones preventivas hacia su salud, incluyendo el uso de preservativo, es posible generar disminución de la prevalencia de VIH/ITS dentro de su población, así como de grupos dentro de la población general(41).

Una vez comprendido que las MTS son más vulnerables que otras mujeres a nivel mundial, urge conocer la realidad que rodea a este grupo de trabajadoras en Chile.

II.2.2. Chile

En nuestro país, se estima que la población de MTS sería alrededor de 20.924 con 364.399 clientes aproximadamente(30). Por otro lado los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se estiman en unos 333.901,

así como las personas privadas de libertad que para el año 2009 eran 50.923; todos los mencionados anteriormente constituyen grupos clave de mayor riesgo para la transmisión del VIH/Sida en Chile(30). En la Región Metropolitana, se describe que el comercio sexual visible se ejercería en la vía pública (siendo éste el de mayor riesgo y estigma social), cafés, clubs nocturnos, casas de tolerancias y saunas(42).

El código sanitario en su artículo 41, indica que para las personas que se dediquen al comercio sexual, se llevará una estadística sanitaria, no permitiéndose su agrupación en prostíbulos cerrados y casas de tolerancia(43). Este control es realizando muchas veces por la unidad de atención y control en salud sexual (UNACESS), cabe señalar que dicho seguimiento es de carácter voluntario(44).

El Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) el año 2006, realizó una encuesta con una muestra de 120 MTS de las regiones de Tarapacá, Metropolitana y Biobío, el 42,5% de ellas afirmaba saber dónde dirigirse para realizarse un test de VIH y el 85% se lo había realizado durante el último año y conocía su resultado, en ese mismo instrumento se releva que el 72,5% de dicha muestra había utilizado efectivamente preservativo con su último cliente(30)

Asociado a lo mencionado, la “Estrategia Nacional de Salud para la Década 2011 – 2020”, considera dos metas asociadas al objetivo 1 y 3 que guardan relación con el VIH/Sida, las cuales son: disminuir la mortalidad por

VIH/Sida y aumentar la prevalencia de uso de condón consistente de condón en la población de 15 a 19 años sexualmente activos(45).

Aún cuando no existe prohibición del ejercicio del comercio sexual en Chile, no es posible obtener información vigente y actualizada sobre su comportamiento o la prevalencia del virus, por ende, parece a priori una población olvidada para la formulación de programas que las incluyan de manera transversal a la vigilancia. Es de interés poder conocer los mecanismos de vigilancia del VIH/Sida existentes, así como aquellos aplicables a las MTS en particular.

II.3. VIH y Estudios Bioconductuales en MTS

El VIH/Sida es una de las enfermedades de notificación obligatoria diaria, infección que se vigila de forma universal, de laboratorio y centinela, estadística que depende del departamento de epidemiología del Ministerio de Salud(46). En Chile, la prevalencia del examen de VIH en personas de 18 a 64 años en la ENS 2009 – 2010 se cifraba en un 0,21%. En cuanto a la población de MTS no existen estudios específicos que determinen la prevalencia en dicho grupo, siendo estudios poblacionales inadecuados para medirla(22,47).

Si bien se han realizado enormes avances en materia de VIH/Sida, la forma de realizar la vigilancia no ha evolucionado en conjunto con las características de la epidemia; en este contexto es que la vigilancia de segunda generación para el VIH/Sida se levanta como procedimiento adecuado para comprender de mejor manera el fenómeno particular de cada país, dado que considera

múltiples fuentes de información(48). ONUSIDA recomienda (Figura 2) para epidemias concentradas, entre otras cosas, la realización de encuestas conductuales en las poblaciones expuesta a mayor riesgo de infección con el fin de explicar los cambios en la prevalencia del VIH, así como, permitir diseñar y dirigir programas de prevención de la transmisión y posteriormente evaluar dichas políticas(7,48).



Figura 2: Elaboración propia a partir de "Vigilancia del VIH de Segunda Generación. El Próximo Decenio", ONUSIDA.

Cabe destacar que la justificación para concentrar los esfuerzos en aquellas poblaciones expuestas a mayor riesgo, está dado principalmente por su aporte potente a la propagación del VIH, es así como las MTS y los HSH deben ser

considerados para la monitorización de su conducta en nuestro país. Si bien los datos obtenidos por este tipo de encuestas, no son analizables por sí solos, sí permiten una triangulación con la vigilancia pasiva que se realiza, así como las encuestas poblacionales(4).

La revisión de literatura muestra que intervenciones de conducta en población de mujeres trabajadoras sexuales con clientes de altos ingresos pareciera no producir mayor impacto(49,50). En cambio en MTS que poseen clientes de mediano y bajo ingreso para países con las mismas características, se estima que intervenciones asociadas a conducta permiten aumentar la prevalencia de uso de preservativo(51). Se recomienda entonces, para mejor evaluación de las políticas de promoción de conductas sexuales seguras, que se muestree de manera independiente a las subpoblaciones expuestas a mayor riesgo, de forma que al repetir la encuesta permita evaluar cambios conductuales en este tipo de poblaciones(48).

Dada las características de la infección por VIH en nuestro país, los estudios de conducta permitirían ser un aviso temprano de advertencia frente a potenciales contagios, así mismo, permitirían evaluar el impacto de políticas o programas que guardan relación con conductas seguras o población de MTS(7). Los estudios de conducta para la población general, usualmente no son capaces de reflejar adecuadamente a las poblaciones de mayor riesgo a la exposición del VIH(48).

Estimando la alta importancia de mantener vigilancia activa en poblaciones de mayor riesgo cuando las epidemias son concentradas, es necesario definir las conductas que pudieran impactar en la dinámica de propagación de la infección, con el objetivo de poseer un instrumento que contenga las dimensiones que se asocian, de manera frecuente, a mayor riesgo de contagio de VIH.

II.3.1. Dimensiones del Instrumento

Considerando la relevancia que se atribuye a la vigilancia de segunda generación, es necesario determinar adecuadamente las dimensiones que pudieran explicar este riesgo aumentado en MTS y que debieran ser monitorizadas. Dentro de la literatura destacan como factores que aumentan la vulnerabilidad de las MTS frente al VIH: la migración, se menciona que muchas MTS, migran dentro de su país de origen y algunas otras, viajan inclusive a otros países para trabajar, pudiendo esto, condicionar el acceso a la salud y por ende, la posibilidad de tomar conductas preventivas para el contagio (52). Las MTS migrantes internacionales reciben muchas veces doble discriminación social, tanto por su origen étnico distinto y el ejercicio del trabajo sexual(52,53).

El consumo de alcohol es también reconocido como conducta de riesgo asociada a las ITS, incluido el VIH/Sida, ya que se relaciona con la práctica de sexo desprotegido(54). El alcohol, asociado con el trabajo sexual, parece relacionarse con el favorecimiento de la interacción social, aumento del

placer y deseo sexual, así como la disminución de vergüenza e inhibición asociada a la compra de servicios sexuales(54). Además de lo anterior, el consumo de alcohol muchas veces se encuentra en concomitancia con el consumo de drogas ilícitas(55).

En cuanto a las drogas ilícitas, la relación entre el uso de drogas intravenosas (DIV) y la infección por VIH/Sida es conocida y, explica un porcentaje importante de las prevalencias de este virus en Europa Oriental y Asia Central(23). Así como, el uso de drogas ilícitas se asocia a menor prevalencia de sexo protegido, también se puede observar que en el consumo de algunas drogas por pipas, como crack y metanfetamina de cristal, pueden aumentar las erosiones en la mucosa oral y aumentar el potencial contagio de hepatitis C e ITS(56). Existen también otros tipos de relación entre droga y trabajo sexual, como lo son: el pago con drogas por los servicios de las MTS y también, el pago a las MTS no sólo por sexo, sino también, por el consumo de drogas en conjunto con el cliente, situación que también puede aumentar la vulnerabilidad frente VIH(56).

Es sabido que la transmisión del VIH ocurre con mayor probabilidad en casos de concomitancia con infecciones de transmisión sexual (ITS) de tipo ulcerativa, por ello la importancia de instaurar programas para el correcto control de éstas(19,57). Las MTS están más expuestas al contagio de ITS que en otras mujeres, así como, pudieran presentar prácticas culturalmente aceptadas que pueden aumentar el riesgo de contagio (cambio en la

microbiota vaginal) como lo es el lavado vaginal ya sea con productos farmacéuticos, jabón, hierbas, agua y otros(58,59).

Además de las dimensiones antes mencionadas, se reconoce que existirían tipos de prácticas sexuales de mayor riesgo que otras y que, la no utilización de preservativo en ellas, aumenta aún más la posibilidad de contagio(60,61)

En consistencia con lo antes descrito, existe un documento del “Family Health International”, con directrices para la vigilancia bioconductual(7), el cual recoge los principales indicadores que debiera tener cualquier instrumento que pretenda hacer una monitorización del VIH, tanto para población general como específicas, estando ellos en línea con la monitorización global de la epidemia.

De esta manera, cualquier instrumento que pretenda contribuir a la vigilancia de la infección, debe considerar lo antes descrito. Para ello, se hace necesaria la creación y/o validación de instrumentos que permitan llevar a cabo dicho cometido.

II.4. Validación de Instrumentos

La utilización de un cuestionario usado en otras partes del mundo pero adaptado para población local, permite comparaciones internacionales respecto de la conducta y características de los grupos de interés(7). Para lograr un adecuado instrumento, se debe evaluar idealmente la confiabilidad y

validez del mismo (Figura 3), para conseguir aquello se recomienda la realización de los puntos que se desglosan a continuación(62,63):

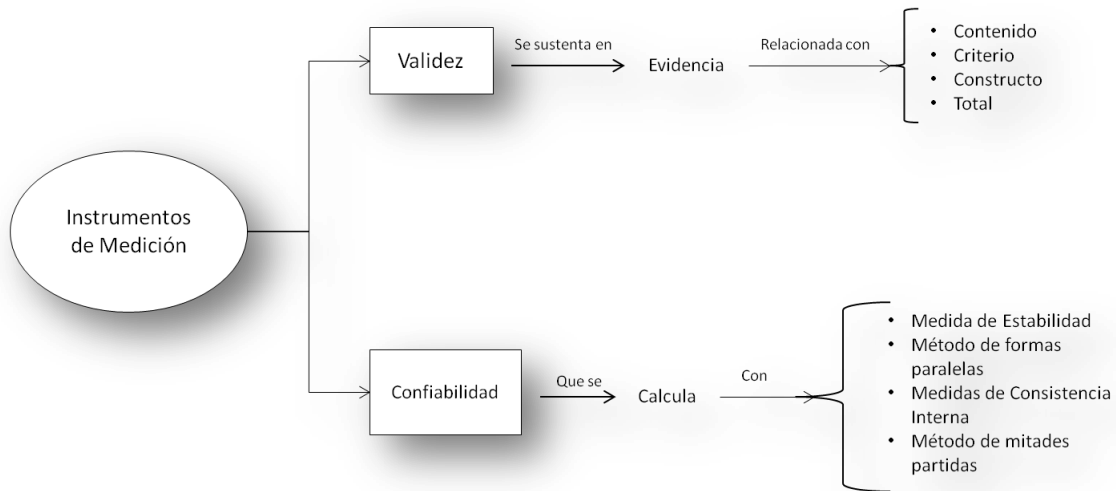


Figura 3: Elaboración propia a partir de "Metodología de la Investigación", 2006

II.4.1. Validez

La validez es la capacidad de instrumento de medir efectivamente el fenómeno que desea; para aceptar que un instrumento posee validez total es necesario que primeramente se evidencie que el mismo posee validez de contenido, criterio y de constructo(8,64).

II.4.1.1. Adaptación Transcultural

Para lograr la capacidad de medir el mismo fenómeno en diferentes culturas, considerando la equivalencia conceptual y técnica, así como también la equivalencia en el nivel de lectura; se pueden utilizar varios

tipos de técnicas(65). Dentro de las más recomendadas para disminuir las subjetividades y errores, está la traducción del lenguaje original hacia el idioma en el que se aplicará, idealmente por grupos de personas y la posterior retraducción del constructo hacia su idioma original de forma ciega, finalmente para asegurar la calidad del proceso se realiza una revisión por parte de un grupo de experto para evaluar pertinencia de preguntas realizando un consenso, así como para asegurar la comprensión del mismo(62,65).

II.4.1.2. Validez de Contenido

La validez de contenido habla de la habilidad de instrumento en representar la variable o concepto que desea medir, para lograr aquello, debe ser capaz de representar la mayoría de las dimensiones que constituyen el fenómeno y una de las metodologías cualitativas aceptadas es la utilización de los grupos Delphi(64,66).

Los grupos Delphi permiten conseguir opiniones expertas de manera sistemática, considerando que, no necesariamente el proceso debe producirse en el mismo lugar geográfico, permite mayor adaptación por parte de los participantes, así como, si se practica vía cuestionarios electrónicos, es posible mantener el anonimato y libertad en la respuesta (Figura 4)(67). Si bien el juicio experto es altamente subjetivo, cuando éstos se agrupan y trabajan en base a evidencia, la variabilidad de respuestas disminuye lo que aumenta la precisión de la decisión(66).

Las dificultades de los grupos Delphi son variadas, dentro de ellas cabe destacar que su confiabilidad aumenta con el número de participantes, no obstante cuando poseen una gran cantidad de integrantes puede hacer fatigoso el debate, así como la moderación del grupo, por otro lado, la existencia de ideas preconcebidas también dificultan la ejecución del método(66,68,69).

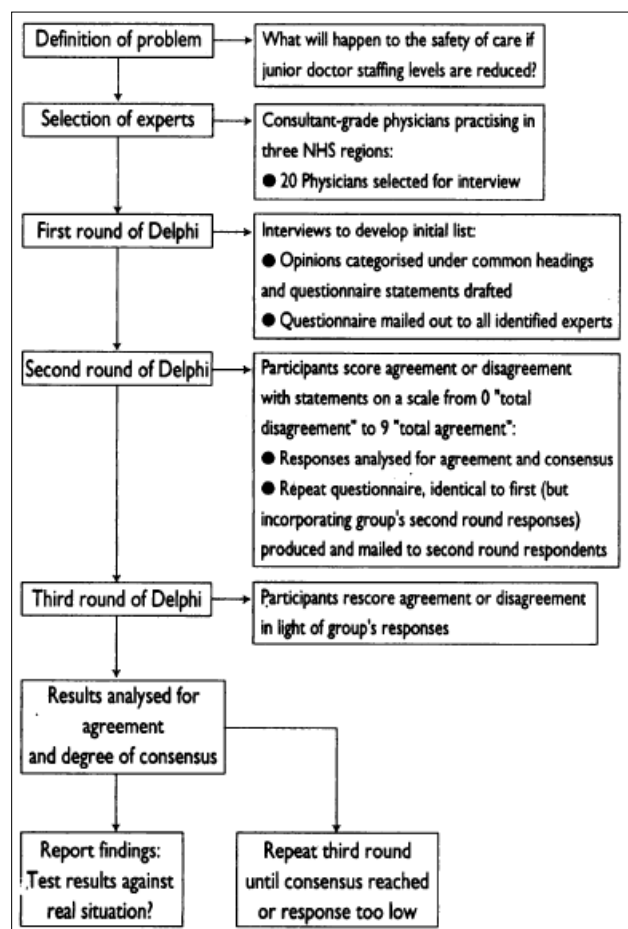


Figura 4: Ejemplo de Proceso Delphi, extraído de "Consensus Methods for Medical and Health Services Research, 1995".

II.4.1.3. Validez de Criterio

La validez de criterio hace alusión a la capacidad de que el instrumento que se evalúa obtenga similares resultados que otro que mida el mismo fenómeno(6).

II.4.1.4. Validez de Constructo

De acuerdo a Salkind, la validez de constructo habla del grado en que los resultados de una prueba se relacionan con constructos psicológicos subyacentes o bien con que habilidad representa y mide el concepto teórico(64,70). Una vez que la teoría sustenta la relación entre las dimensiones que se desean evaluar por medio del instrumento y el fenómeno mismo, es factible medir la validez de constructo; para ello es posible utilizar el método de validación de expertos o bien un análisis factorial(64,71,72).

II.4.2. Confiabilidad

Para determinar el nivel de confiabilidad o estabilidad en el tiempo del instrumento, es posible calcular diversos coeficientes, entre ellos cabe destacar(6,8,73):

- La medida de estabilidad (aplicación reiterada del mismo test al mismo grupo de personas).
- De formas alternativas o paralelas (a un mismo grupo se le aplican distintos instrumentos que pretenden medir el mismo fenómeno

esperando poder obtener una alta correlación entre los resultados de los distintos test).

- De mitades partidas (se divide la muestra en dos grupos y los resultados de ambos grupos se comparan para evaluar correlación).
- De consistencia interna mediante el cálculo del alpha de Cronbach o coeficientes KR- 20 y 21 (los cuales necesitan sólo una aplicación del instrumento para calcular el coeficiente).

Debido a que el instrumento con el que se trabajará de base en este estudio, es de tipo descriptivo y no un test, únicamente se validará el contenido del mismo para la realidad chilena, siendo esta acción suficiente y recomendada por el Family Health International para que el instrumento pueda ser debidamente utilizado en MTS chilenas(7,74).

Capítulo III Objetivos

III.1. Objetivo General

Validar un cuestionario conductual para la vigilancia de segunda generación del VIH/Sida en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) de la Región Metropolitana, Chile

III.2. Objetivos Específicos

- i. Adaptar transculturalmente un cuestionario conductual usado en España para la vigilancia de segunda generación del VIH/Sida en MTS chilenas.
- ii. Evaluar la validez de contenido del cuestionario conductual mediante la realización de un grupo Delphi.
- iii. Evaluar aplicabilidad del cuestionario con validez de contenido en la comuna de Santiago.

Capítulo IV Metodología

IV.1. Tipo de Estudio

Validación de Instrumento.

IV.2. Población Objetivo

El universo muestral estuvo compuesto por mujeres trabajadoras sexuales de la Región Metropolitana que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

IV.3. Muestra

La muestra necesaria para la evaluar la aplicabilidad del instrumento se definió por saturación de la misma, es decir, se consideró completada, cuando de las mujeres que iban a la Fundación Margen los días lunes y viernes, más del 80% ya había sido encuestada o bien ya había rechazado la participación y/o en el momento en que se comenzaran a repetir los aportes/comentarios en relación a las características del instrumento (extensión, complejidad, etc.). La saturación fue alcanzada a las 61 participantes.

Para muestrear, se utilizó una captación por conveniencia, invitando a participar a aquellas MTS que asistían a la Fundación Margen a buscar material o por otras razones. Para disminuir la probabilidad de obtener observaciones duplicadas, se utilizó a una única encuestadora y se consultó a cada MTS a la cual se aplicó el cuestionario si es que había participado antes respondiendo el mismo.

IV.3.1. Criterio de Inclusión

Se consideraron como sujetos elegibles a aquellas MTS que:

- Residían en la Región Metropolitana.
- Tuvieran 18 años o más.
- Ejercieran su labor en lugares de trabajos concordantes con la tipología de trabajo de las MTS (calle/carretera, casas de tolerancia, night clubs, cafés, etc.)(42).
- Hubieran tenidos relaciones sexuales (de tipo penetrativo) por dinero en los últimos 12 meses.
- Firmaran el consentimiento informado.

IV.3.2. Criterios de Exclusión

- Transexuales que se identifiquen con el sexo femenino o masculino.

IV.4. Instrumento de Origen

Se trabajó con el cuestionario creado para España, por un estudio financiado por la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE) para evaluar conducta en trabajadoras sexuales de dicho país, el cual luego fue adaptado para Cataluña (en idioma Catalán y Español) por el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS y Sida de Cataluña (CEEISCAT) y aplicado en dicha localidad en forma bianual desde el año 2004, este instrumento consta de 87 preguntas (ANEXO 1)(5).

IV.5. Etapas de la Validación

IV.5.1. Adaptación Transcultural

Con el objetivo de obtener una adecuada equivalencia conceptual y técnica de cada una de las preguntas que contiene el instrumento catalán, es que, se le solicitó a un miembro de la comunidad académica con nacionalidad española con largo tiempo de residencia en Chile (más de 5 años) que tradujera conceptualmente el cuestionario al castellano utilizado en Chile. Esta adaptación fue luego retro-traducida por otro miembro de la comunidad académica con nacionalidad chilena y larga residencia en España; todo esto con el fin de. El instrumento que emergió de esta traducción y retrotraducción fue el que se sometió a la validación de contenido.

IV.5.2. Validación de Contenido

A partir del cuestionario traducido y con el fin de evaluar si el instrumento abarcaba las dimensiones relevantes del fenómeno que se deseaba evaluar (conducta sexual en MTS), es que realizó un grupo Delphi con expertos en MTS y VIH.

Los integrantes del grupo Delphi fueron:

- 2 representantes de Fundación Margen. Fundación creada el 12 de mayo de 1998, a partir de un grupo de MTS que se reunían en la parroquia del Sagrado Corazón. Actualmente se dedican al fortalecimiento de la promoción y defensa de los Derechos Humanos de

las MTS a lo largo del País con énfasis en la Región Metropolitana. Esta fundación es parte de la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (RedTraSex).

- 1 matrón de UNACESS. Unidad que realiza directamente la atención de salud de MTS, así como de personas con infecciones de transmisión sexual.
- 1 representante del Ministerio de Salud perteneciente al programa VIH/Sida e ITS. Ministerio encargado del desarrollo de las políticas públicas en las materias relacionadas con VIH/Sida e ITS a lo largo del País.
- 1 matrona representante del Servicio de Salud encargada del programa VIH/Sida. Programa encargado de disminuir el impacto biosicosocial del VIH, en este caso del área norte de la Región Metropolitana.
- 2 representantes de Fundación Savia. Fundación creada el año 2001 a partir de profesional que trabajan en el impacto social del VIH, tiene como objetivo promover la creación de redes para lograr la atención integral de las personas en situación de VIH.
- 1 socióloga experta en VIH la cual se ha desempeñado en la unidad de epidemiología de la Secretaría Regional Ministerial de Salud en la Región de Arica y Parinacota, así como consultor para la Organización Panamericana de Salud (OPS).

- 2 investigadores del proyecto Fondecyt en el cual se enmarca la tesis. Un médico epidemiólogo y una doctora en salud pública, ambos expertos en enfermedades transmisibles.
- 1 Matrona del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Universidad de Chile (tesista).

Considerando que en los grupos Delphi concurrentes, algunas veces las personas con mayor capacidad de liderazgo o posición de poder y discusión tienden a opacar el discurso de aquellos que poseen dichas características en menor grado; se optó en primera instancia, por revisar individualmente el instrumento original con aquellas personas que participarían en el grupo Delphi y que trabajaban de forma directa con MTS, respecto de lo que pensaban de cada una de las preguntas del cuestionario original y rescatar de esta manera la mayor cantidad de diversidad de apreciaciones.

Para la realización del grupo Delphi, se subdividió el grupo total en 2, cada subgrupo trabajó individualmente el cuestionario pregunta por pregunta y luego de consensuar las opiniones, se realizó un plenario con todos los integrantes, en donde se decidió en conjunto, pregunta por pregunta y a partir de las opiniones de cada subgrupo y las entrevistas individuales, el mantener, modificar o eliminar las preguntas del cuestionario original (Figura 5).

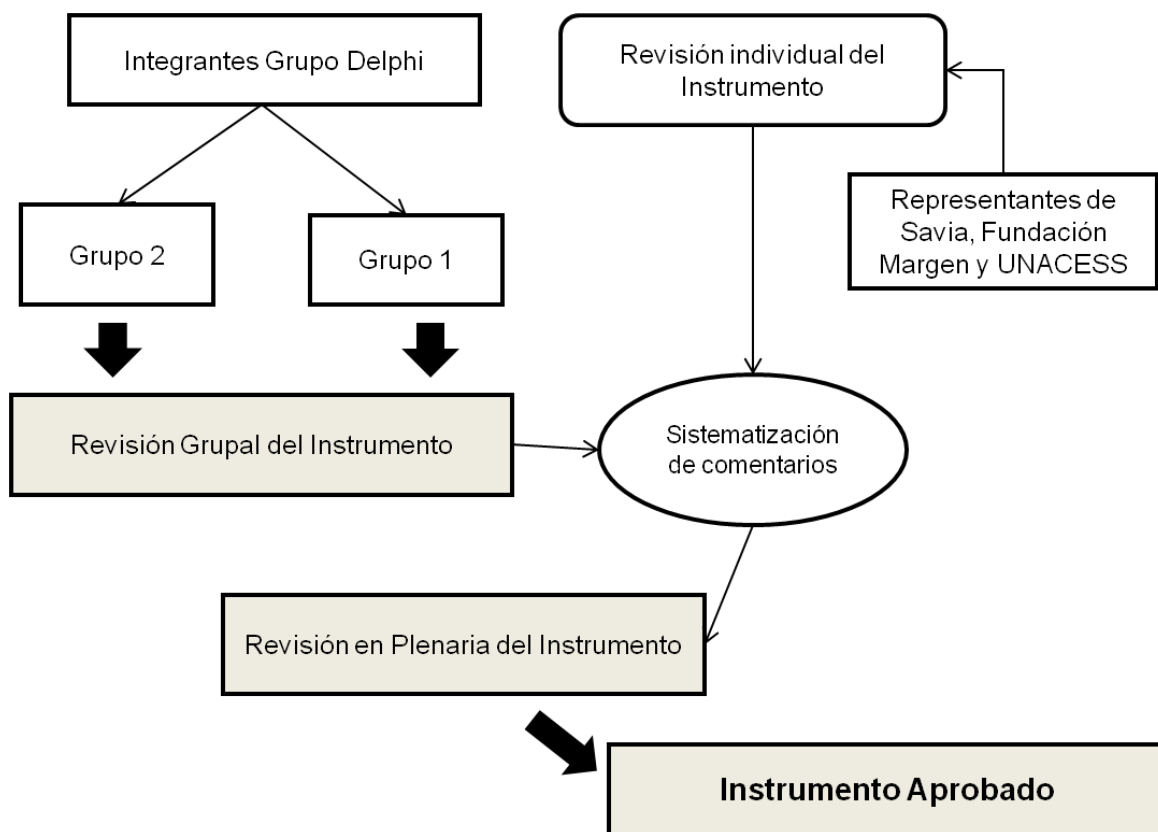


Figura 5: Diagrama de Bloques, esquema de realización de Grupo Delphi, elaboración propia.

IV.5.3. Aplicabilidad del Instrumento

La aplicación de las encuestas para la validación del instrumento, se llevó a cabo durante el mes de Mayo del presente año. La forma de aplicación del instrumento fue posterior a la explicación, lectura y aceptación del consentimiento informado; todas las encuestas fueron realizadas por un mismo operador de profesión matrona, lo que imposibilitó la doble aplicación a un mismo individuo.

Se aplicó la encuesta a todas las mujeres necesarias, hasta obtener la muestra por saturación. Los comentarios que emergieron de la aplicación se anotaron al final de las encuestas o bien, sobre la pregunta que los generó.

La finalidad de este paso era obtener la apreciación y respuesta de las MTS a las dimensiones que la literatura considera como factores de riesgos para la adquisición de VIH. De esta manera se consideró consultar todas las dimensiones relevadas como importantes por el Grupo Delphi de expertos en VIH y MTS, las cuales se resumen en: nacionalidad y situación migratoria, el consumo de alcohol, drogas ilícitas, edad de inicio sexual y edad de inicio en el trabajo sexual, prácticas sexuales desglosadas por tipo de cliente, prácticas sexuales dentro de la relación de pareja estable, acceso a controles de salud, nivel de conocimiento sobre VIH/Sida y acceso al diagnóstico oportuno de la infección por VIH. Luego de la encuesta se consultó además, sobre su parecer frente al instrumento tanto por cómo se habían sentido y lo que opinaban respecto del instrumento.

A todas las encuestas se les tomó el tiempo de duración con el objetivo de determinar lo razonable de su aplicación. Una vez finalizadas, para disminuir los errores de traspaso de datos desde el papel hacia una planilla Excel[®], es que se creó una máscara en el programa “EpiData Entry[®]” en su versión 3.1, de descarga gratuita en www.epidata.dk. De esta forma se incluyeron las 74 preguntas, así como, los “jumps” correspondiente a cada una de ellas para evitar el llenado de preguntas contradictorias entre sí.

Antes de trabajar con los datos obtenidos desde la aplicación del instrumento, se hizo un análisis exploratorio de los mismos con el programa “STATA[®] 13”, no observándose datos fuera de rango ni faltantes en la base de datos obtenida.

IV.5.4.Construcción Cuestionario Final

Para asegurar la consideración de los aspectos hallados durante la aplicación del instrumento, se realizó un segundo grupo Delphi, compuesto por 2 investigadores del proyecto, una socióloga y la tesista. Para la realización de esta actividad se siguieron los mismos pasos que para el primero, con la salvedad de que siempre hubo un único grupo. En esta ocasión, se consideraron todos los pasos de la validación realizada y cada hallazgo fue ponderado en el grupo de expertos.

Capítulo V Aspectos Éticos

V.1. Ética e Investigación

El proyecto general del cual forma parte esta investigación, fue enviado al comité de ética de la facultad de medicina de la Universidad de Chile, quienes aprobaron el proyecto el 23 de Diciembre del año 2014. Considerando que se trabajó con población trabajadora sexual, la cual muchas veces carga con un importante estigma social asociado a su oficio, se intentó asegurar que la investigación no dañara a las personas que participan en la misma, así como, no menoscabara o aumentara la vulnerabilidad asociada a las MTS y sus prácticas de trabajo(75).

A modo de referencia, es importante recordar que ninguna persona está por sobre otra y ningún sujeto debe beneficiarse a costa del perjuicio de otro, si bien las ciencias han aumentado notablemente productividad para el mundo, estos logros no deben ser erigidos sobre el daño a otros individuos(76). La bioética reconoce 4 principios, los cuales son: de Autonomía, el cual releva la importancia de la libre decisión de participación en la investigación; de Beneficencia busca el mayor beneficio con el mínimo riesgo posible, así como no dañar al sujeto que participa (No maleficencia); de Justicia reconoce la equidad en la repartición de beneficios; de Confidencialidad asegura el resguardo de la identidad de los participantes así como sus resultados dentro de la investigación(77,78).

En la gestión de la información para esta investigación, se consideraron todas las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad de la identidad de las mujeres que participaron en el estudio, así como, la exclusividad del uso de los datos obtenidos en el trabajo de campo para los fines que el protocolo declaró, considerando siempre las recomendaciones del Council for International Organization of Medical Science (CIOMS).

Antes de realizar cualquier encuesta fue explicado el proyecto a cada una de las MTS que mostraron interés, se les entregó el consentimiento informado (Anexo 2) y si tenían dudas se aclararon, la encuesta fue aplicada sólo en aquellas mujeres que aceptaron y firmaron el consentimiento.

Capítulo VI Resultados

VI.1. Adaptación Transcultural

La adaptación transcultural del instrumento catalán, fue realizada en dos partes; la primera de ellas fue llevada a cabo por un académico de nacionalidad española con larga residencia en Chile, previo a la traducción, se realizó una pequeña inducción respecto del objetivo del estudio y el instrumento a evaluar. Una vez el académico español tradujo el cuestionario, una académica chilena con larga residencia en España retro-tradujo el mismo. Al comparar ambos instrumentos, se consideró haber logrado la equivalencia conceptual entre el cuestionario original y aquel adaptado para Chile; cabe señalar que, el cuestionario no varió en número de preguntas ni orden lógico de las mismas.

Además de lo anterior y para mejorar el resultado, personas que trabajan con MTS revisaron el instrumento. Ellos trabajaban en la Fundación Margen (n=3), en la Fundación Savia (n=3) y en UNACESS del Hospital San José (n=1), en esta misma instancia se recolectaron también comentarios sobre las preguntas.

Luego de la adaptación, el cuestionario fue sometido a la revisión de expertos para evaluar su validez de contenido, así como otros aspectos que pudieran dificultar su aplicación posterior. De esta forma se intentó asegurar la completa representación de las dimensiones que componen el fenómeno.

VI.2. Validez

VI.2.1. Validez de Contenido

Como se menciona anteriormente, el cuestionario catalán que se utilizó como base para la adaptación tiene 87 preguntas agrupadas en las secciones (Anexo 1):

1. Identificación del cuestionario
2. Factores sociodemográficos
3. Uso de Drogas
4. Trabajo Sexual
5. Hábitos Sexuales
6. Estado de Salud
7. Servicios de Salud y Servicios Sociales
8. Conocimientos

Para adaptar correctamente el cuestionario de acuerdo a las recomendaciones del Family Health International en el documento “Behavioral Surveillance Surveys”(7), se realizó en primera instancia una revisión individual del instrumento original para obtener comentarios y apreciaciones de expertos en el tema provenientes de la Fundación Margen (n=3), de la Fundación Savia (n=3) y UNACESS del Hospital San José (n=1). Cada uno de ellos revisó las preguntas una por una y opinó respecto de la pertinencia, extensión y redacción; las entrevistadoras registraron todos los comentarios y luego los sistematizaron en una hoja de Excel® por

pregunta y experto, para disponer de esta información para la realización del grupo Delphi.

Días después de la sistematización de las opiniones individuales, se llevó a cabo el grupo Delphi concurrente (Delphi I). Para esta ocasión, los asistentes se dividieron en dos grupos, donde se revisó cada pregunta de acuerdo a su pertinencia, extensión y redacción. Cada grupo poseía un moderador, quien era encargado de calificar cada pregunta como:

- Se propone eliminar la pregunta (EP).
- Se propone modificar la pregunta (agregar o quitar algo, redactar, etc.)(MP).
- Se propone modificar las alternativas de respuesta (agregar, quitar, redactar, etc.)(MA).
- Se propone cambiar el orden de la pregunta dentro del cuestionario (CO).

Se consideró que se alcanzaba el consenso frente a una pregunta, cuando al menos el 80% de los participantes estaba de acuerdo con la proposición. Uno de los aspectos importantes de esta actividad fue la inclusión de los indicadores descritos en el informe mundial de avance en la lucha contra el Sida(79), conocidos también como indicadores GARP (por sus siglas en inglés). Los indicadores considerados fueron los construidos para mujeres trabajadoras sexuales con el objetivo de disminuir la transmisión sexual del VIH (Figura 6).

Indicadores para trabajadores del sexo

- 1.7 Trabajadores sexuales: programas de prevención
- 1.8 Trabajadores sexuales: uso de preservativo
- 1.9 Trabajadores sexuales: prueba del VIH
- 1.10 Trabajadores sexuales: prevalencia del VIH

Figura 6: Extraído de, Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA, 2012(109).

Una vez ambos grupos terminaron la revisión, se realizó a continuación una plenaria en donde se debía llegar a consenso general sobre la calificación que se le había dado a cada pregunta en los subgrupos, así como el reordenamiento de las preguntas dentro del instrumento general, este proceso se realizó de la siguiente forma:

- a. Moderador leyó la pregunta y las observaciones previas.
- b. Cada grupo planteó su propuesta ante la pregunta.
- c. Se llegó a Consenso (o definición de necesidad de nueva discusión).
- d. Se pasó a la siguiente pregunta y se siguió el proceso hasta terminar.

El resultado del Delphi I fue un instrumento con una extensión de 74 preguntas, además de contener características propias y acumuladas desde la adaptación transcultural y el trabajo conjunto de representantes diversos en la validación de contenido.

En cuanto a la modificación o eliminación de las preguntas posterior al grupo Delphi, a continuación se desglosan los cambios mayores realizados en cada categoría que el cuestionario Catalán contemplaba:

1. Identificación del cuestionario: Se adapta a localidad de la Región Metropolitana. Se elimina pregunta sobre procedencia en este ítem.
2. Factores sociodemográficos: En esta sección se cambian de posición las preguntas por situación migratoria y de trabajo diferente al del trabajo sexual (TS). La pregunta sobre estar en prisión, se cambia al concepto de haber estado detenida y sólo se considera importante consultar si esa detención guardaba relación con TS.
3. Uso de Drogas: Se cambian de posición las preguntas por drogas inyectables y se reduce su extensión. Se expande las preguntas por tipos de drogas que la MTS ha consumido en los últimos 6 meses. Se mantienen preguntas sobre drogas y trabajo sexual.
4. Trabajo Sexual: Se elimina la pregunta sobre cómo llegó al TS.
5. Hábitos Sexuales: Se elimina la pregunta sobre la nacionalidad de la pareja estable y la pregunta sobre uso de juguetes sexuales.
6. Estado de Salud: Se adelantan las preguntas sobre anticoncepción, se agrega pregunta sobre realización de Papanicolaou, se elimina pregunta sobre vacuna de hepatitis B.
7. Servicios de Salud y Servicios Sociales: Esta sección se elimina y algunas preguntas de este ítem son integradas en la de Estado de Salud (utilización del sistema de salud, realización examen VIH)

8. Conocimientos: De las dos preguntas que contempla la sección, la primera es reducida y agregada a la sección de Estado de Salud, la segunda es eliminada.

VI.3. Aplicabilidad del Instrumento

La evaluación de la aplicabilidad del instrumento se realizó en la Fundación Margen, esta organización fue elegida por contar con una localización estratégica y un flujo constante de MTS.

La aplicación de las encuestas se realizó durante todo el mes de Mayo, los días lunes y viernes en la tarde, alcanzando la saturación de la muestra a las 61 participantes. Se escogieron dichos días para el trabajo de campo, ya que la Fundación Margen hacía entrega de material preventivo a las MTS con lo que era más factible la participación de ellas en el proceso de aplicabilidad.

Todas las encuestas fueron realizadas por un único encuestador de profesión “matrona”. El tiempo promedio para la aplicación de las encuestas fue de 12,1 minutos (DE $\pm 1,6$). Las razones para rechazar la participación en el estudio fueron principalmente la falta de tiempo (n=6), el no interés (n=2) y sólo 1 mujer rechazó la participación en la encuesta por contener preguntas “muy íntimas”.

Durante la aplicación de las encuestas, se reveló como muy importante dentro del clima de la entrevista, que la encuestadora estuviera relacionada o apoyada con una agrupación de trabajadoras sexuales y que, por ende,

conociera sobre el trabajo sexual (disminuir reacciones que pudieran malinterpretarse).

En cuanto a infraestructura se observó como necesario, contar con privacidad al momento de hacer las preguntas y un mínimo de comodidad tanto para la encuestada como para la encuestadora a fin de llenar correctamente la encuesta. En cuanto a la sensación general al ser partícipe del estudio, todas las MTS relataron estar contentas de que se desee mejorar su seguridad para realizar su trabajo y la posibilidad de, eventualmente, acceder de manera fácil a pruebas rápidas para conocer el estado serológico frente al VIH. Después del trabajo de campo realizado para obtener el parecer de las MTS, se evidencia que este instrumento es aplicable a la población definida en los criterios de inclusión y exclusión de este estudio.

Las 61 encuestas realizadas, fueron finalmente convertidas en una base de datos para trabajarla mediante el programa computacional STATA[®], los principales resultados obtenidos en esta muestra, fueron:

La muestra de mujeres con las que se evaluó la aplicabilidad del instrumento, mostró una mediana de edad de 35 años (RIC 27-43 años). El 47,54% (n=29) relata que Chile era su País de origen y 60% (n=37) de todas las MTS entrevistadas, habían terminado la educación media.

Respecto de la previsión de salud, el 67,21% pertenecía al sistema público de salud (FONASA A, B, C o D) y el resto no tenía previsión, cabe destacar, que de las mujeres que no eran nacidas en Chile, el 50% (n=16) no tenía previsión,

a diferencia del 13,8% (n=4) en las MTS chilenas. Frente a la pregunta “En la actualidad, ¿tienes un trabajo diferente al de trabajadora sexual?”, el 19,67% (n=12) respondieron afirmativamente, de las cuales se auto-declaraban oficinista (n=1), asesora del hogar (n=1), esteticista (n=1), cuidadora de niños (n=2), estudiante (n=2), “asociada a labores de aseo” (n=2), modista (n=1), temporera (n=1) o camarera (n=1). Del total de mujeres, el 63,93% (n=39) ejercía el trabajo sexual en la calle o carretera, el 19,67% (n=12) en cafés y un 16,39% (n=10) en Club Nocturno.

VI.3.1. Sección de Drogas

El 57,38% consumía alcohol y el 42,62% había probado alguna vez droga con un promedio de inicio del consumo de 16,6 años (Tabla 2). De las mujeres que habían consumido droga alguna vez en la vida, el 80,77% y el 61,54%, relataban consumo de marihuana y pasta base respectivamente, en los últimos 6 meses. Ninguna mujer había utilizado drogas inyectables, no obstante, el 8,2% reportaba haber tenido una pareja que sí lo había hecho.

<u>15. ¿Has probado algún tipo de droga a lo largo de tu vida?</u>	
Sí	42,62%
<u>16. ¿Cuántos años (edad) tenías cuando probaste cualquier tipo de drogas por primera vez</u>	
Media	16,58
Desviación estándar	5,22
En los últimos 6 meses, has consumido...	
<u>Marihuana</u>	
Sí	80,77%
<u>Heroína</u>	
No	100%
<u>Cocaína</u>	
Sí	61,54%
<u>Pasta Base</u>	
Sí	38,46%
<u>Tranquilizantes</u>	
Sí	23,08%
<u>20. ¿Te has inyectado alguna vez droga?</u>	
No	100%
<u>48. ¿Alguna de tus parejas estables ha usado droga inyectable?</u>	
Sí	8,2%

Tabla 1: Edad de Inicio y Prevalencias de Consumo de Drogas

VI.3.2. Sección Trabajo Sexual

La edad de inicio sexual en este grupo fue de 15,6 años en promedio (DE $\pm 2,78$), en cambio, la edad de inicio en el trabajo sexual fue casi 10 años después (26,4 años DE $\pm 7,9$). De las mujeres no nacidas en Chile, el 75% (n=24) había comenzado como trabajadora sexual en un País diferente al de origen.

En cuanto al ejercicio actual del trabajo sexual, el 52,46% (n=32) lo hacía diariamente y el 57,38% (n=35) ganaba \leq \$200.000 pesos semanales.

VI.3.3. Hábitos Sexuales

Sobre los clientes fijos o especiales, el 83,6% mujeres respondieron tener este tipo de clientes (n=51), de ellas, el 86,3% siempre realiza sexo vaginal con ellos (Tabla 2). En la pregunta 35, la cual es de tipo indicador GARP, el 90,16% (n=55) refirió haber usado preservativo en la última relación sexual con este tipo de cliente, el 4,92% (n=3) refirió no haberlo utilizado y el 4,92% (n=3), refirió no haber tenido clientes de este tipo.

	Sexo Vaginal		Sexo Anal		Sexo Oral	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Siempre	44	86,27	1	1,96	23	45,1
Casi Siempre	1	1,96	0	0	3	5,88
La mitad de las veces	3	5,88	1	1,96	18	35,29
Ocasionalmente	1	1,96	1	1,96	2	3,92
Nunca	2	3,92	48	94,12	5	9,8
Total	51	100	51	100	51	100

Tabla 2: Tipo y Frecuencia de Prácticas Sexuales con Clientes Fijos o Especiales, durante los últimos 6 meses.

Sobre los clientes no fijos, el 90% (n= 55) de las mujeres refirió haber tenido este tipo de cliente en los últimos 6 meses y el 100% de las mujeres (n=61), refirió haber utilizado preservativo en la última relación sexual penetrativa con este tipo de cliente.

	Sexo Vaginal		Sexo Anal		Sexo Oral	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Siempre	47	85,45	1	1,82	27	49,09
Casi Siempre	3	5,45	0	0	4	7,27
La mitad de las veces	4	7,27	2	3,64	13	23,64
Ocasionalmente	0	0	1	1,82	1	1,82
Nunca	1	1,82	51	92,73	10	18,18
Total	55	100	55	100	55	100

Tabla 3: Tipo y Frecuencia de Prácticas Sexuales con Clientes no Fijos, durante los últimos 6 meses.

Sobre las parejas estables, el 67,21% (n=41) refirió haber tenido una en los últimos 6 meses y en un 86,89% (n=53) no se utilizó preservativo en la última relación sexual que se tuvo con una pareja estable.

Cabe destacar que el 13,11% (n=8) de las mujeres, señalaron haber sido forzadas a tener sexo alguna vez en su vida. De ellas, tres mujeres señalan haber sido forzadas por su pareja y dos, por familiares.

En cuanto al condón femenino, de las 6 mujeres que relatan haberlo usado (9,84%), siendo extranjeras 4 de ellas.

VI.3.4. Estado de Salud

Sobre el control de salud realizado para trabajadoras sexuales, el 27,87% de ellas (n=17) nunca se lo ha realizado. De las mujeres que relataban sí haber acudido a control, el 86,36% (n=38) refería haberlo realizado en el sector público de salud.

Sobre el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, el 80,33% (n=49) respondió nunca haber tenido alguna. Sobre el tamizaje para cáncer cérvico uterino, el 21,31% nunca se lo había realizado (n=13).

Cuando a las MTS se les preguntó sobre las formas posibles de contagio del VIH, el 96,72% (n=59) respondió que es posible contagiarse por compartir jeringas ya usadas; el 100% (n=61) reconoce que en el sexo vaginal sin preservativo es posible contagiarse; el 95,08% (n=58) reconoce que el sexo anal sin preservativo es una conducta de riesgo, porcentaje que disminuye al 80,33% (n=49) cuando se hace la misma pregunta pero sobre sexo oral y a 83,61% (n=51) respecto de la transmisión vertical.

Cuando se consulta directamente sobre el examen para VIH, el 18,03% (n=11) de las mujeres no reconoce ningún lugar donde sea posible realizarse el examen del VIH si ella lo deseara (4 chilenas y 7 migrantes). El 88,52% (n=54) de las mujeres consultadas se ha realizado el examen de VIH alguna vez en la vida y recogió su resultado, 1 mujer (1,64%) no recogió su resultado y 9,84% (n=6) nunca se lo ha realizado. En el último año, el 76,36% (n=42) de las MTS se había realizado el examen de VIH y el 100% de ellas refería haber obtenido un resultado negativo o no reactivo en el test. En el grupo de las mujeres que no se había realizado el examen en el último año, la razón más frecuente mencionada tenía que ver con el tiempo y descuido.

VI.4. Cuestionario Final

Para asegurar un buen resultado final, todas las sugerencias que emergieron desde la adaptación transcultural hasta la aplicación del instrumento fueron revisadas en un segundo grupo Delphi. El objetivo fue tomar la decisión de mantener, eliminar o modificar las preguntas del cuestionario, siguiendo la misma lógica que utilizada en el grupo Delphi I (Figura 7), con la salvedad que sólo existió 1 grupo de trabajo.

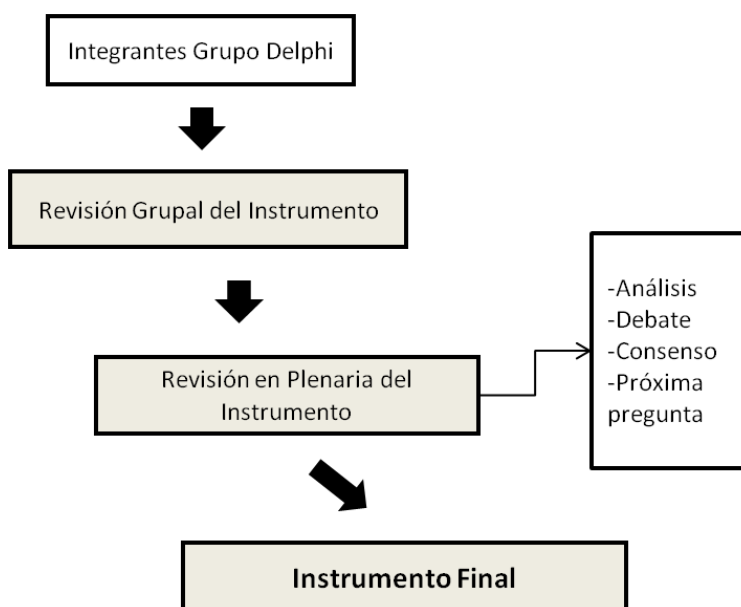


Figura 7: Diagrama de Bloques, grupo Delphi para Cuestionario Final,
elaboración Propia

Utilizando este método, se obtuvo un instrumento final de 63 preguntas (desde uno que tenía 74 preguntas). Las modificaciones, en cada una de las secciones, realizadas posterior a este grupo Delphi II, se resumen en:

1. Sección 1: Identificación del Cuestionario: Se agrega pregunta sobre otros lugares de trabajo a modo de facilitar el análisis posterior.
2. Sección 2: Factores Socio-Demográficos: Se elimina pregunta sobre nacionalidad y se mantiene únicamente la pregunta sobre papeles de residencia. De las preguntas sobre drogas y TS, se mantiene únicamente la que hace alusión al consumo de drogas para trabajar. De las preguntas sobre drogas inyectables quedan únicamente la de haber usado alguna vez. Se elimina la pregunta sobre pago de servicios con drogas.
3. Sección 3: Uso de Drogas: Las preguntas sobre consumo de drogas en los últimos 6 meses se disminuyen a marihuana, pasta base y otros.
4. Sección 4: Trabajo Sexual: Se cambia la pregunta sobre lugar de inicio en el trabajo sexual a específicamente preguntar si había iniciado en Chile. La pregunta sobre a quién entrega el dinero de forma regular, se decide preguntar sólo a migrantes. Se elimina la pregunta por número de servicio a la semana y sólo se mantiene la de número de clientes semanales. Se agrega la pregunta sobre uso de preservativo con el último cliente (antes estaba disgregada por tipo de cliente).
5. Sección 5: Hábitos Sexuales: Las dos preguntas sobre conducta posterior a la ruptura de un condón se fusionan y mejoran. Se elimina pregunta por tipo de lubricante.
6. Sección 6: Estado de Salud: Se fusionan preguntas sobre método anticonceptivo para cliente y pareja estable en una única pregunta. Se

modifica pregunta sobre control de salud sexual. Se elimina pregunta de abortos.

Además, el instrumento que emergió finalmente, preservó los indicadores censados como relevantes para MTS por parte del documento de “Behavioral Surveillance Survey”(7), los cuales son:

- **Conocimiento de métodos preventivos para el VIH:** indicador considerado en la pregunta 57 “¿De cuál de las siguientes formas se transmite el VIH?”, subpreguntas 2 “Por relaciones sexuales vaginales sin preservativos”, 3 “Por relaciones sexuales anales sin preservativo” y 4 “Por relaciones sexuales orales sin preservativo”.
- **No hay creencias erradas sobre la transmisión del VIH:** indicador considerado en la pregunta 57 “¿De cuál de las siguientes formas se transmite el VIH?” con sus cinco subpreguntas.
- **Uso del preservativo con el último cliente:** indicador considerado en la pregunta 27 “La última vez que tuviste relaciones sexuales penetrativas con un cliente ¿Utilizaste preservativo?”.
- **Uso consistente de preservativos con clientes en el último mes:** indicador considerado en las preguntas 29 y 32 las cuales preguntan por uso consistente de preservativo en las distintas prácticas sexuales, para clientes fijos y no fijos respectivamente, no se definió como relevante que fuera sólo en el último mes.
- **MTS usando drogas inyectables en los últimos 12 meses:** indicador considerado en la pregunta 17 “¿Alguna vez te has inyectado droga?”, si

bien la recomendación es evaluar en 12 meses, dada la baja prevalencia de consumo de drogas intravenosas en nuestro país, se decidió expandir dicho tiempo.

- **MTS buscando voluntariamente el examen de VIH:** indicador considerado en la pregunta 59 y 60, se decidió no evaluar voluntariedad, ya que, el examen en nuestro país no es obligatorio y de haberse realizado, se entiende que fue consentido por ella.
- **Exposición a intervenciones:** indicador considerado en las preguntas 46, “Después de atender un cliente, ¿Qué haces si se te ha roto un preservativo/condón?”, 58, “¿Sabes dónde acudir para realizarte el examen del VIH?”.

Y también fue concordante con mantener las preguntas relacionadas con los indicadores GARP, las cuales fueron:

a. Indicador 1.7: Profesionales del sexo: Programas de Prevención

“Este indicador mide los progresos realizados en la puesta en práctica de elementos básicos de los programas de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo”(79). El numerador del indicador se construye con aquellas mujeres que contestan “sí” a las preguntas:

- Pregunta N°43: En los últimos 12 meses, ¿has recibido condones/preservativos?
- Pregunta N°58: ¿Sabes dónde acudir para realizarse el examen del VIH?

b. Indicador 1.8: Profesionales del Sexo: Uso del preservativo

“Este indicador mide los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes”(79). El numerador del indicador se construye con aquellas mujeres que declaran haber usado preservativo con su último cliente:

- Pregunta N°27: La última vez que tuviste relaciones sexuales penetrativas con un cliente ¿Utilizaste preservativo?

c. Indicador 1.9: Las pruebas de VIH entre los profesionales del sexo

“Este indicador mide los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo” (79). El numerador del indicador se construye con el número de MTS que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen su resultado:

- Pregunta N°60: ¿Te has hecho la prueba para el VIH en los últimos 12 meses?
- Pregunta N°61: ¿Te importaría decirnos el resultado de la última prueba para el VIH?

d. Indicador 1.10: La prevalencia del VIH en los profesionales del sexo

“Este indicador mide los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo”(79). El numerador se construye con las MTS que obtuvieron un resultado reactivo o positivo en la prueba:

- Pregunta N°61: ¿Te importaría decirnos el resultado de la última prueba para el VIH?

A manera de cierre, es posible resumir el proceso realizado para la validación del cuestionario conductual para MTS en la Figura 8:

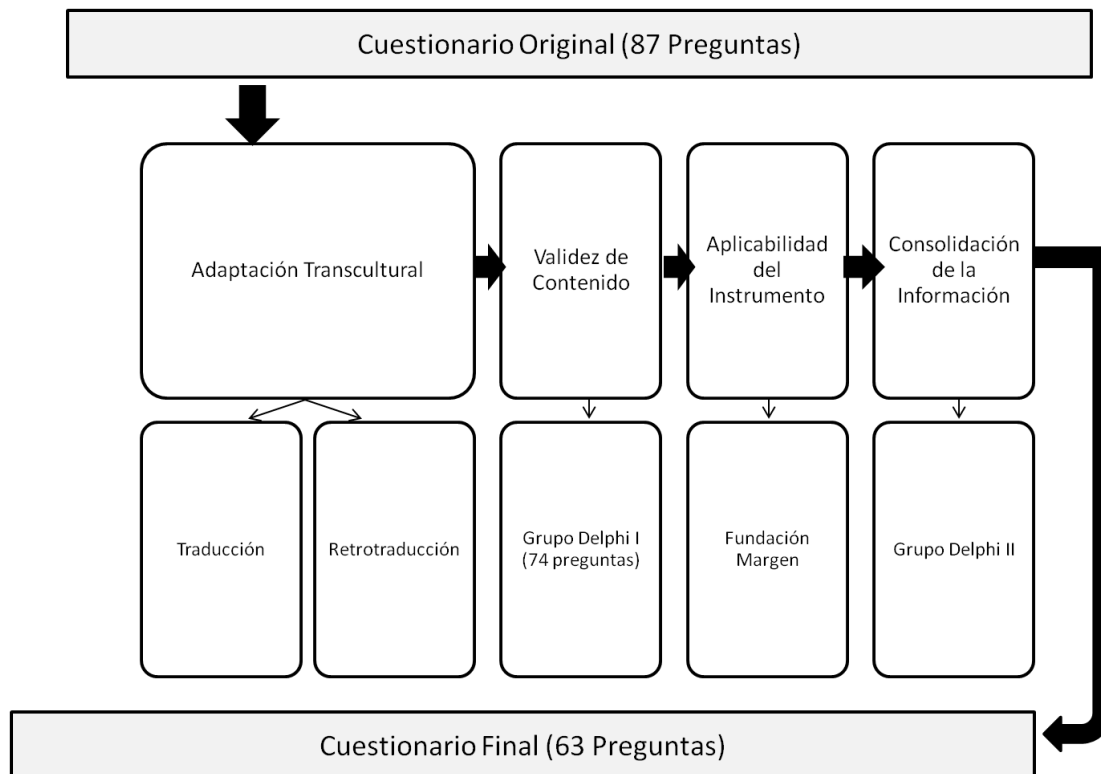


Figura 8: Diagrama de Bloques, Desarrollo de Validación del Cuestionario, elaboración propia

Capítulo VII Discusión y Conclusiones

La validación de instrumentos acorde a las diversas realidades en donde se aplican, se hace cada vez más indispensable para obtener resultados de investigación, válidos y precisos(62,80). Al iniciar esta investigación, no existía para Chile ningún instrumento validado que permitiera levantar información en materia de poblaciones ocultas y monitorización de VIH. En este contexto y considerando que Cataluña, posee un cuestionario de aplicación bianual, en español y que ha obtenido buenos resultados en población MTS(81), es que se decidió utilizar dicho instrumento, como base para la validación de uno acorde a nuestra realidad nacional.

En la adaptación transcultural de los instrumentos, se tiene como objetivo evitar la introducción de errores de medición que afecten posteriormente la validez del mismo, se puede observar en la literatura un sinnúmero de cuestionarios adaptados para diferentes realidades, por mencionar algunos, Berra et al (2009), donde se utiliza un lingüista profesional(82); Más y Escrivà (1998), donde se realizó la traducción y retrotraducción por 2 personas bilingües (83); Sepúlveda et al (2013), donde se utilizó también la traducción y retrotraducción, esta vez por 3 traductores (84). En este trabajo se utilizó el método de traducción y retrotraducción como lo sugiere la literatura, no obstante aquello, para asegurar la comprensión, redacción y disminuir ambigüedades en el instrumento adaptado, se revisó el instrumento traducido con personas que trabajan directamente con la población objetivo y/o fueron parte de ella(62).

En la validación de contenido, se considera en este estudio una fortaleza, haber contado con una gran transversalidad de actores, representantes de diferentes niveles de desarrollo de políticas en MTS; esta diversidad asegura contar con la mayor cantidad de dominios relevantes del fenómeno a medir(66) y éstos fueron concordantes con lo que la literatura plantea como factores de riesgo. Para la validación de contenido se utilizó un grupo Delphi modificado, técnica que se puede observar en diferentes investigaciones, como por ejemplo, Maderuelo-Fernández et al (2008), donde se revisaron 3 cuestionarios permitiendo determinar categorías relevantes en los mismos(85) o el Delphi modificado, utilizado por Restrepo y Verdú (2011), para la creación de un índice de evolución de la cicatrización (86). Para disminuir la posible “subjetividad” asociada al método utilizado, se convocó a diversos de actores, se realizó de manera concurrente y se acordó el consenso como forma de decisión para incorporar, eliminar o modificar una pregunta(68).

Considerando el tipo de estudio realizado, se decidió definir una muestra por conveniencia, en donde se alcanzó la saturación de la información sobre la aplicabilidad del instrumento, a las 61 participantes. Se debe señalar que, no existen recomendaciones a priori sobre el número de participantes necesarias para determinar las características de la aplicabilidad del instrumento(80,87), por ejemplo, en Infante et al (2006) se midió la aplicabilidad de un cuestionario para VIH en 50 personas del área de la salud(88); en Rodríguez et al (1998), se evaluó el mismo parámetro en 20 sujetos(89); en Robles et al (2003), se realizó un pilotaje de manera telefónica en una muestra de 472 personas(90).

En la fase de aplicabilidad del instrumento, se considera una fortaleza haber articulado una buena relación con la agrupación de trabajadoras sexuales, lo que permitió mejor acceso a la población blanco; situación declarada por las MTS encuestadas y apoyada por la evidencia como mecanismo de promoción y prevención(91,92). La intimidad, se releva como la consideración más importante a la hora de responder las preguntas por parte de las encuestadas. El tiempo de aplicación fue menor de 15 minutos por encuesta, lo cual la hace aplicable en terreno pero, es necesario considerar condiciones mínimas de comodidad para el tiempo de desarrollo. Para la potencial aplicación del cuestionario validado en este trabajo, es recomendable también, que los encuestadores sean debidamente seleccionados, que idealmente tengan alguna relación con el trabajo sexual y se los capacite adecuadamente, como se realiza, por ejemplo, para encuestas de protección social (93) o estudios de tipo cualitativos (94). Todo lo anterior con el objetivo de disminuir dificultades o incomodidades en la aplicación del instrumento, considerando el tipo de preguntas y población objetivo con la que se trabaja.

En la sección de resultados, es conveniente tener en cuenta que los datos entregados no corresponden a una muestra representativa de la población de MTS, por ende, los porcentajes observados en esta investigación pueden ser diferentes de estudios que pretendan realizar inferencias poblacionales.

Asociado a los factores relacionados con aumento de la vulnerabilidad frente al VIH, la literatura muestra que la tipología en la cual se desenvuelven las MTS es relevante. En un estudio realizado por el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS) donde se caracteriza el trabajo sexual femenino, se menciona

que el ejercer en la vía pública es la forma de mayor riesgo y que está más asociado con el consumo de drogas(42). Un estudio canadiense(95) del año 2009, mostró que el tener sexo sin uso de preservativo estuvo asociado (OR: 2 IC95%: 1,65-5,73) con el trabajo en espacios públicos y en autos. Por otra parte, un tercer artículo del año 2015 destaca la violencia a las que las MTS pueden estar sometidas dentro de su lugar de trabajo (redadas, confiscación de preservativos, arresto, uso inconsistente de condón)(96). En esta muestra de MTS, se contó únicamente con trabajadoras que ejercían en la calle/carretera (63,93%), cafés (19,67%) y club nocturnos (16,39%), quedando sin representación el resto de tipologías. Del total de encuestadas, 3 (4,92%) mujeres no usaron condón en su última relación sexual con cliente fijo, de las cuales, 2 trabajaban en calle/carretera y 1 en club nocturno.

En relación a la situación migratoria, es destacable que en esta muestra el 56% de las MTS no sean nacidas en Chile, este porcentaje es muchas veces mayor a lo que la encuesta CASEN del año 2013 mostraba a nivel país (2,1% de inmigrantes)(97). La literatura es consistente en mostrar que las MTS migrantes se encuentran en mayor riesgo, ya que muchas veces no tienen protección legal, acceso a centros de salud preventivos y además presentan menor capacidad de negociar el uso de preservativo (98,99). En esta muestra se observa dicha tendencia, en las MTS chilenas de las 29 encuestadas, 22 de ellas tenían al menos 1 control anual (75,8%) y en las migrantes, de las 32 encuestadas, 22 mujeres tenía al menos un control anual (68,7%). No obstante lo anterior, cuando se pregunta específicamente por el PAP (prestación que se realiza dentro del

control de trabajadoras sexuales), el 34,48% de las chilenas nunca se lo habían realizado (n=10), versus el 9,38% de las migrantes (n=3). De esta forma se observa una diferencia entre lo que se declara como control de MTS propiamente tal y una medida preventiva de salud. Es posible que las MTS migrantes encuentren difícil el acceso o no conozcan sobre las UNACESS y por ello, prefieran la atención en centro privados con mayor frecuencia (90,91% vs 81,82% en mujeres migrantes y chilenas respectivamente), donde podría no estar suficientemente protocolizado el control a MTS o bien, suceder que ellas no declaren su oficio durante la consulta, lo que impida, al profesional, dirigir de mejor manera la atención.

Una revisión sistemática realizada el año 2010(55), mostró que la prevalencia de “alguna vez haber consumido alcohol” en MTS, en los diversos estudios seleccionados, variaba de 81,2% a 100%. En este estudio, sólo se consultó por el consumo de alcohol en una semana normal, respondiendo de manera positiva el 57,38% de las mujeres, porcentaje mayor al 41% de las mujeres chilenas que no se abstienen, mostrado en el boletín chileno de marzo del 2015 sobre consumo de alcohol (100) en población general. Si bien las preguntas entre este estudio, el estudio del SENDA y la revisión sistemáticas, no son comparables; el haber encontrado una prevalencia intermedia entre la población general femenina y la revisión de MTS mencionada, muestra un nicho potencial de MTS en donde sería importante realizar promoción y prevención, considerando que un 34,48% de las MTS no consume alcohol.

Sobre el consumo de drogas ilícitas, la droga ilícita de mayor consumo en esta muestra de MTS chilenas, es la marihuana, seguida de la cocaína que es la droga de mayor preocupación en América Latina según el Informe Mundial de Drogas(101). Esta situación sigue la tendencia de la población general chilena para el año 2014, en donde la marihuana y la cocaína, ocupan el primer y segundo puesto en prevalencias de consumo(102). Es destacable mencionar que 5 MTS (19,23%), declararon que el consumo de drogas era parte de su trabajo y de ellas, sólo 1 no se había realizado el test de VIH en los últimos 12 meses.

La edad de inicio sexual en esta muestra de MTS fue de 15,6 años en promedio (RIC 14-17 años), a diferencia de los 17,1 años promedio que se declaran, en la 6ta Encuesta Nacional de la Juventud del año 2010 (se consideraron mujeres chilenas de 15 a 29 años)(103). Por otra parte, la edad de inicio en el trabajo sexual fue casi 10 años después (26,4 años RIC 20-33 años). En este ítem destacan 6 mujeres que declaran haber iniciado el trabajo sexual antes de cumplir 18 años (14 a 17 años), las cuales equivalen al 9,8% de la muestra; el trabajo sexual en menores de edad es considerado una de las peores formas de trabajo infantil de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo(104) y se relaciona con mayor riesgo para la adquisición de VIH(105).

En cuanto a prácticas sexuales, se observan altas prevalencias de sexo vaginal tanto para clientes fijos y no fijos, situación que también muestra un estudio transversal realizado en MTS migrantes mayoritariamente latinoamericanas en Madrid(106). En esta muestra, el sexo anal es poco común como práctica, sólo 3 MTS relatan haber tenido esta práctica en los últimos seis meses, con clientes fijos

y/o no fijos, se debe destacar que el sexo anal receptivo es una de las prácticas de mayor riesgo para la infección por VIH(107).

Sobre los indicadores internacionales para vigilar monitorizar el progreso en materia de VIH/Sida, en el informe nacional que entrega Chile a ONUSIDA para el año 2014(108). Es posible observar que dentro de las limitaciones declaradas por nuestro sistema de vigilancia, se encuentra la no disponibilidad de información actualizada sobre indicadores GARP, así como, información en población más expuesta a la infección por VIH. En este contexto, el instrumento validado en esta tesis asegura la recolección de los indicadores solicitados por ONUSIDA, pero también aquellos que el FHI menciona como importantes de analizar. Contribuyendo de esta manera a dar información veraz y actualizada en materia de población MTS y VIH

En este trabajo, como se ha podido observar, uno de los objetivos centrales ha sido, la determinación de los dominios más relevantes sobre MTS y VIH, siendo esta etapa, la más importante para generar un instrumento adecuado a nuestra realidad(7). No se presentan, en esta validación, datos sobre confiabilidad (KR-20 o alpha de Cronbach) ni validez de constructo, ya que, el cuestionario tiene como objetivo, únicamente, describir el fenómeno; sin generar categorías de riesgo dentro de la población MTS, ni tramos de puntaje para predecir la probabilidad de ocurrencia de algún evento (8,74). De todos modos, se espera, como parte de otra investigación, poder establecer las propiedades psicométricas de este instrumento.

A modo de conclusión, el proceso de adaptar un cuestionario a una realidad diferente, permite priorizar su contenido de acuerdo a las características locales del evento que se desea medir, contribuyendo a la mejor comprensión del fenómeno. Poseer un instrumento que pone énfasis en MTS y VIH, permite no sólo recabar información en esta población particular, sino también evaluar y mejorar las estrategias preventivas que se están poniendo en práctica en dicha población, así como también detectar tempranamente posibles cambios en la prevalencia de la infección(4). El instrumento validado en este trabajo contiene, entre otras características, los indicadores GARP y aquellos aportados por el “Family Health International”. Estos indicadores permiten una vigilancia epidemiológica global (notificación mundial) y son un mecanismo importante de comparación de la dinámica de la enfermedad en diferentes países(109). Instrumentos que no contemplan dichas preguntas, podrían perder fuerza en la contribución de información para la epidemia, así como para la vigilancia de la misma.

Por último, instaurar una vigilancia de segunda generación en Chile, que además de lo ya desarrollado, contemple una vigilancia conductual, acompañada de pruebas biológicas, permitiría contar con un sistema más adecuado que el actual, para monitorizar nuestra epidemia concentrada(4). Facilitándole al País, alcanzar los objetivos que propone ONUSIDA para el 2020 que se relacionan a las MTS, los cuales son, el objetivo n°1: en donde el 90% de los infectados estén debidamente diagnosticados, de los diagnosticados, el 90% se encuentre en tratamiento y finalmente, de los tratados, el 90% tenga carga viral indetectable y,

el objetivo n°6 que propone: que el 90% de las poblaciones claves (MTS en este caso), tenga acceso a los servicios de prevención combinada del VIH. Con el objetivo final de poner fin a la epidemia mundial del SIDA para el año 2030(110).

Capítulo VIII Anexos

VIII.1. Cuestionario Original

Monitorización de la prevalencia de infección por VIH y otras ITS y de los indicadores conductuales relacionados con su transmisión en mujeres trabajadoras del sexo

SECCION 1. IDENTIFICACION DEL CUESTIONARIO

1.1 NUMERO DE CUESTIONARIO

1.2 LUGAR GEOGRAFICO DE REALIZACION ENTREVISTA

- 1 BARCELONA
- 2 ALT MARESME/LA SELVA
- 3 MANRESA Y ALREDEDORES
- 4 SABADELL, TERRASSA Y ALREDEDORES
- 5 TARRAGONA Y ALREDEDORES
- 6 LLEIDA Y ALREDEDORES
- 7 GIRONA Y ALREDEDORES
- 8 OTROS (ESPECIFICAR): _____

1.3 LUGAR REALIZACION ENTREVISTA:

- 1 CALLE/CARRETERA
- 2 PISO/LOCAL DE TRABAJO
- 3 ASOCIACION

1.4 FECHA DE LA ENTREVISTA _____ / _____ / _____

1.5 NOMBRE ENCUESTADORA: _____

1.6 LUGAR DE TRABAJO

- 1 CALLE / CARRETERA. Especificar:
- 2 CLUB DE CARRETERA O CIUDAD. Especificar nombre:
- 3 BAR DE CONTACTOS. Especificar nombre:
- 4 PISO. Especificar calle:

1.7 METODO DE RECLUTAMIENTO:

- 1 EL LUGAR DE TRABAJO
- 2 POR TELEFONO
- 3 LA ASOCIACION

1.8 PROCEDENCIA ENTREVISTADA:

- 1 ESPAÑA
- 2 PAISES DEL ESTE DE EUROPA
- 3 AFRICA
- 4 LATINOAMERICA
- 5 OTROS PAISES

- 10 ¿Qué edad tenías cuando dejaste de realizar formación reglada de forma regular (escuela, academia, universidad,...)?
 ___ años
 No sabe / no contesta... 99
- 11 ¿Qué nivel de estudios has completado?
 No sé leer ni escribir ... 1
 Sé leer y escribir ... 2
 Estudios primarios / graduado escolar / ESO ... 3
 ESO ... 4
 Estudios secundarios / bachillerato ... 5
 Formación profesional ... 6
 Estudios universitarios ... 7
 Otros (especif: _____) 99
- 12 ¿Has tenido otro trabajo diferente al de trabajadora del sexo?
 Sí (especif: _____) ... 1
 No ... 2
 No sabe / no contesta ... 99
- 13 En los últimos 6 meses, ¿dónde has vivido la mayor parte del tiempo? (desde que está en Cataluña)

Anotar si vive en un piso propio, de alquiler, en la calle, en un piso de prostitución, en el club, etc.

- 14 ¿Tienes la nacionalidad española?
 Sí ... 1 → P17
 No ... 2
 No sabe / no contesta ... 99
- 15 ¿Tienes papeles de residencia?
 Sí ... 1 → P17
 No ... 2
 En trámites ... 3
 Pendiente de renovación ... 4
 No sabe / no contesta ... 99
- 16 ¿Tienes algún otro tipo de papel o permiso?
 Permiso de turista ... 1
 Permiso de estudiante ... 2
 Permiso de trabajo ... 3
 Otro: _____ 4
 ... 5
 No... 99
 No sabe / no contesta ...
- 17 ¿Has estado alguna vez en prisión (o en comisaría)?
 Sí ... 1
 No ... 2 → P18
 No sabe / no contesta ... 99
- 17.1 ¿Estuviste en prisión por no tener papeles?
 Sí ... 1
 No ... 2
 No sabe / no contesta ... 99

- 17.2. ¿Cuánto tiempo has estado en prisión?
- | | |
|-----------------------------------|----|
| Menos de 1 mes (días _____) ... | 1 |
| Menos de un año (meses _____) ... | 2 |
| ... | 3 |
| Entre 1 y 2 años ... | 4 |
| Entre 2 y 5 años ... | 5 |
| Más de 5 años ... | 99 |
| No sabe / no contesta ... | |

SECCION 3. USO DE DROGAS

- 18 ¿Cuánto alcohol consumes en una semana normal?

Copas, combinados: _____
Cervezas: _____
Vinos: _____
No tomo nada de alcohol ... 88
No sabe / no contesta ... 99

Si no lo sabe, preguntar el consumo diario y multiplicar por los días que bebe a la semana

- 19 ¿Has consumido alguna vez drogas inyectadas?

Sí ... 1
No ... 2 → **P20**
No sabe / no contesta ... 99

- 19.1 ¿Has utilizado alguna vez jeringuillas ya usadas por otras personas?

Sí ... 1
No ... 2
No sabe / no contesta ... 99

- 19.2 En los últimos 6 meses, ¿has consumido drogas inyectadas?

Sí ... 1
No ... 2 → **P20**
No sabe / no contesta ... 99

- 19.3 En los últimos 6 meses ¿cuántas veces has utilizado una jeringuilla ya usada antes por otra persona, incluida tu pareja?

Siempre ... 1
La mayoría de las veces ... 2
Casi nunca ... 3
Nunca ... 4
No sabe / no contesta ... 99

SI LA ENTREVISTADA HA CONSUMIDO DROGAS INYECTADAS PASAR A LA PREGUNTA 21

- 20 ¿Has probado algún tipo de droga a lo largo de tu vida?

Sí ... 1
No ... 2 → **P26**
No sabe / no contesta ... 99

- 21 ¿Cuántos años (edad) tenías cuando probaste cualquier tipo de drogas por primera vez?

___ años
No sabe / no contesta... 99

22 ¿Has consumido en los últimos 6 meses....?

	Sí	No	NS/NC
22.1 cannabis, porros o marihuana	1	2	99
22.2 heroína	1	2	99
22.3 cocaína	1	2	99
22.4 heroína + cocaína (<i>speedball</i>)	1	2	99
22.5 tranquilizantes o pastillas para dormir	1	2	99
22.6 pastillas o drogas de diseño (éxtasis, Eva, ...)	1	2	99
22.7 otras drogas (especificar): _____	1	2	99

23 Contesta a las siguientes preguntas relacionadas con el uso de drogas y el trabajo sexual:

	Sí	No	NS/NC
23.1 ¿Entraste en el trabajo sexual por las drogas?	1	2	99
23.2 ¿Comenzaste a consumir drogas cuando ya estabas en el trabajo sexual?	1	2	99
23.3 ¿El estar enganchada te obliga a seguir como trabajadora del sexo?	1	2	99
23.4 ¿Las drogas te ayudan a llevar mejor tu trabajo?	1	2	99
23.5 ¿Las drogas facilitan tu trabajo, consigues más clientes?	1	2	99
23.6 ¿Consumir drogas forma parte muchas veces de tu trabajo?	1	2	99
23.7 ¿Tomas drogas para pasarlo bien mientras trabajas?	1	2	99

24 ¿Has cobrado alguna vez con drogas en vez de con dinero? Sí ... 1
No ... 2 → P26
No sabe / no contesta ... 99


25 ¿Qué edad tenías la primera vez que te _____ años pagaron con drogas? No sabe / no contesta.... 99

SECCION 4. TRABAJO SEXUAL

26 ¿A qué edad tuviste tu primera experiencia sexual con penetración? _____ años No sabe / no contesta.... 99

27 ¿A qué edad empezaste como trabajadora del sexo? _____ años No sabe / no contesta.... 99

SI LA ENTREVISTADA ES ESPAÑOLA PASAR A LA PREGUNTA 30

- 28 ¿Empezaste como trabajadora del sexo en tu país de origen?
- Sí ... 1
No ... 2
No sabe / no contesta ... 99
- 29 ¿Cómo llegaste a ejercer el trabajo sexual en Cataluña?
- _____
- _____
- Preguntar cómo llegaron y si vinieron solas o a través de alguna organización. Anotar luego**
- _____
- _____
- 30 Por lo general, ¿con qué frecuencia ejerces el trabajo sexual a la semana?
- Diariamente ... 1
Entre 5-6 días/semana ... 2
Entre 3-4 días/semana ... 3
Entre 1-2 días/semana ... 4
No sabe / no contesta ... 99
- 31 En los últimos 6 meses, ¿dónde has contactado con los clientes la mayoría de las veces?
-  **Se puede marcar más de una respuesta**
- En la calle/carretera ... 1
En un club de carretera o ciudad ... 2
En bares, discotecas, pubs ... 3
En una sauna ... 4
Por teléfono ... 5
Por anuncios (prensa, Internet) ... 6
Otros (especif: _____) ... 7
_____) ... 99
No sabe / no contesta ...
- 32 En los últimos 6 meses, ¿aproximadamente en cuantas localidades distintas has trabajado?
- ___ __ localidades
No sabe / no contesta... 99
- 33 Aproximadamente, ¿cuántos servicios realizas a la semana?
- ___ __ __ servicios / semana
No sabe / no contesta... 999
- 34 ¿Cuánto dinero ganas aproximadamente en una semana normal?
- Menos de 100 euros ... 1
100 – 200 euros ... 2
200 – 400 euros ... 3
400 – 600 euros ... 4
600 – 1000 euros ... 5
Más de 1000 euros ... 6
No sabe / no ... 99
- contesta ...

35 De lo que ganas, ¿a quién pasas dinero de forma regular?

 *Se puede marcar más de una respuesta*

- Paso dinero 1
- a mi marido o novio ... 2
- Paso dinero a mi protector ... 3
- Paso dinero para mantener a mi familia ... 4
- A otras personas para pagar una deuda ... 5
- A nadie ... 9
- No sabe / no contesta ...

36 Aproximadamente, ¿cuántos clientes diferentes tienes a la semana?

Cliente: hombre con el que tienen relaciones sexuales a cambio de dinero ___ ___ ___ clientes

No sabe / no contesta... 999

37 ¿Cuántos clientes FIJOS tienes?

___ ___ ___ clientes fijos

Cliente fijo: cliente que la conoce bien y siempre va con ella

No sabe / no contesta... 999

38 ¿Cómo detectas o compruebas el estado de salud de tus clientes?

- Por el aspecto general ... 1
- Por su pene ... 2
- Por su cara ... 3
- Se lo pregunto ... 4
- Indirectamente, conversando ... 5
- No lo puedo saber ... 6
- Otros (especif: ___ 7
- _____) ... 99
- No sabe/ no contesta ...

 *Se puede marcar más de una respuesta*

SECCION 5. HABITOS SEXUALES

39 En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has tenido sexo con tus clientes **NO FIJOS**?

A- FRECUENCIA

B- FRECUENCIA USO CONDÓN

39.1 Sexo vaginal: 1 2 3 4 5 99 1 2 3 4 5 88 99

39.2 Sexo anal: 1 2 3 4 5 99 1 2 3 4 5 88 99

39.3 Sexo oral: 1 2 3 4 5 99 1 2 3 4 5 88 99

1-siempre 2-a menudo/casi siempre 3-la mitad de las veces 4-ocasionalmente 5-nunca 88-no
procede 99-no sabe/no contesta

**SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDON CON CLIENTES NO FIJOS (PREGUNTA
39.1.B =1 Y 39.2.B =1) PASAR A LA PREGUNTA 41**

- 40 La última vez que en estos últimos 6 meses
NO usaste el condón con un cliente **NO FIJO**,
¿porqué motivo fue?
- 👉 Anotar una sola respuesta, el motivo
PRINCIPAL*
- No tenías preservativos a mano ... 1
 - Habías tomado alcohol o drogas ... 2
 - El cliente pagaba más ... 3
 - El cliente insistía mucho ... 4
 - Viste el aspecto sano al cliente ... 5
 - Te sentías muy atraída por el cliente ... 6
 - El cliente había tomado alcohol o drogas ... 7
 - ... 8
 - Necesitabas dinero (problemas familiares) ... 9
 - Tenías la menstruación ... 99
 - Otros (especif: _____) ...
 - No sabe / no contesta ...
- 41 La última vez que tuviste relaciones sexuales con penetración con un cliente **NO FIJO**,
¿usaste el condón?
- Sí ... 1
 - No ... 2
 - No sabe / no contesta ... 99
 - No procede ... 88

- 42 En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia has tenido sexo con tus clientes **FIJOS**?

	A- FRECUENCIA						B- FRECUENCIA USO CONDON						
42.1 Sexo vaginal:	1	2	3	4	5	99	1	2	3	4	5	88	99
42.2 Sexo anal:	1	2	3	4	5	99	1	2	3	4	5	88	99
42.3 Sexo oral:	1	2	3	4	5	99	1	2	3	4	5	88	99

1-siempre 2-a menudo/casi siempre 3-la mitad de las veces 4-ocasionalmente 5-nunca 88-no procede 99-no sabe/no contesta

**SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDON CON CLIENTES FIJOS (PREGUNTA 42.1.B
=1 Y 42.2.B =1) PASAR A LA PREGUNTA 44**

- 43 La última vez que en estos últimos 6 meses NO usaste el condón con un cliente **FIJO**, ¿porqué motivo fue?
- Anotar una sola respuesta, el motivo PRINCIPAL*
- | | |
|---|-----|
| Por ser un cliente fijo de confianza ... | 0 |
| No tenias preservativos a mano ... | 1 |
| Habías tomado alcohol o drogas ... | 2 |
| El cliente pagaba más ... | 3 |
| El cliente insistía mucho ... | 4 |
| Viste el aspecto sano al cliente ... | 5 |
| Te sentías muy atraída por el cliente ... | 6 |
| El cliente había tomado alcohol o drogas ... | 7 |
| ... | 8 |
| Necesitabas dinero (problemas familiares) ... | 9 |
| Tenías la menstruación ... | 99 |
| Otros (especifica) | ... |
| _____) ... | ... |
| No sabe / no contesta ... | ... |
- 44 La última vez que tuviste relaciones sexuales con penetración con un **cliente FIJO**, ¿usaste el condón?
- | | |
|---------------------------|----|
| Sí ... | 1 |
| No ... | 2 |
| No sabe / no contesta ... | 99 |
| No procede ... | 88 |
- 45 Cuando tienes relaciones sexuales con tus clientes (**fijos y no fijos**), ¿quién toma la decisión de usar el condón?
- | | |
|--|---------|
| Tú ... | 1 |
| El cliente ... | 2 |
| Ambos ... | 3 |
| No uso nunca condón con los clientes ... | 4 → P47 |
| No sabe / no contesta ... | 99 |
- 46 ¿Quién proporciona el condón?
- | | |
|----------------------------|----|
| Tú ... | 1 |
| El cliente ... | 2 |
| A veces tú, a veces él ... | 3 |
| En el local de trabajo ... | 4 |
| No sabe / no contesta ... | 99 |
- 47 ¿Cuántas **parejas estables masculinas** has tenido a lo largo de tu vida?
Pareja estable: esposo, compañero, novio, es decir, la pareja por quien puede tener un sentimiento especial y a quien no le cobra por mantener relaciones sexuales — — — parejas
- | | |
|---------------------------|----|
| No sabe / no contesta.... | 99 |
|---------------------------|----|
- 48 ¿Alguna de tus **parejas estables** es o ha sido inyector de drogas?
- | | |
|---------------------------|----|
| Sí ... | 1 |
| No ... | 2 |
| No sabe / no contesta ... | 99 |
- 49 ¿Alguna de tus **parejas estables** tenía el virus de sida?
- | | |
|---------------------------|---------|
| Sí ... | 1 |
| No ... | 2 → P54 |
| No sabe / no contesta ... | 99 |
- 50 En los últimos 6 meses, ¿has tenido alguna **pareja estable masculina**?
- | | |
|---------------------------|---------|
| Sí ... | 1 |
| No ... | 2 → P57 |
| No sabe / no contesta ... | 99 |

51 ¿Con cuántas de estas **parejas estables** de los últimos 6 meses has tenido sexo?

— — parejas
No sabe / no contesta... 99 **Si es 00 pasar a 57**

52 ¿Cuál es el país de origen de la última pareja estable que has tenido en estos últimos 6 meses?

España ... 1
Otro país 2
(especificar: _____) ... 99
No sabe / no contesta ...

53 En los últimos 6 meses, ¿con que frecuencia has tenido sexo **con tu pareja estable** masculina?

	A- FRECUENCIA						B- FRECUENCIA USO CONDÓN						
53.1 Sexo vaginal:	1	2	3	4	5	99	1	2	3	4	5	88	99
53.2 Sexo anal:	1	2	3	4	5	99	1	2	3	4	5	88	99
53.3 Sexo oral:	1	2	3	4	5	99	1	2	3	4	5	88	99

1-siempre 2-a menudo/casi siempre 3-la mitad de las veces 4-ocasionalmente 5-nunca 88-no procede 99-no sabe/no contesta

SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDÓN CON LA PAREJA ESTABLE EN EL SEXO CON PENETRACION (PREGUNTA 53.1.B =1 Y 53.2.B =1) PASAR A LA PREGUNTA 57

54 La última vez que en estos últimos 6 meses **NO** usaste el condón con tu **pareja estable**, ¿porqué motivo fue?

Anotar una sola respuesta, el motivo PRINCIPAL

No usas con tu par. estable, no es necesario ... 1
No uso porque le quiero ... 2
No sabía cómo planteárselo ... 3
No tenias preservativos a mano ... 4
A mi pareja no le gustan ... 5
Habíais tomado alcohol o drogas ... 6
Tenías la menstruación ... 7
Otros (especif: _____) ... 8
No sabe / no contesta ... 9

55 La última vez que tuviste relaciones sexuales con penetración con **tu pareja estable**, ¿usaste el condón?

Sí ... 1
No ... 2
No sabe / no contesta ... 99
No procede ... 88

56 Cuando tienes relaciones sexuales con **tu pareja estable**, ¿quién toma la decisión de usar el condón?

Tú ... 1
Tu pareja ... 2
Ambos ... 3
No usáis condón ... 4
No sabe / no contesta ... 99

**SI LA ENTREVISTADA NO HA USADO CONDON NI CON SUS CLIENTES NI
CON SU PAREJA ESTABLE PASAR A LA PREGUNTA 61**

57 En los últimos 6 meses, ¿dónde has conseguido los condones que has utilizado con tus clientes o parejas estables?

Los compro en la farmacia o supermercado ... 1
En un centro sanitario (planificación familiar/ clínica ITS/ de drogodependientes) ... 2
En un centro de prevención o asociación (incluye unidad móvil) ... 3
En mi lugar de trabajo ... 4
Los compro en la calle ... 5
Otras (especific: _____) ... 6
No sabe / no contesta ... 99

no lea las respuestas

Anotar una sola respuesta, la más habitual

58 ¿Alguna vez se te ha roto el preservativo en los últimos 6 meses?

Sí ... 1
No ... 2 → **60**
No sabe / no contesta ... 99

58.1 ¿Cuántas _____ veces
veces?

No sabe / no contesta ... 99

59 ¿Qué haces cuando se rompe un preservativo durante una relación sexual?

Vas al médico/servicio sanitario ... 1
Te lavas ... 2
Tomas antibióticos ... 3
Usas cremas o óvulos antifúngicos ... 4
Prueba de embarazo (por su cuenta) ... 5
Píldora post-coital (por su cuenta) ... 6
No hago nada ... 7
Otras (especific: _____) ... 8
... 9
Nunca me ha pasado ... 99
No sabe /no contesta ...

Se puede marcar más de una respuesta

no lea las respuestas

60 En los últimos 6 meses, ¿has utilizado lubricantes con los preservativos (glicerina, vaselina, saliva, cremas, aceite).?

Siempre ... 1
A menudo / casi siempre ... 2
La mitad de las veces ... 3
Ocasionalmente ... 4
Nunca ... 5 → P61
No sabe / no contesta ... 99

60.1. Escribe que era o el nombre del producto _____

61 ¿Has oído hablar de un condón femenino?

Sí ... 1
No ... 2 → P63
No sabe / no contesta ... 99

62 ¿Has utilizado alguna vez un condón femenino?

Sí ... 1
No ... 2
No sabe / no contesta ... 99

63 Alguna vez, ¿has sido obligada a mantener relaciones por la fuerza?

Sí ... 1
No ... 2 → P64
No sabe / no contesta ... 99

63.1 ¿Podrías decirnos si fue con....?

 *Se puede marcar más de una respuesta*

Tu pareja ... 1
Un cliente ... 2
Un desconocido ... 3
Familiares ... 4
Amigos ... 5
Tu protector ... 6
Otros (especif: 7
) ... 99

63.2 ¿Se utilizó condón en esa(s) relación(es) forzadas?

No sabe / no contesta ...
Sí ... 1
No ... 2
No siempre ... 3
No sabe / no contesta ... 99

64 En los últimos 6 meses, ¿has practicado sexo en grupo (cama redonda) o el intercambio de parejas con clientes?

Sí ... 1
No ... 2
No sabe / no contesta ... 99

65 En los últimos 6 meses, ¿has usado juguetes sexuales (vibrador, etc.) en tus relaciones sexuales con clientes?

Sí ... 1
No ... 2
No sabe / no contesta ... 99

SECCION 6. ESTADO DE SALUD

66 ¿Cuántas veces has estado embarazada? _____ embarazos
(incluir tanto los embarazos con parto como los abortos)

No sabe / no contesta.... 99

66.1. ¿Cuántos hijos tienes?	— — hijos	No sabe / no contesta....	99	
66.2 ¿Cuántos hijos o otros niños que no son tuyos dependen de ti económicamente?	— — hijos / niños	No sabe / no contesta....	99	
67 ¿Has tenido alguna vez alguna interrupción voluntaria de embarazo?	Sí. ¿Cuántas veces?:	— — — ...	1	P68
		No ...	2 →	
		No sabe / no contesta ...	3	
67.1 Durante los <u>últimos 12 meses</u> , ¿has tenido alguna interrupción voluntaria de embarazo?		Sí ...	1	
		No ...	2	
		No sabe / no contesta ...	3	
68 Durante los últimos 6 meses, ¿qué tipo de método para evitar el embarazo has usado con más frecuencia con tus clientes ?		Especificar: 1		
	_____	...Ningun	2	
		o ...	99	
		No sabe / no contesta ...		
69 Durante los últimos 6 meses, ¿qué tipo de método para evitar el embarazo has usado con más frecuencia con tu pareja estable ?		Especificar: 1		
	_____	...Ningun	2	
		o ...	99	
		No sabe / no contesta ...		
70 ¿Realizas revisiones ginecológicas periódicas (al menos 1 vez al año)?		Sí ...	1	
		No ...	2	
		No sabe / no contesta ...	99	
71 ¿Has tenido alguna vez...?		Hepatitis B ...	1	
		Hepatitis C ...	2	
		Hepatitis, pero no sé el tipo ...	3	
		Tuberculosis ...	4	
		Neumonías ...	5	
		No he tenido estas enfermedades ...	6	
		No sabe / no contesta ...	99	
72 ¿Has tenido alguna vez alguna infección de transmisión sexual (ITS)?		Sí ...	1	P73
		No ...	2 →	
		No sabe / no contesta ...	99	
72.1 ¿Durante el año pasado, tuviste alguna ITS?		Sí ...	1	P73
		No ...	2 →	
		No sabe / no contesta ...	99	

 **Se puede marcar más de una respuesta**

72.2 Si es que si, ¿cuál/es?

 **Se puede marcar más de una respuesta**

Herpes (genital/anal) ...	1
Salpingitis / enfermedad pélvica inflamatoria	2
/infección de trompas, ovarios ...	3
Gonorrea ...	4
Vaginitis bacteriana ...	5
Tricomoniasis ...	6
Candidiasis / hongos ...	7
Úlcera genital ...	8
Sífilis ...	9
Verrugas genitales / papilomas ...	10
Infección por clamidia ...	11
Otras ETS	99
(especific: _____) ...	
No sabe / no contesta ...	

73 ¿Te has hecho alguna vez la prueba para el VIH/SIDA?

Si, y fui a recoger los resultados ...	1	
Sí, pero no fui a recoger los resultados ...	2→	P77
No ...	3→	P77
No sabe / no contesta ...	99	

74 ¿Te has hecho la prueba para el VIH/SIDA en los últimos 12 meses?

Sí ...	1
No ...	2
No sabe / no contesta ...	99

75 ¿Te importaría decirnos el resultado de la última prueba para el VIH/SIDA?

Positivo ...	1	
Negativo ...	2→	P77
No lo quiero decir ...	3→	P77
No sabe / no contesta ...	99	

76 Durante los últimos 6 meses, ¿has tomado alguna medicina para la infección por el VIH/SIDA (tratamiento antirretroviral)?

Sí ...	1
No ...	2
No sabe / no contesta ...	99

77 ¿Por qué no te has hecho la prueba del VIH/SIDA en los últimos 12 meses?

Anotar una sola respuesta, el motivo principal

No quiero saberlo.....	1
Pienso que soy VIH positiva.....	2
Pienso que no estoy infectada (soy VIH -)....	3
Siempre hago sexo seguro.....	4
Me preocupa el impacto que pueda tener en mi vida sexual/personal.....	5
Nunca he tenido sexo con una persona infectada.....	6
..	7
No sé donde hacerme la prueba.....	8
Tengo miedo a que se sepa que soy VIH +.....	9
Temo que otros me rechacen, discriminen....	10
No lo veo necesario.....	11
Otras: especificar_____	99
No sabe / no contesta	88
No procede, si me he hecho la prueba en los últimos 12 meses.....	12

78 ¿Te has vacunado alguna vez de la hepatitis B?

Sí ...	1
No ...	2 → P79
No sabe / no contesta ...	99

78.1 ¿Cuántas dosis recibiste?

Una ...	1
Dos ...	2
Tres ...	3
No sabe /no contesta ...	99

SECCION 7. SERVICIOS SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

79 ¿Tienes Cartilla Sanitaria o de la Seguridad Social?

Sí ...	1
No ...	2
No sabe / no contesta ...	99

80 ¿Tienes otro seguro médico privado u otra cobertura sanitaria?

Sí, especificar:_____	1
..	2
No ...	99
No sabe / no contesta ...	99

81 ¿Cómo te encuentras de salud en este momento?

Muy bien ...	1
Bien ...	2
Regular ...	3
Mal ...	4
Muy mal ...	5
No sabe / no contesta ...	99

82 En los últimos 6 meses, ¿has utilizado algún servicio médico o de salud?
 Sí ... 1
 No ... 2 → **83**
 No sabe / no contesta ... 99

82.1 ¿Qué tipo de servicio médico has utilizado?

 **Se puede marcar más de una respuesta**

no lea las respuestas

Médico del club ... 1
 Médico privado (por cuenta propia) ... 2
 Hospital ... 3
 Ambulatorio ... 4
 Centro de ITS ... 5
 Otro, especificar: _____ 6
 ... 99
 No sabe / no contesta ...

83 En los últimos 6 meses, ¿has utilizado algún otro servicio gratuito de tipo social para buscar trabajo, pedir dinero, buscar preservativos, realizar un taller en salud, defender tus derechos, etc.?

Sí ... 1
 No ... 2
 No sabe / no contesta ... 99

84 En los últimos 6 meses, ¿has recibido alguna ayuda?

Si, ayuda económica (para alimentos, pagar vivienda, transporte, para los niños, por salud, PIRMI, pensión no contributiva)..... 1
 Si, otras ayudas (me dan alimentos, ropa, medicamentos, alojamiento.....)..... 2
 Tanto las ayudas de la opción 1 como las de la opción 2..... 3
 Ninguna..... 4
 No sabe / no contesta

85 ¿Con que dificultades te has encontrado o crees que te encontrarías al ir a estos servicios médicos o a los de ayuda social?

no lea las respuestas

 **Se puede marcar más de una respuesta**

Culturales, idiomáticas o lingüísticas ... 1
 Desconocimiento del sistema ... 2
 Poca flexibilidad horaria / necesidad de programar de visitas ... 3
 Actitud hostil de los profesionales ... 4
 Poca confianza en los profesionales ... 5
 Miedo a ser identificadas ... 6
 Por no tener papeles o tarjeta sanitaria ... 7
 Lista de espera ... 8
 Otros (especif: _____) ... 9
 _____) ... 10
 Con ninguna dificultad ... 99
 No sabe / no contesta ...

SECCION 8. CONOCIMIENTOS

- 86 ¿Sabes cómo se transmite el sida?
- A través de jeringuillas usadas... 1
 - Por relaciones sexuales vaginales sin preservativo... 2
 - Por relaciones sexuales anales sin preservativo... 3
 - Por relaciones sexuales orales sin preservativo... 4
 - Por la saliva... 5
 - Por mantener relaciones durante la regla... 6
 - Por intercambio de cepillo de dientes o cuchillas de afeitar... 7
 - Por donar sangre o hacerse análisis... 8
 - Por las agujas de tatuaje o de acupuntura... 9
 - Por haber nacido de madre seropositiva... 10
 - Por compartir un wc... 11
 - Realmente no se sabe... 12
 - Es una cuestión de suerte /destino,.. 13
 - Tú no puedes hacer nada para evitarlo... 14
 - Otros: _____ 15
 - no sabe / no contesta... 99
- Se puede marcar más de una respuesta**
- 87 ¿De dónde te viene la información sobre el sida?
- De la televisión... 1
 - De revistas y periódicos... 2
 - De amigos y compañeras... 3
 - De mi pareja... 4
 - Del médico o enfermera... 5
 - En los centros sociales... 6
 - De mi familia... 7
 - En mi trabajo... 8
 - Otros: _____ 9
 - no sabe / no contesta... 99
- no lea las respuestas**
- Se puede marcar más de una respuesta**

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

NOTAS Y COMENTARIOS DE LA ENTREVISTADORA

VIII.2. Consentimiento Informado



Consentimiento Informado para Validación de Cuestionario

Conductual en Mujeres Trabajadoras Sexuales

Estimada señora/señorita:

Por medio de este documento se le invita a participar en un estudio denominado:

“Validación de Encuesta Conductual en Mujeres Trabajadoras Sexuales de la Región Metropolitana”

Esta investigación, ha sido aprobada por el comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y se realizará en la región metropolitana.

La idea principal del estudio es validar una encuesta conductual que permita visualizar las conductas de las mujeres trabajadoras sexuales en su labor y que esta información le ayude a diseñadores de políticas gubernamentales a generar estrategias para promover la seguridad de las trabajadoras.

La investigación en cuestión será realizada por Bielka Carvajal G (Matrona, estudiante del Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile) y orientada por la Dra. Valeria Stuardo Á. (Epidemióloga de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile).

Su participación es clave para poder desarrollar el estudio, dado que es solamente ud quien conoce realmente la experiencia del trabajo sexual y al contarlo, abrimos la posibilidad de comprenderlo y explicar algunas interrogantes que surgen a partir de su labor.

Si acepta participar, la matrona investigadora le realizará una encuesta idealmente en su lugar de trabajo para molestar su tiempo libre lo menos posible. Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y no considera ningún tipo de pago o remuneración por ella, así mismo, ud puede retirarse del estudio cuando estime conveniente, sin recibir por ello ningún perjuicio ni presión por parte del equipo que investiga.

Dado la característica del estudio y al ser una encuesta, no existe para ud ningún tipo de riesgo biológico al que se encuentre expuesta y a pesar de que ud no recibirá ningún beneficio personal al ser parte del estudio, su apoyo sí permitirá generar información que bien pudiera beneficiar a todas las trabajadoras sexuales en su conjunto. Al ser analizados las respuestas por parte del estadístico y las investigadoras, en ningún caso se le identificará dado que las encuestas son de carácter anónimo (sin nombre).

Ud puede consultar acerca del estudio, antes, durante y después del mismo, cuantas veces desee y para ello puede comunicarse con Bielka Carvajal G. al teléfono: 09/97132777 o bien al correo: bielka.carvajal@gmail.com.

Al finalizar la investigación, se remitirá una copia del documento elaborado a la Fundación Margen (organización que agrupa a mujeres trabajadoras sexuales) ubicada en Diagonal Cervantes #790, Depto. 202, Santiago, Chile Teléfono: 02-26395583; documento que ud será libre de consultar cuando desee.

Gracias por su tiempo

Declaración de intención de ser incluida en el estudio

Yo _____ (nombre y apellido), he sido invitada a participar en la investigación para la Validación de un Cuestionario Conductual en Mujeres Trabajadoras Sexuales, conozco de los objetivos y la forma en que se realizará el estudio y mediante este documento consiento el participar en la investigación bajo los términos que el consentimiento señala. Autorizo que mi nombre esté presente en el consentimiento informado.

Firma de la Participante

Firma de la Investigadora

En el caso de ser analfabeta:

Firma de la Testigo

Fecha: / /

Lugar donde se realiza la declaración de intención: _____

VIII.3. Cuestionario Validado

PROYECTO VIBIMOS-VIHChile

Vigilancia Bioconductual y Monitorización Social del VIH en Chile

SECCION 1. IDENTIFICACION DEL CUESTIONARIO

1.1. NUMERO DE CUESTIONARIO

1.2. COMUNA DONDE SE REALIZA LA ENTREVISTA:

1.3. FECHA DE LA ENTREVISTA ____ / ____ / ____

1.4. NOMBRE ENCUESTADORA: _____

1.5. LUGAR DONDE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL

- 1 CAFÉS
- 2 CLUB NOCTURNO/TOPLESS
- 3 CALLE / CARRETERA.
- 4 CASA DE TOLERANCIA
- 5 QUINTA DE RECREO

1.6. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HAS EJERCIDO EL TRABAJO SEXUAL EN OTRO LUGAR?

Sí... 1

No... 2

1.6.1. ¿Dónde?


1. CAFÉS. Especificar _____
2. CLUB NOCTURNO/TOPLESS. Especificar. _____
3. CALLE / CARRETERA. Especificar. _____
4. CASA DE TOLERANCIA. Especificar. _____
5. QUINTA DE RECREO. Especificar . _____
6. OTRO: Especificar. _____

8.	¿Cuál fue el último curso que aprobaste? __ __ (curso)/_____ (nivel) No sabe / no contesta....	99	
9.	En los últimos 6 meses, el lugar donde has vivido es:		
	Propio ...	1	
	Arrendado...	2	
	Donde trabajo (asilada)...	3	
	Vivo en la calle...	4	
	<input type="checkbox"/> Marcar solo el que considera su hogar Allegado ...	5	
	Otro _____...	6	
	No sabe/ no contesta ...	99	
10.	¿Qué previsión de Salud posees?		
	FONASA A ...	1	
	FONASA B ...	2	
	FONASA C ...	3	
	FONASA D...	4	
	ISAPRE ...	5	
	CAPREDENA/FFAA ...	6	
	No tiene ...	7	
	No sabe/ no contesta ...	99	
11.	En los últimos 6 meses, ¿Has estado alguna vez detenida?		
	Sí ...	1	→P12
	No ...	2	
	No sabe/ no contesta ...	99	
11.1.	Esa detención ¿Estuvo relacionada con el trabajo sexual?		
	Sí ...	1	
	No ...	2	
	No sabe/ no contesta ...	99	
12.	En la actualidad, ¿tienes un trabajo diferente al de trabajadora sexual?		
	Sí _____...		
	No ...	1	
	No sabe/ no contesta ...	2	
		99	

SECCION 3. USO DE DROGAS

13. ¿Cuántos vasos de alcohol consumes en una semana normal?
Si no lo sabe, preguntar el consumo diario y multiplicar por los días que bebe a la semana
- Combinados, fuerte: _____
Cervezas/Chelas: _____
Vinos/Espumantes: _____
No tomo nada de alcohol ... 88
No sabe / no contesta ... 99
14. ¿Has probado algún tipo de droga a lo largo de tu vida?
- Sí ... 1
No ... 2 →P19
No sabe/ no contesta ... 99
15. ¿Cuántos años (edad) tenías cuando probaste cualquier tipo de drogas por primera vez?
- _____ años
No sabe / no contesta.... 99
16. ¿Has consumido en los últimos 6 meses....?
- | | Sí | No | NS/NC |
|---|----|----|-------|
| 16.1. Cannabis (porros, marihuana o yerba) | 1 | 2 | 99 |
| 16.2. Pasta base (angustia o pasturri) | 1 | 2 | 99 |
| 16.3. otras drogas
(especificar): _____ | 1 | 2 | 99 |
17. ¿Alguna vez te has inyectado droga?
- Sí ... 1
No ... 2
No sabe/ no contesta .. 99
18. ¿Consumes drogas para trabajar?
- Sí ... 1
No ... 2
No sabe/ no contesta ... 99

SECCION 4. TRABAJO SEXUAL

19.	¿A qué edad tuviste tu primera experiencia sexual con penetración (en su vida general) (Vaginal o Anal)	___ __ años	
		No sabe/no contesta...	99
20.	¿A qué edad empezaste como trabajadora sexual?	___ __ años	
		No sabe /no contesta..	99
SI LA ENTREVISTADA ES CHILENA PASAR A LA PREGUNTA 23			
21.	¿Empezaste a ejercer como trabajadora sexual en Chile?	Sí ...	1
		No ...	2
		No sabe/ no contesta	99
		...	
22.	De lo que ganas, ¿A quién apoyas económicamente de forma regular?	Tú te lo quedas...	1
		Pasas dinero a tu pareja...	2
		Pasas dinero a tu Cafiche/ protector/a ...	3
		Pasas dinero a tu familia en el extranjero ...	4
	 Se puede marcar más de una respuesta	Pagas una deuda ...	5
		Otros, (especif. _____)...	6
		No sabe/ no contesta ...	99
23.	Por lo general, ¿Cuántos días en la semana ejerces el trabajo sexual?	Diariamente ...	1
		Entre 5-6 días/semana ...	2
		Entre 3-4 días/semana ...	3
		Entre 1-2 días/semana ...	4
		No sabe/ no contesta ...	99
24.	¿Cuánto dinero ganas aproximadamente en una semana normal?	Menos de 50.000 pesos...	1
		50.000 – 100.000 pesos ...	2
		100.000 – 200.000 pesos ...	3
		200.000 – 400.000 pesos ...	4
		400.000 – 600.000 pesos ...	5
		600.000 o más...	6
		No sabe / no contesta ...	99
25.	Aproximadamente, ¿Con cuántos/as clientes/as diferentes tienes relaciones sexuales en una semana?	___ __ __ clientes/as	
	<u>Cliente/a: persona con la que tienen relaciones sexuales a cambio de dinero</u>	No sabe/no contesta...	99

26. ¿Cómo detectas o compruebas el estado de salud de tus clientes/as?
- | | | |
|---|-------------------------------|----|
| | Por el aspecto general ... | 1 |
| | Por el olor ... | 2 |
| ☞ Se puede marcar más de una respuesta | Por su pene ... | 3 |
| | Por su cara ... | 4 |
| | Se lo pregunto ... | 5 |
| | Indirectamente, conversando.. | 6 |
| | No lo puedo saber ... | 7 |
| | Otros _____ ... | 8 |
| | No sabe/ no contesta ... | 99 |

27. La última vez que tuviste relaciones sexuales penetrativas con un cliente
¿Utilizaste preservativo?
- | | | |
|--|------------------------|----|
| | Sí... | 1 |
| | No... | 2 |
| | No sabe/no contesta... | 99 |

28. ¿Cuántos/as clientes/as FIJOS o Especiales tienes?
Cliente/a fijo/a: cliente /a que la conoce y siempre va con ella
____ _ clientes/as fijos **Si es 00**
→ a
No sabe / no contesta.... 99 **P31**

SECCION 5. HABITOS SEXUALES

29. En los últimos 6 meses, con tus clientes/as **FIJOS o ESPECIALES**, ¿Con qué frecuencia has tenido...
- | | A- FRECUENCIA | | | | | B- FRECUENCIA USO CONDON | | | | | | | | |
|---------------------|---------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 29.1. Sexo vaginal: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 | → | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 88 | 99 |
| 29.2. Sexo anal: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 | → | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 88 | 99 |
| 29.3. Sexo oral: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 99 | → | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 88 | 99 |
- 1-siempre 2-a menudo/casi siempre 3-la mitad de las veces 4-ocasionalmente 5-nunca
88-no procede 99-no sabe/no contesta

SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDON CON CLIENTES/AS FIJOS PASAR A LA PREGUNTA 31

30. En estos últimos 6 meses, la última vez que NO usaste el condón con un /a cliente/a **FIJO**, ¿Cuál fue el motivo principal?

R: _____

31. En los últimos 6 meses, ¿has tenido CLIENTES NO FIJOS?
- | | | |
|--|-------|-------------|
| | Si... | 1 |
| | No... | 2 |
| | | →P35 |

32. En los últimos 6 meses, con tus clientes/as **NO FIJOS/AS**, ¿Con qué frecuencia has tenido ...

A- FRECUENCIA

B- FRECUENCIA USO CONDON

32.1.	Sexo vaginal:	1	2	3	4	5	99	→	1	2	3	4	5	88	99
32.2.	Sexo anal:	1	2	3	4	5	99	→	1	2	3	4	5	88	99
32.3.	Sexo oral:	1	2	3	4	5	99	→	1	2	3	4	5	88	99

1-siempre 2-a menudo/casi siempre 3-la mitad de las veces 4-ocasionalmente 5-nunca 88-no procede 99-no sabe/no contesta

SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDON CON CLIENTES/AS NO FIJOS/AS PASAR A LA PREGUNTA 34

33. En estos últimos 6 meses, la última vez que NO usaste el condón con un/a cliente/a **NO FIJO**, ¿Por qué motivo fue? (Principal)

R: _____

34. Cuando tienes relaciones sexuales con tus clientes (**fijos y no fijos**), ¿quién toma la decisión de usar el condón?

Tú ...	1
El cliente ...	2
Ambos ...	3
No uso nunca condón con los clientes	4
No sabe /no contesta ...	99

35. En los últimos 6 meses, ¿Has tenido alguna **pareja estable masculina o femenina**?

Sí ...	1	
No ...	2	→P39
No sabe/ no contesta...	99	

36. En estos últimos 6 meses, ¿Con cuántas de estas **parejas estables masculinas o femeninas** has tenido sexo?

___ __ parejas		Si es 00 → a 39
No sabe/no contesta...	99	

37. En los últimos 6 meses, con tu **PAREJA ESTABLE**, ¿Con qué frecuencia has tenido...?

A- FRECUENCIA

B- FRECUENCIA USO CONDON

37.1.	Sexo vaginal:	1	2	3	4	5	99	→	1	2	3	4	5	88	99
37.2.	Sexo anal:	1	2	3	4	5	99	→	1	2	3	4	5	88	99
37.3.	Sexo oral:	1	2	3	4	5	99	→	1	2	3	4	5	88	99
		1-siempre		2-a menudo/casi siempre		3-la mitad de las veces		4-ocasionalmente		5-nunca		88-no procede		99-no sabe/no contesta	

SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDON CON LA PAREJA ESTABLE PASAR A LA PREGUNTA 39

38. En estos últimos 6 meses, la última vez que NO usaste el condón con tu **pareja estable**, ¿por qué motivo fue? (Principal)
R: _____

39. La última vez que tuviste relaciones sexuales con penetración con **una pareja estable**, ¿Usaste el condón?

Sí ...	1
No ...	2
No sabe/ no contesta.	99
No procede ...	88

40. Cuando tienes relaciones sexuales con **tu pareja estable**, ¿Quién toma la decisión de usar el condón?

Tú ...	1
Tu pareja ...	2
Ambos ...	3
No usan condón ...	4
No sabe /no contesta.	99

41. ¿Alguna de tus **parejas estables** ha usado droga inyectable?

Sí ...	1
No ...	2
No sabe/ no contesta.	99

42. ¿Alguna vez ha tenido una **pareja estable** con VIH?

Sí ...	1
No ...	2
No sabe/ no contesta.	99

43. En los últimos 12 meses, ¿has recibido condones/preservativos?

Sí ...	1
No ...	2
No sabe/no contesta.	99

**SI LA ENTREVISTADA NO HA USADO NUNCA CONDON NI CON SUS
CLIENTES NI CON SU PAREJA ESTABLE PASAR A LA PREGUNTA 47**

44. En los últimos 12 meses, ¿dónde has conseguido los condones que has utilizado con tus clientes o parejas estables?
- | | | | |
|--|--|----|--|
| | Los compro en la farmacia... | 1 | |
| | ✎ Anotar una sola respuesta, la más habitual En un consultorio... | 2 | |
| | UNACESS/ Centro de Salud Sexual... | 3 | |
| | Asociación o Agrupación... | 4 | |
| | En mi lugar de trabajo ... | 5 | |
| | Los compro en la calle ... | 6 | |
| | ☒ no lea las respuestas Otras _____ ... | 7 | |
| | No sabe / no contesta ... | 99 | |
45. En los último 6 meses ¿Alguna vez se te ha roto el preservativo/condón?
- | | | | | |
|--|--|--------------------------|-----|-------------|
| | | Sí ... | 1 | |
| | | No ... | 2 → | P 47 |
| | | No sabe/ no contesta ... | 99 | |
46. Después de atender un cliente, ¿Qué haces si se te ha roto un preservativo/condón?
- | | | | |
|--|--|----|--|
| | No haces nada... | 1 | |
| | Vas al centro de salud o ITS ... | 2 | |
| | 📄 Se puede marcar más de una respuesta Vas a médico particular... | 3 | |
| | Tomas antibióticos (por su cuenta)... | 4 | |
| | Usas cremas u óvulos (por su cuenta)... | 5 | |
| | Prueba de embarazo (por su cuenta)... | 6 | |
| | Píldora del día después (por su cuenta) ... | 7 | |
| | ☒ no lea las respuestas Otras (_____) ... | 8 | |
| | No sabe /no contesta ... | 99 | |
47. ¿Has utilizado alguna vez un condón femenino?
- | | | | | |
|--|--|--------------------------|----|--|
| | | Sí ... | 1 | |
| | | No ... | 2 | |
| | | No sabe/ no contesta ... | 99 | |
48. Alguna vez, ¿has sido obligada a mantener relaciones sexuales en contra de tu voluntad?
- | | | | | |
|--|--|--------------------------|-----|------------|
| | | Sí ... | 1 | |
| | | No ... | 2 → | P49 |
| | | No sabe/ no contesta ... | 99 | |

- 48.1. ¿Podrías decirnos si fue con....?
- Se puede marcar más de una respuesta**
- Tu pareja ... 1
Un cliente/a ... 2
Un desconocido ... 3
Familiares ... 4
Amigos ... 5
Tu cufiche/ protector ... 6
Policía (Carabineros, PDI) ... 7
Otros(_____) ... 8
No sabe /no contesta ... 99

- 48.2. ¿Se utilizó condón en esa(s) relación(es) no voluntarias?
- Sí ... 1
No ... 2
No siempre ... 3
No sabe/ no contesta ... 99

49. En los últimos 6 meses, ¿has practicado sexo en grupo (orgía, partusa) o el intercambio de parejas con clientes/as o parejas estables?
- Sí ... 1
No ... 2
No sabe/ no contesta ... 99

SECCION 6. ESTADO DE SALUD

50. Durante los últimos 6 meses, ¿Qué método (distinto del preservativo) has usado para no quedar embarazada durante las relaciones sexuales (clientes o pareja estable)?
- Ningún Método... 1
Ningún método, mi pareja estable es mujer... 2
Anticonceptivo Oral ... 3
 no lea las respuestas T de Cobre (DIU) ... 4
Anticonceptivo Inyectable... 5
Parche Anticonceptivo ... 6
Implante Anticonceptivo ... 7
Menopausia/Histerectomizada/Ligada de Tubas ... 8
No sabe/ no contesta ... 99

51. ¿Cada cuánto acudes al control de salud sexual?
- Nunca ... 1 → **P52**
1 vez al año ... 2
2 a 3 veces al año ... 3
Más de 3 veces al año ... 4
Otro esp: _____ ... 5
No sabe/ no contesta ... 99

- 51.1. ¿Dónde acudes a estos controles generalmente?
- | | | |
|--|----------------------------|----|
| | Consultorio/Cesfam/APS ... | 1 |
| <input type="checkbox"/> Marcar solo el principal | UNACESS ... | 2 |
| | Hospital o CDT... | 3 |
| | Sector Particular ... | 4 |
| | No sabe/ no contesta ... | 99 |
52. ¿Cuántos hijos tienes?
- ___ ___ hijos
- | | | |
|--|---------------------------|----|
| | No sabe / no contesta.... | 99 |
|--|---------------------------|----|
53. ¿Cuántos hijos u otros niños que no son tuyos dependen de ti económicamente?
- ___ ___ hijos/niños
- | | | |
|--|---------------------------|----|
| | No sabe / no contesta.... | 99 |
|--|---------------------------|----|
54. ¿Has tenido alguna vez...?
- | | | |
|--|-------------------------------------|----|
| | Hepatitis B ... | 1 |
| | Hepatitis C ... | 2 |
| | Hepatitis, pero no sé el tipo ... | 3 |
| <input type="checkbox"/> Se puede marcar más de una respuesta | Tuberculosis ... | 4 |
| | No he tenido estas enfermedades ... | 5 |
| | No sabe / no contesta ... | 99 |
55. ¿Has tenido alguna vez alguna infección de transmisión sexual (ITS)?
- | | | |
|--|--------------------------|----------------|
| | Sí ... | 1 |
| | No ... | 2 → P56 |
| | No sabe/ no contesta ... | 99 |
- 55.1. El último año ¿Tuviste alguna ITS?
- | | | |
|--|--------------------------|----------------|
| | Sí ... | 1 |
| | No ... | 2 → P56 |
| | No sabe/ no contesta ... | 99 |
- 55.2. Si es que sí, ¿Cuál fue/es?
- | | | |
|--|---|----|
| | Herpes (genital/anal) ... | 1 |
| | Gonorrea ... | 2 |
| | Vaginitis bacteriana/ Tricomoniasis ... | 3 |
| | Candidiasis/ hongos vaginales... | 4 |
| <input type="checkbox"/> Se puede marcar más de una respuesta | Sífilis ... | 5 |
| | Verrugas genitales/Condilomas ... | 6 |
| | Infección por clamidia ... | 7 |
| | Otras ITS (especific: _____) ... | 8 |
| | No sabe/ no contesta ... | 99 |

56. ¿Hace cuánto tiempo te realizaste el último Papanicolaou (PAP) o citología?
- | | | | |
|--------------------------|----|---|------------|
| Nunca ... | 1 | → | P57 |
| Menos de 1 año ... | 2 | | |
| Entre 1 y 3 años ... | 3 | | |
| Más de 3 años ... | 4 | | |
| No sabe/ no contesta ... | 99 | | |
- 56.1. ¿Cuál fue el resultado del último PAP?
- | | |
|--------------------------|----|
| Normal ... | 1 |
| Alterado ... | 2 |
| No sabe/ no contesta ... | 99 |
57. ¿De cuál de las siguientes formas se transmite el VIH?
- | | Sí | No | Ns/Nc |
|---|----|----|-------|
| Por compartir jeringas ya usadas ... | 1 | 2 | 99 |
| Por relaciones sexuales vaginales sin preservativos ... | 1 | 2 | 99 |
| Por relaciones sexuales anales sin preservativo ... | 1 | 2 | 99 |
| Por relaciones sexuales orales sin preservativo ... | 1 | 2 | 99 |
| Por haber nacido de madre con VIH/Sida ... | 1 | 2 | 99 |
58. ¿Sabes dónde acudir para realizarse el examen del VIH?
- | | |
|--------------------------|----|
| Si ... | 1 |
| No ... | 2 |
| No sabe/ no contesta ... | 99 |
59. ¿Te has hecho alguna vez la prueba para el VIH?
- | | | |
|---|------|------------|
| Si, y fui a recoger los resultados ... | 1 | |
| Sí, pero no fui a recoger los resultados. | 2 | |
| No ... | 3 → | Fin |
| No sabe / no contesta ... | 99 → | P63 |
60. ¿Te has hecho la prueba para el VIH en los últimos 12 meses?
- | | | |
|---------------------------|------|------------|
| Sí ... | 1 | |
| No ... | 2 → | P62 |
| No sabe / no contesta ... | 99 → | P63 |
61. ¿Te importaría decirnos el resultado de la última prueba para el VIH?
- | | | | |
|---------------------------|------|---|------------|
| Reactivo/Positivo ... | 1 | → | P63 |
| No reactivo/Negativo ... | 2 | → | Fin |
| No lo quiero decir ... | 3 | → | Fin |
| No sabe / no contesta ... | 99 → | | P63 |

62. ¿Cuál fue el motivo por el que no te has hecho la prueba del VIH/Sida en los últimos 12 meses?

✎ Anotar una sola respuesta, el motivo principal

63. Durante los últimos 6 meses, ¿has tomado terapia antirretroviral para la infección por el VIH/Sida?

Sí ... 1
No , porque no la necesito ... 2
No, porque no quiero tomarla ... 3
No sabe / no contesta ... 99

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN
NOTAS Y COMENTARIOS DE LA ENTREVISTADORA

Capítulo IX Referencias¹

1. Soto Ramírez LE. Mecanismos Patogénicos de la Infección por VIH. Rev Investig Clínica [Internet]. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2004 [cited 2014 Jun 1];56(2):143–52. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH/SIDA [Internet]. Nota Descriptiva N°360. World Health Organization; 2013 [cited 2014 Jun 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
3. Departamento de Epidemiología. Informe nacional “Evolución VIH/SIDA, Chile 1984 - 2012” [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2013. Available from: http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2012_vih_sida.pdf
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Vigilancia del VIH de Segunda Generación. El Próximo Decenio. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2000. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_CSR_EDC_2000.5_spa.pdf?ua=1
5. Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V, Hivits-ts G. Tendencias de la Prevalencia del VIH y de las Conductas de Riesgo Asociadas en Mujeres Trabajadoras del Sexo en Cataluña. Gac Sanit [Internet]. 2014;28(3):196–202. Available from: <http://www.gacetasanitaria.org/es/tendencias-prevalencia-del-vih-las/articulo/S0213911113002252/>
6. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la Investigación [Internet]. 4ta Edició. México; 2006. 882 p. Available from: http://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
7. Family Health International (FHI), Implementing AIDS Preventing and Care Project (Impact). Behavioral Surveillance Surveys [Internet]. Virginia; 2000. Available from: www.fhi.org
8. Muñoz J. Teoría Clásica de los Test. 2da Edició. Madrid: Ediciones Pirámide; 2003. 33-205 p.
9. Vásquez Campusano R. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) [Internet]. 2014. Available from: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>

¹ Para la construcción de ésta, se utilizó el gestor de referencias Mendeley[®]

10. Johnston MI, Fauci AS. An HIV Vaccine--Challenges and Prospects. *N Engl J Med* [Internet]. 2008 Aug 28;359(9):888–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18753644>
11. García F, Álvarez M, Bernal C, Chueca N, Guillot V. Diagnóstico de Laboratorio de la Infección por el VIH, del Tropismo Viral y de las Resistencias a los Antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2011 Apr [cited 2014 May 25];29(4):297–307. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21345534>
12. Instituto de Salud Pública de Chile. Resultados Confirmación de Infecciones por VIH, Chile, 2009 - 2011. 2012.
13. Departamento de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA [Internet]. Santiago; 2010. Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/circul/CircularVIHSIDAnew.pdf>
14. Departamento de Epidemiología. CIRCULAR N°B51/18 [Internet]. Santiago; 2007. Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/circul/CircularVIHSIDA.pdf>
15. Departamento de Epidemiología. Informe Nacional “Evolución VIH SIDA, Chile 1984 - 2011.” Santiago: Ministerio de Salud; 2012.
16. Negredo E, Bonjoch A, Clotet B. Benefits and Concerns of Simplification Strategies in HIV-infected patients. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. 2006 Aug [cited 2014 Jul 5];58(2):235–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16807250>
17. Bertagnolio S, Perno CF, Vella S, Pillay D. The Impact of HIV Drug Resistance on the Selection of First- and Second-Line ART in Resource-Limited Settings. *J Infect Dis* [Internet]. 2013 May 18 [cited 2015 Aug 8];207(suppl 2):S45–8. Available from: http://jid.oxfordjournals.org/content/207/suppl_2/S45.full
18. Carrillo Maravilla E, Villegas Jiménez A. El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Rev Investig clínica* [Internet]. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; [cited 2014 Jun 21];56(2):130–3. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Morison L. The Global Epidemiology of HIV/AIDS. *Br Med Bull* [Internet]. 2001 Sep 1 [cited 2014 Jun 5];58(1):7–18. Available from: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/58/1/7.full>
20. Sida e Infecciones de Transmisión Sexual en las Américas. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 1999 Sep [cited 2014 Jul 5];6(3):215–9. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000800015&lng=en&nrm=iso&tlng=es

21. Nations U. World Population Prospects The 2012 Revision Volume I: Comprehensive Tables. Econ Soc Aff [Internet]. 2013;l. Available from: http://esa.un.org/wpp/documentation/pdf/WPP2012_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf
22. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Cómo llegar a cero: Más rápido. Más inteligente. Mejor. 2011.
23. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe Mundial: ONUSIDA. 2013.
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos fundamentales sobre la epidemia mundial de VIH y los progresos realizados en 2010 [Internet]. World Health Organization; 2011 [cited 2014 Jul 12]. p. 3. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/es/
25. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para América Latina. Epidemia de VIH/SIDA en América Latina [Internet]. Avance de resumen UNGASS 2011. 2011 [cited 2014 Jul 5]. Available from: <http://www.onusida-latina.org/es/sobre-onusida2/52-epidemia-de-vihsida-en-america-latina.html>
26. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud. América Latina, Situación de la epidemia de sida, Resumen Regional. 2008.
27. Serie Guías Clínicas MINSAL 2009. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA. Rev Chil infectología [Internet]. Sociedad Chilena de Infectología; 2010 Jun [cited 2014 Jun 1];27(3):239–76. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Imparte Normas para la Aplicación de un Programa de Vigilancia Epidemiológica del Sida [Internet]. Decreto 466. 1987 [cited 2014 Jul 13]. Available from: <http://bcn.cl/1sx6f>
29. Comisión Nacional de SIDA - CONASIDA. Caracterización Epidemiológica de la Infección por VIH/SIDA en Chile: Diciembre de 2003. Rev Chil Infectología [Internet]. Sociedad Chilena de Infectología; 2005 Jun [cited 2014 Jul 1];22(2):169–202. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182005000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Ministerio de Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para América Latina. Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en la Aplicación del UNGASS [Internet]. 2012. Available from: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CL_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CL_Narrative_Report[1].pdf)
31. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA [Internet]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2013. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPCVIH.pdf>

32. Cáceres K, García M. Evolución del VIH/Sida en Chile, 1984-2010. El Vigía [Internet]. 2010;13(271). Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia27.pdf>
33. Romero M, Palma I, Belmar C. Evaluación Programas Gubernamentales: Programa de Prevención y Control del VIH/Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) [Internet]. Santiago; 2010. Available from: http://www.dipres.gob.cl/574/articles-64135_doc_pdf.pdf
34. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA [Internet]. 2011. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf
35. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Trabajo Sexual y VIH / SIDA [Internet]. 2003. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/929173201X_spa.pdf
36. Canales Nettle P. La Regulación de la Prostitución en la Legislación Comparada [Internet]. Serie Estu. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional; 2005. Available from: http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios_pdf_estudios/nro325.pdf
37. Sáez Tapia C, Aravena Canales F. El Derecho a Ejercer el Comercio Sexual en Chile [Internet]. Santiago; 2008. Available from: http://congresoconstitucional.cl/wp-content/uploads/2010/08/Carolina-Saez_1252892295.pdf
38. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO). GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2013: Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2013. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf
39. Papworth E, Ceesay N, An L, Thiam-Niangoin M, Ky-Zerbo O, Holland C, et al. Epidemiology of HIV among female sex workers, their clients, men who have sex with men and people who inject drugs in West and Central Africa. J Int AIDS Soc [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Aug 9];16 Suppl 3:18751. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3852130&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

40. Sajadi L, Mirzazadeh A, Navadeh S, Osooli M, Khajehkazemi R, Gouya MM, et al. HIV Prevalence and related risk Behaviours among female Sex Workers in Iran: results of the national biobehavioural survey, 2010. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Aug 9];89 Suppl 3:iii37–40. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3841765&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
41. Williams JR, Alary M, Lowndes CM, Béhanzin L, Labbé A-C, Anagonou S, et al. Positive Impact of Increases in Condom Use among Female Sex Workers and Clients in a Medium HIV Prevalence Epidemic: Modelling Results from Project SIDA1/2/3 in Cotonou, Benin. *PLoS One* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Aug 9];9(7):e102643. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4105482&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
42. Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS), Fundación Margen, Programa de Prevención VIH/Sida e ITS en R.M. de Salud. Caracterización del Trabajo Sexual en la Región Metropolitana (Mujeres, Hombres que tienen Sexo con Hombres y Transgéneros) [Internet]. Región Metropolitana; 2005. Available from: http://www.criaps.cl/descarga/rpp_02_2485CaracterizaciondelTrabajoSexual.pdf
43. Ministerio de Salud Pública. Código Sanitario [Internet]. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional; 1967. Available from: <http://bcn.cl/1m197>
44. Santander E, Fisch F, Salvo A, Pacheco G, Mendoza M, Garcés C, et al. Normas de Manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Primera Parte. *Rev Chil infectología* [Internet]. 2009;26(2):174–90. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v26n2/art12.pdf>
45. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 - 2020 [Internet]. Santiago: Gobierno de Chile; Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
46. Gobierno de Chile. Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria [Internet]. 2004. Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/normas/DECRETO158editado.pdf>
47. Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. Santiago; Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

48. World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Guidelines for Second Generation HIV Surveillance [Internet]. 2000. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds_edc_2000_5.pdf
49. Wei C, Herrick A, Raymond HF, Anglemeyer A, Gerbase A, Noar SM. Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Aug 11];(9):CD009337. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901734>
50. Ota E, Wariki WM, Mori R, Hori N, Shibuya K. Behavioral interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in high-income countries. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Aug 11];(12):CD006045. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161397>
51. Wariki WM V, Ota E, Mori R, Koyanagi A, Hori N, Shibuya K. Behavioral interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in low- and middle-income countries. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Aug 11];2:CD005272. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22336811>
52. Australian Sex Workers Association. Stepping up to the Evidence on HIV and Sex Work: Decriminalise Sex Work Now! [Internet]. New South Wales: Scarlet Alliance; 2014. 65-70 p. Available from: <http://www.scarletalliance.org.au/library/aids2014report>
53. Chew L. Prostitution and Migration: Issues and Approaches [Internet]. Australian Sex Workers Association; 1998. Available from: <http://www.scarletalliance.org.au/library/chew98>
54. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol use and Sexual Risk Behaviour: A Cross-Cultural Study in Eight Countries [Internet]. Department of Mental Health and Substance Abuse, editor. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 7-11 p. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_sexual_risk_cross_cultural.pdf
55. Li Q, Li X, Stanton B. Alcohol use among female sex workers and male clients: an integrative review of global literature. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 2010 Jan;45(2):188–99. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2842106&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
56. Ditmore MH. When Sex Work and Drug Use Overlap [Internet]. London; 2013. Available from: http://www.ihra.net/files/2014/08/06/Sex_work_report_%C6%924_WEB.pdf

57. Francis SC, Ao TT, Vanobberghen FM, Chilongani J, Hashim R, Andreasen A, et al. Epidemiology of Curable Sexually Transmitted Infections among Women at Increased Risk for HIV in Northwestern Tanzania: Inadequacy of Syndromic Management. *PLoS One* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Aug 9];9(7):e101221. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4099080&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
58. Lees S, Zalwango F, Andrew B, Vandepitte J, Seeley J, Hayes RJ, et al. Understanding Motives for Intravaginal Practices amongst Tanzanian and Ugandan women at high risk of HIV Infection: The Embodiment of Social and Cultural Norms and Well-Being. *Soc Sci Med* [Internet]. 2014 Feb [cited 2014 Aug 5];102:165–73. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3979101&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
59. Mc Grath-Lone L, Marsh K, Hughes G, Ward H. The Sexual Health of Female Sex Workers Compared with other Women in England: Analysis of cross-sectional data from Genitourinary Medicine Clinics. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2014 Jun [cited 2014 Aug 9];90(4):344–50. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4033115&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
60. International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC), New Mexico AIDS Education and Training Center. Guías Para Tener Relaciones Sexuales Más Seguras | aidsinfonet.org | The AIDS InfoNet [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 2]. Available from: http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/151?lang=spa
61. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Las relaciones sexuales orales y el riesgo de contraer el VIH [Internet]. Atlanta. 2014 [cited 2016 Jan 2]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/behavior/oralsex.html>
62. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo Validar un Instrumento de Medida de la Salud? *An Sist Sanit Navar* [Internet]. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2011 Apr [cited 2014 Jul 30];34(1):63–72. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
63. Muñiz Fernández J, Cuesta M, Aliño JLL-I, Miyar MV, José Muñiz, Muñiz MCYJ, et al. Sección Monográfica. *Papeles Del Psicólogo* [Internet]. 1994;31(1):283–96. Available from: <http://books.google.com/books?id=7t9S5r1SLfAC&pgis=1> \n <http://dialnet.uniri-oja.es/servlet/articulo?codigo=2017486&info=resumen&idioma=SPA>

64. Hernández Sampieri R, Fernández Collao C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación [Internet]. México: McGRAW - HILL INTERAMERICANA; 1997. 78-99 p. Available from: http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf
65. Arribas A. Adaptación Transcultural de Instrumentos. Guía para el Proceso de Validación de Instrumentos Tipo Encuestas. Rev Científica la Asoc Médica Bahía Blanca [Internet]. 2006;16(8000):74–82. Available from: http://www.ambb.com.ar/trabajosrevistacientifica/1362_RCAMBBVol16N3Sep2006pag74_82.pdf
66. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y Usos del método Delphi en Investigaciones del Área de la Salud. Elsevier. 2012;1(2):90–5.
67. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. BMJ [Internet]. 1995 Aug 5 [cited 2015 Jun 4];311(7001):376–80. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2550437&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
68. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook R. Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. Am J Public Health [Internet]. 1984 Sep;74(9):979–83. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1651783&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
69. Mira JEB, Padrón AL, Andrés SM. Validación Mediante Método Delphi De Un Cuestionario Para Conocer Las Experiencias E Interés Hacia Las Actividades Acuáticas Con Especial Atención Al Windsurf. Ágora Para La Ef Y El Deport. 2010;1(12):75–95.
70. Salkind NJ. Métodos de Investigación. 3era Edici. México D.F.: Prentice Hall; 1999. 380 p.
71. Martínez CM, Sepúlveda MAR. Introducción al Análisis Factorial Exploratorio. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. Asociación Colombiana de Psiquiatría; 2012 [cited 2014 Sep 19];41(1):197–207. Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80624093014>
72. Costello AB, Osborne JW. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. Pract Assesment Res Eval [Internet]. 2005;10(7). Available from: <http://pareonline.net/pdf/v10n7.pdf>
73. Oviedo HC, Arias AC. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2005;XXXIV(4):572–80. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
74. Muñiz J. Las teorías de los Test: Teoría Clásica y Teoría de Respuesta a los Ítems. Papeles del Psicólogo [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2010 [cited 2015 Oct 25];31(1):57–66. Available from: <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441006>

75. Rosa O, Domínguez A, Malpica CC. Principios Bioéticos Aplicados a la Investigación Epidemiológica. *Acta Bioeth* [Internet]. Universidad de Chile. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética; 2008 [cited 2014 Sep 29];14(1):90–6. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
76. Sarria Castro M. Bioética, Investigación y Salud Pública, desde una Perspectiva Social. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 1999, Editorial Ciencias Médicas; [cited 2014 Sep 29];33(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
77. Valdivieso Dávila A. Ética en la Investigación Clínica [Internet]. *Boletín Escuela de Medicina*. 1998 [cited 2014 Sep 29]. p. 27–33. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/etica/Etica06.html>
78. Asociación Médica Mundial. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. Asociación Médica Mundial. 2013 [cited 2014 Sep 29]. Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>
79. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Response Reporting 2012 [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 11]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reportin_g_en.pdf
80. Sánchez R, Echeverry J. Validating scales used for measuring factors in medicine. *Rev Salud Pública* [Internet]. Instituto de Salud Publica, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia; 2004 [cited 2015 Oct 12];6(3):302–18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
81. Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS/HIV/SIDA de Catalunya (CEEISCAT). Informe Epidemiològic CEEISCAT. Sist Integr Vigilància Epidemiològica la SIDA/VIH/ITS a Catalunya 2015 [Internet]. Cataluña; 2015 [cited 2015 Oct 19];(22):53. Available from: <http://www.ceeiscat.cat/documents/sives2015.pdf>
82. Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz M del P, Rajmil L, Butinof M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. Sociedad Argentina de Pediatría; [cited 2015 Oct 12];107(4):307–14. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000400006&lng=es&nrm=iso&tlng=en

83. Más Pons R, Escribà Agüir V. La versión castellana de la escala “the nursing stress scale”. proceso de adaptación transcultural. Rev Esp Salud Publica [Internet]. MSSSI; [cited 2015 Oct 12];72(6):529–38. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
84. Sepúlveda P R, Molina G T, Molina C R, Martínez N V, González A E, L MG, et al. Validation of an instrument to measure health-related quality of life in Chilean children and adolescents. Rev Med Chil [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2013 Oct [cited 2015 Oct 12];141(10):1283–92. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
85. Maderuelo-Fernández JA, Hernández-García I, González-Hierro M, Velázquez-San Francisco I. Information needs of patients in primary care from the perspective of health professionals. A Delphi study. Gac Sanit [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Oct 12];23(5):365–72. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108000162>
86. Restrepo-Medrano JC, Verdú Soriano J. Desarrollo de un índice de medida de la evolución hacia la cicatrización de las heridas crónicas. Gerokomos [Internet]. Idemm Farma, S.L.; 2011 Dec [cited 2015 Oct 12];22(4):176–83. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=eng
87. Prieto G, Muñiz J. Un modelo para evaluar la calidad de los testsutilizados en España. Papeles del Psicólogo [Internet]. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos; 2000 [cited 2015 Oct 12];(77):65–72. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807709>
88. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud Publica Mex [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública; [cited 2015 Oct 25];48(2):141–50. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
89. Rodriguez D, PLata C, Gutierrez J. Validación de la versión colombiana del cuestionario de evaluación de salud de Stanford. Acta méd colomb [Internet]. [cited 2015 Oct 25];23(2):62–8. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=221204&indexSearch=ID>
90. Robles PH, Lechuga Pérez FJ, Moya Ollé J. La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del informe del usuario: The user’s report for evaluating the psychiatric patient’s satisfaction. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. Asociación Española de Neuropsiquiatría; [cited 2015 Oct 25];(85):137–52. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

91. Decker MR, Crago A-L, Chu SKH, Sherman SG, Seshu MS, Buthelezi K, et al. Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2015 Jan 10 [cited 2016 Feb 24];385(9963):186–99. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4454473&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
92. Weeks MR, Liao S, Li F, Li J, Dunn J, He B, et al. Challenges, strategies, and lessons learned from a participatory community intervention study to promote female condoms among rural sex workers in Southern China. *AIDS Educ Prev* [Internet]. 2010 Jun [cited 2016 Mar 2];22(3):252–71. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2896264&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
93. Instituto Nacional de Estadísticas. Diseño Metodológico de la Primera Encuesta de Protección Social [Internet]. Centro de Microdatos. Santiago; 2002 [cited 2015 Oct 12]. Available from: <http://www.dev-out.cl/sites/default/files/Metodologia2002.pdf>
94. Leyton D, Sánchez C, Ugalde P. Percepción de los jóvenes sobre la ciencia y profesiones científicas [Internet]. 2010 [cited 2015 Oct 12]. Available from: http://www.conicyt.cl/documentos/estudio/Estudio_Jovenes_ciencia202010.pdf
95. Shannon K, Strathdee SA, Shoveller J, Rusch M, Kerr T, Tyndall MW. Structural and Environmental Barriers to Condom Use Negotiation with Clients among Female Sex Workers: Implications for HIV-prevention Strategies and Policy. *Am J Public Health* [Internet]. 2009 Apr [cited 2015 Dec 29];99(4):659–65. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2661482&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
96. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2015 Jan 3 [cited 2016 Feb 7];385(9962):55–71. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4297548&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
97. Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2013 Inmigrantes: síntesis de resultados [Internet]. ministeriodesarrollosocial.gob.cl. 2015 [cited 2016 Jan 28]. p. 4. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/CASEN_2013_Inmigrantes_revisada.pdf

98. Yi H, Mantell JE, Wu R, Lu Z, Zeng J, Wan Y. A profile of HIV risk factors in the context of sex work environments among migrant female sex workers in Beijing, China. *Psychol Health Med* [Internet]. 2010 Mar [cited 2016 Mar 2];15(2):172–87. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2856119&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
99. Verma RK, Saggurti N, Singh AK, Swain SN. Alcohol and sexual risk behavior among migrant female sex workers and male workers in districts with high in-migration from four high HIV prevalence states in India. *AIDS Behav* [Internet]. 2010 Aug [cited 2016 Mar 2];14 Suppl 1:S31–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3664742&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
100. Observatorio Chileno de Drogas. Caracterización de los Niveles de Consumo de Alcohol en Chile [Internet]. Santiago; 2015. Available from: http://www.senda.gob.cl/media/boletines/Boletin_4_Caracterizaci%C3%B3n_de_los_niveles_de_consumo_de_alcohol_en_Chile.pdf
101. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas: Resumen ejecutivo [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 6]. Available from: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
102. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar: Principales Resultados [Internet]. Santiago: Observatorio Chileno de Drogas; 2014. 22-25 p. Available from: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/decimo-escolares-2013.pdf>
103. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Sexta Encuesta Nacional de Juventud [Internet]. Santiago; 2010. Available from: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf
104. Organización Internacional del Trabajo. Peores Formas de Trabajo Infantil [Internet]. ilo.org. 2012 [cited 2015 Dec 2]. Available from: <http://www.ilo.org/ipec/facts/WorstFormsofChildLabour/lang--es/index.htm>
105. Goldenberg SM, Rangel G, Vera A, Patterson TL, Abramovitz D, Silverman JG, et al. Exploring the impact of underage sex work among female sex workers in two Mexico-US border cities. *AIDS Behav* [Internet]. 2012 May [cited 2016 Mar 2];16(4):969–81. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3319836&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

106. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. Social and Work Conditions, Risk Behavior and Prevalence of Sexually Transmitted Diseases among Female Immigrant Prostitutes in Madrid (Spain). *Gac Sanit* [Internet]. Ediciones Doyma, S.L.; [cited 2016 Jan 2];18(3):177–83. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
107. Alexander M, Mainkar M, Deshpande S, Chidrawar S, Sane S, Mehendale S. Heterosexual anal sex among female sex workers in high HIV prevalence states of India: need for comprehensive intervention. *PLoS One* [Internet]. 2014 Jan [cited 2016 Mar 2];9(2):e88858. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3930672&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
108. Ministerio de Salud, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Informe Nacional de Progreso sobre SIDA en Chile GARPR 2014 [Internet]. Santiago; 2014. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//CHL_narrative_report_2014.pdf
109. Organización Mundial de la Salud (OMS), United Nations Children's Fund (UNICEF), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 11]. Available from: http://www.who.int/hiv/data/UA_2012_Indicator_Guia_es.pdf
110. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). El sida en cifras 2015 [Internet]. Ginebra; 2015. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf