



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

IDENTIFICACIÓN DE PATRONES DE
CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS
DROGAS EN MUJERES QUE EJERCEN EL
TRABAJO SEXUAL EN LIMA Y CALLAO Y
SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL MINSA - 2014

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTORA
EN SALUD PÚBLICA

NILDA CELIDETTI ALTAMIRANO CALDERON

LIMA –PERÚ

2026

ASESOR

DR. CESAR PAUL EUGENIO CARCAMO CAVAGNARO

JURADO DE TESIS

DR. WALTER HUMBERTO CASTILLO MARTELL

PRESIDENTE

DR. MARINA JULIA PIAZZA FERRAND

VOCAL

DR. JESUS LORENZO CHIRINOS CACERES

SECRETARIO

DEDICATORIA:

Para Ada, Gianella, César y Aida.

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia, mi gran soporte

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ALTAMIRANO CALDERON NILDA CELIDETTI

Pertenecientes al programa de la **DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**, autores del trabajo titulado: **IDENTIFICACIÓN DE PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN MUJERES QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL EN LIMA Y CALLAO Y SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA – 2014**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **DOCTORA EN SALUD PÚBLICA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	CARCAMO CAVAGNARO CESAR PAUL EUGENIO	FASPA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **16%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2976514510**; fecha de entrega: **04-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 04 de junio de 2026**

Firma del asesor
N° DNI: 07040083
ORCID: 0000-0002-2495-2490

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN:	1
II. OBJETIVOS	2
OBJETIVO GENERAL:	2
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	2
III. MARCO TEÓRICO	3
3.1 ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES.....	3
3.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS	3
3.1.2. PATRONES DE CONSUMO EN ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	9
3.1.3. TRABAJO SEXUAL EN EL PERÚ	9
3.1.4. DEL ACCESO DE LAS MTS A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	12
3.1.5. USO Y CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN TRABAJADORAS SEXUALES	14
3.2 MÉTODOS DE TAMIZAJE PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	17
3.2.1. AUDIT: Test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol..	17
3.2.2. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias - ASSIST ..	19
IV: METODOLOGÍA	23
4.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	23
4.2. 1 POBLACIÓN:	23
4.3. NATURALEZA DE LA MUESTRA	23
4.3.1 TIPO DE MUESTRA	24
4.3.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	24
4.3.3 MUESTRA Y MÉTODOS DE MUESTREO	24
4.3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:	28
4.4. INSTRUMENTOS:	29
4. 4.1 Características de los instrumentos:	29
4. 4.2 Tipos de Instrumentos	30
4.5.- TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
4.5.1 METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31

4.6.-ANALISIS DE DATOS	32
4.6.1 Del archivo y seguridad de los datos:.....	32
4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	33
V: RESULTADOS	34
5.1 Tipos de establecimiento identificados para la muestra según región.....	34
5.2. Información descriptiva de la muestra.....	35
5.3 Características del trabajo sexual	36
5.4.- De los patrones de consumo.....	37
5.5.- ACCESO DE MTS A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA	43
VI: DISCUSIONES.....	48
VII. CONCLUSIONES:	52
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	56
X.- ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de las drogas según Shuckit (2000).....	7
Tabla 2. Mapeo de lugares de trabajo sexual con asistencia ≥ 10 TS durante 4 horas	25
Tabla 3: Resultados del mapeo para Lima/Callao - Mayo y junio 2014	26
Tabla 4: Tipo de establecimientos de trabajo sexual identificados :	34
Tabla 5: Características demográficas de las participantes	35
Tabla 6: Características del trabajo sexual	36
Tabla 7: Consumo de drogas en MTS a lo largo de la vida	37
Tabla 8: Consumo de drogas en los últimos 3 meses	38
Tabla 9: Consumo de drogas y problemas de salud, sociales o económicos en últimos 3 meses	39
Tabla 10: Percepción de riesgo de consumo de sustancias según el ASSIST	40
Tabla 11: Nivel de riesgo en MTS por consumo de drogas	41
Tabla 12: Nivel de riesgo en MTS por consumo de drogas según región.....	42
Tabla 13: Acceso de MTS a servicios de salud del MINSA	44
Tabla 14: Relación entre MTS con consumo de bebidas alcohólicas y atención en Ministerio de Salud.....	45
Tabla 15: Relación entre nivel de consumo de tranquilizantes y atención en Ministerio de Salud	45
Tabla 16: Relación entre consumo de cocaína y atención en Ministerio de Salud	46
Tabla 17: Relación entre nivel de consumo de cannabis y atención en Ministerio de Salud	46

RESUMEN

La presente investigación aborda la situación del consumo de alcohol y otras drogas en trabajadoras sexuales a través del Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras Sustancias (ASSIST). Es un estudio transversal descriptivo cuyo objetivo es “Identificar los patrones del consumo de alcohol y otras drogas en la población de mujeres que ejercen trabajo sexual en Lima y Callao, y conocer su accesibilidad a los servicios de salud del MINSA”. La población objetivo estuvo constituida por 300 mujeres mayores de 18 años de edad, que realizan trabajo sexual en Lima y Callao. El estudio se ejecutó entre mayo y noviembre del 2014. Los resultados del estudio evidenciaron patrones de consumo en mujeres trabajadoras sexuales asociados a **niveles de riesgo moderado y alto**, tanto en alcohol como en otras drogas, requiriendo atención en intervención breve, así como un tratamiento más intensivo de acuerdo a los resultados. Se describe también la frecuencia del consumo en los últimos tres meses y algunas características propias de esta población en relación al consumo del alcohol y otras drogas. Se evidenció su acceso a los servicios de salud, para la prevención y tratamiento del consumo de sustancias y se identificó que aún es limitado.

Una consideración importante del estudio es haber intervenido con una población poco visibilizada, haber logrado conocer su situación y patrones de consumo frente al alcohol y otras drogas y haber identificado la necesidad de establecer programas preventivos más integrales e inclusivos, direccionados desde un enfoque de salud pública en el país.

Palabras clave: Trabajadoras sexuales, uso de alcohol, uso de otras drogas, prevalencia, uso actual.

ABSTRACT

This research addresses the situation of alcohol and other drugs among sex workers through the Screening Test Use of Alcohol, Snuff and other substances (ASSIST). It is a descriptive cross-sectional study aimed at "Identifying patterns of alcohol and other drugs in the population of women engaged in sex work in Lima and Callao, and meet their accessibility to health services ". The target population consisted of 300 women 18 years or older, who perform sex work in Lima and Callao. The study was carried out between September and November 2014. The results of the study show consumption patterns associated sex workers at moderate and high-risk levels, both legal as well as illegal drug, requiring prompt attention through *Brief Intervention* and more intensive interventions according to treatment finding. Frequency of use in the last three months and some characteristics of this population in relation to these substances is also described. The study also demonstrates the limited access of the population to the health services in relation to the prevention and treatment for abuse of alcohol and other drugs and evidences a limited access.

An important consideration of the study is having intervened with a population that is not very visible and very vulnerable. We have managed to understand their situation and consumption patterns regarding alcohol and other drugs and we have identified the need to establish more comprehensive and inclusive preventive programs, directed from a public health approach in the country.

Keywords: Sex workers, use of alcohol, use of other drugs, prevalence, and current use.

I. INTRODUCCIÓN:

El estudio sobre la identificación de patrones del consumo de alcohol y otras drogas en mujeres que ejercen trabajo sexual, es un tema de gran interés en la salud pública del país. La problemática del consumo del alcohol y de otras drogas constituye un tema de gran preocupación para los sistemas de salud de distintos gobiernos, entidades públicas y privadas, y mayor es la preocupación cuando se trata de poblaciones de alta vulnerabilidad social.

El impacto del consumo perjudicial y nocivo del alcohol y de otras drogas, tiene efectos muy dañinos en las personas que las consumen, en su salud y en su estilo de vida y en el caso de poblaciones como las trabajadoras sexuales, incrementar su problemática social y facilitar la presentación de una serie de enfermedades, como las infecciones de transmisión sexual(1).

Por lo general, el consumo de alcohol y otras drogas en nuestro país es prevalente y se da tanto en varones como en mujeres. Entre los diferentes tipos, el consumo problemático tiene un peso especial por el impacto económico y social que origina. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud, plantea con urgencia la detección temprana, en especial en poblaciones en situaciones de vulnerabilidad social y plantea el uso de herramientas, como la prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias, denominada ASSIST(2).

La presente investigación ha logrado identificar los patrones de consumo del alcohol y otras drogas en las mujeres que ejercen trabajo sexual de Lima y Callao, a través de la aplicación del ASSIST como herramientas de detección temprana, y también ha logrado explorar el acceso de esta población a los servicios de salud en relación a la prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas.

II. OBJETIVOS

Los objetivos del estudio son los siguientes:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los patrones del consumo de alcohol y otras drogas en mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao y determinar el nivel de su acceso a los servicios de salud del MINSA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar en las MTS participantes del estudio, los principales patrones del consumo de alcohol y otras drogas mediante la aplicación de la prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSITS).

Determinar en las MTS, participantes del estudio, el nivel de accesibilidad y atención a los servicios de salud del MINSA en relación al consumo de alcohol y otras drogas.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ASPECTOS CONCEPTUALES PERTINENTES

3.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Consumo de Drogas en el Perú

Es necesario reconocer que la situación del consumo de drogas en el Perú, constituye un problema social de naturaleza realmente compleja y difícil de entender, es un problema de salud pública que año a año se va incrementando y cuyas consecuencias involucran a los diferentes estratos poblacionales, representando una amenaza para el desarrollo integral y la calidad de vida de las personas. En especial de las poblaciones de mayor situación de vulnerabilidad.(3)

Los actuales patrones de consumo, asocian el uso de drogas tanto legales (tabaco, alcohol) como ilegales (marihuana, pasta básica) a diferentes espacios de socialización como el comunitario, laboral, escolar y en especial a los espacios recreativos y sociales existiendo una gran cantidad de población involucrada en su consumo(4).

Desde hace muchos años, la historia nos muestra que el consumo de drogas ha estado asociada a situaciones culturales, religiosas y sociales y cada vez nuestra sociedad y cultura es más permisible en su uso (5). Así por ejemplo, lo refieren los datos de la Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas del 2002, de DEVIDA, donde se identificó una prevalencia de vida del 75.12 % en el consumo del alcohol y 37.47 % en tabaco(3) comparado con los datos del Estudio de Encuesta de Hogares de CEDRO del año 2017,

donde evidenciamos que esta prevalencia se incrementó en relación al consumo del alcohol llegando al 79.2% y en tabaco alcanzó el 52.5%, identificando un importante incremento (5).

El riesgo de llegar a depender de las drogas trasciende a todas las edades, y no tiene diferencia en cuanto a género, pues tanto varones como mujeres pueden llegar a la dependencia, sin embargo, los estudios revelan que existe un mayor consumo en la población de varones y que además existe una población más vulnerable constituida por adolescentes y jóvenes, que por la influencia de factores sociales, económicos y psicológicos constituyen, la población más afectada.(6)

El informe ejecutivo de la “IV Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú – 2,010” realizado por DEVIDA, nos brinda información sobre la magnitud, características, consecuencias y factores asociados al consumo de *drogas ilegales* en la población urbana del país, en especial en la población de 12 a 65 años. En este estudio se determinó como “*prevalencia de consumo*” al porcentaje de personas que declararon haber usado una sustancia dentro de un período determinado”(7). Los datos evidenciaron que la marihuana era la droga con mayor prevalencia (3.8%), seguida de la cocaína (1.7%) y la pasta básica de cocaína (1.5%). Y en relación a la “*incidencia del consumo*”, se identificó a la marihuana como la sustancia de mayor presentación en el último año (0.6%).

Luego en el 2017, la encuesta de hogares, realizada por CEDRO (5), confirmaría el incremento de consumo de drogas ilegales en la población peruana, reportando que la prevalencia de vida de marihuana era del 8.1%, en pasta básica de cocaína del 2.0% y en clorhidrato de cocaína el 1.6%, comparado con el estudio de DEVIDA en el año 2010.

Es importante hacer notar que los estudios de epidemiología en relación al consumo de drogas en el país, a la fecha, están centrados en su gran mayoría en población general, salvo el Estudio de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Adolescentes Infractores del Poder Judicial, ejecutado por DEVIDA en el año 2013, que reportó importantes datos: en drogas legales, identificó una prevalencia de 89.9% en alcohol y 82.7% en tabaco. Y en relación a drogas ilegales, identificó en marihuana una prevalencia de vida de 42.7%, PBC 19.5% y Cocaína 15.9%. Datos muy superiores a los alcanzados en los estudios con población general(7).

Se hace necesario, conocer con mayor amplitud cómo se viene manejando el patrón epidemiológico y la situación del consumo de drogas en poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad social, con la finalidad de incrementar acciones de salud pública que mejore la respuesta nacional al consumo de drogas en nuestro país.

Conceptos básicos asociados al consumo de drogas

Definición de droga

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como droga: *“A toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”*, y por droga de abuso: a *“Cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”*(8) . Este concepto sigue manteniéndose hasta la fecha en el ámbito académico científico y será utilizado en el presente estudio para contextualizar toda situación de consumo relacionada a las drogas.

Es importante señalar, que la presente definición de droga no contempla el contexto cultural de las sustancias, y se entiende que en ella están considerados tanto las que son de uso legal, como el tabaco y el alcohol, como las de uso ilegal, como la cocaína, la marihuana y otras.

Por otro lado la Asociación Americana de Psiquiatría, cuando se refiere a los *trastornos relacionados con sustancias*, según el DSM-V-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), menciona que son: “*todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta*” (9), en especial porque acarrear trastornos que podrían incapacitar al sujeto que las consume en diferentes aspectos de su vida, en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. En este caso, incluye las sustancias tanto, las de tipo legal, ilegal junto a ciertos medicamentos y tóxicos.

Clasificación de las drogas

Las drogas se han clasificado en distintas categorías. Elizardo Becoña Iglesias, en su libro Bases Científicas de Prevención de las Drogodependencias (10), refiere que una de las clasificaciones más utilizadas son las de Shuckit (2000), que las agrupa en:

- Depresoras del Sistema Nervioso Central –SNC (alcohol)
- Estimulantes o simpatomiméticos del SNC (cocaína)
- Opiáceos
- Cannabinoides
- Alucinógenos

- Solventes, drogas para contrarrestar otros efectos y otras.

Tabla 1: Clasificación de las drogas según Shuckit (2000)

Clasificación	Tipo de sustancias
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, pegamentos, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Tipos de consumidores: Experimental, Ocasional, Habitual y Dependiente

En base a los estudios realizados por Elizardo Becoña, en el documento Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias(10), CEPESJU en el Manual de Rotafolio de Drogas(11) y DEVIDA(12), se establece como tipo de consumidores a las siguientes categorías:

Consumidor experimental, categoría que se caracteriza porque la persona “ *por diferentes factores, sea por curiosidad, imitación, y deseo de conocer y experimentar prueba por primera vez una o más sustancias*”(12). Y en este contacto inicial, a partir de su experiencia

con la sustancia, podría consumir más veces o no volver a probarla.

Consumidor ocasional, social o recreacional: Es la persona que por lo general consume sustancias de manera ocasional o esporádica. *“Lo puede hacer en reuniones, fiestas, eventos sociales, no contempla una periodicidad permanente y casi siempre presentan largos periodos de abstinencia”*(12). Por lo general puede referir razones como *“la necesidad de interactuar con otras personas, el deseo de distraerse o relajarse o lo aducen a una justificación social”*. Su consumo puede ser intermitente, por lo general no presenta una frecuencia permanente(5).

Consumidor habitual: Es la persona que luego de haber tenido un consumo y relación con la sustancia, *“se acostumbra a ella”*(12), sean éstas drogas legales o ilegales. El consumo frecuente de la sustancia, se convierte en hábito, creando en la persona una situación de dependencia psicológica a la sustancia(5). En este caso van a referir una serie de motivos para su consumo, como son: *“intensificar las sensaciones de placer, potenciar los efectos de otras drogas, mitigar el hambre, el frío, la soledad, el aburrimiento, la ansiedad, necesidad de pertenencia del grupo”*(12).

Consumidor compulsivo o dependiente: Es la persona que presenta *“necesidad del consumo de la sustancia”*, *“no pueda dejar de consumirla”*(11). Es una de la categorías más dañinas y perjudiciales. Y puede presentar consecuencias fatales para la vida y la salud de las personas, complicaciones físicas, psicológicas y de conducta(13).

3.1.2. PATRONES DE CONSUMO EN ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Los patrones de consumo son las características del modo o forma con que el consultante y/o cliente mantiene el consumo o uso de un determinado tipo de droga(s) y el orden consecutivo de las diferentes sustancias consumidas desde su inicio (10).

Para definir el estilo de consumo de una determinada droga en un sujeto: se puede determinar a partir del ritmo, la frecuencia, cantidad y horas en las que se consume, y con todos estos puntos se definen, un patrón de consumo determinado(10).

Los patrones de consumo, en el caso del consumo del alcohol y de otras drogas, por lo general varían de población en población y responden a las características de cada una de éstas, al entorno social y a los factores de riesgo a los cuales están expuestos.

En el caso de la población de mujeres que ejercen el trabajo sexual, ya se cuenta con un previo conocimiento de la existencia de consumo(1), en el presente estudio se pretende conocer de manera más detallada los patrones de consumo , la modalidad y frecuencia de la población a intervenir, frente al consumo de alcohol y otras drogas.

3.1.3. TRABAJO SEXUAL EN EL PERÚ

El trabajo sexual, es una de las actividades que existe desde hace muchos años en el mundo y en nuestro país. Y según referencia de algunos historiadores relacionados al tema laboral, *“En el Perú, desde 1911, el trabajo sexual es considerado una actividad lícita para las mujeres mayores de 18 años, siempre que se realice en los lugares y bajo las condiciones que señalan las normas administrativas pertinentes”*(14). De lo contrario, se le considera

una actividad ilegal, *“pero no sujeta a sanción legal, a diferencia del proxenetismo que es considerado ilegal”*, con una pena privativa de la libertad de entre 2 a 12 años(15).

Hasta 1953, la política estatal en relación al trabajo sexual estaba reglamentada y funcionaba bajo el control del Ministerio del Interior y se transfiere luego a las municipalidades la facultad de otorgamiento de licencias a los prostíbulos, que están gravados con tributos como cualquier otro negocio generador de ingresos, y que cuentan con condiciones estrictas para su funcionamiento. Existen municipalidades en el país que refieren haber establecido requisitos específicos para la apertura de un prostíbulo legal, tales como las de Lima, Chiclayo y Chimbote – Santa, que además cobran un monto por la licencia (14).

Según la información dada por el Instituto Nacional de Estadística en 31 ciudades de la República, para el año 1997, había 49 prostíbulos registrados en 23 ciudades, ocho de los cuales se encontraban en Lima Metropolitana(16). Estos datos sólo representan una fracción de los lugares de comercio sexual, por el tipo de actividad, muchos de estos lugares son poco visibles y no son identificados fácilmente. Actualmente no contamos con datos exactos de lugares de trabajo sexual, sin embargo, es muy notorio su incremento, en especial en zonas muy próximas a lugares de comercio, zonas de trabajo con gran población masculina, centros de estudio, entre otros. En su mayoría los lugares de trabajo sexual son clandestinos, pues no cumplen con las normas ni con las leyes vigentes en el país(17). Esta situación de ilegalidad y clandestinidad en el trabajo sexual, genera una dinámica social muy especial, pues incrementa la explotación y los problemas de salud para las trabajadoras sexuales y sus clientes(18).

Existen diversos beneficios en torno al trabajo sexual legislado, como poder acceder a un sueldo y horario fijo de trabajo, trabajar en un lugar protegido por otras personas y el dinero extra que reciben por salir con los clientes(4). Sin embargo, existen otros servicios de los que podrían gozar que no se encuentran cubiertos, como el caso del control sanitario que, en teoría, se exige que se realice cada 15 días y, sin embargo, no se cumplen así tenemos que, en 1995, existían más de 60,000 trabajadoras inscritas, de las cuales solo 36,000 recibían control sanitario permanente(14).

A partir de 1995 el Ministerio de Salud, a través del Programa de Control de ETS y SIDA (PROCETSS) planteó una serie de estrategias para la prevención y control de las ETS y SIDA en el país. En 1998 a través de la directiva 005-98-PROCETSS refuerza la estrategia de la Atención Médica Periódica para los Trabajadores(as) Sexuales del país. En el 2009, actualiza la directiva N°030- 001-2000 PROCETSS nominada “Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las (os) trabajadoras(es) sexuales y HSH” (19) extendiendo la atención a la población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Y determinando el control sistemático y periódico de la búsqueda de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los/as trabajadoras(es) sexuales (TS) del país y la población HSH, a través del despistaje temprano de ITS y VIH en los Centros de Referencia para ITS (CERITS) del Ministerio de Salud a nivel nacional.

Es importante mencionar que ésta es la única estrategia planteada por el Ministerio de Salud para atender la salud de la población de trabajadoras/es sexuales, referida principalmente a la atención de las ITS y el VIH, y que se mantiene vigente hasta la actualidad.

3.1.4. DEL ACCESO DE LAS MTS A LOS SERVICIOS DE SALUD

En el Perú se cuenta con la Ley 26626 (Ley CONTRASIDA), la cual fue reglamentada mediante Decreto Supremo 004-97-SA, en el año 1996 y su modificatoria Ley 28243 del año 2004, ambas promueven el acceso universal al tratamiento antiretroviral en el país, con prioridad de atención a las personas en situación de vulnerabilidad, como las personas homosexuales, gay, mujeres trans, población privada de libertad y trabajadoras(es) sexuales(20). La ley también considera la priorización de estrategias para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH, y plantea, en el caso de trabajadoras (es) sexuales, la implementación de la Atención Médica Periódica (AMP) para fomentar el diagnóstico oportuno, la distribución de condones y la educación de pares para mejorar el acceso de estas poblaciones a los servicios de salud.(21)

La AMP es el control sistemático y periódico de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH, intervención dirigida a poblaciones de alta vulnerabilidad debido a la presentación de comportamientos de alto riesgo en sus prácticas sexuales y por el elevado intercambio de parejas sexuales. Servicio brindado por el Ministerio de Salud, para determinar el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de estas infecciones, en los Centros Especializados de Referencia de ITS y VIH y SIDA (CERITSS) y en las Unidades de Atención Médica Periódica conocidas como UAMP a nivel nacional. (19)

Los establecimientos de trabajo sexual autorizados recomiendan a las trabajadoras sexuales, participar de la AMP, constituyéndose para muchas de ellas, en una actividad regular y un requisito para ejercer el trabajo sexual(18). Por lo general las MTS deben mostrar su carnet

sanitario con los exámenes regulares al día, para que sean admitidas por los administradores en los espacios de trabajo sexual (22).

A través del Ministerio de Salud, entre los años 1992 y 2000, se han realizado estudios de prevalencia en el país para conocer la situación de las MTS y la presentación de las ITS y el VIH y SIDA, evidenciando resultados de prevalencia entre el 0.6% y el 1.0 %. Uno de los últimos estudios de prevalencia realizado por la Universidad Cayetano Heredia y el Ministerio de Salud en el año 2002 evidenció 0.49% de prevalencia nacional de VIH en la población de MTS, siendo este resultado algo mayor al encontrado en la población general (0.22%) en ese año.(23).

Uno de los estudios nacionales que ha involucrado una gran participación de MTS alrededor del país, fue el estudio comunitario PREVEN, desarrollado en 20 ciudades en el país, entre el año 2002 y 2006. Involucro un promedio de 4,130 MTS y permitió validar la existencia de un número importante de mujeres en el ejercicio del trabajo sexual. El estudio permitió identificar aspectos relacionados a la salud sexual reproductiva de la MTS, búsqueda de atención médica y conocimiento de su comportamiento sexual. En relación a la prevalencia del VIH se verificó que era menor al del 1.% (24).

En relación al acceso de las MTS al sistema de salud en el país, el estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud, realizado en el año 2013 por la Redtrasex, nos indica que las MTS participantes del estudio, acudieron al menos una vez a consulta médica en el último año para realizarse exámenes de ITS y VIH y para obtener su carnet sanitario (18).

El acceso de las MTS peruanas a los servicios de salud, está relacionado principalmente a la atención médica periódica y a la prevención y control de la transmisión de las ITS y VIH.

No se han identificado estudios sobre el acceso de las MTS a los servicios de salud para otros temas de atención como por ejemplo los relacionados a salud mental o a la problemática del consumo del alcohol y otras drogas.

3.1.5. USO Y CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN TRABAJADORAS SEXUALES

En relación al tema del uso y consumo de alcohol y otras drogas, se cuentan con algunos estudios que evidencian su presencia en las MTS, uno de ellos es el de “Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas” realizado en 2014, que evidencia el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en MTS en ejercicio del trabajo sexual, donde las participantes refirieron el uso y consumo debido a la presión y demanda de los clientes y administradores de los locales(25).

Otro estudio que muestra interesantes evidencias es el realizado por Cáceres en el año 2007 en Perú, en este estudio se exploró la relación entre el VIH y el consumo de drogas, en grupos de población general y población vulnerable en cuatro ciudades de mayor prevalencia para el VIH: Lima, Callao, Chiclayo e Iquitos. En el caso del grupo de MTS, se identificaron tres importantes hallazgos:

- Historias parecidas en las MTS participantes de las cuatro regiones en relación al inicio en el trabajo sexual, la mayoría de ellas se iniciaron en el trabajo sexual a edades muy

tempranas, antes de los 18 años. Y referían un promedio de 10 años de permanencia en el trabajo sexual.

- Presencia de consumo de alcohol y algunas drogas durante el trabajo sexual con los clientes, referían consumo de alcohol y de otras drogas, en la mayoría de veces, únicamente con los clientes. En especial las que trabajaban en videos y bares.
- Presencia de problemas económicos y sociales: Referían dedicarse al trabajo sexual por falta dinero para cubrir las necesidades de alimentación y estudios de los hijos y también por tener problemas con la pareja, en especial de orden económico. (26)

Se evidenció el uso de alcohol y otras drogas en las MTS, en el ejercicio del trabajo sexual relacionado también a la demanda y presión realizada por los clientes. Refiriendo las participantes MTS, consumir más alcohol durante el trabajo sexual, que en su vida cotidiana(26).

Finalmente en el estudio sobre “Consumo de alcohol y otras drogas y el comportamiento sexual en trabajadoras sexuales usuarias y no usuarias de la atención médica periódica en Lima y Callao” realizado en el 2011, se identificaron casos de mayor consumo del alcohol y otras drogas, en las MTS que “no asisten de manera regular a la atención médica periódica” comparado con el consumo en las mujeres “que asisten de manera regular”(1).

Por lo general las MTS que asisten de manera periódica a sus controles y a la AMP, son aquellas que laboran en lugares de trabajo sexual (prostíbulos) regentados por un equipo de administradores, que les solicita el carnet sanitario y dónde no se permite el consumo de

sustancias. Las que laboran en calle, bares y otros espacios, por lo general no requieren presentar ningún carnet sanitario. Tienen un trabajo más libre y en condiciones diferentes.

Los datos presentados revelan la presencia de una problemática especial en la salud de las mujeres que realizan trabajo sexual. El consumo del alcohol y otras drogas, en especial “en el ejercicio o durante el trabajo sexual”, podría constituirse en un comportamiento de alto riesgo, para generar un “consumo habitual y perjudicial” que tendría gran impacto en su salud, en especial tomando en cuenta la periodicidad y el ejercicio del trabajo sexual en sus vidas.

3.1.6. CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS Y EL INCREMENTO DE ITS

En la temática de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el consumo del alcohol y otras drogas son considerados “condicionantes de riesgo”, pues son sustancias que, al ser ingeridas por una persona, alteran el juicio, reducen la inhibición y dependiendo del grado de su consumo, podrían fomentar prácticas sexuales inseguras, aumentando las posibilidades de adquirir alguna ITS o el VIH, tal como lo refieren algunos estudios nacionales e internacionales que citaremos a continuación.

Mazzotti refiere en uno de sus estudios con sujetos farmacodependientes, el intercambio de sexo por drogas, como una práctica frecuente, y determina la asociación entre tener más de una pareja sexual y consumir marihuana en el último año a una mayor prevalencia de ITS (27). De igual forma en el 2003, evalúa la hipótesis de que el uso de alcohol y las expectativas sobre sus efectos están relacionados con la conducta sexual de riesgo en

adultos jóvenes de una zona urbano-marginal de Lima, revelando que un sujeto bebedor pesado, incrementa en más de cinco veces la probabilidad de presentar conducta sexual de riesgo(28).

Weeks y colaboradores en un estudio con MTS drogadictas reclutadas en Hartford, Connecticut, reportó el uso variable del condón en el trabajo sexual y el riesgo del incremento de ITS y VIH (29) y finalmente Meneses, describe las consecuencias del uso del alcohol y cocaína en un grupo de MTS de 6 ciudades españolas, identificando la relación entre el consumo de drogas y la prestación de servicios sexuales, lo cual supone un riesgo para la salud de las MTS participantes, ya que se asocia con relaciones sexuales sin protección y altas posibilidad de presentación de ITS(30)

Los estudios referidos, muestran la relación entre el consumo de alcohol y su relación con el comportamiento sexual, por tanto, es necesario considerar el estudio del alcohol y otras drogas en la salud de poblaciones vulnerables como son las trabajadoras sexuales, a fin de explorar el impacto que origina en su salud y en su vida en general.

3.2 MÉTODOS DE TAMIZAJE PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

3.2.1. AUDIT: Test de identificación de trastornos debido al consumo de alcohol

El test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una herramienta importante de evaluación para el consumo de alcohol y constituye uno de los principales métodos para el descarte del consumo excesivo del alcohol. En especial por su modalidad para la evaluación breve (8).

Es una herramienta muy simple de evaluación y de gran ayuda para la identificación de casos, permite determinar si la persona presenta un consumo de riesgo o un consumo perjudicial o de dependencia de alcohol(13).

El consumo de riesgo en el alcohol, es un patrón de consumo que incrementa y aumenta la posibilidad de consecuencias adversas para la salud de todo bebedor(a) y su entorno.

Es importante detectar a tiempo, los patrones de consumo de riesgo, en diferentes poblaciones, en especial en los grupos más vulnerables. Por lo general, el consumo del alcohol en nuestra cultura y sociedad está muy disfrazado, y casi siempre parece invisible, en especial por los mitos y creencias sociales referentes a su consumo. Es necesario detectarlo a tiempo y antes de que las personas presenten trastornos mayores. *Mientras más temprana sea su detección, será mejor el pronóstico para su tratamiento*(8).

Por lo general, cuando se establece un consumo perjudicial del alcohol, no hay control ni capacidad del sujeto en su consumo y esta situación conlleva a consecuencias muy serias para la salud física, mental y social de las personas y su entorno(31).

La importancia de realizar el tamizaje oportuno, puede ser un elemento de alerta en el diagnóstico, pues la persona puede parar o reducir su consumo con la asistencia y el esfuerzo adecuado. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el abandono del consumo de alcohol es más difícil y a menudo requiere tratamiento especializado(32).

3.2.2. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias - ASSIST

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones, bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta prueba puede ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de la salud, a fin de identificar con mayor brevedad y oportunamente el nivel y tipo de consumo de los usuarios(as) frente a las sustancias psicoactivas (33).

La prueba consiste en un cuestionario dirigido a personas que por lo general consumen estas sustancias y que puede ser administrado por un profesional de la salud y/o un personal capacitado. Es una prueba de detección bastante simple. Consta de un cuestionario de sólo ocho preguntas y en relación al tiempo de aplicación, puede ser llenado aproximadamente entre 5 y 10 minutos. Tiene un lenguaje simple y entendible, para la población, culturalmente es bastante neutral, por lo que puede utilizarse en diferentes espacios, países y lugares y con diferentes poblaciones, para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina,
- Inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos
- Opiáceos y otras drogas.

Luego de su aplicación, los resultados de la prueba nos brinda una puntuación de riesgo para cada una de las sustancias, que el usuario(a) refiere haber consumido (33). Y definida la categoría de “riesgo”, se inicia una conversación (intervención breve) sobre el consumo de sustancias.

Los resultados de la puntuación permiten clasificar a los individuos en tres niveles de riesgo para cada sustancia: ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’. En cada caso se determina la intervención más adecuada: ‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’, respectivamente (33).

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Nos permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y también conductas asociadas con sustancias que se consumen a través de inyectables.

A través de sus ocho ítems establecidos, podemos obtener información en relación a las siguientes situaciones relacionadas al consumo de sustancias:

1. ¿Qué sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?
2. ¿Con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?
4. ¿Con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?
5. ¿Con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?

6. Si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.
7. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido?
8. ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido?

Constituye una herramienta útil y práctica para la detección temprana del uso de alcohol, tabaco y de las otras sustancias en diferentes poblaciones, y su fácil aplicación se adecúa al contexto cultural y social. Sí bien la OMS recomienda su uso, en especial en usuarios de la atención primaria de los servicios de salud (33). También puede ser aplicado en los siguientes grupos poblacionales:

- Usuarios de programas de detección para la promoción de la salud.
- Consumidores de sustancias en servicios de salud de universidades, clínicas de enfermedades de transmisión sexual y servicios de salud mental.
- Usuarios cuyo motivo de consulta tiene relación con el consumo de sustancias.
- Prisioneros cuyo delito pueda estar relacionado con el consumo de sustancias.
- Usuarios cuya enfermedad se puede empeorar por el consumo de sustancias.
- Mujeres embarazadas y otras poblaciones.

Al ser utilizada como una herramienta para el despistaje del uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, permite identificar tempranamente riesgos de adicción o niveles de riesgo del consumo de estas sustancias(2). Identificando de manera rápida el nivel de riesgo (bajo, moderado o alto).

Otra de sus ventajas es que orienta el desarrollo de estrategias de intervención para la atención y tratamiento del consumo de sustancias, que incluyen intervenciones breves y oportunas cuando identifica un nivel de riesgo moderado y estrategias más intensivas cuando identifica un nivel de riesgo alto(33).

La detección temprana del consumo de sustancias constituye una importante estrategia de control y atención, ya que permite el desarrollo de intervenciones breves especializadas a la población que presenta consumo de riesgo, para prevenir o tratar patrones de consumo problemáticos (11).

En el caso de la presente investigación, se ha planteado la aplicación del ASSIST a la población de mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao, para explorar la situación del consumo del alcohol y otras drogas, conocer los patrones de consumo y los niveles de riesgo de dicho consumo en relación a su salud.(33).

IV: METODOLOGÍA

4.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es una investigación de nivel descriptivo de tipo aplicada.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se planteó como un estudio transversal descriptivo.

4.2. 1 POBLACIÓN:

En esta investigación se planteó como población a las mujeres trabajadoras sexuales, que ejercen el trabajo sexual de manera permanente, en diferentes espacios y lugares de la ciudad de Lima y Callao, lo ejercen de manera libre y voluntaria y además son mayores de edad.

El estudio se determinó con la finalidad de determinar en esta población, los principales patrones del consumo de alcohol y otras drogas mediante la aplicación de la prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSITS). Y también para conocer el nivel de accesibilidad que tienen las MTS a los servicios de salud del MINSA para su atención en temas relacionados al consumo de alcohol y otras drogas.

4.3. NATURALEZA DE LA MUESTRA

Constituida por mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao.

4.3.1 TIPO DE MUESTRA

Muestra seleccionada en los lugares de socialización (prostíbulos, bares, hoteles) de Lima y Callao e incluye a mujeres mayores de 18 años de edad que ejercen el trabajo sexual de manera libre y autónoma.

4.3.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Muestra constituida por mujeres mayores de 18 años que ejercen el trabajo sexual en prostíbulos, bares y en calles de las ciudades de Lima y Callao (1).

4.3.3 MUESTRA Y MÉTODOS DE MUESTREO

Debido a que no se contaba con un número exacto de mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao, se definió el universo de estudio desarrollando un mapeo previo. La muestra fue determinada según el mapeo y se ejecutó para acceder a esta población de difícil acceso; para ello se planteó el muestreo de tiempo y espacio, conocido como “Time Space Sampling” (TSS) en su acrónimo en inglés(34).

Esta metodología ya es utilizada en el país, para estudios de vigilancia de infección por VIH e ITS en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. Y también utilizada por Altamirano N. en el estudio con población MTS en el 2011.

La fase de reclutamiento estuvo precedida por un período de identificación de los lugares de asistencia de las MTS y del horario en el que este grupo poblacional se congrega en los espacios de trabajo sexual en Lima y Callao. Este procedimiento de mapeo etnográfico, nos sirvió para

definir un listado de espacios geográficos e intervalos de tiempo para la selección de las participantes MTS del estudio. Los lugares seleccionados para el estudio fueron espacios (bares/discotecas, prostíbulos, calle y saunas) identificados con una mayor afluencia de MTS, tanto en Lima como en el Callao, con asistencia mayor o igual a 10 TS en un promedio de tiempo de 4 horas, tal como se muestra en la Tabla 2. Resultados mapeo de lugares de trabajo sexual con asistencia ≥ 10 TS durante 4 horas

Tabla 2. Resultados mapeo de lugares de trabajo sexual con asistencia ≥ 10 TS durante 4 horas

Local	Tipo	Nombre	L	M	M	J	V	S	D
00001	Prostíbulo	El Botecito					16:00 a	16:00 a	
00002	Night Club	Las Cascadas					04:00 20:00 a	04:00 20:00 a	
							05:00	05:00	

Según los espacios identificados durante la etapa del mapeo, se confeccionó un cuadro de locales y tiempos para programar las visitas. (Anexo 01) Mapeo.

El mapeo estuvo a cargo del equipo de trabajo conformado por la investigadora principal y un equipo de promotoras educadoras de pares MTS, con experiencia de trabajo con la comunidad de MTS de Lima y Callao. Se programo ejecutarlo en Lima y Callao, entre la última semana de mayo y la primera semana de junio del 2014.

Permitió conocer las características de la población del estudio, el contexto situacional, los principales lugares de trabajo sexual, los días de mayor concentración de la población en cada

uno de los espacios ubicados, y por último el horario más apropiado para el recojo de información. Por limitaciones técnicas se realizó un muestreo por conveniencia en los lugares, tiempos y personas identificados durante el mapeo. La Tabla 3 presenta el resultado del mapeo:

Tabla 3: Resultados del mapeo para Lima/Callao - mayo y junio 2014

Espacio de trabajo sexual	Lima	Callao	Total
Night Clubs	8	0	8
Prostíbulos	0	3	3
Bares	0	5	5
Spa /Sauna	2	0	2
Discoteca	0	2	2
Hoteles	1	3	4
TS identificadas	165	454	659

En la provincia de Lima, la mayoría de los espacios de trabajo sexual fueron nights clubs, mientras que en el Callao el tipo de espacio más común fueron bares.

Los días de mayor concentración de TS y clientes, en los espacios identificados, fueron los días jueves, viernes y sábados. Las horas identificadas como más concurridas por la población de TS y sus clientes, fueron los prostíbulos y saunas entre las 11 de la mañana y las 6 de la tarde. En bares, discotecas y hoteles, las horas de mayor afluencia fueron entre las 6 de la tarde y las 3 de la mañana. El Anexo 1 muestra los resultados detallados del mapeo.

4.3.3.1 TAMAÑO DE MUESTRA:

Siendo un estudio que explora los patrones del consumo de alcohol y otras drogas en las mujeres que ejercen el trabajo sexual, para estimar el tamaño de muestra siguiendo la

metodología TSS(35) se utilizó la siguiente fórmula correspondiente a un muestreo aleatorio simple:

$$n = Z^2 PQ / d^2$$

Dónde:

n es el tamaño de muestra no corregido

Z es el score z para el intervalo de confianza deseado (1.96)

P es la proporción de la muestra que reporta el indicador (0.60)

$Q = 1 - P$

d es el error máximo error aceptable (0.05)

Considerando un intervalo de confianza del 95% así como una prevalencia de consumo de alcohol (reportada en grupos de Hombres que tienen sexo con Hombres del Estudio de Vigilancia Epidemiológica 2011–DGE-MINSA) de 60%, y un error máximo tolerable de 5%, estimamos un tamaño de muestra de 369. Dado que sabemos que la población es finita (619 MTS de acuerdo al mapeo), hacemos la corrección usando la fórmula:

$$n_{(a)} = n / (1 + n/N)$$

Donde:

$n_{(a)}$ es el tamaño de muestra corregido por población finita

n es el tamaño de muestra no corregido (369)

N es el tamaño de la población (619)

Por lo tanto, la muestra necesaria es de 231 MTS, asumiendo un muestreo aleatorio simple. Considerando que se hizo un muestreo por conglomerados (muestreo de tiempo y espacio) se consideró un efecto de diseño de 1.3, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n_{(f)} = n_{(a)} \times ED$$

Donde:

$n_{(f)}$ es el tamaño de muestra final

$n_{(a)}$ es el tamaño de muestra corregido por población finita

ED es el efecto de diseño (1.3)

De esta manera, el tamaño de muestra requerido es de 300.

4.3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Los criterios de selección para los lugares de trabajo sexual fueron los siguientes:

- Lugares de ejercicio de trabajo sexual, ubicados en las provincias de Lima y Callao.
- En Lima, distritos de Lince, La Victoria, Pueblo Libre, San Miguel y San Isidro.
- En Callao, distrito del Callao (centro) y en la zona de la carretera Canta Callao.
- Lugares considerados “seguros” de acuerdo a las coordinaciones que se realizaron con las promotoras de trabajo sexual y que conocían los ámbitos de trabajo sexual de la zona y donde se tenía posibilidades de acceder a través de un permiso otorgado por la administración.

Los criterios de selección considerados para la muestra fueron los siguientes:

- Mujeres de 18 y más años de edad que ejercen trabajo sexual de manera voluntaria
- Mujeres que se encuentren trabajando en los lugares de comercio sexual seleccionados y en los horarios seleccionados.
- Mujeres que hayan firmado voluntariamente el consentimiento informado

4.4. INSTRUMENTOS:

4. 4.1 Características de los instrumentos:

En el presente estudio se utilizaron dos instrumentos:

- Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias – **ASSIST**.
- Cuestionario de accesibilidad a servicios de salud.

ASSIST: Por sus siglas en inglés, pero que en español es nominada como Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias. Utilizada para determinar el nivel de riesgo de las personas respecto al consumo de sustancias (Anexo 2).

En el presente estudio, permitirá identificar los patrones del consumo de drogas en la población de MTS, la frecuencia de consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos. Además, se logrará información de la intención de consumo, problemas de salud, sociales, legales y económicos asociados al consumo de estas sustancias, preocupación de algún familiar por el consumo, intención de reducir el consumo y por último permitirá caracterizar el nivel riesgo de las MTS, según el consumo identificado.

Cuestionario de accesibilidad a servicios de salud: Que mide el acceso de la población del estudio a los servicios de salud del Ministerio de Salud, en caso de solicitar atención sobre el consumo de alcohol y otras drogas. Consta de 18 preguntas para conocer información general de las MTS participantes, así como el nivel de acceso a servicios de salud. Fue elaborado por la investigadora principal del estudio y fue validado con un grupo de mujeres trabajadoras sexuales, para conocer el significado de los ítems y la comprensión del lenguaje del instrumento (Anexo 2).

Las características demográficas a explorar fueron: edad, grado de instrucción, estado civil, edad de inicio en el trabajo sexual, número de hijos, tiempo en el trabajo sexual, número de clientes por día de trabajo, número de días de trabajo sexual por semana, actividad desarrollada aparte del trabajo sexual.

En relación al acceso a los servicios de salud se busca conocer: asistencia de las MTS a algún servicio de salud durante el último año y los tres últimos meses. Atención sobre el consumo de alcohol y drogas en algún servicio de salud mental del MINSA y conocimiento de la oferta y ubicación de servicios de orientación y atención en el consumo de alcohol y otras drogas.

4. 4.2 Tipos de Instrumentos

Cuestionarios auto aplicados.

4.5.- TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La aplicación de los instrumentos, ASSIT y cuestionario, a la población objetivo del estudio, se desarrollaron en los lugares de trabajo sexual de Lima y Callao, previamente identificados en el mapeo etnográfico. Antes de la aplicación de los instrumentos, se contempló el desarrollo del consentimiento informado, documento que aseguró la participación de las MTS, de manera libre y voluntaria.

Las personas responsables de la aplicación del consentimiento informado y de los instrumentos fueron la investigadora principal y las promotoras educadoras de pares TS de Lima y Callao, que formaron parte del equipo de apoyo.

Se consideró la participación de las promotoras educadoras de pares TS, debido a su experiencia de trabajo con la población de MTS de las zonas de Lima y Callao y al conocimiento que tienen sobre esta comunidad. Fueron mediadoras con el público objetivo del estudio para lograr el desarrollo de la investigación.

Antes del trabajo de campo y de la aplicación de los instrumentos, se realizó una fase de capacitación al equipo del estudio conformado por 10 promotoras educadoras de pares TS, sobre la temática del consumo del alcohol y otras drogas y el manejo de los instrumentos. Se adjunta el plan de capacitación (Anexo 5).

Para el recojo de información se tomaron en cuenta aspectos que a continuación se presentan:

4.5.1 METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.5.1.1 De la aplicación del ASSIST:

- La prueba del ASSIST se aplica de manera personal. Autoaplicado.
- Las visitas de trabajo de campo están a cargo de la investigadora y las promotoras educadoras de pares TS seleccionadas.
- La aplicación del ASSIST tiene una duración de 10 minutos para cada participante y es confidencial. Además, la participación de las MTS en el estudio es voluntaria.

4.5.1.2 De la aplicación del Cuestionario de Acceso a Servicios del MINSA

- Autoaplicado.
- Se entrega el cuestionario a cada una de las MTS para su desarrollo.
- La aplicación tiene una duración de 5 a 10 minutos.
- Las promotoras TS y la investigadora acompañan el proceso.

- Finalmente se agradece a la participante por su apoyo y se le entrega en retribución al tiempo dedicado, un pequeño refrigerio.

4.6.-ANALISIS DE DATOS

- Antes de iniciar el procesamiento de las encuestas se efectuó el control de calidad de las mismas.
- La información fue transcrita a hojas de cálculo electrónicas.
- Se elaboró una base de datos separada para cada instrumento. En PSPP.
- Se trabajaron los datos porcentuales según los reactivos establecidos.
- Los resultados se presentan en tablas (numeradas del 1 al 17), que incluyen las variables de estudio. Además, para comparar el resultado de niveles de riesgo (variable ordinal) en consumo de sustancias se utilizó el cálculo de Chi cuadrado para comparaciones en regiones y acceso a servicios del MINSA (Tabla 12, 14, 15, 16 y 17).

4.6.1 Del archivo y seguridad de los datos:

- Los instrumentos han sido numerados y debidamente archivados como medio de verificación de la realización del estudio y bajo responsabilidad del investigador principal.
- Se cuenta con una base de datos y con una copia de la base a cargo de la investigadora principal, como se describe en el consentimiento informado.
- Los datos y resultados se mantienen en estricta confidencialidad.

4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El protocolo de la presente investigación fue aprobado el 22 de julio del 2014 por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Anexo 03) Carta de aprobación del Comité de Ética. Así como el consentimiento informado (Anexo 04).

Es importante mencionar que, durante el desarrollo del trabajo de campo, el equipo de investigación, dio la lectura del consentimiento informado a cada una de las participantes del estudio y se obtuvo su aprobación para su participación en el estudio. La participación de la población objetivo del estudio fue voluntaria y libre. Se respetó el anonimato en su aplicación, haciendo uso de seudónimos, para proteger su identidad. El respeto a los derechos de la población de trabajadoras sexuales estuvo garantizado, así como la confidencialidad y la privacidad.

En la aplicación de los instrumentos se tomaron en cuenta las siguientes medidas:

- Se ubicó un espacio físico para que la participante pueda estar cómoda respecto a la confidencialidad del caso.
- Se reiteró la voluntariedad y la confidencialidad.
- No se emitieron juicios de valor sobre las respuestas de las participantes.
- Se resolvieron sus consultas en relación a la aplicación de los instrumentos.
- Se respetó el tiempo que les tomó desarrollar los instrumentos.
- Sí la participante no desea continuar con el desarrollo de los instrumentos, se respetó su decisión.
- Se entregó material y folletería sobre el tema del consumo de alcohol y otras drogas.

V: RESULTADOS

5.1 Tipos de establecimiento identificados para la muestra según región

La muestra total del estudio estuvo conformada por 300 MTS, 50% de la región de Lima y el otro 50% del Callao. La Tabla 4 indica los tipos de establecimientos de trabajo sexual identificados en cada una de las regiones para el reclutamiento de la muestra del estudio.

Tabla 4: Tipo de establecimientos de trabajo sexual identificados

Región	% Muestra	Tipo de establecimiento	N° de espacios
Lima	150	Nigth club	8
		Hotel	2
		Calle	6
Callao	150	Prostíbulo	4
		Bar	3

Los espacios de trabajo sexual tanto en Lima como en el Callao, fueron identificados con el apoyo de un equipo de promotoras de pares MTS a través de un mapeo etnográfico.

En Lima, fueron identificados tres tipos de espacios: night clubes, hoteles y calles. En el Callao se intervino en prostíbulos y bares.

Es importante mencionar que en cada región se identificaron características propias en relación a la dinámica del trabajo sexual, mientras en Lima, la mayor frecuencia de MTS está concentrada en espacios de diversión como night clubes, hoteles y calles, en el Callao las MTS están más concentradas en prostíbulos y bares.

5.2. Información descriptiva de la muestra

La Tabla 5 presenta características importantes de la muestra de estudio, relacionadas a lugar de procedencia, edad, nivel de instrucción, entre otras variables.

Tabla 5: Características demográficas de las participantes

Variable	n (%)
Provincia y lugar de procedencia	
Lima	150
Nigth club	108 (36.0)
Hotel	8 (2.8)
Calle	34 (11.3)
Callao	150
Prostíbulo	130 (43.3)
Bares	20 (6.6)
Edad	
18 – 25	167 (55.7)
26 – 30	46 (15.3)
31 – 35	30 (10.0)
36 – 40	29 (9.7)
>40	26 (8.7)
Grado de instrucción	
Primaria	66 (22.0)
Secundaria	192 (64.0)
Técnica	25 (8.3)
Universitaria	14 (4.7)
Sin instrucción	3 (1.0)
Estado civil	
Soltera	206 (68.7)
Casada	21 (7.0)
Conviviente	61 (20.3)
Divorciada	7 (2.3)
Viuda	5 (1.7)
Cuenta con hijos a su cargo	
Si tienen hijos	199 (63.3)
No los tienen	101 (33.7)
Número de hijos a su cargo	
1 – 2	160 (50.3)
3 – 4	36 (12.0)
>4	3 (1.0)

Del total de participantes MTS, 150 fueron identificadas en Lima y 150 en el Callao. En Lima, el 36% procedían de night clubes y en el Callao el 43% de prostíbulos.

El 55.7% de las participantes, se ubicaban entre los 18 y 25 años de edad. El 99% reportó algún nivel de educación formal. En cuanto al estado civil, 206 (68.7 %) refirieron ser solteras y 199 (63.3%) contaba con hijos, 114 (57.3%) eran madres solteras (dato no mostrado en la tabla).

5.3 Características del trabajo sexual

La Tabla 6:Características del trabajo sexual

nos presenta características de las participantes, relacionadas al trabajo sexual como edad de inicio, tiempo en el trabajo sexual entre otros datos importantes.

Tabla 6:Características del trabajo sexual

Variable	n (%)
Edad de inicio en el trabajo sexual	
Menos de 13 años	6 (2.0)
Entre 13 y 16 años	23 (7.7)
Entre 17 y 20 años	138 (46.0)
Entre 21 y 24 años	90 (30.7)
Más de 25 años	43 (14.3)
Tiempo en el ejercicio del TS	
Menos de 1 año	56 (18.7)
Entre 1 y 3 años	113 (37.7)
Entre 4 y 6 años	64 (21.3)
Entre 7 y 10 años	29 (9.7)
>10 años	38 (12.7)
Número de clientes por día de trabajo	
Entre 1 y 3	35 (11.7)
Entre 4 y 6	132 (44.0)
Entre 7 y 10	73 (24.3)
>10 clientes	60 (20.0)
Número de días que labora en la semana	
Entre 1 y 3 días	84 (28.0)
Entre 4 y 7 días	154 (51.3)
Los 7 días de la semana	57 (19.3)
No refieren	5 (1.7)
Aparte de trabajar como TS que otra actividad desarrolla	
Ama de casa	170 (56.7)

Comerciante	36 (12.0)
Estudiante	82 (27.3)
Otro	12 (4.0)

El 76.7% de las participantes, refieren su inicio en el trabajo sexual entre los 17 y 24 años.

El 37.7% ejerce el trabajo sexual, entre 1 a 3 años y el 44% refiere entre 4 a 6 clientes por día de trabajo. El 51.3% trabajan entre 4 y 7 días a la semana, evidenciando una actividad continua. Finalmente, el 56.7% de las MTS, refirió como otra actividad, la de “ama de casa”.

5.4.- De los patrones de consumo

En relación a los patrones de consumo de alcohol y otras drogas en las MTS del estudio, la Tabla 7:Consumo de drogas en MTS a lo largo de la vida muestra el consumo de estas sustancias a lo largo de la vida.

Tabla 7:Consumo de drogas en MTS a lo largo de la vida

Variable	n (%)
A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?	
Bebidas alcohólicas	266 (88.7)
Tabaco	215 (71.7)
Tranquilizantes	101 (33.7)
Cocaína	74 (24.7)
Cannabis	69 (23.0)
Anfetaminas	43 (14.3)
Inhalantes	21 (07.0)
Alucinógenos	2 (0.7)
Opiáceos	2 (0.7)

Del total de la muestra, el 88.7% de las MTS, refirieron consumir bebidas alcohólicas a lo largo de la vida y en tabaco lo refirió el 71.7%. Es importante resaltar el porcentaje elevado del consumo de estas sustancias, en este grupo poblacional.

En cuanto a otras drogas se muestra mayor prevalencia de vida en el uso de tranquilizantes (33.7%) y cocaína (24.7%). Sin embargo, también presentan porcentajes importantes el consumo de cannabis (23,0%) y anfetaminas (14.3%).

En relación al consumo en los últimos 3 meses, la Tabla 8 muestra que el 34.7% de las MTS, refieren un consumo “a diario o casi diario” de tabaco y 24.7% de las MTS lo refieren en el consumo de bebidas alcohólicas. Evidenciando un patrón de consumo habitual.

En otras drogas sucede algo similar, el 7% refiere consumo de tranquilizantes y el 4% consumo de anfetaminas “a diario o casi a diario”. Repitiendo el mismo patrón de consumo.

Tabla 8: Consumo de drogas en los últimos 3 meses

Variable	n (%)				
	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias siguientes?					
Tabaco	88 (29.3)	44 (14.7)	17 (5.7)	47 (15.7)	104 (34.7)
Bebidas alcohólicas	38 (12.7)	44 (14.7)	54 (18)	90 (30)	74 (24.7)
Cannabis	231 (77.0)	41 (13.7)	14 (4.7)	11 (3.7)	3 (1.0)
Cocaína	232 (77.3)	43 (14.3)	14 (4.7)	10 (3.3)	1 (0.3)
Anfetaminas	260 (86.7)	22 (7.3)	5 (1.7)	1 (0.3)	12 (4.0)
Inhalantes	282 (94.0)	12 (4.0)	4 (1.3)	2 (0.7)	0 (0.0)
Tranquilizantes	208 (69.3)	41 (13.7)	12 (4.0)	18 (6.0)	21 (7.0)
Alucinógenos	299 (99.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)
Opiáceos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
En los últimos 3 meses, ¿Con que frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir?					
Tabaco	94 (31.3)	45 (15.0)	15 (5.0)	61 (20.3)	85 (28.3)
Bebidas alcohólicas	45 (15.0)	59 (19.7)	54 (18)	106 (35.3)	36 (12.0)
Cannabis	232 (77.0)	41 (13.7)	11 (3.7)	11 (3.7)	5 (1.7)
Cocaína	235 (78.3)	45 (15.0)	12 (4.0)	7 (2.3)	1 (0.3)
Anfetaminas	263 (87.7)	19 (6.3)	2 (0.7)	3 (1.0)	13 (4.3)
Inhalantes	283 (94.3)	9 (3.0)	5 (1.7)	3 (1.0)	0 (0.0)
Tranquilizantes	210 (70.0)	46 (15.3)	5 (1.7)	19 (6.3)	21 (6.7)
Alucinógenos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)
Opiáceos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

El ASSIST nos permite explorar, la frecuencia de deseos fuertes o ansias por el consumo de sustancias, en este caso, el 28.3% de las MTS, refirieron deseos fuertes “a diario o casi diario” de tabaco y el 12.0 % de bebidas alcohólicas. En relación a otras drogas, el (4.3%) refirió deseos fuertes de consumo de anfetaminas y el (6.7%) de tranquilizantes.

Al presentar las MTS porcentajes significativos de deseos fuertes o ansias por el consumo de tabaco y alcohol, así como de anfetaminas y tranquilizantes, nos indica un patrón de consumo habitual, existiendo ya un fuerte vínculo con estas sustancias y presentando un riesgo de dependencia hacía las mismas. (15).

Tabla 9: Consumo de drogas y problemas de salud, sociales o económicos en últimos 3 meses

Variable	n (%)				
	Nunca	Una o dos veces	Cada mes	Cada Semana	A diario o casi a diario
En los últimos 3 meses, ¿Con que frecuencia le ha llevado el consumo a problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
Tabaco	161 (53.7)	76 (25.3)	21 (7.0)	24 (8.0)	18 (6.0)
Bebidas alcohólicas	98 (32.7)	102 (34.0)	31 (10.3)	50 (16.7)	19 (6.3)
Cannabis	261 (87.0)	28 (9.3)	3 (1.0)	6 (2.0)	2 (0.7)
Cocaína	262 (87.3)	19 (6.3)	12 (4.0)	6 (2.0)	1 (0.3)
Anfetaminas	272 (90.7)	14 (4.7)	2 (0.7)	4 (1.3)	8 (2.7)
Inhalantes	287 (95.7)	5 (1.7)	3 (1.0)	5 (1.7)	0 (0.0)
Tranquilizantes	234 (78.0)	35 (11.7)	6 (2.0)	17 (5.7)	8 (2.7)
Alucinógenos	299 (99.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)
Opiáceos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
En los últimos 3 meses, ¿Con qué frecuencia dejo de hacer lo que se esperaba de usted, habitualmente por el consumo?					
Tabaco	300 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Bebidas alcohólicas	109 (36.3)	106 (35.3)	38 (12.7)	34 (11.3)	13 (4.3)
Cannabis	245 (81.7)	29 (9.7)	13 (4.3)	9 (3.0)	4 (1.3)
Cocaína	260 (86.7)	23 (7.7)	9 (3.0)	7 (2.3)	1 (0.3)
Anfetaminas	272 (90.7)	11 (3.7)	6 (2.0)	7 (2.3)	4 (1.3)
Inhalantes	289 (96.3)	7 (2.3)	2 (0.7)	1 (0.3)	1 (0.3)
Tranquilizantes	241 (80.3)	29 (9.7)	4 (1.3)	18 (6.0)	8 (2.7)
Alucinógenos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Opiáceos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
----------	-------------	---------	---------	---------	---------

En relación a sí, en los últimos 3 meses las participantes MTS presentaron problemas de salud, sociales, legales o económicos por el consumo de drogas, el 6.3% de las participantes, refirió que lo presentaron “a diario o casi diario” en tabaco y 34.0% por bebidas alcohólicas.

Y en relación a la pregunta sobre sí dejaron de hacer lo que se esperaba de ellas habitualmente por el consumo de drogas, el 4.3% de ellas refieren que “a diario o casi a diario” dejaron de hacerlo por el consumo de bebidas alcohólicas y el 2.7% por el consumo de tranquilizantes.

Tabla 10: Percepción de riesgo de consumo de sustancias según el ASSIST

Variable	n (%)		
	No, nunca	Sí, pero no en los últimos 3 meses	Sí, en los últimos 3 meses
Un amigo o un familiar o alguien más, ¿alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de drogas			
Tabaco	160 (53.3)	78 (26.0)	62 (20.7)
Bebidas alcohólicas	104 (34.7)	94 (31.3)	102 (34.0)
Cannabis	273 (91.0)	17 (5.7)	10 (3.3)
Cocaína	272 (90.7)	16 (5.3)	12 (4.0)
Anfetaminas	282 (94.0)	11 (3.7)	7 (2.3)
Inhalantes	286 (95.3)	9 (3.0)	5 (1.7)
Tranquilizantes	253 (84.3)	30 (10.0)	17 (5.7)
Alucinógenos	299 (99.7)	1 (0.3)	0 (0.0)
Opiáceos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
¿Has intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir drogas y no lo has logrado?			
Tabaco	149 (49.7)	88 (29.3)	63 (21.0)
Bebidas alcohólicas	99 (33.0)	104 (34.7)	97 (32.3)
Cannabis	261 (87.0)	30 (10.0)	9 (3.0)
Cocaína	270 (90.0)	19 (6.3)	11 (3.7)
Anfetaminas	283 (94.3)	6 (2.0)	11 (3.7)
Inhalantes	290 (96.7)	7 (2.3)	3 (1.0)
Tranquilizantes	250 (86.3)	34 (11.3)	16 (5.3)
Alucinógenos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Opiáceos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
¿Has consumido alguna vez droga por vía inyectable? (únicamente para usos no médicos)	296 (98.7)	4 (1.3)	0 (0.0)

En cuanto a la percepción de riesgo de consumo por parte de familiares, el 34.0% de las MTS, lo han referido en los últimos 3 meses, en el caso de bebidas alcohólicas. Y el 21.0% refirió que ha intentado dejar el consumo del tabaco y el 32.3% bebidas alcohólicas, pero “no, lo han logrado”.

Tabla 11: Nivel de riesgo en MTS por consumo de drogas

Variable	n (%)		
	Nivel de Riesgo Bajo/ Sin intervención	Nivel de Riesgo Moderado/ Intervención Breve	Nivel de Riesgo Alto/ Tratamiento más intensivo
Tabaco	85 (28.3)	162 (54.0)	53 (17.7)
Bebidas alcohólicas	57 (19.0)	92 (30.7)	151 (50.3)
Cannabis	210 (70.0)	79 (26.3)	11 (3.7)
Cocaína	225 (75.0)	60 (20.0)	15 (5.0)
Anfetaminas	255 (85.0)	33 (11.0)	12 (4.0)
Inhalantes	281 (93.7)	13 (4.3)	6 (2.0)
Tranquilizantes	204 (68.0)	65 (21.7)	31 (10.3)
Alucinógenos	299 (99.7)	1 (0.3)	0 (0.0)
Opiáceos	300 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

La Tabla 11: Nivel de riesgo en MTS por consumo de drogas, muestra el nivel de riesgo identificado por el ASSIST en la población del estudio y el nivel de intervención para su atención (8). El 54% de las MTS del estudio, reportaron un Nivel de Riesgo Moderado en el consumo de tabaco y se recomendó “intervención breve” para su atención identificando un patrón de consumo habitual.

En bebidas alcohólicas, el 50% de las MTS reportó un Nivel de Riesgo Alto recomendándose “tratamiento más intensivo” e identificó un patrón de consumo compulsivo o dependiente.

En tranquilizantes el 10.3% reportó un Nivel de Riesgo Alto requiriendo “tratamiento más intensivo” e identificando un patrón de consumo dependiente.

Tabla 12: Nivel de riesgo en MTS por consumo de drogas según región

Variable	n (%)			Valor de p*
	Nivel de Riesgo Bajo/ Sin intervención	Nivel de Riesgo Moderado/ Intervención Breve	Nivel de Riesgo Alto/ Tratamiento más intensivo	
Tabaco				0.003
Lima	61 (71.8)	61 (31.7)	28 (52.8)	
Callao	24 (28.2)	101 (62.3)	25 (47.2)	
Bebidas alcohólicas				<0.001
Lima	11 (19.3)	36 (39.1)	103 (68.2)	
Callao	46 (80.7)	56 (60.9)	48 (31.8)	
Cannabis				0.026
Lima	98 (46.7)	43 (54.4)	9 (81.8)	
Callao	112 (53.3)	36 (45.6)	2 (18.2)	
Cocaína				<0.001
Lima	96 (42.7)	39 (65.0)	15 (100.0)	
Callao	129 (75.0)	21 (35.0)	0 (0.0)	
Anfetaminas				0.905
Lima	128 (50.2)	15 (45.5)	7 (58.3)	
Callao	127 (49.8)	18 (54.5)	5 (41.7)	
Inhalantes				<0.001
Lima	132 (47.0)	12 (92.3)	6 (100.0)	
Callao	149 (53.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	
Tranquilizantes				0.264
Lima	104 (51.0)	22 (33.8)	24 (77.4)	
Callao	100 (49.0)	43 (66.2)	7 (22.6)	
Alucinógenos				0.317
Lima	150 (50.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Callao	149 (49.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	

*Chi cuadrado para tendencia lineal

La Tabla 12, refiere las diferencias en el consumo de sustancias según las MTS de Lima y Callao. En tabaco, las MTS de Lima refieren un menor consumo (31.7%) frente a las del Callao (62.3%) sin embargo, en ambas regiones existe un nivel de riesgo moderado, requiriendo “intervención breve” e identificando un patrón de consumo habitual, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.003$).

En alcohol, destacan niveles de riesgo alto, siendo mayor el consumo en las MTS de Lima (68.2%) frente a las del Callao (31.8%), identificando un patrón de consumo compulsivo y dependiente, siendo estadísticamente, altamente significativo ($p = <0.001$).

En cuanto, al consumo de otras drogas, destaca en los resultados, el uso de tranquilizantes, donde las MTS de Lima refieren mayor consumo (77.4%) frente a las del Callao (22.6%), identificando niveles de riesgo alto y un patrón compulsivo y dependiente. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0.264$).

5.5.- ACCESO DE MTS A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA

En cuanto al acceso de las MTS a los servicios de salud, para su atención frente al consumo de drogas, la Tabla 13, presenta los resultados de la aplicación del cuestionario nominado “acceso a servicios de salud” desarrollado por las 300 participantes.

Las variables consideradas tienen que ver con la asistencia de las MTS a servicios de salud del MINSA, tipo de servicio al que asiste, servicio de salud visitado en los últimos tres meses, conocimiento de servicio de atención de drogas y consulta sobre si recibió atención en MINSA en relación al consumo de drogas.

Tabla 13: Acceso de MTS a servicios de salud del MINSA

Variable	n (%)
Asistencia de MTS a servicio de salud del MINSA	
Sí asisten	274 (91.3)
No asisten	26 (8.7)
Tipo de servicio de salud al que asisten	
AMP	120 (40.0)
Medicina general	17 (5.7)
PROCET	52 (17.3)
Ginecología	34 (11.3)
Otros	79 (25.7)
Servicio de salud visitado en los últimos 3 meses	
ITS y VIH	233 (77.3)
Medicina general	52 (17.3)
Salud mental	14 (4.7)
Otros	1 (0.7)
¿Alguna vez recibió atención en consumo de alcohol y otras drogas en el MINSA?	
Sí	13 (4.3)
No	287 (95.7)
¿Conoce algún servicio del MINSA que brinde atención en el consumo de alcohol y otras drogas?	
Sí	14 (4.7)
No	286 (95.3)

El 91.3% de las MTS, refirieron que asisten a los servicios de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y el 57.3 % de ellas priorizan su asistencia a servicios relacionados al control de la atención médica periódica y de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA.

El 95.7% refirieron que no recibieron atención en relación al consumo de alcohol y otras drogas. Y el 95.3% “no conocen algún servicio del MINSA que brinde esta atención”.

Las tablas siguientes nos muestran datos de la relación de las MTS que presentan niveles de consumo de alcohol, tranquilizantes, cocaína y anfetaminas, identificadas según el ASSIST y su acceso al Ministerio de Salud para recibir atención por este consumo. De igual modo se

señalan las diferencias estadísticas correspondientes para cada caso.

Tabla 14: Relación entre MTS con consumo de bebidas alcohólicas y atención en Ministerio de Salud

Nivel de consumo de bebidas alcohólicas	¿Alguna vez has recibido atención sobre el consumo de alcohol y otras drogas en el Ministerio de Salud?			Valor de p*
	Si	No	Total	
Tratamiento más intensivo	5 (3.3)	146 (96.7)	151	0.504
Intervención breve	4 (4.3)	88 (95.7)	92	
Sin intervención	4 (7.0)	53 (93.0)	57	
Total	13 (4.3)	287 (95.7)	300	

*Chi cuadrado para tendencia lineal

La Tabla 14 muestra que, en relación al consumo de bebidas alcohólicas, el 3.3% de las MTS que requieren tratamiento más intensivo, reportaron haber recibido atención en el Ministerio de Salud. Curiosamente las MTS que reportan haber recibido mayor atención, son las que refieren un nivel de consumo menor (4.3% en intervención breve y 7.0% sin intervención). Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p= 0.504$).

Tabla 15: Relación entre nivel de consumo de tranquilizantes y atención en Ministerio de Salud

Nivel de consumo de Tranquilizantes	¿Alguna vez has recibido atención sobre el consumo de alcohol y otras drogas en el Ministerio de Salud?			Valor de p*
	Si	No	Total	
Tratamiento más intensivo	0 (0.0)	31 (100.0)	31	0.196
Intervención breve	5 (7.7)	60 (92.3)	65	
Sin intervención	8 (3.9)	196 (96.1)	204	
Total	13 (4.3)	287 (95.7)	300	

*Chi cuadrado para tendencia lineal

De igual forma la Tabla 15 muestra que, en relación al nivel de consumo de tranquilizantes, el 7.7% de las MTS que requerían intervención breve reportaron haber recibido atención en el Ministerio de Salud al igual que el 3.9% de MTS que no lo requerían, En este caso, las diferencias alcanzadas, no son estadísticamente significativas ($p= 0.196$).

Tabla 16: Relación entre consumo de cocaína y atención en Ministerio de Salud

Nivel de consumo de Cocaína	¿Alguna vez has recibido atención sobre el consumo de alcohol y otras drogas en el Ministerio de Salud?			Valor de p*
	Si	No	Total	
Tratamiento más intensivo	2 (13.3)	13 (86.7)	15	0.208
Intervención breve	2 (3.3)	58 (96.7)	60	
Sin intervención	9 (4.0)	216 (96.0)	225	
Total	13 (4.3)	287 (95.7)	300	

*Chi cuadrado para tendencia lineal

La Tabla 16 muestra que, en cuanto al nivel de consumo de cocaína, el 13.3% de las MTS que requerían tratamiento más intensivo, recibieron atención en el Ministerio de Salud al igual que el 3.3% de las MTS que requerían intervención breve y el 4.0% que no lo requería. En este caso también las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0.208$).

Tabla 17: Relación entre nivel de consumo de cannabis y atención en Ministerio de Salud

Nivel de consumos de cannabis	¿Alguna vez has recibido atención sobre el consumo de alcohol y otras drogas en el Ministerio de Salud?			Valor de p*
	Si	No	Total	
Tratamiento más intensivo	1 (9.1)	10 (86.7)	11	0.220
Intervención breve	6 (7.6)	73 (92.4)	79	
Sin intervención	7 (3.3)	203 (96.7)	210	

Total	14 (4.7)	286 (95.3)	300
-------	----------	------------	-----

*Chi cuadrado para tendencia lineal

Finalmente, en cuanto al nivel de consumo de cannabis, la Tabla 17 muestra que asistieron a recibir atención al Ministerio de Salud, el 9.1% de MTS que requerían tratamiento más intensivo al igual que el 7.6 % que requería intervención breve. Es notorio ver que el 3.3% de MTS que también recibió atención, no lo requería, sin embargo, asisto a solicitarlo. En este caso también es importante señalar que las diferencias no son estadísticamente significativas (**p=0.220**).

VI: DISCUSIONES

El presente estudio realizado en el año 2014, ha permitido identificar importantes hallazgos relacionados a los patrones del consumo de alcohol y otras drogas, en 300 mujeres trabajadoras sexuales de Lima y Callao del Perú a través de la aplicación del ASSIST, como herramienta de detección temprana y también ha permitido conocer su acceso a los servicios de salud del Ministerio de Salud, para la atención y tratamiento frente al consumo del alcohol y otras drogas.

El uso y aplicación del ASSIST, ha permitido identificar la situación del consumo de alcohol y otras drogas en una población muy poco accesible como la de las mujeres trabajadoras sexuales, conocer los patrones de consumo de esta población y determinar los niveles de riesgo de su consumo. Se logro identificar patrones relacionados a consumo habitual y nivel de riesgo moderado en el caso del consumo de tabaco, y en alcohol se identificó un patrón de consumo compulsivo y dependiente, por la prevalencia alcanzada y por la frecuencia de la práctica, al igual que en el consumo de tranquilizantes, evidenciando estados de dependencia a estas sustancias(5).

Esta problemática, de la situación del consumo de sustancias en las mujeres trabajadoras sexuales, fue explorado por Altamirano(1), donde se utilizó como instrumento, un cuestionario validado por un grupo de expertos y diseñado para recoger la información de las MTS en relación al consumo de sustancias, su comportamiento sexual y la atención médica periódica(1). El estudio revelo el consumo de sustancias durante el ejercicio del trabajo sexual e identificó que las MTS que no asistían a la Atención Médica Periódica en el último año, presentaban mayor porcentaje de consumo de sustancias frente a las MTS

que si asistían a la AMP(1)

El estudio en MTS del 2014, valida el consumo de sustancias en las MTS, brindando datos más reales sobre las prevalencias a través de una prueba más específica como el ASSIST, identificando que, las MTS, *a lo largo de la vida*, presentan consumo del tabaco y alcohol, en porcentajes superiores a los alcanzados en población general, al igual que en el consumo de otras drogas (7). Datos similares al estudio de DEVIDA en jóvenes infractores (11).

La aplicación del ASSIST, como instrumento de detección temprana en el consumo de sustancias en poblaciones de difícil acceso y con características sociales especiales como las MTS, constituye un importante logro. Su fácil lectura y desarrollo por parte de la población objetivo del estudio, fueron puntos claves del manejo del instrumento y de los resultados obtenidos, sumado al apoyo brindado por las promotoras educadoras de pares TS, en la aplicación de los instrumentos, durante el trabajo de campo.

Es importante destacar que las prevalencias del consumo de alcohol y otras drogas, identificados en las MTS de Lima y Callao, al compararlos con el estudio desarrollado por la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales- INPRFM en México(25), refieren prevalencias casi similares frente a los datos obtenidos en población general. En ambos casos, factores del entorno del trabajo sexual como la presión de los clientes y administradores, facilitaron el consumo del alcohol y otras drogas en las MTS participantes.

Es necesario mencionar, sin embargo, algunas variantes de la realidad del trabajo sexual en nuestro país, en el estudio del 2014, el 100% de las participantes fueron peruanas, no se identificaron MTS extranjeras, la oferta de trabajo sexual, en su mayoría, era nacional.

Situación muy diferente en la actualidad, pues el contexto social del trabajo sexual ha variado mucho, debido principalmente al impacto de la COVID 19 y a los últimos flujos migratorios ocurridos(36).

Según la UNODC, nuestro país, desde el año 2020, ha experimentado un aumento de mujeres migrantes, principalmente venezolanas, debido al flujo migratorio regional, fenómeno que ha incrementado el trabajo sexual, así como la trata de personas y explotación sexual. Actualmente, existe una relación muy directa entre migración y trabajo sexual en nuestro país, con un escenario de alta vulnerabilidad económica, criminalidad organizada y un vacío legal que a menudo confunde la actividad autónoma del trabajo sexual con la explotación sexual (36).

En relación a los resultados de la encuesta del acceso de las MTS a los servicios de salud del MINSA para atención en el consumo de drogas, son similares a los identificados en el estudio de Estigma y Discriminación de la Redtrasex , donde se evidencia que el acceso de la mayoría de MTS a los servicios de salud están relacionados a “la toma de la prueba del VIH” y a la consejería pre test(18). Situación, que nos hace concluir que el acceso de las MTS al sistema de salud, en nuestro país también está más identificado con la asistencia para controles de salud relacionados a su salud sexual y para el control en las ITS y VIH, por la existencia de la normativa que favorece su atención (37).

En cuanto, a la atención de las MTS, en el consumo de drogas, el acceso para su atención, aun es baja. Por lo cual se requiere que el MINSA y DEVIDA sigan fortaleciendo los centros de salud mental comunitarios para el trabajo con estas poblaciones.

Si bien el presente estudio, es un estudio transversal descriptivo cuyo ámbito es Lima y Callao, no se pueden generalizar los resultados a grupos de MTS mayores en el país, sin embargo, los resultados nos brindan un camino importante de investigación en la dinámica del consumo de drogas en las MTS y en otros grupos de poblaciones vulnerables en el país.

VII. CONCLUSIONES:

1.- Los patrones de consumo de alcohol y tabaco en la población de MTS del estudio, según el ASSIST, están asociados a niveles de riesgo moderado, en el caso de tabaco, presentando un consumo habitual y requiriendo intervención breve. En cuanto al consumo de alcohol se presenta un nivel de riesgo alto, con un patrón de consumo dependiente, requiriendo de tratamiento más intensivo.

2.- En relación al consumo de otras drogas como marihuana, cocaína y anfetaminas el ASSIST revela niveles de riesgo moderado, con un patrón de consumo frecuente y habitual y donde las MTS, requieren de intervención breve como medida de intervención terapéutica. Sin embargo, un importante grupo de esta población también presenta niveles de riesgo alto en el consumo de tranquilizantes, con un patrón de consumo dependiente, requiriendo un tratamiento más intensivo.

3.- En relación al acceso de las MTS a los servicios de salud del MINSA, consideramos importante el alto porcentaje de esta población, que hace uso de los servicios del Ministerio de Salud, sin embargo, una gran parte de las MTS refiera su atención a servicios de salud dirigidos a la Atención Médica Periódica (AMP), salud sexual y VIH. Existiendo un porcentaje mínimo de las MTS que asisten al MINSA para tratamiento especializado por consumo en bebidas alcohólicas y otras drogas.

4.- En relación a sí alguna vez han recibido atención sobre el consumo de alcohol y otras drogas en el Ministerio de Salud, un importante porcentaje de las MTS refirió que no recibió

este tipo de atención y que desconocen que el MINSA brinde orientación y atención en el consumo de alcohol y otras drogas.

5.- La situación del consumo de drogas en las MTS existe como parte de la dinámica del trabajo sexual, situación que incrementa el riesgo para la salud física y mental de esta población, sobre todo al identificarse patrones de consumo habituales y dependientes, que requieren intervenciones terapéuticas que deben ser atendidas por nuestro sistema de salud desde una perspectiva de salud pública.

VIII- RECOMENDACIONES

1. Se sugiere fortalecer estrategias de prevención, intervención breve y tratamiento para el consumo del alcohol y otras drogas en las mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao y otras regiones del país, como medida de salud pública, tomando en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio.
2. Se sugiere coordinar con DEVIDA y la Estrategia Sanitaria de Salud Mental del Ministerio de Salud el fortalecimiento de servicios de prevención, intervención breve y tratamiento para MTS, en especial en el primer nivel de atención y los centros comunitarios de salud mental. Tomando en cuenta el apoyo de Promotoras de Pares para su captación.
3. Se sugiere incrementar la estrategia de detección temprana del consumo de sustancias a través del tamizaje y uso del ASSIST, en poblaciones de alta vulnerabilidad en los servicios de salud mental comunitarios a fin de mejorar las estrategias de atención y control.
4. Se recomienda mejorar el acceso de la población de MTS a los servicios de salud especializados en la prevención y tratamiento del consumo de drogas, así como sensibilizar a las autoridades y fortalecer la capacitación del personal de salud.
5. Se recomienda socializar los resultados del presente estudio a las autoridades responsables de la temática de alcohol y drogas en el país para alertar sobre la importancia del desarrollo de estrategias prevención y control en las poblaciones vulnerables en el marco de la salud pública.

6. Se recomienda tomar en cuenta los objetivos y estrategias de la Organización Mundial de la Salud y de los organismos internacionales y nacionales en relación a la protección de la salud de la población para la prevención del consumo del alcohol y otras drogas como medida prioritaria de Salud Pública.

7. Se requieren articular los servicios de atención en salud mental con los servicios de atención en ITS y VIH, de tal manera que se facilite la atención a la población de MTS.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Altamirano Calderón NC. Estudio de consumo del alcohol y otras drogas en Trabajadoras Sexuales usuarias y no usuarias de la AMP en Lima y Callao. 2012. UPCH [Tesis de Maestría]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria [Internet]. Estados Unidos: OPS; 2011 [citado 25 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/85403>
3. DEVIDA. Encuesta Nacional Consumo de Drogas en Poblacion General Perú 2010 [Informe Ejecutivo]. Lima: Consejo de la Presidencia - DEVIDA; 2010. p. 11. Informe Ejecutivo IV Informe.
4. HIVOS. Caracterización de Riesgo para Poblaciones en Situaciones de Vulnerabilidad : Trabajadoras Sexuales. Primera. Guatemala: HIVOS; 2012. 57 p.
5. CEDRO. El problema de las drogas en el Perú. CEDRO. 2015.
6. Ministerio de Educación -DEVIDA. Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en la población escolar de secundaria de menores - 2002. Ministerio de Educación. Vol. 1. Lima: Editorial impresos.; 2004. 65 p.
7. DEVIDA. Encuesta Nacional del Consumo de Drogas en Población General. Informe Ejecutivo. 2010. 2012. 2010;(1):90.
8. Organización Mundial de la Salud. AUDIT - Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. 2001. 2001;1(1):40.
9. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5® [Internet]. 2014.^a ed. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing; 2013 [citado 26 de noviembre de 2024]. 492 p. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425657>
doi:10.1176/appi.books.9780890425657
10. Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Primera. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002. 477 p.
11. CEPESJU. DROGAS ? CEPESJU; 1998.
12. DEVIDA. Prevención del Consumo de Drogas en las Fuerzas Armadas del Perú. DEVIDA; 2003.
13. UNODC. Tercer Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en Población Universitaria. Informe Regional 2016. UNODC; 2017.
14. Céspedes Monge G. Derechos Laborales de las Trabajadoras Sexuales en el prostíbulo de la ciudad de Huánuco. 2018. [Huánuco]: Universidad de Huánuco; 2018.

15. CLADEM. Enrichiendo el Proceso- Sistematización de los talleres de Declaración de Derechos Humanos desde una Perspectiva de Género. CLADEM. Lima: Línea Gráfica; 2005. 48 p.
16. Mera Saavedra P. Propuesta de un régimen legal especial sobre Derechos Laborales para las trabajadoras sexuales. [Lambayeque - Perú]: Universidad Señor de Sipán; 2018.
17. OIM. Evaluación rápida sobre las mujeres en su diversidad, refugiadas y migrantes en situación de trabajo sexual en Lima-. OIM; 2023.
18. REDTRASEX LYEC. Estudio sobre estigma y discriminación en servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y El Caribe. Informe País PERU. REDTRASEX; 2013.
19. MINSA. Directiva para Promotores de Pares - MINSA. MINSA; 2003.
20. MINSA. Ley 26626 -Ley CONTRASIDA. 20/06/1996. El Peruano. 1996:1.
21. MINSA. Ley 28243 Que amplía y modifica Ley 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual. MINSA; 2004.
22. Estudio sobre la incidencia y participación política de las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe.
23. MINSA. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases epidemiológicas para la prevención y control. 2a ed. Lima: Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología.; 2006.
24. Gómez GB, Campos PE, Buendía C, Cárcamo CP, García PJ, Segura P, et al. Studying complex interactions among determinants of healthcare-seeking behaviours: Self-medication for STI symptoms in female sex workers.
25. Rodríguez EMa, Fuentes P, Ramos-Lira L, Gutiérrez R, Ruiz E. Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud Ment.* 1 de enero de 2014;37(4):355. doi:10.17711/SM.0185-3325.2014.041
26. Cáceres, Carlos. A lo que venga! Alcohol, drogas y vulnerabilidad sexual en el Perú actual. ONUD-ONUSIDA. Lima-Perú: QU Publicidad SAC; 2007. 97 p.
27. Mazzoti, G. G. Mazzotti, G. (2001). Comportamiento sexual de riesgo e infección por el virus de inmunodeficiencia humana y otras ETS en pacientes farmacodependientes. Lima Perú. 2001.
28. Revista Peruana de Drogodependencias. Análisis e Investigación. DEVIDA. 2005. Lima Perú.
29. Weeks M, Grier M, Romero- Daza N. Streets, drugs, and the economy of sex in the age of AIDS. *ABSTRACT.* 1998;(9640643). doi:https://doi.org/10.1300/j013v27n01_13

30. Meneses C. Consequences of cocaine use among prostitutes. Abstract. mayo de 2007;(17565892).
31. Organization WH. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. 389 p.
32. Organización Mundial de la Salud. Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial del Alcohol. OMS; 2001.
33. OMS. Implementación del paquete ASSIST-DIT. OMS; 2013.
34. Cárdenas Castro JM, Yañez Yañez SE. Nuevas formas de muestreo para minorías y poblaciones ocultas: muestras por encuestado conducido en una población de inmigrantes sudamericanos. Univ Psychol. 25 de julio de 2011;11(2):571-8. doi:10.11144/Javeriana.upsy11-2.nfmm
35. Guía para el Monitoreo y Evaluación de Programas Nacionales de Sida-ONUSIDA - 2000.
36. UNODC. Incremento en la identificación de casos de trata de personas con fines de explotación laboral: UNODC presenta descripción situacional en el Perú. <https://www.unodc.org/peruandecuadores/noticias/2021/2023-Incremento-En--Identificacion--Casos--Trata--Pers-Con-Fines--Explot-Labor-Unodc-Presenta-Descripcion-Situacional-En-El-Peru.html>. 2023.
37. MINSA. Directiva Sanitaria para la Atención Médica Periódica a las/os Trabajadoras/es Sexuales. MINSA; 2009.

7.- Indique que día y que horas hay un número mayor de 10 personas elegibles en el lugar en un lapso de 4 horas. Por ejemplo (Lunes - 20h - 24h)

- Lunes desde () hasta ()
Martes desde () hasta ()
Miércoles desde () hasta ()
Jueves desde () hasta ()
Viernes desde () hasta ()
Sábado desde () hasta ()
Domingo desde () hasta ()

8.- Indique el nivel de seguridad del lugar:

Seguro_____ Inseguro_____

9.- Cantidad de TS en el local, según se encuentre en la visita:_____

10.- Cantidad de clientes:_____

MAPEO: 29/05/2014

MAPEO DE LUGARES DE TRABAJO SEXUAL - CALLAO

Nro	Nombre del Lugar	Dirección	Distrito	Tipo de Lugar	Tipo de Establecimiento	Nivel de seguridad	Cantidad de TS en visita	Cantidad de Clientes
1	Trocadero	Av Argentina 1849	Callao	Público abierto	Prostíbulo	Seguro	150 TS	70
2	La Salvaje	Av Argentina 1849	Callao	Público abierto	Prostíbulo	Seguro	100 TS	50
3	El Botecito	Av Argentina 1849	Callao	Público abierto	Prostíbulo	Seguro	50 TS	40
4	El Kilate	Alfredo Novoa M1-Q1	Callao	Privado Abierto	Discoteca	Seguro	17 TS	10
5	Anaconda	Av Naranjal y Universitaria	Callao	Privado abierto	Discoteca	Seguro	15	10
6	Copacabana	Cerro Candela Alt.oval de canta callao	Callao	Privado Abierto	Bar	Seguro	10 TS	10
7	Olimpo	Av Naranjal cuadra	Callao	Privado Abierto	Bar	Seguro	10TS	6
8	Janet	Av. 2 de Mayo cuadra 4	Callao	Privado abierto	Bar	seguro	10 TS	5
9	Kontiqui	Av 2 de Mayo cuadra 3	Callao	Privado abierto	Bar	seguro	11 TS	10
10	Sarili	Av 2 de Mayo (C.Guadalupe)	Callao	Privado abierto	Bar	seguro	12 TS	10
11	Galaxia	Av Canta Callao (Al costado de primer puente de canta callao)	Callao	Privado abierto	Hotel- Bar	seguro	14	13
12	Venus	Av. Canta Callao (2do puente)	Callao	Privado Abierto	Hotel-Bar	seguro	15	10
13	Sirena	Cerro candela(al-tura ovalo callao)	Callao	Privado Abierto	Hotel -Bar	Seguro	10	10
14	Toma Valle	Av Tomas Valle y Dominicos Cdra 5 a 7	Callao	Calle	Calle	Seguro	15	10
15	Cochrane	Pasaje Cochrane y Av. Buenos Aires	Callao	Calle	Calle	Seguro	15	10
TOTAL							454 TS	274 Clientes

MAPEO DE LUGARES DE TRABAJO SEXUAL - LIMA

Nro	Nombre del Lugar	Dirección	Distrito	Tipo de Lugar	Tipo de Establecimiento	Nivel de seguridad	Cantidad de TS en visita	Cantidad de Clientes
1	Las Cascadas	JrQuilcaNro 311	Lima	Público abierto	Night Club	Seguro	15	30
2	Night Club	Jr Rufino Torrico 780	Lima	Público abierto	Night Club	Seguro	15	25
3	D'Amore	Av Marina 1542	Pueblo Libre	Privado cerrado	Night Club	Seguro	20	15
4	Teo	Av La Marina 1632	Pueblo Libre	Privado cerrado	Night Club	Seguro	18	10
5	Eclipse	Av Augusto Tamayo	San isidro	Privado Abierto	Night Club	Seguro	20	25
6	Spa Lions	Av Arenales 1029	Lince	Privado cerrado	Spa	Seguro	12	10
7	Spa Tambo	Nicolas Arriola 501	La Victoria	Privado cerrado	Spa	Seguro	12	10
8	Night club 3040 -777	Av la Marina 1549	Pueblo Libre	Privado cerrado	Night Club	Seguro	14	20
9	Hospedaje 24 horas	AvPetitThours 1943	Lince	Público abierto	Hotel	Seguro	10	05
10	Night club Naomi	Jr Rufino Torrijos	Lince	Privado cerrado	Night Club	Seguro	13	10
11	Oddenpepers	AvNicolas Arriola 392	La Victoria	Público cerrado	Night Club	Seguro	16	20
TOTAL							165 TS	180

Anexo 02: Instrumentos del estudio.

OMS – ASSIST V 3.0

ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	REGION	<input type="text" value="LIMA"/>	<input type="text" value="CALLAO"/>			
LUGAR	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTRODUCCIÓN *(Léala antes de iniciar)*

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras.

No se tomará en cuenta sustancias recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad. Además, este estudio es voluntario y anónimo.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Pregunta 2

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidinina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidinina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

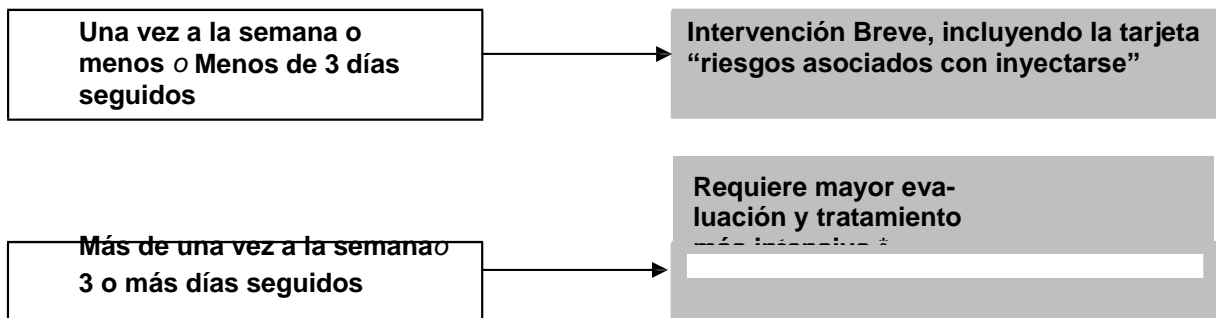
Pregunta 8

	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE : A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN

GUÍAS DE INTERVENCIÓN



I

ESTUDIO SOBRE LA IDENTIFICACION DE PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN MUJERES QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL Y SU ACCESO Y ATENCION A LOS SERVICIOS DE SALUD

CUESTIONARIO

DEPARTAMENTO: _____ **DISTRITO:** _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____ **NOMBRE DEL ENCUESTADOR:** _____

PRESENTACION: *Estamos realizando un estudio con el propósito de conocer los patrones del consumo de alcohol y otras drogas en mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao y su acceso y atención a los servicios de salud del MINSA. Te pido que pienses con cuidado tus respuestas y contestes sinceramente pues la información que brindes será tratada anónimamente y con la mayor confidencialidad.*

I.- INFORMACIÓN GENERAL

1. **¿Cuántos años cumplidos tienes?** _____ años cumplidos
2. **¿Cuál es tu grado de instrucción?**
a. PRIMARIA b. SECUNDARIA c. TÉCNICA d. UNIVERSITARIA.
d. SIN INSTRUCCIÓN
3. **¿Cuál es tu estado civil?**
c. SOLTERA b. CASADA c. CONVIVIENTE d. DIVORCIADA
d. VIUDA
4. **¿A qué edad te iniciaste en el trabajo sexual?**
a. Menos de 13 años b. Entre 13 y 16 años c. Entre 17 y 20 años.
d. Entre 21 y 24 años. e. Más de 25 años
5. **¿Tienes hijos?**
a. SI ¿Cuántos? _____ b. NO
6. **¿Cuánto tiempo vienes realizando trabajo sexual?**
a. Menos de 1 año b. Entre 1 y 3 años c. Entre 4 y 6 años d. Entre 7 y 10 años
e. Más de 10 años
7. **¿Cuántos clientes atiendes en un día de trabajo?**
a. Entre 1 y 3 clientes b. Entre 4 y 6 clientes c. Entre 7 y 10 clientes d. Más de 10 clientes
8. **¿Cuántos días a la semana trabajas?**
a. Entre 1 y 3 días b. Entre 4 y 7 días c. Los 7 días de la semana d. Otro : _____
09. **Tienes ¿algún seguro de salud?**
a. sí b. No
- 10.- **Aparte del trabajo sexual qué otra actividad desarrollas?**
a. Ama de casa b. Comerciante c. Estudiante d. Otro _____

II.- ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

12. **¿Asistes a algún servicio de salud del Ministerio de Salud?**
a. Si b. No

¿Para qué tipo de atención? _____
13. **A qué servicios del Ministerio de Salud has asistido en los últimos tres meses?**
a.- Medicina General
b.- Salud mental
c.- ITS y VIH Sida
d.- Cardiología
e.- Otro _____

Anexo 03: Carta de aprobación de Proyecto aprobado Comité de Ética de la UPCH.



CONSTANCIA 408 - 16 - 14

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética.

Título del Proyecto : "Consumo de alcohol y drogas en mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao y sus acceso y atención en servicios de salud del Ministerio de Salud"

Código de inscripción : 62579

Investigador principal : Nilda Altamirano Calderón



La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

- ✓ **Protocolo de investigación**, versión 2 en español, de fecha 15 junio 2014.
- ✓ **Consentimiento informado**, versión 3 recibida en fecha 14 julio 2014.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **21 de julio del 2015**. Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 22 de julio del 2014

Fredy Canchihuamán Rivera, MD MPH PhD
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

Jrmg

Av. Honorio Delgado 430, Lima 31 / Apartado Postal 4314, Lima 100, Telefax: 482-4541
Teléfono: 319-0000 Anexo: 2271 / 2542
e-mail: duict@oficinas-upch.pe <http://www.upch.edu.pe/vrinve/duict/>

Anexo 04: Consentimiento informado aprobado por Comité de Ética de la UPCH

ESTUDIO SOBRE LA IDENTIFICACION DE PATRONES DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN MUJERES QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL EN LIMA Y CALLAO Y SU ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA

Instituciones : Universidad Peruana Cayetano Heredia - UPCH
Investigador : Mg Nilda Altamirano Calderón

INTRODUCCION:

La situación del consumo de alcohol y otras drogas constituye una problemática muy especial en las mujeres que ejercen el trabajo sexual, considerada como una población en situación de vulnerabilidad por sus características y condiciones sociales, especialmente para la adquisición de enfermedades infecto contagiosas.

El presente estudio tiene como objetivo identificar los patrones del consumo del alcohol y otras drogas en mujeres que ejercen el trabajo sexual de Lima y Callao y su acceso a los servicios de salud del MINSA, por este motivo la invitamos a participar de manera voluntaria a fin de apoyarnos en este importante estudio.

PORQUE SE ESTA REALIZANDO ESTE ESTUDIO?

En el Perú contamos con datos preocupantes sobre la situación del consumo del alcohol y de otras drogas en la población de mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao y se hace necesario conocer con mayor profundidad las características de los patrones de este consumo así como el acceso de esta población a los servicios de salud del MINSA.

QUIENES Y CUANTAS PERSONAS PARTICIPARAN EN ESTE ESTUDIO?

En este estudio participarán mujeres trabajadoras sexuales de Lima y Callao, mayores de 18 años de edad y que desarrollen su trabajo en los lugares de socialización de Lima y Callao entre agosto y octubre del 2014.

Las mujeres trabajadoras sexuales, participantes del estudio, serán seleccionadas de manera voluntaria previa firma de un consentimiento informado en sus respectivos lugares de trabajo, se respetará la confidencialidad y la libertad para participar en el estudio.

Se cuenta con una base de datos de los lugares de trabajo sexual de Lima y Callao seleccionados para captar a la población muestra y se utilizará una metodología de muestreo de tiempo y espacio, conocido como Time Space Samplig (TSS).

POR CUANTO TIEMPO SERÁ MI PARTICIPACION EN ESTE ESTUDIO?

Esperamos que usted participe en este estudio durante una sesión de aproximadamente de 30 a 45 minutos de entrevista, que es el tiempo necesario para contestar toda la encuesta.

EN QUE CONSISTE ESTE ESTUDIO?

Este estudio consiste en establecer una sesión de entrevista con el Investigador y/o con una Promotora de Trabajo Sexual quienes la guiarán y orientarán para contestar dos encuestas muy simples de aproximadamente 10 preguntas cada una de ellas.

Estudio sobre la Identificación de Desordenes del Consumo de alcohol y otras drogas en Trabajadoras Sexuales de la Lima y Callao - Proyecto de Tesis para optar el grado de Doctorado en Salud Pública UPCH-
Revisado en 26 de Mayo del 2014.V02



APROBADO

05/07/2014

Las encuestas que se aplicará serán anónimas, se mantendrá en confidencialidad su identidad y nadie publicará sus respuestas.

Se harán preguntas sobre su salud, y su situación frente al consumo del alcohol y otras drogas.

CUALES SON LOS RIESGOS DEL ESTUDIO?

Si usted decide participar en este estudio no tendrá ningún riesgo, pues toda la información obtenida durante la entrevista y la aplicación del Cuestionario será anónima y se mantendrá en confidencialidad así como todos los datos de las participantes.

Además también le informamos que Usted no tomará ninguna medicina ni se le aplicará ningún tipo de medicamento, sólo responderá un cuestionario y tendrá una entrevista con una de las investigadoras principales.

QUE BENEFICIOS PUEDE TENER?

Ud no recibirá beneficio económico al participar del estudio, sin embargo si usted decide participar le vamos a ofrecerle importante información acerca de los riesgos del consumo de alcohol y otras drogas en su ámbito laboral, en caso de requerirlo le vamos a brindar información específica y se le referirá al servicio de salud mental de un centro de salud del MINSA donde le brinden una atención más completa en relación al consumo de alcohol y otras drogas.

Así mismo si usted desea le brindaremos materiales de apoyo como folletería y volantes para ampliar la información que le podamos otorgar.

Los resultados de este estudio nos permitirán diseñar mejores intervenciones para el desarrollo de acciones educativas y psicológicas a favor de la prevención y el tratamiento del consumo del alcohol y otras drogas con la comunidad de trabajadoras sexuales.

DE LA CONFIDENCIALIDAD:

Mantendremos en secreto sus datos principales. No publicaremos su nombre en ningún discurso o publicación sobre el estudio y cuidaremos ante todo su identidad.

DEL DERECHO A RETIRARSE Y MOTIVOS PARA SU RETIRO:

La participación en este Estudio es absolutamente voluntaria. Usted no tiene que participar si no lo desea. Usted puede retirarse del Estudio en el momento que usted lo crea conveniente, sin ningun perjuicio ni sanción. Nadie le preguntará por qué no desea participar. Nadie le puede obligar a responder el cuestionario y atender al entrevistador.

DE LAS PERSONAS PARA CONTACTAR:

Si usted tiene preguntas sobre este estudio de investigación y desea tener más información y detalles haga el favor de conectarse con la **Mg Nilda Altamirano Calderón**, Investigadora

Estudio sobre la Identificación de Desordenes del Consumo de alcohol y otras drogas en Trabajadoras Sexuales de la Lima y Callao - Proyecto de Tesis para optar el grado de Doctorado en Salud Pública UPCH-
Revisado en 26 de Mayo del 2014.V02



APROBADO

28/07/2014

Principal del Estudio de la UPCH, la podrá ubicar en el teléfono [REDACTED] o en el celular [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o piensa que ha sido tratada injustamente, puede contactar al **Dr. Fredy Canchihumán Rivera**, Presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, al teléfono 3190000 anexo 2271 ó 2542.

Le entregaremos una copia de este consentimiento

DE LA DECLARACION DE CONSENTIMIENTO:

Este estudio me ha sido explicado, me dieron la posibilidad para hacer preguntas. Siento que mis preguntas han sido contestadas. Sé que estar en este estudio es mi opción. Sé que después de escoger participar en este estudio, puedo retirarme en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Si luego tengo más preguntas acerca del estudio, puedo comunicarme con la investigadora, al teléfono arriba mencionado. Si tengo alguna pregunta acerca de los aspectos éticos del estudio o me parece que soy tratada injustamente, puedo comunicarme con el Presidente del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, al teléfono arriba mencionado.

Me entregarán una copia de este consentimiento.

Firme del participante _____
Fecha

Nombre:

Declaración del Investigador:

Yo declaro que el participante ha leído la descripción del proyecto, he aclarado sus dudas sobre el estudio, y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea se mantendrán anónimos y que los resultados del estudio serán utilizados para fines de investigación.

Investigador _____
Fecha

Nombre:

DNI:



Anexo 5: Plan de capacitación a promotoras TS.

CAPACITACION EN ASSITS –DIT DIRIGIDO A PROMOTORAS EDUCADORAS DE PARES DE LIMA Y CALLAO

I. INTRODUCCION

El presente curso de capacitación en ASSITS _DIT se desarrolla en el marco del proyecto de investigación “Identificación de patrones de consumo de Alcohol y otras Drogas en mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao y su acceso a los servicios de salud del MINSA” y que será ejecutado entre setiembre y octubre del presente año.

El estudio tiene por objetivo identificar los patrones de consumo del alcohol y otras drogas en las mujeres que ejercen el trabajo sexual de Lima y Callao, para lo cual se aplicará herramientas de detección temprana como el ASSITS y también se explorará el acceso de esta población en el caso del consumo de drogas a los servicios de salud del MINSA.

En este sentido el presente plan de capacitación nos muestra el objetivo y los lineamientos que se tomarán en cuenta al brindar la información y conocimientos de la prueba de ASSITS a las promotoras educadoras de pares de la intervención de trabajadoras sexuales de Lima y Callao.

II. OBJETIVO

Brindar información sobre consumo de drogas y la prueba de ASSIST a las promotoras educadoras de pares de Lima y Callao con la finalidad de apoyar la implementación del estudio “Identificación de patrones de consumo de alcohol y otras drogas en mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao y su acceso a los servicios de salud del MINSA, a ejecutarse en el presente año”.

III. DIRIGIDO A

- Promotoras Educadoras de Pares de Lima y Callao, que apoyarán el desarrollo del estudio.

IV. FECHAS DE SESIONES DE CAPACITACION:

- 12, 13, 17, 18, 23 y 25 de Setiembre del 2014

V. LUGAR

- Auditorio de CEPESJU. Ignacio Merino 1855 Oficina 301

VI. RESPONSABLE

- Investigadora Nilda Altamirano Calderón

VII. RECURSOS

Recursos humanos:

Equipo de promotoras de Lima y Callao Equipo de Investigación

Recursos materiales:

Curso Virtual de ASSIST –DIT OPS/OMS

VIII. PROGRAMA DE CAPACITACION

Fecha: 12 y 13 setiembre del 2014

HORARIO	TEMA	RESPONSABLE
9.00 – 9.30	Bienvenida y presentación Objetivos de la reunión	Investigadora Principal del estudio Mg Nilda Altamirano Calderón
9.30 – 10.00	Pre Test/ Encuesta/ Sensibilización en la importancia del tema	
10.00 – 10.30	Módulo 1 El uso de sustancias psicoactivas en América Latina: Epidemiología, clasificación, consecuencias, factores de riesgo y protección.	
10.30 – 11.00	DESCANSO	
11.00 – 11.30	Situación del consumo de alcohol y otras sustancias en mujeres que ejercen el trabajo sexual en Lima y Callao	
11.30 – 12.30	Estudio de detección 2014	

Fecha: 17 y 18 de Setiembre 2014

HORARIO	TEMA	RESPONSA- BLE
9.00 – 9.30	Bienvenida	Investigadora Principal del estudio Mg Nilda Altami- rano Calde- rón
9.30 – 10.00	Modulo2 Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Ta- baco y otras Drogas(ASSIST) : Introducción – Ob- jetivo -	
10.00 – 10.30	Conociendo la prueba: características Aplicación y Manejo del ASSIST - Ejercicios	
10.30 – 11.00	DESCANSO	
11.00 - 11.30	Módulo 3 Intervención Breve vinculada a la prueba de identi- ficación ASSIST – Definición	
11.30 – 12.00	Metodología	
12.00 – 12.45	Pasos	
12. 45 – 13.45	DESCANSO	
13.45 – 14.45	Modulo4 Implementación del paquete ASSIST-DIT	
14.45 - 15.30	DIT	
15.30 – 16.00	Procedimiento en mujeres que ejercen el trabajo se- xual.	

Fecha: 23 y 25 setiembre del 2014

HORARIO	TEMA	RESPONSA- BLE
4.00 – 4.30	Módulo 5 Implementación intervención de Lima y Callao	Investigadora Principal del estudio Mg Nilda Alta- mirano Cal- derón
4.30 – 5.00	Metodología	
5.00 – 5.30	Pasos	
5.30 -5.45	REFRIGERIO	
5.45 – 6.30	Evaluación final	
6.30 - 7.00	Programación de actividades campo	
7.00 -8.00	Clausura	

NAC/OCTUBRE 2014