

# Consistencia lógica de la información aportada por mujeres sobre conductas sensibles: resultados de un experimento realizado con dos modos de entrevista, São Paulo, Brasil

**CONTEXTO:** La recolección de información inexacta sobre la conducta sexual crea una imagen engañosa del riesgo que tienen las personas de contraer las ITS. A pesar del considerable acervo de investigación existente acerca de la coherencia de los auto-informes sobre conductas sensibles en los Estados Unidos, solamente unos pocos estudios de ese tipo se han realizado en los países en desarrollo.

**MÉTODOS:** Se evaluó la coherencia de la información aportada sobre la actividad sexual y otras conductas sensibles en 818 mujeres de 18–40 años, que en 2004 se inscribieron en un estudio que examinó los servicios de tamizaje y diagnóstico de las ITS en São Paulo, Brasil. Para la entrevista inicial, las participantes se dividieron aleatoriamente en grupos de entrevistas personales y de auto-entrevistas con audio asistidas por computador (audio-CASI); para la entrevista de seguimiento a las seis semanas, todas las participantes usaron el modo de audio-CASI. Las diferencias entre los grupos se evaluaron utilizando pruebas *t* y análisis de regresión logística, con el objeto de estimar la probabilidad de la consistencia lógica dentro de la entrevista de inscripción, así como la consistencia entre las entrevistas de inscripción y las de seguimiento.

**RESULTADOS:** Para las encuestas de reclutamiento, la coherencia interna de las respuestas de las entrevistas personales fue mayor que la de las respuestas obtenidas del grupo de audio-CASI, probablemente porque durante las entrevistas cara a cara, las entrevistadoras sugirieron a las mujeres que conciliaran las respuestas discrepantes, mientras que el programa de audio-CASI no promovió la coherencia lógica. Sin embargo, la consistencia lógica entre las entrevistas de inscripción y las de seguimiento fue significativamente menor en el grupo de las entrevistas personales para las respuestas que abordaron los temas de aborto, uso de marihuana, sexo transaccional, sexo por coerción y número de parejas a lo largo de la vida, debido al mayor volumen de información que estas mujeres se aportaron en la entrevista del seguimiento, cuando se cambió de modo de entrevista al audio-CASI.

**CONCLUSIÓN:** Aunque el análisis de la consistencia interna dentro de las entrevistas de inscripción sugiere que las entrevistas computarizadas pueden aumentar el error de medida aleatorio, el uso de audio-CASI parece reducir el sesgo por conveniencia social y alentar una mayor información reportada sobre conductas sensibles.

*Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2009, pp. 21–29*

La recolección de información precisa sobre conductas sexuales es vital para el monitoreo del riesgo de VIH y otras ITS, así como para evaluar las intervenciones para reducir la transmisión de las enfermedades. El uso de auto-entrevistas con audio asistidas por computador (audio-CASI, por sus siglas en inglés) proporciona una mayor privacidad que los cuestionarios administrados personalmente por un entrevistador; y, por lo tanto, pueden ofrecer un medio para mejorar la medición de conductas sensibles o sujetas a estigma. Numerosos estudios realizados en los Estados Unidos han encontrado que el nivel de aportación de datos sobre conductas sensibles (e.g., tener un aborto, participar en relaciones sexuales del mismo género) y, en algunos casos, ilegales (uso de drogas inyectables, conductas violentas), aumentó significativamente mediante el uso de audio-CASI en comparación con las entrevistas personales o cuestionarios auto-administrados, utilizando papel y lápiz.<sup>1–5</sup>

Diversos estudios utilizando audio-CASI han sido conducidos en varios países en desarrollo, entre ellos Kenia,<sup>6,7</sup> Malawi,<sup>8</sup> Zimbabue,<sup>9</sup> Tailandia,<sup>10,11</sup> India,<sup>12</sup> Vietnam,<sup>13</sup> Brasil<sup>14,15</sup> y México.<sup>16</sup> Si bien las entrevistas computarizadas en estos estudios generalmente produjeron una mayor cantidad de datos aportados sobre conductas de riesgo en comparación con las entrevistas personales, los hallazgos no fueron siempre tan convincentes como los de los estudios conducidos en los Estados Unidos. En el mundo en desarrollo, el uso efectivo de computadores para recolectar información sobre conductas sensibles parece depender, en parte, del tipo de preguntas formuladas, así como del entorno y de la población en estudio.

Además de los muchos estudios que han examinado el efecto del modo de entrevista en la aportación de datos sobre conductas sensibles, un importante conjunto de investigaciones ha evaluado la consistencia lógica de los

Por Barbara S. Mensch, Paul C. Hewett, Heidi E. Jones, Carla Gianni Luppi, Sheri A. Lippman, Adriana A. Pinho y Juan Diaz

Barbara S. Mensch es asociado superior, y Paul C. Hewett es asociado, ambos en el Population Council, Nueva York. Heidi E. Jones es asociado de investigación, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Columbia University Medical Center, Nueva York. Carla Gianni Luppi colabora con el Centro de Estudios Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil. Sheri A. Lippman es candidata al doctorado, División de Epidemiología, University of California, Berkeley, CA, EE.UU. En el momento de realizar el estudio, Adriana A. Pinho era becaria con el Centro de Estudios Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Juan Diaz es asociado superior de consultoría, Population Council, residente en Campinas, Brasil.

auto-informes en las encuestas aplicadas en los Estados Unidos, tanto en el contexto de una sola entrevista como, lo que es más común, a través de una serie de entrevistas en encuestas longitudinales. Estos análisis han revelado que las discrepancias en la aportación de datos no son aleatorias. Las tasas de inconsistencia variaron según las características de las personas entrevistadas, como el género, raza, educación y capacidad cognoscitiva, así como en función de la sensibilidad o el estigma asociado con la actividad que se estaba reportando;<sup>17-20</sup> esto es, las conductas marcadas por un mayor estigma se asociaron con tasas más altas de inconsistencia.<sup>19,21-23</sup> Son pocos los estudios que se han realizado sobre la coherencia lógica de los auto-informes en los países en desarrollo;<sup>23,24</sup> y nosotros conocemos solamente uno que ha explorado el efecto del modo de entrevista en la coherencia lógica de los informes.<sup>6</sup>

Condujimos un estudio aleatorizado entre mujeres en São Paulo, Brasil, del modo de entrevista—audio-CASI versus entrevistas personales—para aportar datos sobre conductas sensibles, tales como conducta reproductiva, conducta sexual, uso de anticonceptivos, ITS contraídas previamente, así como el uso de alcohol y de drogas. En un análisis previo, encontramos que durante la visita de reclutamiento, las entrevistas con audio-CASI produjeron un mayor nivel de aportación de datos sobre conductas sexuales de riesgo que las entrevistas personales cara a cara. Además, se observó la existencia de asociaciones más fuertes entre las conductas de riesgo y las ITS en los datos recolectados a través del modo de audio-CASI; encontrándose que, en las entrevistas personales, había mayor probabilidad de un subregistro de las conductas de riesgo de las mujeres ITS-positivas.<sup>25,26</sup> El presente estudio compara los datos aportados por las mujeres sobre conductas sensibles, tanto dentro de cada entrevista según modo de entrevista; así como la coherencia lógica entre las entrevistas de reclutamiento y seguimiento unas seis semanas después.

## MÉTODOS

Este análisis—un experimento complementario de un estudio aleatorizado que evaluó el tamizaje y diagnóstico rápido de ITS practicado en casa versus en clínica, en mujeres de un vecindario de bajos ingresos en São Paulo, Brasil<sup>27</sup>—analizó si el uso de entrevistas computarizadas produjo reportes más exactos sobre las conductas sexuales y otros temas sensibles.

## Procedimientos

De abril a noviembre de 2004, se realizó el reclutamiento de 818 mujeres para el estudio, en el Centro de Saúde Escola Dr. Alexandre Vranjac, Barra Funda, que es un centro de salud administrado por la Faculdade de Ciências Médicas de Santa Casa. Las mujeres que recibieron servicios de planificación familiar, tamizaje de cáncer cervical, atención pediátrica y otros servicios generales de la clínica (i.e., grupos de madres) fueron invitadas a asistir a sesiones de re-

clutamiento para el estudio; así mismo, fueron invitadas otras mujeres del área de captación de la clínica, quienes fueron reclutadas en centros comerciales de la comunidad y escuelas de samba (clubes que ensayan y producen presentaciones para los desfiles de carnaval).

La estrategia de muestreo fue determinada en parte por el objetivo primario del estudio principal—de investigar si las mujeres tenían mayor probabilidad de ser sujetas a tamizaje de ITS cuando se les proporcionaba un kit para usar en casa versus cuando les programaba una cita en la clínica. Queríamos asegurar que una proporción sustancial de participantes no fueran personas que habitualmente acuden a la clínica, puesto que quienes visitan la clínica con regularidad tienen más probabilidad de asistir a las citas en la clínica; y la meta de proporcionar el kit para usar en casa era aumentar el número de mujeres sujetas a tamizaje de ITS al incorporar a las que usualmente no acuden a la clínica. Como resultado de nuestra estrategia de muestreo, aproximadamente una tercera parte de las participantes que fueron incluidas en el estudio no habían sido registradas en el centro de salud. Las sesiones de reclutamiento en la clínica incluyeron la revisión del diagnóstico y prevención de las ITS, así como el análisis de los procedimientos del estudio. Según los criterios de elegibilidad para el estudio, las mujeres debían tener 18–40 años de edad, auto-identificarse como alfabetas (para tener la seguridad de que podrían por sí solas seguir instrucciones y aplicar los

**CUADRO 1. Características seleccionadas de mujeres en el momento del reclutamiento para el estudio, por modo de entrevista, São Paulo, Brasil, 2004**

Característica	Entrevista personal	Audio-CASI
<b>Promedios</b>		
Edad	27.7	27.4
Años de escolaridad	9.0	9.0
Ingreso familiar el mes anterior (reales)	823.0	835.0
Número de bienes de consumo duradero en vivienda‡	4.7	4.4
<b>Porcentajes</b>		
Trabaja por dinero	73.0	51.0***
Trabaja como empleada doméstica	11.0	7.0
Casada/viviendo en unión	59.0	52.0
Separada/viuda/divorciada	8.0	11.0
Raza (color de piel auto identificado)		
Blanca	41.0	38.0
Negra	14.0	16.0
Mixta	39.0	41.0
Indígena	2.0	1.0
Amarilla	4.0	3.0
Casa propia	40.0	36.0
Renta	32.0	32.0
Cuenta con instalación sanitaria		
interior	90.0	84.0*
Casa de ladrillos/cemento	11.0	18.0**
Usa computador en vida diaria	43.0	40.0
Usa cajero automático en vida diaria	71.0	65.0

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001. ‡De una lista de seis artículos que incluye televisión, videogradora, refrigerador, lavadora, teléfono y auto. Notas: En el momento del estudio, un real brasileño=US\$0.48. Para datos de entrevistas personales, Ns=383–389; para datos de entrevistas con audio-CASI, Ns=374–389. Audio-CASI (por sus siglas en inglés)=Auto-entrevistas con audio asistidas por computador.

procedimientos de recolección y prueba del estudio principal),\* y no requerir de atención inmediata para algún problema ginecológico.

En el reclutamiento, se asignó a las mujeres en forma aleatoria a la entrevista personal o a la basada en audio-CASI. Los métodos de estratificación y aleatorización en bloques aseguraron que fueran incluidas en el grupo experimental (tamizaje en casa) y en el de control (tamizaje en clínica), igual número de mujeres usando cada modo de entrevista. Después de otorgar su consentimiento informado, las participantes asignadas al modo de entrevista personal fueron entrevistadas en un salón privado de la clínica por personal de investigación capacitado. A las personas asignadas aleatoriamente al modo de audio-CASI, se les asignó uno de tres computadores que estaban aislados entre sí, así como con respecto al salón principal de la clínica mediante cortinas protectoras. Tanto las entrevistas con audio-CASI como las personales fueron conducidas en portugués.

Las personas entrevistadas mediante audio-CASI recibieron instrucciones sobre cómo introducir las respuestas utilizando un mini-teclado conectado a un computador portátil. Aunque algunas teclas estaban codificadas con colores para simplificar las tareas (e.g., moverse a la siguiente pregunta, regresar el audio y repetir la pregunta previa), también se pidió a las personas entrevistadas que ingresaran respuestas numéricas para contestar las preguntas (1 por sí, 2 por no). Las personas entrevistadas escucharon las instrucciones y preguntas usando audifonos, a la vez que leían el texto correspondiente en el monitor del computador. El programa audio-CASI no aplicó reglas de coherencia lógica a las respuestas de las personas entrevistadas, ni dentro de las entrevistas ni entre ellas; esto es, no hubo verificación de datos (e.g., una mujer que reportara nunca haber tenido relaciones sexuales pudo también haber reportado la existencia de al menos una pareja sexual). El software de entrevistas, desarrollado por el Population Council usando Microsoft Visual Basic 6.0 y Access 97, fue sujeto a pruebas preliminares con 13 mujeres y, como resultado de estas pruebas, se aumentó la velocidad con la que el texto era leído.

En la entrevista de reclutamiento se hacía varias preguntas sobre los antecedentes de las participantes (edad, nivel educativo, ingreso familiar, aspectos laborales, estado civil, color de la piel, propiedad de vivienda, así como atributos de la vivienda y vida diaria), conducta reproductiva (número de nacimientos y embarazos, algún aborto inducido), conductas sexuales y reproductivas (número de parejas, relaciones sexuales orales o anales, relaciones sexuales transaccionales, uso del condón, diagnóstico de ITS), haber sufrido violencia de pareja íntima (abuso sexual o relaciones sexuales bajo coerción) y uso del alcohol o drogas. También incluyó preguntas sobre la actividad sexual y el uso del condón respecto a las tres últimas parejas

sexuales de las participantes. Se usó EPI Info 6.0 para ingresar de nuevo los datos de las entrevistas personales y todos los datos del estudio fueron entonces analizados utilizando STATA 8.0.

Todas las entrevistas de seguimiento a las seis semanas fueron conducidas usando el mismo modo—audio-CASI, e incluyeron muchas de las mismas preguntas sobre conductas sexuales, parejas, uso del condón, nacimientos, embarazos y abortos inducidos. Las mujeres recibieron hasta tres recordatorios (vía teléfono o por correo) con el objeto de alentarlas a regresar para la visita de seguimiento. Este intervalo de seis semanas dio suficiente tiempo a las mujeres, ya sea para visitar la clínica (grupo de tamizaje en clínica) o devolver sus kits de prueba (grupo de tamizaje en casa), así como para que el laboratorio procesara los especímenes.

### Análisis

Con la finalidad de evaluar la coherencia lógica de la información aportada por las mujeres dentro de cada una de las dos entrevistas, comparamos las respuestas a las preguntas, relacionadas entre sí de manera lógica, sobre la conducta sexual y uso de anticonceptivos en diferentes puntos durante la misma entrevista. La coherencia lógica

**CUADRO 2. En el momento del reclutamiento, promedios y porcentajes de participantes que aportaron datos sobre conductas, y porcentajes de participantes que no respondieron aspectos específicos, por modo de entrevista**

Medida	Entrevista personal		Audio-CASI	
	% o promedio	% que no respondió	% o promedio	% que no respondió
<b>Promedios</b>				
No. de nacimientos‡	1.4	0.0	1.2	0.6
No. de embarazos‡	1.8	0.0	1.5	0.3
No. de parejas sexuales a lo largo de la vida§	6.0	0.5	6.9	3.1
No. de parejas sexuales en los últimos 6 meses‡†	2.2	0.0	1.5	2.1
<b>Porcentajes</b>				
Alguna vez tuvo un aborto inducido (si estuvo embarazada)‡	17.4	0.0	26.6	0.0
Usó mariguana en los últimos 6 meses	3.9	0.0	6.7	1.5
Usó alcohol el último mes	55.8	0.0	63.5	1.0
Usó alcohol >1 vez por semana el último mes	4.9	0.0	9.0	1.0
Compañero se embriagó en el último mes	24.7	0.0	30.4	1.9
Alguna vez tuvo relaciones sexuales transaccionales	3.2	0.3	9.1	1.6
Fue víctima de abuso físico por su pareja el último año	14.7	0.3	18.0	1.5
Experimentó coerción de su pareja para tener relaciones sexuales el último año	5.4	0.0	7.7	1.0
Alguna vez fue víctima de coerción para tener relaciones sexuales	12.9	0.0	13.1	0.8
Usó drogas antes de/durante la más reciente relación sexual	2.4	0.6	5.2	0.0
Usó alcohol antes de/durante la más reciente relación sexual	26.1	0.6	25.5	0.9
Alguna pareja en prisión en los últimos 6 meses	5.9	0.0	8.0	0.0
Tuvo alguna vez una ITS	28.5	0.0	27.0	1.0
Tuvo sexo oral en los últimos 6 meses	62.2	0.6	66.3	2.2
Tuvo sexo anal en los últimos 6 meses	24.9	0.3	32.5	1.8
Nunca usó condón en los últimos 6 meses	30.5	0.0	27.0	0.3

‡Limitado a mujeres cuya condición de embarazo no cambió entre las entrevistas de reclutamiento y de seguimiento a las seis semanas. §Los promedios para 99% de la muestra, con valores atípicos excluidos, fueron 1.1 para ambos grupos de entrevistas personales y de audio-CASI (N=386 y 373, respectivamente). Notas: Los denominadores incluyen datos faltantes, pero excluyen a las personas que no fueron entrevistadas en el seguimiento a las seis semanas. Para entrevistas personales, Ns=259–389; para audio-CASI, Ns=233–389. Audio-CASI (por sus siglas en inglés)=Auto-entrevistas con audio asistidas por computador.

\*De las 1,038 mujeres consideradas para el estudio principal, solamente 26 dijeron que no sabían leer o escribir.

entre la entrevista de reclutamiento y la de seguimiento a las seis semanas se evaluó usando un subconjunto de preguntas formuladas en ambas entrevistas. Para esta última comparación, los análisis difirieron en cuanto a si los comportamientos examinados podrían haber cambiado en el transcurso del intervalo de seis semanas. Por lo tanto, para las mujeres cuya condición de embarazo no cambió durante este período, examinamos la consistencia lógica de los datos sobre el número de hijos que habían nacido, el número de embarazos y si alguna vez habían tenido un aborto inducido. Debido a que no preguntamos sobre la práctica de conductas de riesgo durante el intervalo comprendido entre las entrevistas, para aquellas conductas que pudieron haber cambiado (e.g., uso de drogas y alcohol en los últimos seis meses), consideramos el porcentaje de mujeres que alteraron sus respuestas en la dirección de un aumento en las conductas de riesgo. Con base en los métodos de estratificación y aleatorización utilizados y suponiendo que no hubo sesgo al proporcionar los datos, nuestra expectativa fue que los cambios reportados en las conductas a través del tiempo fueran iguales en los dos grupos de modo de entrevista.

Las diferencias en características demográficas y los reportes por modo de entrevista fueron analizados usando pruebas t para proporciones o promedios de dos muestras obtenidas de manera independiente; las pruebas fueron de dos colas para las características demográficas, debido a que la asignación a los grupos fue aleatoria; y de una cola para la aportación de datos, porque se supuso que las entrevistas mediante audio-CASI generarían una mayor aportación de datos sobre conductas sensibles. Se utilizó regresión logística con el fin de calcular razones de momios para resultados inconsistentes en tres análisis: inconsis-

tencia en los datos aportados dentro de cada entrevista individual (de reclutamiento o seguimiento a las seis semanas); inconsistencia entre las dos entrevistas; y cambios en las conductas reportados a través de las entrevistas. Además de ajustar por el modo de entrevista, incluimos a las características medidas en el reclutamiento, debido a que la investigación previa en los Estados Unidos había sugerido que la condición socioeconómica y la pertenencia a grupos minoritarios con frecuencia afectan la confiabilidad de los datos aportados sobre conductas sensibles.<sup>17-20</sup>

## RESULTADOS

### Características de la muestra

Las mujeres en los dos grupos de entrevistas fueron similares en cuanto a la edad media (27–28 años), ingreso familiar, estado civil, tasa de propiedad de vivienda y nivel de uso de computadores y cajeros automáticos; y también habían tenido un promedio de nueve años de escolaridad (Cuadro 1, página 22), lo que indica haber completado un año de secundaria (cerca del 10% tenía de 0–4 años de escolaridad y otro 10% tenía más de 11 años—no se muestra). Cerca del 40% de las participantes se auto-identificaron como de raza blanca y la misma proporción dijo que era de raza mixta. A pesar de la aleatorización del modo de entrevista, los dos grupos difirieron significativamente en cuanto a varias características (aunque ninguna lo suficiente para afectar nuestras conclusiones): las mujeres en el grupo de entrevistas personales tuvieron más probabilidad de estar trabajando por dinero (73% vs. 51%) y de tener instalación sanitaria en sus hogares (90% vs. 84%) que aquellas en el grupo audio-CASI, pero tuvieron menos probabilidad de vivir en casas hechas a base de ladrillos (11% vs. 18%). Veinte mujeres de cada grupo abandonaron el estudio antes de la entrevista de seguimiento, dejando a 778 mujeres para el análisis de consistencia lógica de los datos reportados entre las entrevistas de reclutamiento y las de seguimiento. Las mujeres que abandonaron el estudio no fueron significativamente diferentes de las que completaron ambas entrevistas.

En el momento del reclutamiento, el nivel de aportación de datos sobre conductas sensibles fue en general más alto en el grupo que utilizó audio-CASI que en el grupo que participó en entrevistas personales. Por ejemplo, una tercera parte del grupo de audio-CASI reportó haber tenido relaciones sexuales anales en los últimos seis meses, comparado con una cuarta parte del grupo de entrevistas personales (Cuadro 2, página 23). Además, mayores proporciones de mujeres en el grupo de audio-CASI reportaron haber tenido alguna vez un aborto inducido (27% vs. 17%, entre las que habían estado embarazadas), haber usado el alcohol en el último mes (64% vs. 56%) y haber tenido relaciones sexuales transaccionales (9% vs. 3%). Adicionalmente, el Cuadro 2 indica el porcentaje de las respuestas faltantes para cada medida; si bien el porcentaje faltante con el uso de audio-CASI es mayor que con las entrevistas personales, la proporción es extremadamente baja. (Un experimento del modo de entrevista realizado previamente

**CUADRO 3. Porcentajes de mujeres que dieron respuestas inconsistentes internamente, en la entrevista de reclutamiento y en la entrevista de seguimiento a las seis semanas, por modo de entrevista**

Datos aportados	Reclutamiento		Seguimiento	
	Personal	Audio-CASI	Personal/ audio-CASI	Audio-CASI/ audio-CASI
<b>Mujeres entrevistadas en ambas visitas</b>				
Casadas alguna vez, pero informan no tener ninguna pareja sexual de toda la vida	0.0	0.7*	na	na
Ninguna pareja sexual en últimos 6 meses, pero reportan relaciones sexuales en ese período	0.2	3.0***	3.4	3.7
Ninguna pareja sexual de toda la vida, pero reportan haber tenido relaciones sexuales	0.0	0.5	na	na
Nunca tuvieron relaciones sexuales, pero reportan ≥1 pareja sexual	1.5	2.0	na	na
Nunca usaron anticonceptivos, pero reportan uso del condón con una pareja específica‡	5.0	8.2*	na	na
<b>Mujeres con ≥1 pareja sexual en los últimos 6 meses</b>				
No. de veces que usaron condón en el último mes > no. de veces que tuvieron relaciones sexuales‡	0.0	5.0***	4.6	5.6
Tuvieron >30 actos sexuales (vaginal, anal, oral) en el último mes, pero reportan que no tuvieron relaciones sexuales transaccionales	0.0	1.6**	1.6	1.9

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001. ‡Evaluado para las tres últimas parejas sexuales de la mujer entrevistada. Notas: Para el grupo de entrevistas personales, Ns fueron 335–409 y 303–380 en el reclutamiento y seguimiento, respectivamente; para el grupo de audio-CASI, Ns fueron 313–407 y 306–380 en el reclutamiento y seguimiento, respectivamente. Audio-CASI (por sus siglas en inglés)=Auto-entrevistas con audio asistidas por computador. na=no aplicable, debido a que ese aspecto no fue incluido en la entrevista de seguimiento.

en Kenia, también encontró que las mujeres que fueron entrevistadas por computador tuvieron mayor probabilidad de no responder el total de las preguntas; en dicho estudio, 15% de las personas entrevistadas con audio-CASI rehusaron responder al menos una pregunta, mientras que todas las personas entrevistadas personalmente respondieron a la totalidad de las preguntas<sup>6</sup>).

### Consistencia dentro y entre las entrevistas

En general, bajas proporciones de mujeres dieron respuestas inconsistentes dentro de las entrevistas individuales (de reclutamiento o las de seguimiento); sin embargo, la proporción de respuestas inconsistentes fue ligeramente mayor en las entrevistas con audio-CASI que en las entrevistas personales para el total de las siete ejemplos de conductas inconsistentes en el momento del reclutamiento y las tres examinados en el seguimiento; cinco de las siete diferencias en la proporción de respuestas inconsistentes en la entrevista de reclutamiento fueron significativas (Cuadro 3).

Entre las mujeres cuya condición de embarazo no cambió entre las dos entrevistas, los niveles de inconsistencia en la aportación de datos sobre sus embarazos y nacimientos no variaron significativamente a través de las dos entrevistas por grupo de modo de entrevista inicial (Cuadro 4). Sin embargo, las mujeres que fueron entrevistadas personalmente en el reclutamiento tuvieron un mayor nivel de inconsistencia a través de las entrevistas, que aquellas entrevistadas vía audio-CASI cuando se les preguntó si habían tenido alguna vez un aborto inducido (11% vs. 5%), el cual es legal en Brasil solamente en caso de violación o si la vida de la mujer está en peligro. Además, la dirección del cambio en las respuestas de las mujeres que proporcionaron diferentes respuestas en las dos entrevistas ocurrió tal y como se esperaba: solamente 2% de las entrevistadas inicialmente vía audio-CASI cambiaron sus respuestas de “no” a “sí,” comparadas con 10% de las entrevistadas inicialmente de manera personal.

Dado que las participantes fueron asignadas aleatoriamente a los modos de entrevista, esperaríamos que iguales porcentajes de mujeres en cada grupo reportaran cambios en conductas a través de las dos entrevistas, en caso de no haber asociación entre el modo de entrevista y las conductas reportadas. Sin embargo, en 15 de 16 de las conductas, hubo mayores niveles de inconsistencia en las mujeres que fueron entrevistadas inicialmente de manera personal; y cinco de estas diferencias fueron significativas; esto sugiere que cambiar de un método de entrevista menos confidencial a uno más confidencial permite obtener mayor información sobre conductas sensibles o sujetas a estigma. La mayor diferencia se dio en mujeres que reportaron haber tenido relaciones sexuales bajo coerción: nueve por ciento de las entrevistadas personalmente en el reclutamiento cambiaron sus respuestas de “no” a “sí” en la entrevista a la sexta semana, en comparación con solamente 3% de las entrevistadas vía audio-CASI en las dos

**CUADRO 4. Porcentajes de mujeres que aportaron datos inconsistentes sobre eventos reproductivos, y cambios en conductas seleccionadas a través de las entrevistas de reclutamiento y de seguimiento a las seis semanas, por modo de entrevista**

Datos aportados	Personal/ audio-CASI (N=331)	Audio-CASI/ audio-CASI (N=334)
<b>Datos inconsistentes</b>		
No. de nacimientos‡	8.8	6.3
No. de embarazos‡	8.8	9.2
Alguna vez tuvo un aborto inducido‡	11.2	4.9***
Sí a no	1.5	3.1
No a sí	9.7	1.7***
<b>Cambio en conductas (no a sí)</b>		
Usó marihuana en los últimos 6 meses	4.1	1.6*
Usó alcohol el último mes	10.1	7.7
Usó alcohol >1 vez por semana el último mes	2.9	3.4
Compañero se embriagó en el último mes	22.1	16.5*
Alguna vez tuvo relaciones sexuales transaccionales	6.0	2.8*
Fue víctima de abuso físico por su pareja el último año	4.2	2.4
Experimentó coerción de su pareja para tener relaciones sexuales el último año	3.6	3.4
Alguna vez fue víctima de coerción para tener relaciones sexuales	8.8	3.1***
Usó drogas antes de/durante la más reciente relación sexual	3.0	2.5
Usó alcohol antes de/durante la más reciente relación sexual	9.9	9.4
Alguna pareja en prisión en los últimos 6 mos.	3.8	3.1
Tuvo alguna vez una ITS§	23.4	20.4
Tuvo sexo oral en los últimos 6 meses	10.5	7.5
Tuvo sexo anal en los últimos 6 meses	10.7	9.3
<b>Aumento en el no. de parejas sexuales</b>		
No. de parejas sexuales a lo largo de su vida	22.0	15.5*
No. de parejas sexuales en los últimos 6 meses	16.5	13.2

\*p<.05. \*\*\*p<.001. ‡Limitado a mujeres entrevistadas cuya condición de embarazo no cambió entre las entrevistas de reclutamiento y de seguimiento. Se usó la prueba t de dos colas. §Este porcentaje aumentó considerablemente debido a que se informó a las mujeres sobre los resultados de sus pruebas de ITS en el intervalo comprendido entre las dos entrevistas. Notas: A menos que se indique otra cosa, se usó pruebas t de una cola. Audio-CASI (por sus siglas en inglés)=Auto-entrevistas con audio asistidas por computador.

ocasiones. Adicionalmente, un porcentaje significativamente mayor de mujeres en el grupo de entrevistas personales cambió sus respuestas de “no” a “sí” respecto a haber tenido alguna vez relaciones sexuales transaccionales (6% vs. 3%), haber usado marihuana en los últimos seis meses (4% vs. 2%) y haber tenido una pareja que se hubiera embriagado en el pasado mes (22% vs. 17%). Las mujeres entrevistadas inicialmente de cara a cara tuvieron también más probabilidad de reportar un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida durante la entrevista de seguimiento que aquellas entrevistadas inicialmente con audio-CASI (22% vs. 16%).

### Análisis multivariado

Se condujo análisis de regresión logística para seis de las 10 conductas inconsistentes dentro de las entrevistas—siete en las entrevistas de reclutamiento más tres en las del seguimiento, Cuadro 3\*—y para el total de 21 resultados en el Cuadro 4 (no se muestra). Se seleccionaron los cinco resultados presentados en el (Cuadro 5, página 26) porque son ejemplos de las diferentes formas de inconsistencia en los reportes y porque el modo de entrevista fue un

\*Para cuatro resultados, ninguna mujer que participó en una entrevistada personal en el momento del reclutamiento aportó datos inconsistentes dentro de dicha entrevista (Cuadro 3).

**CUADRO 5. Razones de momios del análisis de regresión logística para evaluar la probabilidad de una aportación inconsistente de datos de conductas seleccionadas**

Medida	Inconsistente dentro del reclutamiento	Inconsistente entre el reclutamiento y el seguimiento		Cambio de conducta entre el reclutamiento y el seguimiento	
	No tuvo parejas sexuales en los últimos 6 meses pero reporta relaciones sexuales (N=721)	Alguna vez tuvo un aborto inducido (N=651)	Alguna vez tuvo un aborto inducido: de no a sí (N=626)	Alguna vez tuvo relaciones sexuales transaccionales (N=664)	No. de parejas sexuales a lo largo de la vida (N=683)
Audio-CASI en ambas entrevistas	6.35†	0.41**	0.17**	0.27**	0.63*
Edad	1.16*	1.10***	1.08**	1.05	0.98
Años de escolaridad	1.01	0.99	0.97	0.93	1.03
Ingreso familiar el mes anterior	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ingreso familiar al cuadrado	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Trabaja por dinero‡	0.21†	0.81	1.06	0.82	0.85
Trabaja como empleada doméstica§	1.73	1.24	1.37	0.22	1.61
Estado civil					
Soltera (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Casada/viviendo en unión	0.38	1.89	2.03	0.64	0.43**
Separada/viuda/divorciada	1.09	0.75	0.87	0.69	1.13
Raza (color de piel auto identificado)					
Blanca (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Negra	1.10	2.09†	1.81	0.97	1.22
Mixta	1.40	1.40	1.33	2.79*	1.09
Indígena	na	2.90	3.43	10.53*	1.54
Amarilla	na	0.75	na	na	0.80
Residencia					
Otro (ref)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Casa propia	0.67	1.55	1.78	0.98	1.12
Renta	1.05	1.80	1.34	0.54	1.42
Cuenta con instalación sanitaria interior	0.99	0.80	0.59	0.76	1.05
Casa de ladrillos/cemento	3.10	1.35	0.98	1.41	0.56
No. de bienes de consumo duradero en vivienda	0.89	0.79†	0.83	0.69*	0.97
Grupo de aleatorización††	2.12	0.99	1.02	0.88	0.98

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001. †p<.10. ‡La categoría de referencia fue sin trabajo o trabajando por pago en especie. §La categoría de referencia fue sin trabajo o trabajando en algo diferente a empleada doméstica. ††Esta variable se incluyó para evaluar el tamizaje para ITS en casa versus en clínica, aunque no se esperó que afectaría los resultados del estudio. Notas: las medidas de ingreso familiar fueron continuas. Se usó pruebas de una cola. Audio-CASI (por sus siglas en inglés)= Auto-entrevistas con audio asistidas por computador. na=no aplicable debido a que no se observó discrepancia en la variable dependiente. ref= categoría de referencia.

factor de predicción fuerte y significativo de las inconsistencias al aportar datos cuando se incluye covariables sociales y demográficas en estos modelos.\*

Dentro de la entrevista de reclutamiento, las mujeres en el grupo de audio-CASI tuvieron seis veces mayor probabilidad de decir que no habían tenido parejas sexuales en los últimos seis meses; pero que sí habían tenido relaciones sexuales en ese período que aquellas en el grupo de entrevistas personales (razón de momios, 6.4); si bien este resultado es consistente con el hallazgo de el Cuadro 3, sólo fue marginalmente significativo. Para los otros cuatro resultados, los hallazgos fueron consistentes con los resultados que se dan en el Cuadro 4, e indicaron que las mujeres que usaron audio-CASI en ambas entrevistas tuvieron menos probabilidad de ser inconsistentes o de reportar cambios en conducta que aquellas que fueron inicialmente entrevistadas de manera personal. Por ejemplo, las mujeres en el grupo con audio-CASI tuvieron menos probabilidades que las mujeres en el grupo de entrevistas personales de dar res-

puestas inconsistentes sobre el aborto (0.2–0.4), de reportar relaciones sexuales transaccionales después de haber negado ese tipo de conducta en el reclutamiento (0.3) y de reportar un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida (0.6); esto, supuestamente porque ellas lo reportaron en forma veraz la primera vez que fueron entrevistadas usando audio-CASI.

Si bien ninguna de las covariables sociales o demográficas fue significativa en cada uno de los cinco análisis, sí surgieron algunas asociaciones significativas, tanto en éstos como en los otros 22 modelos que fueron estimados. Por ejemplo, entre las entrevistas de reclutamiento y seguimiento, las mujeres de raza mixta y las indígenas tuvieron mayor probabilidad de cambiar sus respuestas y reportar que habían participado en relaciones sexuales transaccionales que las de raza blanca (razones de momios, 2.8 y 10.5, respectivamente), mientras que las mujeres que poseían un mayor número de bienes de consumo duradero tuvieron menor inclinación a cambiar sus respuestas sobre tales conductas (0.7). La edad de las mujeres también fue importante: las mujeres de mayor edad tuvieron mayor probabilidad de proporcionar respuestas inconsistentes en relación con tres conductas sensibles (1.1–1.2), independientemente del modo de la entrevista.

\*Para los 25 resultados para los cuales esperábamos que el modo de entrevista influiría en la inconsistencia en la aportación de datos (no teníamos expectativas relacionadas con el número de nacimientos o embarazos), el signo para la variable "modo de entrevista" fue en la dirección esperada para 21 de los resultados, aun si el resultado no fuera significativo.

## DISCUSIÓN

Nuestros resultados indican que el tipo de entrevista—ya sea personal o con audio-CASI—afectó la consistencia lógica de los datos aportados, tanto dentro de la entrevista de reclutamiento como entre la entrevista inicial y la del seguimiento a las seis semanas. Aunque la consistencia general fue bastante alta en ambos modos de entrevista, en el momento del reclutamiento, la consistencia lógica de las respuestas fue mayor en las entrevistas personales que en las entrevistas vía audio-CASI, resultado que probablemente se debió a que las entrevistadoras conciliaron respuestas discrepantes, aunque se les había instruido no hacerlo. Además, debido a que las participantes pueden algunas veces tener recuerdos equivocados o comprender erróneamente las preguntas, en ausencia de chequeos de consistencia lógica dentro del programa computarizado, audio-CASI tiene probabilidades de generar más datos inconsistentes que las entrevistas personales. Un estudio de la inconsistencia en las respuestas dentro de una misma entrevista realizado con adolescentes kenianas solteras, reveló que mientras el audio-CASI produjo una mayor aportación de datos sobre las conductas más estigmatizadas, los datos sobre actividad sexual fueron más inconsistentes en las entrevistas computarizadas que en las entrevistas personales.<sup>6</sup> En la medida en que pudimos explorar la consistencia de los datos aportados dentro de la entrevista realizada a las seis semanas, observamos que no varió significativamente entre los dos grupos, lo cual no es extraño dado que todas las mujeres fueron entrevistadas usando audio-CASI en el seguimiento.

Mientras que el nivel general de respuestas faltantes fue bastante bajo en la entrevista de reclutamiento, fue más alto en el grupo de audio-CASI que en el grupo de entrevistas personales. Aunque desde el punto de vista analítico es claro que los datos faltantes no son deseables, el hecho de que los niveles fueron menores en las entrevistas personales sugiere que las personas entrevistadas pudieron haberse sentido presionadas para responder a todas las preguntas, a pesar de que el proceso de consentimiento informado puso énfasis en la naturaleza voluntaria de la participación. Una interpretación alternativa es que, en ausencia de una entrevistadora que les habría alentado a contestar, las mujeres entrevistadas por audio-CASI pudieron haber estado más inclinadas a saltarse las preguntas difíciles.

Aun en esta muestra de mujeres, quienes proporcionaron respuestas bastante confiables a las preguntas sobre conductas sensibles, nuestros resultados sugieren que mientras más confidencial es el proceso de la entrevista, más inclinación tendrán las mujeres a revelar conductas ilegales, vergonzosas o estigmatizadas. Por ejemplo, la consistencia en la aportación de datos sobre abortos inducidos entre las entrevistas de reclutamiento y las de seguimiento fue mayor en el grupo de audio-CASI. De manera similar, los aumentos en los datos aportados sobre conductas sexuales y uso de drogas entre las dos entrevistas fueron mayores en el grupo de entrevistas personales ini-

ciales, supuestamente debido a una mayor disposición para aportar datos sobre conductas sensibles cuando se utilizó el audio-CASI en el seguimiento.

Varios estudios han investigado el grado en que la inconsistencia en la aportación de datos se ve afectada por la familiaridad con la o el entrevistador y por el modo de la entrevista. En estudios longitudinales sobre el uso de drogas, el contacto repetido con el mismo entrevistador disminuyó la aportación de datos sobre conductas sensibles y alentó que las personas entrevistadas se retractaron de haber participado en tales conductas en una entrevista subsiguiente, probablemente debido a una falta de disposición para reportar actividades socialmente indeseables a alguien a quien la persona entrevistada ha llegado a conocer.<sup>19,28</sup> Este hallazgo, tal como nuestros hallazgos más recientes, es consistente con la noción convencional en investigación basada en encuestas, de que mientras más anónimo es el proceso de entrevista, más probable es que la persona entrevistada revele conductas estigmatizadas o vergonzosas. Sin embargo, no existe consenso en torno a este tema en la literatura sobre salud pública. Un pequeño estudio de adolescentes latinas y de raza negra atribuyó la alta confiabilidad de la aportación de datos de las adolescentes a la forma de reclutamiento de participantes por parte de los entrevistadores, así como al desarrollo de una estrecha empatía.<sup>29</sup> Además, un análisis de la consistencia de las respuestas en una encuesta longitudinal de familias en Kenia rural reveló que las respuestas fueron más consistentes cuando había familiaridad con la persona entrevistadora; hallazgo que cuestiona la visión de que las personas entrevistadas en todos los entornos serán más honestas con los entrevistadores que les son desconocidos.<sup>30</sup>

A pesar de que nuestra muestra era bastante homogénea, observamos que el nivel de inconsistencia en la aportación de datos entre las entrevistas de reclutamiento y las realizadas seis semanas después, estuvo relacionado inversamente con el número de bienes de consumo durable de las personas entrevistadas, aunque esta asociación fue significativa solamente para las relaciones sexuales transaccionales. Estos resultados son coherentes con los resultados de investigación sobre la aportación de datos sobre conductas sensibles en los Estados Unidos, los cuales sugieren que las personas que pertenecen a grupos minoritarios o que viven en condiciones socioeconómicas más bajas, son más desconfiadas respecto al proceso de entrevista.<sup>17,19,20,28</sup> Si esas personas entrevistadas sienten menos aprehensión con el audio-CASI, entonces el reemplazo de las entrevistas personales con este método puede mejorar nuestra capacidad de monitorear la salud de las personas más necesitadas.

Este estudio tiene varias limitaciones. Primero, uno de los criterios de elegibilidad para el estudio principal fue que las participantes fueran alfabetas; y, aunque el programa de audio-CASI no requería que las mujeres pudieran leer, sí se requería que pudieran reconocer números. Segundo, aunque las mujeres fueron asignadas a los grupos aleatoriamente durante el reclutamiento, es posible

que algunas de las diferencias en la aportación de datos entre los grupos de entrevista pudieran reflejar diferencias reales en conductas más que diferencias influenciadas por el modo de entrevista. Sin embargo, debido a que la composición de los dos grupos era similar, es difícil imaginar que todas las diferencias observadas pudieran atribuirse a diferencias reales en las conductas. Adicionalmente, aunque las tasas más altas de aportación de datos sobre conductas sensibles sugieren una mayor honestidad al reportar, es posible que algunas personas entrevistadas exageraran acerca de ciertas conductas. No obstante, un análisis previo de estos datos mostró que los informes basados en audio-CASI fueron mejores para predecir la prevalencia de ITS que los derivados de entrevistas personales, lo que sugiere que una mayor aportación de datos sobre conductas sensibles refleja, de hecho, un proceso más exacto de captación de datos.<sup>26</sup> Finalmente, debido a que no hicimos preguntas sobre cambios de conductas durante el intervalo entre las entrevistas, no podemos distinguir entre cambios reales de conductas y la inconsistencia en la aportación de datos. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, debido a que las participantes fueron asignadas en forma aleatoria a los grupos de entrevistas, esperaríamos que el grado de cambio en las conductas sea similar en los dos grupos.

Esta investigación contribuye a un creciente acervo de literatura sobre el efecto del modo de entrevista en la aportación de datos de conductas sensibles en los países en desarrollo. Aunque nuestro análisis de consistencia interna en el momento del reclutamiento sugiere que, en ausencia de un chequeo de datos, las entrevistas computarizadas podrían aumentar el error de medida aleatorio, especialmente en poblaciones que no tienen familiaridad con la tecnología, los resultados de este estudio en Brasil—así como los de otros estudios en el mundo en desarrollo—demuestran que este tipo de entrevista computarizada reduce significativamente el sesgo por conveniencia social y mejora la confiabilidad y validez general de los datos.

## REFERENCIAS

1. Fu H et al., Measuring the extent of abortion underreporting in the 1995 National Survey of Family Growth, *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(3):128–138.
2. Hewitt M, Attitudes toward interview mode and comparability of reporting sexual behavior by personal interview and audio computer-assisted self-interviewing: analyses of the 1995 National Survey of Family Growth, *Sociological Methods and Research*, 2002, 31(1):3–26.
3. Tourangeau R y Smith TW, Asking sensitive questions: the impact of data collection mode, question format, and question context, *Public Opinion Quarterly*, 1996, 60(2):275–304.
4. Turner CF et al., Adolescent sexual behavior, drug use and violence: increased reporting with computer survey technology, *Science*, 1998, 280(5365):867–873.
5. Turner CF, Miller HG y Rogers SM, Survey measurement of sexual behavior: problems and progress, en: Bancroft J, ed., *Researching Sexual Behavior: Methodological Issues*, Bloomington, IN, EEUU: Indiana University Press, 1997, pp. 37–60.
6. Hewett PC, Mensch BS y Erulkar AS, Consistency in the reporting of sexual behavior by adolescent girls in Kenya: a comparison of interviewing methods, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl.

2):ii43–ii48.

7. Mensch BS, Hewett PC y Erulkar AS, The reporting of sensitive behavior by adolescents: a methodological experiment in Kenya, *Demography*, 2003, 40(2):247–268.
8. Mensch BS et al., Sexual behavior and STI/HIV status among adolescents in rural Malawi: an evaluation of the effect of interview mode on reporting, *Studies in Family Planning*, 2008, 39(4):321–334.
9. Minnis AM et al., Audio computer-assisted self-interviewing in reproductive health research: reliability assessment among women in Harare, Zimbabwe, *Contraception*, 2007, 75(1):59–65.
10. Rumakom P et al., Obtaining accurate responses to sensitive questions among Thai students: a comparison of two data collection techniques, en: Jejeebhoy S, Shah I y Thapa S, eds., *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*, Londres: Zed Books, 2005, pp. 318–322.
11. Paz-Bailey G et al., Risk factors for sexually transmitted diseases in northern Thai adolescents: an audio-computer-assisted self-interview with noninvasive specimen collection, *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30(4):320–326.
12. Potdar R y Koenig MA, Does audio-CASI improve reports of risky behavior? evidence from a randomized field trial among young urban men in India, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(2):107–116.
13. Le LC et al., A pilot of audio computer-assisted self-interview for youth reproductive health research in Vietnam, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 38(6):740–747.
14. Simões AA et al., A randomized trial of audio computer and in-person interview to assess HIV risk among drug and alcohol users in Rio De Janeiro, Brazil, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2006, 30(3):237–243.
15. Simões AA et al., Acceptability of audio computer-assisted self-interviewing (ACASI) among substance abusers seeking treatment in Rio de Janeiro, Brazil, *Drug and Alcohol Dependence*, 2006, 82(Suppl. 1):S103–S107.
16. Lara D et al., Measuring the prevalence of induced abortion in Mexico City: comparison of four methodologies, ponencia presentada en la 24ª Conferencia General de Población de la IUSSP, Salvador, Brasil, 18–24 de agosto, 2001.
17. Upchurch DM et al., Inconsistencies in reporting the occurrence and timing of first intercourse among adolescents, *Journal of Sex Research*, 2002, 39(3):197–206.
18. Lauritsen JL y Swicegood CG, The consistency of self-reported initiation of sexual activity, *Family Planning Perspectives*, 1997, 29(5):215–221.
19. Fendrich M y Vaughn CM, Diminished lifetime substance use over time: an inquiry into differential underreporting, *Public Opinion Quarterly*, 1994, 58(1):96–123.
20. Bachman JG y O'Malley PM, When four months equal a year: inconsistencies in student reports of drug use, en: Singer E y Presser S, eds., *Survey Research Methods*, Chicago, IL, EEUU, y Londres: University of Chicago Press, 1989, pp. 173–186.
21. Rodgers JL, Billy JOG y Udry JR, The rescission of behaviors: inconsistent responses in adolescent sexuality data, *Social Science Research*, 1982, 11(3):280–296.
22. Alexander CS et al., Consistency of adolescents' self-report of sexual behavior in a longitudinal study, *Journal of Youth and Adolescence*, 1993, 22(5):455–471.
23. Bignami-Van Assche S, Are we measuring what we want to measure? individual consistency in survey response in rural Malawi, *Demographic Research*, 2003, Special Collection 1, Article 3, <<http://www.demographic-research.org/special/1/3/default.htm>>, consultado el 28 de febrero, 2007.
24. Lagarde E, Enel C y Pison G, Reliability of reports of sexual behavior: a study of married couples in rural West Africa, *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141(12):1194–1200.
25. Luppi C et al., Does audio computer-assisted self-interviewing im-

prove reporting on sensitive behaviors? findings from Brazil, ponencia presentada en la 16ª Biennial Meeting of the International Society of Sexually Transmitted Diseases Research, Amsterdam, 11-14 de julio, 2005.

26. Hewett PC et al., Using sexually transmitted infection biomarkers to validate reporting of sexual behavior within a randomized, experimental evaluation of interviewing methods, *American Journal of Epidemiology*, 2008, 168(2):202-211.

27. Lippman SA et al., Home-based self-sampling and self-testing for sexually transmitted infections: acceptable and feasible alternatives to provider-based screening in low-income women in São Paulo, Brazil, *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34(7):421-428.

28. Mensch BS y Kandel DB, Underreporting of substance use in a national longitudinal youth cohort: individual and interviewer effects, *Public Opinion Quarterly*, 1988, 52(1):100-124.

29. Hearn KD, O'Sullivan LF y Dudley CD, Assessing reliability of early adolescent girls' reports of romantic and sexual behavior, *Archives of Sexual Behavior*, 2003, 32(6):513-521.

30. Weinreb AA, The limitations of stranger-interviewers in rural Kenya, *American Sociological Review*, 2006, 71(6):1014-1039.

### **Agradecimientos**

Las y los autores agradecen a Maria Amelia Veras, Manoel Ribeiro, Rute de Oliveira, Cristhiane Herold de Jesus, Diana Careaga y Janneke van de Wijgert por la colaboración en el diseño e implementación del estudio; a Lidia Rodrigues de Oliveira Silva e Paulo por el apoyo con audio-CASI durante el trabajo de campo, y a Barbara Miller por el excelente apoyo administrativo y editorial. La implementación de este proyecto fue financiada por la Oficina de Población y Salud Reproductiva, Oficina para la Salud Global, Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional, bajo la subvención HRN-A-00-99-00010. Los dos primeros autores agradecen el apoyo para el análisis y la redacción final del National Institute of Child Health and Human Development (R01-HD047764) y de la William and Flora Hewlett Foundation. Las opiniones expresadas aquí son de las y los autores y no necesariamente de los financiadores.

**Contacto con la autora:** [bmensch@popcouncil.org](mailto:bmensch@popcouncil.org)