

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE GRANADA



**Programa de Doctorado:
AVANCES EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

TESIS DOCTORAL

**SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA DE MUJERES QUE
EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN ALMERÍA**

▪ **Autora:**

D^a María Jesús Cabrerizo Egea

▪ **Directores:**

Prof. Dr. Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo

Dra. M^a Pilar Barroso García

Prof. Dr. Francisco José Pérez Blanco

Editor: Universidad de Granada.Tesis Doctorales
Autora: María Jesús Cabrerizo Egea
ISBN: 978-84-9125-258-0
URI: <http://hdl.handle.net/10481/40940>

El protocolo de investigación de este estudio ha sido premiado como Accésit Mejor Comunicación Oral por el Comité Científico del 5º Congreso Andaluz de Médicos de Atención Primaria, SEMERGEN Andalucía, celebrado en Roquetas de Mar (Almería) en mayo de 2010.

De este trabajo se han realizado tres publicaciones científicas:

- Cabrerizo Egea MJ, et al. Interrupciones voluntarias del embarazo y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Gac Sanit. 2015; 29 (3): 205-209.
- Cabrerizo Egea MJ, et al. Adicciones y salud mental en un colectivo de mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Med fam Andal. 2014; 15 (2): 198-207.
- Cabrerizo Egea MJ, et al. Infecciones de transmisión sexual en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Actual Med. 2013; 98 (789): 74-77.

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud al Profesor Dr. Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo, a la Dra. M^a Pilar Barroso García y al Profesor Dr. Francisco José Pérez Blanco por haberme marcado el camino para llevar a cabo este trabajo, por toda su ayuda y por la paciencia y perseverancia que me han transmitido a lo largo de todo el trayecto. Así mismo, agradecer su aportación en el análisis estadístico al Profesor Dr. José Antonio Roldán Nofuentes.

Muchísimas gracias a las personas que forman parte de las asociaciones AIMUR, APRAMP y Proyecto Encuentro, por haber colaborado en este estudio, habiendo facilitado el trabajo de campo. Se ha de reconocer que las actividades que realizan suponen una aportación esencial en la Salud Pública de Almería.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia y amigos el ánimo y el cariño recibidos, y en especial a Pablo, por estar a mi lado ofriéndome en todo momento una visión objetiva del trabajo, por sus consejos y por su contribución final en el diseño de este documento.

A todos, gracias.

La doctoranda María Jesús Cabrerizo Egea y los directores de la tesis, Prof. Dr. Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo, Dra. M^a Pilar Barroso García y el Prof. Dr. Francisco José Pérez Blanco. Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, Julio 2015

Doctoranda

Fdo.: D^a María Jesús Cabrerizo Egea

Directores de la Tesis

Fdo.: Prof. Dr. Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo.

Fdo.: Dra. M^a Pilar Barroso García

Fdo.: Prof. Dr. Francisco José Pérez Blanco

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Evolución histórica	5
1.2. Infecciones de transmisión sexual.....	7
1.3. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.....	26
1.4. Medidas de prevención de las ITS.....	31
1.5. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).....	35
1.6. Inmigración y prostitución.....	37
1.7. Prostitución. Salud mental y adicciones.....	39
1.8. Atención a las personas que ejercen la prostitución en Almería.....	40
2. JUSTIFICACIÓN	46
3. OBJETIVOS	48
4. METODOLOGÍA	50
4.1. Diseño del Estudio	51
4.2. Población de estudio.....	51
4.3. Tamaño muestral	51
4.4. Variables de estudio.....	51
4.4.1. Características personales	51
4.4.2. Características laborales.....	52
4.4.3. Hábitos tóxicos	53
4.4.4. Conductas de riesgo sexual.....	53
4.4.5. Antecedentes personales.....	53
4.4.6. Salud mental.....	53
4.4.7. Salud sexual	55
4.5. Fuentes de información.....	55
4.6. Recogida de datos	55
4.7. Análisis de datos	57
5. RESULTADOS	58
5.1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS UNIVARIANTE.....	59
5.1.1. Características personales.	59
5.1.2. Características laborales.....	62
5.1.3. Hábitos tóxicos	63
5.1.4. Uso de métodos anticonceptivos. Conductas de riesgo sexual.....	64
5.1.5. Antecedentes personales. Patología de base y tratamiento	66
5.1.6. Salud mental.....	66
5.1.7. Salud sexual	67
5.2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS BIVARIANTE	69
5.2.1. Perfil de las mujeres que realizan IVE y análisis de posibles factores de riesgo para su realización.....	69
5.2.2. Relación del cribado para ansiedad/depresión con algunas variables	72
5.2.3. Perfil de las mujeres con hábito tabáquico y su relación con el salario medio.....	75

5.2.4. Relación entre el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual y la rotura del preservativo	76
6. DISCUSIÓN	78
6.1. DISCUSIÓN (análisis univariante)	79
6.2. DISCUSIÓN (análisis bivariante)	86
6.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	90
6.4. RECOMENDACIONES	91
7. CONCLUSIONES	93
8. BIBLIOGRAFÍA	96
9. ANEXOS	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tinción de Gram de secreción uretral de un paciente varón con gonorrea, en el cual se observan gonococos y diplococos intracelulares gramnegativos. (Tomada de la Public Health Agency of Canada).....	10
Figura 2. <i>T. Pallidum</i> con microscopía de campo oscuro.....	13
Figura 3. Dos trofozoitos de <i>Trichomonas vaginalis</i> obtenidas del cultivo in vitro. El frotis se tiñó con Giemsa.....	15
Figura 4. Cuerpos de inclusión <i>C. trachomatis</i> (marrón) en un cultivo de células en medio McCoy.....	17
Figura 5. Mujeres que ejercen la prostitución en Almería (N=110).....	59
Figura 6. Mujeres que ejercen la prostitución en Almería según zona de procedencia (N=110).....	59
Figura 7. Uso de otros métodos anticonceptivos, aparte del preservativo (n=39).....	65
Figura 8. Prevalencia de ansiedad/depresión en mujeres que ejercen la prostitución en Almería (N=110).	66
Figura 9. Prevalencia de mujeres que presentan alguna ITS (N=110).....	67
Figura 10. Mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Según si han realizado alguna IVE (N=110).....	69
Figura 11. Influencia del salario por servicio en el hábito tabáquico.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sistema de clasificación revisado en 1993 para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del sida.*LPG: linfadenopatía persistente generalizada.....	19
Tabla 2. Marcadores serológicos del VHB.....	23
Tabla 3. Características personales de las mujeres que ejercen la prostitución (N= 110).	61
Tabla 4. Características laborales de las mujeres que ejercen la prostitución (N= 110).	62
Tabla 5. Hábitos tóxicos en mujeres que ejercen las prostitución (N= 110).	63
Tabla 6. Prácticas sexuales y uso del preservativo de las mujeres que ejercen la prostitución (N=110).	64
Tabla 7. Conductas de riesgo sexual en mujeres que ejercen la prostitución (N=110). 65	
Tabla 8. Antecedentes personales de las mujeres que ejercen la prostitución (N=110).	66
Tabla 9. Prevalencia de marcadores de Hepatitis C, Hepatitis B, Sífilis y VIH (N=110). 68	
Tabla 10. Perfil de las mujeres según han realizado o no IVE.....	70
Tabla 11. Análisis de la influencia de algunos factores sobre la existencia de IVE (N=110).	71
Tabla 12. Perfil de las mujeres que padecen ansiedad/depresión según características personales.	73
Tabla 13. Influencia del salario y las adicciones sobre DEPRESIÓN, medida por la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg.	74
Tabla 14. Influencia del salario y las adicciones sobre ANSIEDAD, medida por la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg.	74
Tabla 15. Análisis entre rotura del preservativo y su asociación de infecciones de transmisión sexual.....	77

1. INTRODUCCIÓN

La prostitución es una práctica que se remonta siglos atrás y ha sido ejercida principalmente por una población marginada. Desde finales del siglo XX ha sido objeto de estudio, para valorar la incidencia y prevalencia de infecciones de transmisión sexual, en personas que la ejercen. Esta ha sido pues una de las poblaciones diana para los programas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ⁽¹⁾.

1.1. Evolución histórica

La investigación sobre la historia de la prostitución se ha adaptado a la naturaleza de las fuentes más asequibles y a las posibilidades concretas de edición ⁽²⁾.

En un recorrido sobre su historia, se comienza a hablar de ella desde el tercer milenio antes de Cristo, en el que las mujeres de Babilonia tenían la obligación, al menos una vez en su vida, de acudir al santuario de Miliitta (la Afrodita griega) para practicar sexo con un extranjero como muestra de hospitalidad a cambio de un pago simbólico. En la Grecia Clásica, la prostitución era practicada tanto por mujeres como por hombres jóvenes. En esta época, las prostitutas debían vestirse con ropas distintivas y estaban obligadas a pagar impuestos. Se cree que fue en la antigua Atenas donde se estableció el primer burdel, allá por el siglo VI a.C.

También en la Roma Clásica, tanto mujeres como hombres la ejercían, impidiéndoles votar y representarse a sí mismos ante un tribunal. Fueron los egipcios los primeros en prohibir las relaciones carnales con las mujeres nativas o peregrinas domiciliadas en los templos y demás lugares sagrados de la época. Le siguió Carlo Magno, en el siglo IX, ordenando el cierre de todos los establecimientos donde a las mujeres se les permitía tener relaciones sexuales promiscuas y dispuso el destierro de las prostitutas, pero dada la gran corrupción que había, estas medidas no tuvieron el resultado esperado.

En la Edad Media, la recesión económica hizo que las prostitutas se establecieran en urbes grandes, generalmente villas universitarias, por la gran afición de los estudiantes a sus servicios. En la España de los Austrias (s. XVI), para que una joven pudiese entrar en una mancebía, tenía que acreditar con documentos ante el juez de su barrio ser mayor de 12 años, haber perdido la

virginidad, ser huérfana o haber sido abandonada por la familia, siempre que ésta no fuese noble. El juez le otorgaba un documento, donde la autorizaba para ejercer la prostitución. En la Edad Moderna (s. XVI, XVII, XVIII), la prostitución se difundió con apariencia más puritana. En las grandes capitales, como Roma o Venecia, el número de cortesanas era tal, que tuvo que ser reglamentada administrativamente bajo la dirección de una mujer a quien llamaban "reina", que se encargaba de hacer respetar en forma estricta los reglamentos policiales (3).

Es a partir de la Edad Contemporánea cuando se encuentran algunos estudios que permiten conocer algunos aspectos de la prostitución en España, destacando los trabajos realizados en Andalucía, Cataluña (salvo Lérida) y Madrid (2).

Durante el Sexenio Democrático (1868-1874) se realizaron diversos estudios en Andalucía, uno de ellos, una monografía desarrollada por Diego Caro Cancela en Jerez de la Frontera en la que dedica algunas páginas a la prostitución. Aborda esencialmente las "*Disposiciones sobre las casas de mujeres públicas*", propuestas en 1855 por los ediles *Ramón de Cala y Manuel Maqueda*, en las que se indicaban la realización de dos reconocimientos médicos semanales a las mujeres de todas las "*casas de mujeres públicas*". Y otro en Jaén, realizado por Francisco López Villarejo, autor de una tesis sobre la evolución demográfica-política y socioeconómica durante el Sexenio, en el que se estudió la prostitución en el enclave minero de Linares. Las fuentes consultadas (libros de registro del hospital) le permitieron aportar interesantes datos sobre el número de prostitutas ingresadas en el hospital padeciendo enfermedades venéreas durante el Sexenio (144 prostitutas adscritas a por lo menos 27 prostíbulos), así como sobre la edad de estas mujeres, que oscilaba entre 12 y 40 años (2).

Existen también estudios sobre prostitución en Huelva, Sevilla, Córdoba y Málaga, pero no existe nada escrito sobre este tema en Granada o Almería.

Fuera de Andalucía, en Madrid, alrededor de 1.920, Pilar Folguera se interesa por las causas que inducen a la prostitución, entre las cuales se pueden encontrar la orfandad, la carencia tutelar paterna y materna, la existencia de una hermana prostituta, el trabajo doméstico o la falta de empleo. También señala en esta época, la temprana edad de inicio en la prostitución (a partir de los trece-catorce años), así como la existencia de lugares de ejercicio como mancebías y casas de compromiso.

Por otro lado, destaca la resignación de estas mujeres a seguir en esa situación, a pesar del deseo de casarse y tener hijos y de sus convicciones religiosas. De este mismo estudio y a partir del número de hombres hospitalizados por enfermedades venéreas en el Hospital de San Juan de Dios, se sacan datos concretos acerca de la frecuentación de los prostíbulos (2 veces a la semana para el 13% y 1 vez a la semana para el 47% de los encuestados). Finalmente, incide sobre la aceptación social generalizada de la prostitución ⁽²⁾.

El jurista *José María Lidón*, nos muestra cómo a partir del 1918 el tratamiento sanitario del tema de la prostitución por las autoridades les llevó progresivamente a independizar la lucha antivenérea, del registro y del control de las casas de prostitución ⁽²⁾.

En una época posterior, la segunda mitad del siglo XX, entre los estudios generales encontrados, cabe mencionar la obra de *Geraldine Scanlon en 1976*, donde se pretende analizar “la posición real de la mujer en la sociedad española”, y es en el capítulo dedicado al trabajo femenino donde *G. Scanlon* enfoca la prostitución como “la profesión abierta a todas las mujeres”, presentando la vida de las prostitutas entre el burdel y el hospital, insistiendo con una mirada social hacia ellas. Es un estudio en el que también se explica cómo se regula la prostitución por el Estado, llegando ésta a formar parte de las prácticas sexuales corrientes de los varones españoles ⁽²⁾.

En la actualidad hay diversas publicaciones que tratan aspectos distintos relacionados con su práctica, las ITS, sus modos de prevención, su relación con la inmigración, etc. Algunos de estos aspectos se irán desarrollando en apartados posteriores.

1.2. Infecciones de transmisión sexual

Antes de este recorrido histórico, se apuntaba la relación de la prevalencia de ITS con la prostitución. Éstas, anteriormente llamadas enfermedades venéreas, continúan siendo a nivel internacional un importante motivo de preocupación en el ámbito de la Salud Pública ⁽⁴⁾, considerándose uno de los mayores problemas mundiales en este campo. Según la OMS, se estima que puede haber alrededor de un millón de casos nuevos al día en el mundo ⁽⁵⁾. Hecho que se refuerza

conociéndose que los Sistemas de Vigilancia tienden a subestimar el número de casos nuevos, debido principalmente a que muchas infecciones son asintomáticas, y a que sólo una parte de la población solicita cuidados de salud por el estigma social asociado que conllevan (4).

Hoy día, se han descrito **más de 30 agentes patógenos bacterianos, víricos y parasitarios transmisibles por vía sexual**, que además pueden pasar de madre a hijo durante el embarazo o el parto, así como transmitirse a través de productos sanguíneos o transferencia de tejidos, y ocasionalmente por otras vías no sexuales (4).

En este apartado se van a tratar algunas de las infecciones de transmisión sexual que tienen más repercusión como problema de Salud Pública, y otras infecciones que aunque no sean ITS propiamente dichas, también se pueden transmitir por vía sexual.

Infección gonocócica

La gonorrea es una ITS del epitelio que se suele manifestar como cervicitis, uretritis, proctitis y conjuntivitis. Si no se tratan, las infecciones de estas zonas pueden ocasionar complicaciones locales como endometritis, salpingitis, absceso tuboovárico, bartholinitis, peritonitis y perihepatitis en la mujer; periuretritis y epididimitis en el varón; y conjuntivitis gonocócica en el recién nacido. La gonococemia diseminada es un fenómeno infrecuente, cuyas manifestaciones comprenden lesiones cutáneas, tenosinovitis, artritis y, en casos raros, endocarditis o meningitis (6).

Está causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*), un microorganismo gramnegativo, no móvil, no formador de esporas que crece aislado o en pares (es decir, en forma de monococo o diplococo, respectivamente). Es un patógeno exclusivo de seres humanos y posee en promedio tres copias de genoma por unidad cócica; esta poliploidía permite un alto nivel de variaciones antigénicas y de supervivencia del microorganismo en un hospedador. Los gonococos, como todas las restantes especies de *Neisseria*, son oxidaspositivos. Se diferencian de otras *Neisserias* por su capacidad de crecer en medios selectivos y de utilizar glucosa pero no maltosa, sacarosa o lactosa (6).

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) (informe semanal nº 9, volumen 20), en la Unión Europea en el año 2012 se notificaron 50.341 casos de gonorrea, con una tasa total de 13 casos por 100.000 habitantes. En España, en 2013, se declararon 3.314 casos, con una tasa de 7,11 por 100.000 habitantes, superior a la del año anterior que fue de 6,59. En Andalucía, a lo largo del periodo 2007-2014, se han notificado 2.377 casos confirmados y 236 casos probables (88% varones), con una tendencia creciente a lo largo del periodo. La frecuencia máxima de casos se observó en 2014, con 460. La evolución de la tasa de incidencia de infección gonocócica ha mostrado un crecimiento pasando de 2,6 casos por 100.000 habitantes en 2007 (4,3 en hombres y 0,9 en mujeres) a 5,5 en 2014 (9,7 en hombres y 1,3 en mujeres) (7).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, la uretritis aguda es la más frecuente en los varones. El periodo de incubación habitual después de la exposición es de dos a siete días, aunque el intervalo puede ser mayor y algunos varones permanecen asintomáticos. Las manifestaciones clínicas de la uretritis gonocócica suelen ser más intensas y evidentes que las de la uretritis no gonocócica, que comprende la debida a *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) (ver más adelante), sin embargo, son frecuentes las excepciones y a menudo resulta imposible distinguirlas sólo basándose en el cuadro clínico. La mayoría de los varones sintomáticos solicita tratamiento. Los asintomáticos, junto con los varones que están incubando el agente patógeno (que liberan el microorganismo, sin presentar aún síntomas) sirven como principal fuente de propagación de la infección (6).

Las mujeres, suelen presentar síntomas de cervicitis gonocócica. No obstante, aquellas que permanecen asintomáticas o que sólo tienen síntomas leves pueden demorarse en pedir atención médica. Estos síntomas menores comprenden secreción escasa de la vagina que proviene del cuello uterino inflamado (no por vaginitis o vaginosis) y disuria (a menudo sin urgencia ni frecuencia) acompañadas de uretritis gonocócica. Aunque el periodo de incubación de la gonorrea sigue estando menos definido en las mujeres que en los varones, suelen aparecer síntomas en el transcurso de los 10 días siguientes a la infección y son más agudos e intensos que en el caso de la cervicitis por *C. trachomatis*. Otra manifestación menos frecuente, de predominio en mujeres *anestrogénicas*, es la vaginitis

gonocócica, ya que en éstas, el epitelio escamoso estratificado de la vagina se adelgaza hasta el nivel basal, haciéndose vulnerable a la bacteria (6).

La infección por *N. Gonorrhoeae* puede dar lugar también a gonorrea anorrectal, faríngea, ocular en adultos, en embarazadas, recién nacidos y niños. Y en el caso de que exista bacteriemia por gonococo, artritis gonocócica (6).

Esta infección puede desempeñar una función facilitadora de la transmisión del VIH (6). Las ITS no ulcerativas facilitan tres a cinco veces la transmisión del VIH, tal vez por el aumento de la eliminación de virus en personas con uretritis o cervicitis. El riesgo de transmisión de una mujer infectada a su pareja masculina a través de la uretra es de alrededor del 20% por cada episodio de relación vaginal sin protección, elevándose al 60-80% después de cuatro o más exposiciones (4).

Se puede obtener un diagnóstico rápido de infección gonocócica en los varones mediante la tinción de Gram (Figura 1) del exudado uretral. En las mujeres, para llegar al diagnóstico específico se debe hacer por medio de un cultivo u otro método diagnóstico apropiado. Las muestras se deben inocular en una placa de medio de Thayer-Martin modificado (6). Su sensibilidad varía, siendo de un 95% o superior en las muestras uretrales de varones con uretritis sintomáticas y de 80-90% en las infecciones *endocervicales*. Hay otras técnicas de diagnóstico como la prueba de amplificación de ácidos nucleicos, que si bien resulta más cara que el cultivo, ofrece ventajas sobre el procesamiento de la muestra ya que su sensibilidad se mantiene incluso en orina o torundas vaginales recogidas por la propia paciente (4).

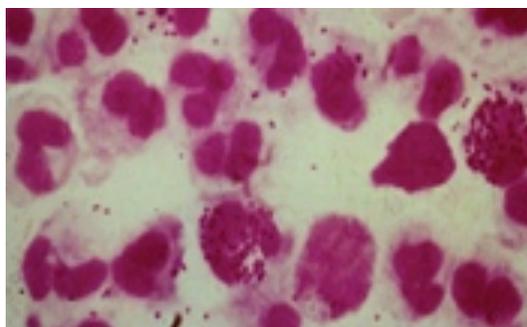


Figura 1. Tinción de Gram de secreción uretral de un paciente varón con gonorrea, en el cual se observan gonococos y diplococos intracelulares gramnegativos. (Tomada de la Public Health Agency of Canada).

Hoy en día, el tratamiento tradicional de la infección gonocócica de uretra, cuello uterino, recto o faringe sin complicaciones consta de ceftriaxona 250mg (cefalosporina de tercera generación) en dosis única por vía intramuscular más una dosis de cefixima 400 mg vía oral. Con ambas casi siempre se logra la curación. En paciente alérgicos a beta-lactámicos, se optará por administrar espectinomicina 2g en dosis única por vía intramuscular. Dado que es frecuente la infección simultánea por *C. trachomatis*, a este régimen inicial se incorpora también algún fármaco eficaz contra clamidia, como puede ser una dosis de azitromicina 1g vía oral ⁽⁶⁾.

En todos los contactos sexuales de las personas con gonorrea, es indispensable estudiar y tratar las infecciones por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* si el contacto con el paciente se produjo en menos de 60 días antes del inicio de los síntomas o del diagnóstico de la infección en el enfermo. Si el último contacto sexual del paciente tuvo lugar más de 60 días antes del inicio de los síntomas o del diagnóstico, es necesario tratar al contacto sexual más reciente. El tratamiento a la pareja sexual disminuye la probabilidad de reinfección (o recurrencia) en sujetos infectados. Se debe aconsejar a los afectados la abstinencia sexual hasta terminar las medidas terapéuticas y que desaparezcan los síntomas tanto en ellos como en los contactos. Prevenir la propagación de la gonorrea puede ayudar a reducir la transmisión del VIH ⁽⁶⁾.

Sífilis

La sífilis es una infección crónica generalizada. Está causada por una bacteria de la familia de las espiroquetas, género *Treponema*, y en este caso (sífilis venérea), especie y subespecie *pallidum*, denominándose *Treponema pallidum* (*T. pallidum*). Se transmite principalmente por vía sexual a través de contacto con personas portadoras de lesiones contagiosas (chancro, condilomas planos...) y vía transplacentaria (en el caso de sífilis congénita), y se caracteriza por fases de actividad separadas por periodos de latencia ⁽⁸⁾.

Según el SVEA (informe semanal nº7, volumen 20), en 2012 se declararon en la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE) 20.802 casos de sífilis (tasa del 5,1 por 100.000 habitantes, 7,7 en hombres y 1,7 en mujeres). La mayoría de ellos (80%) en mayores de 25 años, el 48% en hombres que practican sexo con

hombres. España se encuentra entre los países que aportan un mayor número de casos y con una de las tasas que más se ha incrementado en la última década. En Andalucía, en el periodo 2007-2014, se registraron 3.884 casos confirmados. El mayor número se alcanzó en 2014 con 689 casos y una tasa de 7,4 por 100.000 habitantes (13,2 en hombres y 1,7 en mujeres). En la comunidad autónoma de Andalucía, la tendencia ha sido estable y a partir de 2013 se observa un aumento, tanto del número de casos como en las tasas en los hombres, tal y como está sucediendo en otros países europeos. Sin embargo, en mujeres se observa el pico máximo de casos y tasas en 2009. De los declarados en ese período, el 82% eran hombres. Respecto a la edad media fue de 37 años en varones y 36 en mujeres. En ambos sexos el 72% de los casos está en la franja de edad entre 20 y 44 años, con porcentaje más alto en el grupo de 25 a 34. En un 54% de los casos se conocen los factores de riesgo, siendo estos tener parejas múltiples y las prácticas homo-bisexuales en hombres, y para mujeres tener parejas múltiples o “ninguno conocido”. La forma clínica más frecuentemente declarada en ambos sexos es la genital, seguida de la sistémica ⁽⁹⁾.

T. pallidum atraviesa rápidamente las mucosas íntegras o las erosiones microscópicas de la piel y, en pocas horas, penetra en los vasos linfáticos y en la sangre y produce una infección generalizada con focos metastásicos alejados antes de que aparezca la lesión primaria. La sangre de un paciente con sífilis precoz o en fase de incubación es contagiosa. La duración del periodo de incubación es inversamente proporcional al número de microorganismos inoculados ⁽⁸⁾.

Atendiendo a la evolución natural de la enfermedad, existe un periodo de incubación de unas tres semanas (dependiendo de la carga inoculada), a continuación aparece una lesión primaria o chancro no doloroso en el sitio de inoculación que persiste unas cuatro o seis semanas y cura de forma espontánea. Las manifestaciones generalizadas mucocutáneas de la sífilis secundaria aparecen a las seis u ocho semanas después de curar el chancro. No obstante un 15% de los sujetos con la forma secundaria sigue teniendo chancros activos o en cicatrización, siendo esto más frecuente en personas infectadas por el VIH. Si estos síntomas desaparecen sin tratamiento, se pasa a la sífilis latente, detectada sólo con pruebas diagnósticas treponémicas positivas (*ver más adelante*). Hoy día, ya no se suelen

ver casos de sífilis terciaria o tardía en la que se pueden afectar órganos del sistema nervioso, cardiocirculatorio, etc. (8).

En cuanto al diagnóstico, las fases primaria y secundaria de la sífilis son las que aportan mayor información clínica para hacer un diagnóstico de sospecha. Pero la forma más frecuente de diagnóstico es la sífilis latente, que se podrá diagnosticar únicamente a través de serología. En úlceras genitales de menos de 10 días de evolución, se puede identificar al treponema mediante microscopía en campo oscuro (Figura 2) o contraste de fases. En lesiones de más de 10 días, hay que recurrir a pruebas serológicas: las más utilizadas para identificar sífilis por medio de anticuerpos no treponémicos son *Reagina Plasmática Rápida* (RPR) y *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), cuantificando la concentración de IgG e IgM contra un complejo antigénico del *T. Pallidum*. La RPR es más fácil de usar, siendo la más adecuada para el diagnóstico serológico rápido, mientras que la VDRL es la norma para el estudio de líquido cefalorraquídeo. El título de anticuerpos con la RPR traduce la actividad de la enfermedad, y se ha considerado como respuesta adecuada al tratamiento la disminución persistente en dos diluciones o más después de tratar la sífilis temprana. Las pruebas serológicas treponémicas cuantifican anticuerpos con antígenos nativos o recombinantes de *T. Pallidum*, e incluyen la prueba fluorescente de absorción de anticuerpos antitreponémicos (FTA-ABS) y algunos métodos de aglutinación. Se emplean para confirmar un resultado positivo en una prueba reagínica no treponémica (8).

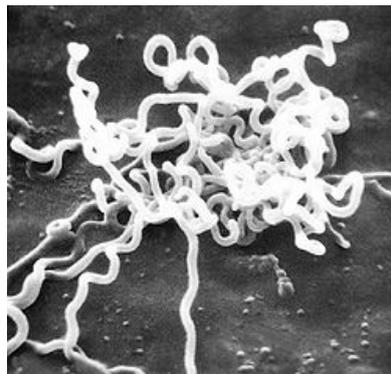


Figura 2. *T. Pallidum* con microscopía de campo oscuro.

El tratamiento de la sífilis se realizará según la fase en la que se encuentre el paciente. En el estadio de sífilis precoz primaria, secundaria y latente (asintomática)

precoz (< 1 año), se administrará penicilina G benzatina 2.400.000 UI en dosis única por vía intramuscular. Como alternativa, doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas durante 15 días o tetraciclina 500mg vía oral cada 6 horas durante 4 días. En el caso de sífilis latente tardía (superior a un año o desconocida), o tardía benigna (afectación mucocutánea y ósea) de elección será penicilina G benzatina 2.400.000 UI una dosis a la semana vía intramuscular durante 3 semanas. Como alternativa, doxiciclina 100mg vía oral cada 12 horas durante 21 días o tetraciclina 500mg vía oral cada 6 horas durante 28 días. Ante una sífilis terciaria o tardía maligna (afectación cardiovascular o neurosífilis), se administrará penicilina G procaína 2,4 millones UI cada 24h por vía intramuscular durante 10 días + probenecid 2g cada 24 horas por vía oral + penicilina G benzatina 2,4 millones UI una dosis a la semana por vía intramuscular durante 3 semanas ⁽¹⁰⁾.

Es preciso realizar un seguimiento de la respuesta al tratamiento, mediante monitorización de la serología RPR o VDRL, como se ha comentado anteriormente ⁽¹⁰⁾.

En sífilis de menos de un año, deben tratarse los contactos sexuales de menos de 90 días, aunque sean seronegativos. Los contactos de más de 90 días se estudiarán serológicamente, y si no fuera posible o el seguimiento incierto, se tratarán ⁽¹⁰⁾.

Vaginitis por *Trichomonas*

La *Trichomona Vaginalis* es un protozoo, móvil, piriforme, que se transmite sexualmente, dando lugar en la mujer a una vaginitis ⁽¹¹⁾.

Dado que no es una enfermedad de declaración obligatoria hay pocos datos de incidencia.

El periodo de incubación es de 5 a 28 días, la infección suele ser sintomática y se manifiesta por secreción vaginal maloliente de color amarillenta frecuentemente, con eritema y prurito, disuria o polaquiuria y dispareunia. Esta clínica es muy similar a la de otras vaginitis ⁽¹¹⁾.

En el diagnóstico es útil el aumento del pH vaginal (5-6). En las mujeres con signos y síntomas típicos de trichomoniasis, el estudio microscópico de la secreción

vaginal mezclada con solución salina exhibe a las *trichomonas* móviles (Figura 3) en gran parte de los casos en los que el cultivo es positivo. Sin embargo, en ausencia de signos y síntomas, suele ser necesario el cultivo para identificar al microorganismo ⁽¹¹⁾.



Figura 3. Dos trofozoitos de *Trichomonas vaginalis* obtenidas del cultivo in vitro. El frotis se tiñó con Giemsa.

Como tratamiento, se utiliza metronidazol 2g en dosis única vía oral si se trata la pareja, a quien se le prescribiría lo mismo. Y metronidazol 250mg vía oral cada 8 horas durante 7 días si no se trata a la pareja ⁽¹⁰⁾.

Infección por *C. trachomatis*

La *C. trachomatis* es una bacteria intracelular obligada que induce una respuesta inmunitaria, pero a menudo persiste meses o años en ausencia de tratamiento antimicrobiano. Produce una infección de transmisión sexual, cuyas manifestaciones clínicas derivan mayormente de mecanismos inmunopatogénicos o respuestas inespecíficas del hospedador contra el microorganismo o sus productos metabólicos ⁽¹²⁾. El mecanismo de transmisión es de persona a persona mediante el contacto con exudados de las membranas mucosas de los infectados durante una relación sexual. En el caso de la conjuntivitis y la neumonía neonatal la transmisión es a través del canal del parto. Presenta un periodo de incubación de 7 a 14 días para la enfermedad genitourinaria y de 5 a 12 días para la conjuntivitis neonatal. El periodo de transmisibilidad es desconocido. Sin tratamiento, la infección puede resolverse espontáneamente o persistir durante meses ⁽¹²⁾.

En 2010, veinticuatro estados de la UE/EEE notificaron 344.491 casos, habiéndose producido un incremento del 41% entre 2006 y 2010. Este aumento

puede ser debido a una mejor detección de la infección como consecuencia de la introducción de programas de cribado y mejoras de las herramientas diagnósticas. En Andalucía, en el periodo 2004-2012, se han registrado 3.414 casos confirmados de infección genital por *C. trachomatis* y 13 probables. Manteniéndose una tendencia altamente creciente, con un incremento porcentual en la frecuencia de casos confirmados del 36,5% entre 2004 y 2011. La media de edad de los casos fue de 29,31 años. Un 54% fueron hombres, aunque en el grupo de edad de los 15-19 años hay una mayor frecuencia de casos en mujeres (69%). Según una publicación del SVEA en el año 2013 (informe semanal nº 10, volumen 18), la infección genital por *C. trachomatis* es la que se notifica con mayor frecuencia en toda Europa. La mayoría son asintomáticas. Las posibles complicaciones incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad en mujeres ⁽¹³⁾.

Entre otras manifestaciones produce, uretritis no gonocócica y epididimitis en los varones, y salpingitis no gonocócica y cervicitis mucopurulenta en las mujeres. También es la responsable del linfogranuloma venéreo cuando se refiere a los serotipos LGV (L1, L2 y L3), una enfermedad de transmisión sexual invasiva que se caracteriza por linfadenopatía aguda con formación de bubones, proctitis hemorrágica aguda, o ambas ⁽¹⁴⁾. Por otro lado, están las infecciones *oculogenitales*, que como se ha comentado se transmiten por medio de contacto sexual o de la madre al neonato durante el parto.

En cuanto al diagnóstico, según el *protocolo de vigilancia y alerta de clamidiasis*, publicado por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el SVEA, para la definición de un caso de infección por *C. trachomatis*, debe de estar presente, aparte de síntomas, al menos uno de los tres criterios de laboratorio siguientes ⁽¹²⁾:

- Aislamiento de *C. trachomatis* en una muestra genitourinaria, anal, exudado nasofaríngeo o conjuntival (Figura 4).
- Confirmación de *C. trachomatis*, mediante tinción directa con anticuerpos fluorescentes (DFA), en una muestra genitourinaria, anal, exudado nasofaríngeo o conjuntival.

- Detección de ácido nucleico de *C. trachomatis* en una muestra genitourinaria, anal, exudado nasofaríngeo o conjuntival.

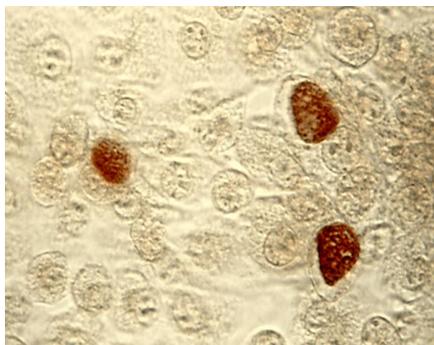


Figura 4. Cuerpos de inclusión *C. trachomatis* (marrón) en un cultivo de células en medio McCoy.

El tratamiento de las infecciones urogenitales no complicadas (uretritis no gonocócicas y cervicitis mucopurulenta) es con azitromicina 1 g vía oral en una sola dosis o doxiciclina 100mg, dos veces a día durante 7 días ⁽¹⁴⁾.

Se deben descartar otras ITS, en particular el VIH. Valorar el estado de vacunación de la hepatitis B y vacunar si es necesario. Además se deben evitar relaciones sexuales hasta que el paciente y su pareja (en caso de infección también) estén asintomáticos. Si existiesen otros posibles contactos, habría que realizar una búsqueda activa de los contactos sexuales de los últimos 60 días antes del diagnóstico y valorar la presencia de infección en ellos ⁽¹⁴⁾.

Infección por VIH

El VIH es un virus RNA perteneciente a la familia de los retrovirus humanos. La causa más frecuente de enfermedad por el VIH en el mundo es el VIH-1. El principal efecto de la replicación del VIH es la progresiva reducción en el recuento de linfocitos CD4 ⁽¹⁵⁾.

A pesar del descenso significativo de la morbimortalidad de los pacientes infectados, la epidemia continúa su expansión, se estima que afecta ya a alrededor de 38 millones de personas en todo el mundo ⁽¹⁵⁾.

Desde el inicio de la epidemia, en Andalucía se han notificado un total de 12.855 casos de sida (1982 a 2013). Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los noventa, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive, que supone un 90% desde 1996, año previo a la generalización de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), hasta 2013 ⁽¹⁶⁾.

En 2013 se han diagnosticado un total de 92 casos de sida en Andalucía, registrados en el Registro Andaluz VIH/sida. Lo que supone una tasa de 1,09 por 100.000 hab. Con respecto a 2012 hay un descenso en la tasa del 28,8% ⁽¹⁶⁾. También se ha producido un cambio en el patrón de edad, se observan 3 etapas: la primera hasta el año 1992 en la que el grupo de edad mayoritario fue de 25 a 29 años, en los siguientes 10 años predominó el grupo de edad de 30 a 39 años, a partir de 2006 es de 40 a 49 años el grupo que tiene mayor relevancia. Esto es debido en gran medida al retraso de la aparición de la primera enfermedad indicativa por la efectividad de los tratamientos antirretrovirales. Aunque la epidemia de sida en Andalucía es fundamentalmente por transmisión autóctona, al igual que en el resto de la UE/EEE hay un aumento progresivo de los casos de países de origen distinto de España. En 2013, esta proporción de personas de fuera de España se ha incrementado al 35% ⁽¹⁶⁾.

Por categoría de transmisión, igual que la tendencia nacional, se observa un descenso continuado en el grupo de usuarios de drogas vía parenteral y desde 2003 también un descenso de la transmisión heterosexual, mientras que los casos en hombres que practican sexo con otros hombres se mantienen estables desde 1992 ⁽¹⁶⁾.

En cuanto a las características de la infección por VIH, ésta origina una enfermedad sistémica durante mucho tiempo. La enfermedad por el VIH debe considerarse como un espectro que comprende desde la infección primaria, pasando por un estado asintomático, hasta la enfermedad avanzada. La definición de caso de SIDA viene dada por la última revisión en 1993 de la clasificación del *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC), y se basa en el establecimiento de grupos según los cuadros clínicos asociados a la infección y según el número de linfocitos CD4. La clasificación de SIDA de la OMS para Europa sólo considera como casos de SIDA los correspondientes a la categoría C3 de la clasificación

revisada de los CDC. En cuanto a la vía de transmisión, los contagios heterosexuales son la forma más frecuente de transmisión de la infección en todo el mundo (17).

Existen tres categorías clínicas según los síntomas y el recuento de linfocitos CD4 que presente el paciente (Tabla1).

Tabla 1. Sistema de clasificación revisado en 1993 para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del sida.*LPG: linfadenopatía persistente generalizada.

CATEGORÍAS CLÍNICAS			
CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS	A Infección asintomática, aguda o LPG*	B Infección sintomática no A no C	C Cuadros definidores de SIDA
1: LT CD4 > ó = 500/mm ³	A1	B1	C1
2: LT CD4 = 200-499/mm ³	A2	B2	C2
3: LT CD4 <200/mm ³	A3	B3	C3

El diagnóstico se establecerá principalmente a través de pruebas serológicas que detectan anticuerpos contra VIH: una prueba de cribado positiva (ELISA) junto con otra de confirmación también positiva (Western blot). Se debe tener en cuenta que los anticuerpos aparecen 2-3 semanas después de la exposición, pero pueden no detectarse hasta pasados dos meses (17).

El tratamiento se basa en una terapia antirretroviral específica, así como la profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente (17).

Infección por Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH pertenece a la familia *Papillomaviridae* e infecta selectivamente el epitelio de la piel y las mucosas. Estas infecciones pueden ser asintomáticas, producir verrugas o asociarse con diversas neoplasias, benignas y malignas. Se han identificado más de 100 tipos de virus ⁽¹⁸⁾.

Según un comité de consenso patrocinado por la OMS, un gran volumen de datos epidemiológicos y biológicos ha permitido afirmar que algunas infecciones por VPH producen cáncer del cuello uterino. Por ejemplo, más del 95% de los cánceres cervicouterinos contiene DNA del VPH de tipos oncogénicos (alto riesgo), identificados con los números 16, 18, 31, 33 y 45. También se encuentra DNA del VPH en lesiones precursoras de este tipo de cáncer (neoplasias cervicouterinas intraepiteliales). Se considera que esta infección (por los serotipos citados) es causa fundamental del desarrollo de cáncer de cérvix, una neoplasia que ocupa el tercer lugar en las mujeres a nivel mundial, por detrás del cáncer de mama y el colorrectal, con unos 500.000 casos nuevos al año ⁽¹⁹⁾.

La mayor parte de las infecciones genitales por el VPH se transmiten por contacto directo con lesiones infecciosas. Los individuos que no tienen enfermedad manifiesta pueden transmitir la infección. Se supone que el contacto personal estrecho participa de manera notoria en la transmisión de la mayor parte de las verrugas cutáneas; no se ha establecido con exactitud la importancia de los vectores pasivos en este contexto. Los pequeños traumatismos en el lugar de la inoculación pueden facilitar la transmisión. El periodo de incubación suele ser de tres a cuatro meses. Todos los tipos de epitelio escamoso se pueden infectar por el VPH y las manifestaciones clínicas y el aspecto histológico de las lesiones varía según la localización y el tipo de virus ⁽¹⁸⁾.

Las verrugas anogenitales aparecen en la piel y mucosas de los genitales externos y la región perianal. En las mujeres, las verrugas aparecen primero en la parte posterior del introito y los labios adyacentes; de ahí se diseminan hacia otras partes de la vulva y abarcan con frecuencia a la vagina y el cuello uterino. En los varones circuncidados, la localización más frecuente de las verrugas es el cuerpo del pene. Las verrugas externas en ambos sexos hacen pensar en la existencia de

lesiones internas, aunque estas últimas pueden existir sin verrugas externas, de manera particular en las mujeres⁽¹⁸⁾.

La mayor parte de las verrugas se descubren por inspección y se pueden diagnosticar correctamente sólo con la historia clínica y la exploración física. El colposcopio es útil para demostrar las lesiones vaginales y cervicouterinas. Los frotis de raspado cervicouterino o anal preparados con el método de *Papanicolaou*, con frecuencia muestran signos citológicos de infección por el VPH. Los métodos más sensibles y específicos de diagnóstico vírico implican el empleo de técnicas como la reacción en cadena de la polimerasa o el análisis de captura de híbridos para detectar ácidos nucleicos del VPH e identificar los tipos específicos del virus. Estas pruebas son útiles para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad cervicouterina por VPH. Las técnicas serológicas para diagnosticar la infección carecen de utilidad en casos individuales y no se dispone de ellas con amplitud ⁽¹⁸⁾.

El tratamiento de esta infección puede ir desde la crioterapia en las lesiones con nitrógeno líquido hasta la resección quirúrgica, ambos realizados por personal médico. Y como tratamiento para ser aplicado por la persona afectada se dispone de podofilotoxina solución o gel al 0,5%, 2 veces al día durante 3 días a los que siguen 4 sin tratamiento. Este ciclo se puede repetir 4 veces. También se puede prescribir imiquimod crema al 5%, 3 veces a la semana durante 16 semanas. Ambas opciones de tratamiento son vía tópica y se ha de tratar de aplicar sólo en la superficie afectada ⁽²⁰⁾.

Infección por el virus de la hepatitis B (VHB)

El VHB es un virus ADN que es responsable del 5-10% de los casos de hepatitis crónica, cirrosis hepática y hepatocarcinoma en los países occidentales. Se estima que en todo el mundo hay unos 400 millones de personas con infección crónica por VHB, lo que supone un gran problema de salud pública ⁽²¹⁾.

La incidencia actual de hepatitis aguda por el VHB ha descendido notablemente en la población infantil de aquellas regiones que han puesto en marcha los programas de vacunación. Menos del 2% de la población europea y norteamericana ha estado expuesta al VHB. En otras zonas de alta prevalencia: China, Corea, Sureste de Asia, África subsahariana o las islas del Caribe, entre el

70-90% de la población tienen marcadores de infección actual o pasada. El pico de incidencia en zonas de baja prevalencia se sitúa en el grupo de adultos jóvenes de 25 a 44 años no vacunados. Entre el 20-60% de las parejas sexuales de las personas con hepatitis B aguda padecen enfermedad crónica por este virus ⁽²²⁾.

El reservorio natural del VHB es el ser humano y la principal fuente de transmisión son las personas con infección crónica. El virus se transmite por exposición percutánea o mucosa, fundamentalmente por la sangre. También se ha demostrado la infectividad por otros fluidos como la saliva o el semen. El riesgo de transmisión está directamente relacionado con los niveles del DNA del VHB en suero, que son mayores en personas con el HBeAg positivo. El VHB, puede permanecer estable hasta siete días en el medio ambiente y como consecuencia, contagiar a través de objetos contaminados (cepillos de dientes, cubiertos o equipamiento sanitario). No se ha demostrado contagio por el contacto casual en el lugar de trabajo y es muy raro en guarderías de zonas de baja prevalencia. Tampoco se contagia por las heces, alimentos, agua, insectos, ni por la leche materna ⁽²²⁾.

Se conocen cuatro vías de transmisión del VHB:

- Parenteral: a través de jeringuillas y productos sanguíneos infectados.
- Sexual: junto con la parenteral, es la vía de transmisión más frecuente en adultos.
- Perinatal o vertical: de madre infectada a hijo en el momento del parto, es la más frecuente en zonas de mayor prevalencia.
- Horizontal: por el contacto prolongado o cercano de personas infectadas. A través de heridas abiertas de los familiares y convivientes de niños y adolescentes en zonas con alta prevalencia ⁽²²⁾.

El periodo de incubación del VHB varía de 1 a 6 meses con una media de 60 días y depende de la cantidad de carga viral inoculada, del mecanismo de transmisión y del huésped. En la mayoría de los casos (70%) la infección transcurre de forma asintomática (más frecuente en niños menores de 5 años y población inmunodeprimida) y de los que tienen clínica, menos del 1% tendrán una evolución

fulminante. En la infección aguda, pueden aparecer síntomas comunes al resto de las hepatitis agudas virales (astenia, anorexia, ictericia de piel y mucosas, coluria, etc.) (22).

El diagnóstico se realiza interpretando una serie de marcadores serológicos como se explica en la Tabla 2.

La forma aguda de la enfermedad suele resolverse espontáneamente en pacientes inmunocompetentes en más del 90% de los casos. Del 1% al 5% pueden desarrollar la forma más grave de hepatitis fulminante con una mortalidad más alta en mayores de 60 años (22).

La mayoría de los pacientes no requiere hospitalización y sólo se recomienda realizar tratamiento sintomático. No es necesario estar en reposo más tiempo del necesario y es importante restablecer la actividad física tan pronto como el paciente lo desee. Además deberán recibir consejo para que mientras dure la fase infectiva (presencia del HBsAg en suero), se conozcan los mecanismos de transmisión del virus y las medidas de protección necesarias si los convivientes todavía no están vacunados (22).

Tabla 2. Marcadores serológicos del VHB.

	HBsAg	antiHBs	antiHBc-IgG	antiHBc-IgM	HBeAg	antiHBe	DNA VHB
Inmunización natural	—	+	+	—	—	—	—
Vacunado	—	+	—	—	—	—	—
Infección aguda temprana	+	—	+	+	+	—	+
Infección aguda en resolución	+	—	+	+	—	+	—
Infección crónica con baja infectividad	+	—	+	—	—	+	—
Infección crónica con alta infectividad	+	—	+	—	+	—	+

Solamente está indicada la administración de fármacos antivirales en pacientes con hepatitis B aguda fulminante hasta que se les realice el trasplante y en los que presenten enfermedad prolongada o grave (INR^{1*} mayor del 1.5 o presencia de encefalopatía hepática) hasta que se produzca el aclaramiento del HBsAg. Los más adecuados son entecavir o tenofovir según la EASL (European Association for the Study of the Liver) y lamivudina según la AEEH (Asociación Española para el Estudio del Hígado). El uso de interferón alfa está contraindicado porque puede aumentar la inflamación hepática ⁽²³⁾.

Infección por el virus de la hepatitis C (VHC)

El VHC es un virus ARN que se transmite fundamentalmente por vía parenteral. Otra vía de transmisión es la sexual, aunque por ésta la posibilidad de transmisión es muy reducida. Este virus es la primera causa de hepatitis crónica y de hepatocarcinoma y el motivo más frecuente de trasplante hepático.

La infección aguda es subclínica en el 79-80% de los casos, y en el resto, la clínica es similar a la de los otros tipos de hepatitis. En un 80% de los casos evoluciona a hepatitis crónica. De éstos, el 20% pueden evolucionar a cirrosis al cabo de 20-25 años con un riesgo anual de evolución a carcinoma hepatocelular del 1-4%, aunque el paciente se mantenga clínicamente estable, lo que da idea del importante problema de salud pública que esta infección ocasiona ⁽²⁴⁾.

No existe ningún marcador bioquímico específico que diagnostique la hepatitis crónica por virus C. El 40% de los pacientes presentan una elevación moderada de la enzima alanina aminotransferasa (ALT). Los niveles de ALT y de aspartato aminotransferasa (AST) elevados indican necrosis hepatocelular, pero no se pueden utilizar como marcadores del grado de fibrosis hepática.

Para el diagnóstico se utilizan:

- Pruebas serológicas: Detectan los anticuerpos frente al VHC. Pueden dar falsos positivos en poblaciones inmunocompetentes con bajo riesgo de infección y si existen unos niveles bajos de viremia. En pacientes inmunodeprimidos como en la infección por VIH, con fallo renal en estadio

^{1*}*International Normalized Ratio*

terminal, en caso de trasplantes recientes de órganos sólidos, hipo o agammaglobulinemia y en la asociación de hepatitis C y crioglobulinemia, se pueden dar falsos negativos.

- Pruebas virológicas: Confirman la presencia del ARN del VHC, bien de forma cualitativa o cuantitativa (carga viral), así como la determinación del genotipo. Están indicadas en todo paciente con pruebas serológicas positivas, en quienes se considere el tratamiento antiretroviral (usar carga viral) y en pacientes con enfermedad hepática no aclarada, inmunodeprimidos o cuando se sospecha infección aguda por VHC aunque las pruebas serológicas sean negativas.
- La biopsia hepática aporta información sobre el grado de fibrosis y la afectación hepática por otras patologías. Además existe un método no invasivo para la evaluación de la fibrosis, se trata de la elastografía de transición (*Fibroscan*), que mide la elasticidad hepática y que combinada con otros marcadores no invasivos puede definir la extensión de la fibrosis (24).

En cuanto al tratamiento, tradicionalmente ha consistido en la combinación de interferón pegilado (PEG) y ribavirina (RBV) durante 48 semanas para el genotipo 1 y 24-48 semanas para los genotipos 2 y 3 (24). Si bien, en el año 2014 se aprobaron dos nuevos fármacos para el tratamiento de esta infección, primero simeprevir (*Olysio*[®]) y después sofosbuvir (*Sovaldi*[®]). El 18 de noviembre de 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, publicó un *informe de posicionamiento terapéutico* para ambos fármacos. Como conclusiones, se puede afirmar que sofosbuvir presenta valor terapéutico añadido en comparación con los estándares actuales de tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C en determinados escenarios clínicos y para las distintas pautas de tratamiento estudiadas. Así mismo, presenta tasas elevadas de respuesta viral sostenida, un buen perfil de seguridad, menor duración de tratamiento y la posibilidad de ser usado sin PEG en determinados grupos de pacientes. Las situaciones clínicas para las que sofosbuvir presenta valor terapéutico añadido serían:

- Situaciones clínicas en las que existe necesidad de tratamiento debido al avanzado estado de la enfermedad y/o alto riesgo de morbi-mortalidad

asociada y no existen alternativas terapéuticas o bien las existentes no son adecuadas debido a problemas de seguridad: lista de espera de trasplante hepático, trasplantados hepáticos, cirróticos (F4 en biopsia o Fibroscan $\geq 14,5$ kPa, coinfectados 14kPa), pacientes con contraindicaciones para tratamiento basado en interferón o tras fracaso del tratamiento con inhibidores de la proteasa

- Situaciones clínicas en las que existiendo necesidad de tratamiento y alternativas terapéuticas, sofosbuvir se considera una opción con valor terapéutico añadido en base a eficacia y/o seguridad: pacientes con F3 en biopsia ó Fibroscan $>9,5$ Kpa y pacientes con F2 en biopsia ó Fibroscan 7,6- 9,5 Kpa ⁽²⁵⁾.

En cuanto a simeprevir, en combinación con sofosbuvir +/- RBV durante 12 semanas, se considera una alternativa terapéutica en aquellos pacientes que no toleran o no son candidatos al tratamiento con interferón y existe una necesidad de tratamiento urgente, y en aquellos en los que el tratamiento debe basarse en combinaciones de antivirales directos libres de interferón. En pacientes en lista de espera de trasplante hepático, trasplantados, pacientes que han fracasado a tratamiento con boceprevir o telaprevir (inhibidores de la proteasa) y pacientes con cirrosis avanzada, apenas existen datos de eficacia con simeprevir ⁽²⁶⁾.

1.3. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica

Actualmente, como ya se ha comentado, la OMS cifra en un millón las personas que adquieren una ITS (incluido VIH) al día en todo el mundo. Se cifra también en más de 340 millones el número de casos nuevos cada año producidos por las ITS curables más comunes a nivel mundial (sífilis, gonococia, infecciones por *C. trachomatis* y trichomoniasis), en hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años ⁽⁴⁾.

Existen problemas de gran transcendencia derivados del contagio de algunas ITS no diagnosticadas y en consecuencia, no tratadas correctamente, como son:

- La existencia de casos de sífilis congénita. En un estudio retrospectivo realizado por el Hospital de Poniente en Almería desde 1998-2007, se

revisaron 43 historias de recién nacidos con sospecha de sífilis congénita. Se dividieron en dos grupos, uno de sospecha de alto riesgo (20 casos) y otro de sospecha de bajo riesgo (23 casos). En ambos se observó una mayor prevalencia de madres inmigrantes frente a las de nacionalidad española, y de estos con mayoría de Países del Este. De los 20 casos con sospecha de alto riesgo la mayoría fueron embarazos no controlados o mal controlados en mujeres inmigrantes ⁽²⁷⁾. No hubo confirmación de caso en ninguno de los grupos. No obstante, el incremento en los casos de sospecha reflejó un fallo a nivel de salud pública, debido al inadecuado control prenatal de la mujer inmigrante. Hoy día, la actuación ante recién nacidos de riesgo se ha protocolizado, unificando criterios y mejorando los sistemas informáticos en cuanto a base de datos de los usuarios ⁽²⁷⁾.

- La infertilidad en una de cada cuatro casos de enfermedad inflamatoria pélvica por infección por *C. trachomatis* ⁽⁴⁾.
- El cáncer propagado por el Virus del Papiloma Humano.
- Los nuevos casos de infecciones por el VIH ⁽⁵⁾.

Con la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su riesgo de muerte asociado, se potenció el control de las ITS. No obstante, ante la cronificación de esta patología, dicho proceso se ha debilitado. Existe una fuerte correlación entre la diseminación de las ITS convencionales y la transmisión del VIH, y se ha demostrado que tanto las ITS ulcerosas como las no ulcerosas aumentan el riesgo de transmisión sexual del VIH ⁽⁴⁾.

En una edición del documento de la OMS "Global prevalence and incidence of select curable sexually transmitted infections, overview and estimates", se informa sobre algunos aspectos relacionados con este tema:

- Como se ha citado anteriormente, se cifran en 340 millones de nuevos casos de ITS al año en mujeres y hombres de 15 a 49 años, siendo un porcentaje importante de ellas por trichomoniasis. En Europa Occidental se han contado hasta 11 millones casos nuevos al año de ITS causadas por este protozoo.

- Los datos epidemiológicos indican que dentro de un mismo país y entre países de una misma región, la prevalencia e incidencia de estas enfermedades varía ampliamente entre las poblaciones urbana y rural, e incluso en grupo de poblaciones similares.
- Estas diferencias reflejan la variedad de factores sociales, culturales y económicos, así como también las diferencias en la accesibilidad a tratamientos apropiados.
- En general, la prevalencia de ITS tiende a ser más alta en residentes de zonas urbanas, en personas solteras y adultos jóvenes. Por término medio, las mujeres se infectan en edades más jóvenes que los varones.
- La mayoría de los patógenos transmisibles por las relaciones sexuales se pueden curar con los tratamientos antimicrobianos apropiados. Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, las ITS son todavía una de las principales preocupaciones de la Salud Pública tanto en países industrializados como en desarrollo.
- Los Sistemas de Vigilancia tienden a subestimar sustancialmente el número total de casos nuevos de ITS; por un lado está el gran número de infecciones asintomáticas, de otro lado, sólo una parte de la población sintomática solicita cuidados de salud y de éstos, sólo una parte son declarados. Hay que tener presente, que estas enfermedades a veces llevan asociado un estigma social que puede generar que los afectados soliciten atención alternativa o que ni la soliciten ⁽⁴⁾.

En la Unión Europea (UE), a mediados de la década de los noventa, se observó un aumento significativo de las ITS que se mantiene, especialmente de las bacterianas agudas, con incrementos centrados en la población joven, las minorías étnicas y los homosexuales. Si se intentara comparar las tendencias y la distribución de las ITS de cada país, se podría observar que los sistemas de vigilancia son muy heterogéneos y en general deficitarios ⁽²⁸⁾.

En este sentido, el Tratado de la Unión Europea generó la tendencia a la creación de actividades para preservar y promover la salud de la población, tal y como se contempla en el artículo 129 del mismo. Así, se creaba una Red de Vigilancia Epidemiológica de ámbito europeo orientada, inicialmente, a las enfermedades transmisibles. La aprobación de la Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados miembros 92/C 326, de 13 de noviembre, y de la Directiva 92/117/CEE del Consejo de 17 de diciembre, marcan el inicio de este proceso.

Se demandaban actividades de coordinación e intercambio de información epidemiológica, por lo que en España, se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, constituida por el sistema básico de vigilancia (integrado por la notificación obligatoria de enfermedades, la notificación de situaciones epidémicas y brotes y la información microbiológica), sistemas específicos de vigilancia epidemiológica (por ejemplo en casos de infección por VIH) y otros sistemas según las necesidades de cada comunidad ⁽²⁹⁾.

A la hora de estimar la prevalencia de las ITS, existen limitaciones a causa de la infradeclaración de las mismas. En España se utiliza el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica para el registro de las ITS. La reciente evolución en los modos de transmisión de enfermedades, como en el caso del VIH, no ligado tanto al uso de drogas vía parenteral y sí a la transmisión sexual, justifica impulsar una mejora sustancial de la exhaustividad del sistema y de la calidad de los datos. La notificación individualizada de casos y la implicación de todo el dispositivo del Sistema Nacional de Salud, y especialmente la integración de la información recogida en los centros específicos de ITS, podrían aportar una información esencial para la toma de decisiones ⁽³⁰⁾.

A nivel Andaluz, en relación a las EDO, el Decreto 66/1996, del 13 de febrero, establece el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. El artículo 13 de dicho Decreto 66/1996 indica a su vez que este sistema dispondrá de información de las EDO según la legislación vigente y de aquellas consideradas como tales por la Administración Sanitaria Andaluza. Así, la Orden de 16 de diciembre de 1996, desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y establece la relación de EDO. Posteriormente, la ORDEN de 11 de

diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 16 de diciembre de 1996, introduce la infección por VIH como EDO. De las ITS tratadas en este estudio, en la actualidad son EDO: Hepatitis B, Hepatitis C, Infección gonocócica, Infección por Chlamydia, Sífilis y la infección por el VIH y el SIDA ⁽³¹⁾.

Hoy día, Andalucía cuenta con cuatro bases de información para el control epidemiológico de este tipo de enfermedades:

- **Redalerta:** es un sistema de información para la Red de Alerta de Salud Pública y EDO de la Junta de Andalucía. Se puede acceder desde los Distritos de Atención Primaria, Hospitales, Delegaciones Provinciales y Servicios Centrales. Los casos de ITS son importados, mediante un proceso de carga automática, desde la historia clínica digital (Diraya) a este sistema de información, requiriendo una posterior validación manual.
- **SIMAN** (Sistema de Información Microbiológica de Andalucía): es un sistema de vigilancia de la Consejería de Salud (Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública) en la que participan siete laboratorios de microbiología no distribuidos homogéneamente dentro de la Comunidad Autónoma. En este momento se encuentra en fase de ampliación a otros laboratorios.
- **C.M.B.D.** (Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria): recoge un conjunto de variables que reflejan la situación del paciente a su ingreso hospitalario, los procesos acontecidos durante su estancia y la situación en el momento del alta. En definitiva, extracta la información del usuario en su proceso asistencial recogiendo datos administrativos, clínicos y demográficos. Responde por tanto, a una idea de consenso sobre los datos básicos del usuario en su proceso asistencial ⁽⁴⁾.
- **siVIhDA** (Sistema de información para la Vigilancia VIH/Sida): desde enero de 2013, se ha puesto en funcionamiento este nuevo sistema de información que sustituye al anterior registro andaluz de Sida. Se trata de un sistema de vigilancia individualizado dirigido a conocer la magnitud, distribución y características epidemiológicas de la infección por VIH y el Sida en Andalucía y que aporta información epidemiológica al Registro Nacional SINIVIH

(sistema de información sobre nuevas infecciones). Este sistema de Vigilancia, se creó con la colaboración de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI), e incluye entre sus fuentes, la historia de salud de Atención Primaria (Diraya) y las unidades de enfermedades infecciosas de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía ⁽¹⁶⁾.

1.4. Medidas de prevención de las ITS

Según el *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC) la prevención de las ITS se basa en cinco estrategias fundamentales:

1. Educación y consejo a personas con conductas de riesgo para que modifiquen su comportamiento sexual ⁽⁴⁾. Así se reduciría el potencial de transmisión fomentando la actividad sexual segura, sobre todo destacando el uso del preservativo durante las relaciones sexuales casuales o comerciales. Hoy día, con base en estudios longitudinales realizados en el último decenio, se sabe que el uso persistente de preservativo confiere protección significativa tanto a varones como a mujeres contra todas las enfermedades de transmisión sexual descritas en la literatura. Tal vez la única excepción son las infestaciones por *Pthirus pubis* (ladilla) y *Sarcoptes scabiei* (ácaro “arador de la sarna”).
2. Identificación de las personas infectadas asintomáticas y las sintomáticas para que sean diagnosticadas y tratadas.
3. Diagnóstico y tratamiento de las personas infectadas.
4. Evaluación, tratamiento y consejo a las parejas de las personas infectadas por una ITS.
5. Vacunación pre-exposición de personas con riesgo en aquellas ITS que permitan esa posibilidad ⁽⁴⁾.

Las medidas de prevención de ITS, tanto para mujeres que ejercen la prostitución como para la población general, han sido objeto de investigación por parte de diversos autores. Revisando algunos trabajos, se encuentran estudios de índole nacional e internacional.

Según un estudio realizado en Asturias en el año 2008, para las mujeres que ejercen la prostitución, el uso del preservativo, no solo es un método de barrera fiable para la prevención de ITS, sino una herramienta de trabajo que les permite distanciarse de la pareja comercial tanto física, como emocionalmente. Esto implica que las mujeres que no saben usar el preservativo correctamente lo utilicen a pesar de ello, sin tener en cuenta que no lo estén utilizando como un método eficaz de prevención de ITS ⁽³²⁾.

También se realizó un estudio prospectivo en el que se analizó los cambios en el uso del preservativo en una cohorte de prostitutas de Alicante. Las mujeres acudían voluntariamente al Centro de Información y Prevención de SIDA de Alicante. En la primera visita se estimaba la frecuencia del uso del preservativo entre otras intervenciones. En siguientes visitas (según el caso) a los 15 días, 2 y 6 meses, se daba consejo preventivo y se reforzaban los mensajes a favor del uso del preservativo con sus clientes, así como habilidades de negociación en dicho uso. Como resultado se obtuvo un incremento en la frecuencia del uso del preservativo y la baja frecuencia de su abandono en una cohorte de prostitutas a lo largo de 10 años ⁽³³⁾.

Existen varios trabajos en los que describen el uso del preservativo por mujeres que ejercen la prostitución, y otros en los que relaciona su uso con distintas tasas de prevalencia de ITS. De un estudio realizado en Madrid en 2004 se extrae que un 98% de mujeres participantes que ejercían la prostitución, utilizaba siempre el preservativo en las relaciones anales y vaginales con los clientes, mientras que sólo el 17,6% lo utilizaba en sus relaciones privadas ⁽¹⁾. En cuanto a la relación del uso del preservativo y la prevalencia de ITS, se resaltan dos estudios, uno realizado en Dakar (Senegal), en el que se observaron unas tasas de prevalencia para infección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* del 22% y del 20% respectivamente ⁽³⁴⁾, y el otro llevado a cabo en Cataluña, con unas tasas del 0.8% y del 5.9% respectivamente ⁽³⁵⁾. En el trabajo de Dakar, un tercio de las 390 mujeres que se incluyeron, no usaban o presentaban un uso incorrecto del preservativo en sus relaciones con el cliente ⁽³⁴⁾. Sin embargo, en Cataluña, el 96.9% de las 357 mujeres incluidas en el estudio, utilizaban el preservativo en todas las relaciones vaginales con los clientes ⁽³⁵⁾, de ahí la diferencia en las prevalencias.

Se han realizado revisiones sistemáticas de trabajos sobre la prevención de ITS. Existe una revisión publicada en la *Tropical Medicine and International Health* en la que se pretende comprobar la evidencia de la efectividad de intervenciones para prevención de infección por VIH y otras ITS en mujeres que ejercen la prostitución en zonas con bajos recursos económicos. Ésta da como resultado, tras revisar veintiocho intervenciones, que la combinación de la reducción del riesgo sexual, la promoción del uso del preservativo y un mejor acceso al tratamiento de las ITS, reduce la adquisición de VIH y otras ITS en las mujeres que recibieron la intervención. Existe una fuerte evidencia de que las pruebas diagnósticas y tratamientos periódicos de las ITS confieren una protección adicional contra el VIH (36).

Es importante también hacer referencia a un espermicida, el Nonoxinol-9 (N-9), utilizado para disminuir las posibilidades de embarazo y su uso como método de prevención de ITS, incluido el HIV; esta última propiedad basada en la acción antiséptica. Sin embargo estudios posteriores han demostrado que no es válido, incluso puede aumentar el riesgo de infecciones al alterar las barreras defensivas naturales del recto o la vagina. Existe una revisión sistemática sobre este tema, en el que se intenta determinar la seguridad y efectividad del N-9 en la prevención de la infección por VIH vía vaginal de hombres a mujeres, que corrobora lo anterior. En esta revisión se incluyeron cinco ensayos clínicos de los cuales cuatro contribuyeron al meta-análisis. En los resultados se observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo de infección por VIH. Incluso hubo un riesgo superior de lesiones genitales entre las mujeres que recibieron N-9. De esto se concluyó que no existe evidencia de que el N-9 proteja contra la infección vía vaginal de VIH de hombres a mujeres y sí que existe evidencia de que puede ser perjudicial el uso de N-9 por aumentar la frecuencia de lesiones genitales (37).

Similar a los trabajos con N-9, se ha encontrado un ensayo clínico aleatorio a doble ciego y controlado con placebo en el que se estudió la toma mensual de azitromicina 1g por mujeres que ejercían la prostitución en Kenya, como estrategia para reducir la incidencia de infección por VIH y otras ITS. Se concluyó que a pesar de una asociación entre las ITS bacterianas y la adquisición de la infección por VIH, la adición de la profilaxis con azitromicina redujo sustancialmente la incidencia de

las ITS, pero no redujo la incidencia del VIH. Así mismo se indica que la prevalencia de la infección por virus herpes simple tipo 2 pudo haber sido un importante cofactor en la adquisición del VIH ⁽³⁸⁾.

Centrándose en el VIH, la vacuna para la infección por este virus es una prioridad en investigaciones científicas a nivel mundial. Sólo una vacuna en estudio ha reducido significativamente la infección por VIH, pero con una eficacia limitada al 31%. En los casos no eficaces, no ha enlentecido la progresión de la enfermedad en ninguno de los individuos vacunados. La idea que persiguen los investigadores es una combinación de dos enfoques independientes, es decir, la obtención de anticuerpos ampliamente neutralizantes (bNAb) para prevenir o reducir la adquisición de la infección y la estimulación de linfocitos T citotóxicos efectivos para frenar la progresión de la enfermedad en infecciones intercurrentes en sujetos ya infectados ⁽³⁹⁾.

Se dispone también de revisiones sistemáticas que abarcan aspectos relacionados con la prevención de la infección por el virus del papiloma humano (VPH). En una revisión en la que se incluyeron estudios que evaluaban el hecho de ofrecer educación sexual dirigida a mujeres y el impacto que ésta tenía sobre el uso del preservativo, la reducción del número de parejas sexuales o abstinencia, y la incidencia de ITS, se trató de determinar la efectividad que esta actuación tenía para reducir la transmisión del VPH. Se incluyeron 30 estudios en los que se observaba una fuerte evidencia de relación causal entre la intervención y los resultados. Los 10 trabajos más exactos mostraron, con significación estadística, un efecto positivo en la reducción de conductas de riesgo sexual, acompañado de un incremento del uso del preservativo en las relaciones vaginales. Este efecto se mantuvo hasta 3 meses después de la intervención. Finalmente se concluyó que estas intervenciones, dirigidas a mujeres con un bajo nivel social y económico, añadiendo información sobre el desarrollo de habilidades en la negociación sexual, podían inducir a una reducción de conductas sexuales de riesgo al menos a corto plazo. Además, este efecto tiene la capacidad de reducir la transmisión del VPH y así posiblemente reducir la incidencia del carcinoma de cérvix ⁽⁴⁰⁾.

En otro trabajo publicado en la *Canadian Medical Association Journal*, se realizó una revisión sistemática de ensayos clínicos controlados aleatorios sobre la

vacunación profiláctica de la infección por el VPH y la enfermedad en las mujeres. Como se ha comentado anteriormente, el VPH es conocido por ser causa imprescindible para el desarrollo de cáncer cervical y las vacunas profilácticas contra el VPH están disponibles hoy día, para prevenir verrugas genitales y otras lesiones precancerosas de cáncer cervical. De los 456 informes revisados se excluyeron 9. Los resultados de los meta-análisis demostraron que la vacunación profiláctica de VPH se asoció con una reducción en la frecuencia de lesiones de alto grado del cuello uterino causadas por la cepa que contenía la vacuna en comparación con los grupos control. La vacuna también fue muy eficaz en la prevención de la infección por VPH en lesiones de bajo grado y en verrugas genitales. La mayoría de los eventos adversos fueron leves y la incidencia de acontecimientos adversos graves y la muerte fueron idénticas entre las vacunadas y el grupo control ⁽⁴¹⁾.

En cuanto a la prevención de la infección por VHB, su vacunación está muy extendida en nuestro medio. Estaría indicada en los siguientes grupos de riesgo:

- En todos los recién nacidos. En el caso de madres con infección por el VHB, debe administrarse inmunoglobulina G para hepatitis B junto con la vacuna en las primeras horas del nacimiento. Posteriormente se completaría el resto de las dosis en ambos casos ⁽²²⁾.
- En menores y adolescentes no vacunados previamente.
- En todas las personas adultas que no han recibido la vacuna y están en riesgo de infección por el VHB: parejas homosexuales, profesionales sanitarios y trabajadores en contacto con sangre o derivados, personas que viajan a zonas de prevalencia alta o intermedia del VHB, personas adictas a drogas por vía parenteral, pacientes en hemodiálisis, con infección por VIH, miembros de la familia, cuidadores y parejas sexuales de personas infectadas por el VHB, etc.

1.5. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un tema relevante en Salud Pública. Actualmente, en población general, las mujeres que realizan IVE corresponden en su mayoría a jóvenes, solteras, extranjeras, con un hijo y nivel de

estudios secundarios; casi la mitad admiten utilizar preservativo u otro método anticonceptivo (42, 43).

Diversos trabajos ponen de manifiesto la importancia de la IVE en mujeres que ejercen la prostitución, mostrando porcentajes elevados de IVEs tanto a nivel internacional como nacional (32, 44, 45, 46). El 34-47% de las mujeres que ejercen la prostitución en España ha tenido alguna interrupción voluntaria del embarazo (47).

La IVE en nuestro país, se realiza basándose en la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (48). Las cifras en población general indican que en España, durante el año 2012, abortaron 111.408 mujeres entre 15 y 44 años, suponiendo una tasa de 12,01 por 1000 mujeres. En Andalucía, la tasa fue algo superior con un 13,08‰ (49). En el informe andaluz de 2010, Almería fue una de las provincias con tasa más elevada, con el 14,16‰ (48).

Con respecto a la prevención de IVE en mujeres que ejercen la prostitución, con el uso de métodos anticonceptivos, un estudio en Asturias refleja un uso extendido del preservativo. No obstante, se detecta gran número de roturas y un porcentaje muy bajo de empleo de métodos eficaces para evitar embarazos. Se observó un desconocimiento por parte de estas mujeres sobre este tema, y se comprobó que las principales limitaciones para que no aprendiesen lo necesario sobre métodos anticonceptivos fueron las dificultades con el lenguaje escrito y la poca accesibilidad a las mujeres que ejercían en la calle (32).

Habitualmente, el objetivo de las intervenciones en salud pública en estas mujeres es la prevención de enfermedades, no teniendo muy en cuenta las necesidades que tienen en cuanto a salud reproductiva. La mayoría de las investigaciones sobre este grupo de mujeres se centra en los factores de riesgo para el contagio de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), no habiendo prestado mucha atención a la prevención y los problemas de salud asociados con otro factor de riesgo derivado de la actividad sexual, el embarazo (50). Si bien, actualmente, la anticoncepción de emergencia podría servir para reducir el número de embarazos no deseados y abortos de riesgo (51).

1.6. Inmigración y prostitución

La inmigración en España es un fenómeno de primera magnitud ⁽²⁷⁾. A lo largo de la historia, la inmigración femenina en España ha estado y está relacionada con el ejercicio de la prostitución, de hecho ha ido en aumento la proporción de mujeres inmigrantes que la ejercen con respecto a las españolas.

A principios de los noventa, en un estudio realizado en Alicante, la proporción de mujeres inmigrantes que ejercían la prostitución captadas en diferentes dispositivos sanitarios no superaba el 35% ⁽⁵²⁾. Estudios más recientes, como uno realizado en Cataluña, han descrito un cambio en la composición de este colectivo, con aumentos en la proporción de inmigrantes que ha superado el 80% ⁽⁵³⁾, la mayoría procedente de Latinoamérica y, en segundo lugar, de África subsahariana. En otros países de la Unión Europea se ha descrito un fenómeno similar, aunque varían mucho las áreas geográficas de procedencia ⁽¹⁾.

Diversos estudios coinciden en señalar que las principales causas que provocan la salida de las mujeres de sus países de origen y la entrada en el ejercicio de la prostitución una vez instaladas en el país de destino, son principalmente de orden económico. Cabe destacar que ya desde sus países de origen existen grandes desigualdades de género en sectores vitales como la educación, la participación en la economía y el acceso a puestos de poder. Tan sólo un tercio de las mujeres económicamente activas de África o Asia tienen un trabajo remunerado, el 80% de ellas en el sector agrícola ⁽⁵⁴⁾.

Desde el punto de vista sanitario, la inmigración en España ha importado enfermedades transmisibles, como la sífilis congénita, que estaban “olvidadas” (gracias a la accesibilidad universal y gratuita de todas las mujeres embarazadas a los controles prenatales) y han precisado de una actualización por parte de los profesionales para su correcto diagnóstico. Por otro lado en países en vías de desarrollo como Brasil, la sífilis congénita es considerada uno de los mejores indicadores de Salud Pública nacional, reflejando fallos en el sistema de control prenatal de un área determinada. En el caso de un estudio realizado en el Hospital de Poniente (Almería), como se ha comentado anteriormente, se observa un reflejo del flujo migratorio femenino, experimentando un incremento de casos con

sospecha de sífilis congénita en su mayoría por madres procedentes de Países del Este ⁽²⁷⁾.

Se han realizado estudios en España que comparan poblaciones autóctonas e inmigrantes que ejercen la prostitución. En uno de ellos, realizado en Barcelona en 2002, se compararon entre otras variables, la prevalencia de ejercicio de la prostitución, VIH, hepatitis B, sífilis y otras ITS (del tracto genital femenino). En este trabajo, las inmigrantes eran mayoría. Este grupo presentaba resultados de anti-HBc positivo y pruebas positivas a sífilis (RPR-TPHA) de un 19.5% y un 3.2% respectivamente, frente a un 8.3% y un 1.1% obtenido en la población autóctona. Las tasas de VIH entre inmigrantes y autóctonos (1.8% frente a 1.7% respectivamente) fueron similares en ambos grupos, teniendo en cuenta que un 47.2% de la población inmigrante ejercía la prostitución y en el caso de la población autóctona correspondía a un 6.1% ⁽⁵⁵⁾. Con respecto a la prevalencia de infección por VIH, en otro estudio realizado en Madrid en 2004, fue 0.2% ⁽¹⁾. Dato observado también más tarde (2008) en Barcelona, donde se vio que la prevalencia de infecciones por VIH en este colectivo oscilaba en rangos de entre un 0.2% a 1% ⁽³⁵⁾, ofreciendo poca relevancia con respecto a la prevalencia en la población general.

Tras el aporte de estos datos, es importante tener en cuenta que las previsiones del Instituto Nacional de Estadística para este año 2015 indican un incremento de la población española en cinco millones de habitantes, cuatro de los cuales serán inmigrantes. A este hecho, se añade la progresiva feminización de la inmigración, patente en estos últimos años, y con las consecuencias específicas que conlleva tanto de tipo sanitario como cultural ⁽²⁷⁾.

Por este motivo, y volviendo al tema de las estrategias preventivas de infecciones de transmisión sexual, que centran su actuación en el diagnóstico y tratamiento precoz de ellas, así como del suministro de preservativos, se debe hacer hincapié en que si el 80% de las mujeres que ejercen la prostitución son inmigrantes, las estrategias preventivas deberían adaptarse a dicha población. Habría que considerar qué representa para estas mujeres, el estar lejos de familia y amigos, en muchos casos el desconocimiento de nuestro idioma, las dificultades de una forma de vida diferente en la que desempeñan un trabajo no deseado y distinto del que realizaban en su país de origen, los problemas inherentes a su situación de

irregularidad legal y fuertes cargas económicas y familiares ⁽⁵⁶⁾. Estos condicionantes se intentan salvar con medidas que se expondrán en un apartado más adelante.

1.7. Prostitución. Salud mental y adicciones

Las personas que ejercen la prostitución son un grupo vulnerable al estar expuestas a factores de riesgo como la violencia y la estigmatización, lo que las hace más susceptibles a sufrir un trastorno depresivo que a la población general ⁽⁵⁷⁾. Algunos autores indican que dichas mujeres, presentan más psicopatologías que las que no la ejercen ⁽⁵⁸⁾, si bien son pocos los estudios que abordan el tema de la salud mental ⁽⁵⁹⁾.

El ejercicio de la prostitución se ha relacionado en muchas ocasiones con el consumo de sustancias psicoactivas, entre las que se incluye tabaco, alcohol y otras drogas (cocaína, cannabis, etc.) ⁽⁵⁹⁾, señalándose en ocasiones que este consumo se sostiene económicamente ejerciendo la prostitución o mediante el intercambio de sexo por drogas. Además, parece ser que estas sustancias ayudan a enfrentar los sentimientos negativos que les produce su situación personal ⁽⁶⁰⁾. Un estudio, desarrollado en Ohio en 2012, indicaba que las humillaciones, ataques y explotación a la que se veían sometidas con frecuencia, les habían llevado a buscar sustancias que alteran la percepción para apaciguar el dolor psíquico y emocional que padecen ⁽⁶¹⁾. Se podría hablar de un “círculo” entre prostitución - consumo de sustancias - síntomas de ansiedad y/o depresión.

Según un estudio realizado por el Instituto de la Mujer de 2003 a 2007, las mujeres que ejercen la prostitución presentan más psicopatología que las que no la ejercen, en especial presentan un mayor grado de estrés y de trastornos psicosomáticos, siendo más notable entre las inmigrantes. Además, estas mujeres, tienen una puntuación mayor en hostilidad, susceptibilidad interpersonal, rigidez, así como una peor autoestima y una percepción negativa de su cuerpo ⁽⁵⁸⁾. En este mismo estudio, se intentó conocer el papel que jugaban los determinantes sociales y psicológicos en el inicio-ejercicio-mantenimiento de la prostitución, con la intención de solventar el daño psicológico y diseñar una intervención terapéutica eficaz que les permitiese elaborar y elegir cursos de acción alternativos a los actuales ⁽⁵⁸⁾. A

diferencia de otros estudios en los que se ha analizado el estado de salud mental en determinados colectivos, como por ejemplo en el realizado en un centro de Atención Primaria en el que se describió la prevalencia de ansiedad y depresión mediante la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) ⁽⁶²⁾, en este estudio se utilizaron una serie de instrumentos para definir el estado psicológico. En los relacionados con la salud fueron: los cuestionarios de “Patient Health Questionnaire”, “Symptom Checklist” y la Escala de Experiencias Disociativas. En los relacionados con la personalidad: los cuestionarios de “Medida de la Autopercepción Corporal”, “Imagen del Sí Mismo”, “Personalidad de Eysenck”, “Hostilidad y Malevolencia”, de “Rigidez”, del “Lugar de Control para Adultos Multifactorial” y el de “Búsqueda de Sensaciones”. Se obtuvieron, entre otras, las siguientes conclusiones en relación a las mujeres que ejercen la prostitución:

- Presentarán más psicopatología que las que no la ejercen. En especial padecerán un mayor grado de estrés y de trastornos psicosomáticos.
- Las mujeres inmigrantes padecerán un mayor grado de estrés que las autóctonas.
- El grado de depresión y ansiedad será mayor y también en las inmigrantes no prostitutas que en las autóctonas.
- Por último, tendrán una puntuación mayor en hostilidad, susceptibilidad interpersonal, rigidez, así como una peor autoestima y una percepción negativa de su cuerpo ⁽⁵⁸⁾.

1.8. Atención a las personas que ejercen la prostitución en Almería

En la provincia de Almería, según datos aportados por la Delegación de Salud, la atención integral a las mujeres que ejercen la prostitución, se lleva a cabo por asociaciones como “Atención Integral de Mujeres en Riesgo Social” (AIMUR), Médicos del Mundo (Almería), “Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituta” (APRAMP), *Mujeres en Zona de Conflicto* y por Instituciones Religiosas como Proyecto Encuentro (Hermanas Adoratrices y

Oblatas). En coordinación con los servicios sanitarios, actúan sobre los principales problemas relacionados con este colectivo en materia de Salud Pública.

Para empezar a explicar estas actuaciones, es de comentar que la Atención Primaria de salud en Almería, se divide en tres zonas, Distrito Almería (DA), Distrito Poniente (DP) y Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (AGSNA).

Tanto en DA como en DP, actúan las asociaciones citadas, pero el AGSNA cuenta tan sólo con Médicos del Mundo. Las tres áreas tienen un plan de actuación para la atención a mujeres que ejercen la prostitución. Se trata de protocolos similares que difieren en pequeños detalles propios de la organización de cada zona. En ellos, tras la captación de la persona perteneciente al colectivo de riesgo, se le gestiona la asistencia sanitaria facilitándole la documentación que se precise según el caso. A continuación se le asigna un centro de referencia y un médico, para proporcionar un acceso normalizado al sistema de salud. Se realiza una primera visita, normalmente con acompañamiento de personal de la asociación o institución religiosa. En ella, el médico cumplimenta la historia clínica haciendo una anamnesis y una exploración general. En ese mismo acto se solicita una analítica general de sangre y orina, además de un Mantoux y se cita en diez días aproximadamente para ver resultados analíticos y realizar citología cérvicovaginal. En la segunda visita, generalmente, se valora la necesidad de vacunación según resultados de serología, necesidad de asesorar en planificación familiar o derivar a esa consulta en el caso de que exista, así como dar información y educación sanitaria sobre prevención de infecciones de transmisión sexual. Se intenta que a lo largo del primer año se realicen unas 3 visitas más en las que se repita la serología luética y de VIH así como el exudado vaginal.

Existe la posibilidad de que el primer contacto con el sistema sanitario por parte de la persona de riesgo sea por la necesidad de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo. Su médico o trabajador social, le tramitará la solicitud y le proporcionará una cita en una de las clínicas concertadas por el Servicio Andaluz de Salud.

Estas asociaciones, con el primer contacto sanitario que trata de asegurar a estas mujeres, juegan un papel fundamental en la Salud Pública de Almería, sirviendo para identificar ITS y otros problemas en este ámbito de forma precoz, ya

que, según datos proporcionados por Distrito Poniente, sólo fueron renovadas un 53% de las tarjetas sanitarias del año 2009 al 2010, porque la mitad de las personas que habían captado durante ese año se habían desplazado a otras zonas. Desde 2008, el porcentaje de renovaciones bajaba al 8%.

La actividad de estas ONGs está regulada en Almería mediante el “*Convenio de colaboración entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y Asociaciones que trabajan para el colectivo de personas que ejercen la Prostitución, en materia de Salud Pública*” ⁽⁶³⁾. Este convenio tiene por objeto:

- La promoción de la salud y el fomento de hábitos de vida saludable, así como la prevención de las enfermedades, a través de acciones destinadas a la prevención de daños y reducción de riesgos, incrementando la accesibilidad de dicho colectivo a la atención sanitaria con el desarrollo de estrategias de captación, seguimiento de la asistencia y participación en programas de salud.
- El encuentro de los actores en el territorio, de manera que se vinculen las acciones de los servicios de salud con las organizaciones no gubernamentales.
- El fomento de actividades de formación de profesionales de la salud y agentes sociales comunitarios.
- El fomento de actuaciones de sensibilización social y prevención dirigidas a clientes y jóvenes usuarios de prostitución.
- La contribución al desarrollo de oportunidades para reducir la exclusión y favorecer la inclusión social.

En este convenio, tanto la Consejería de Salud como las Asociaciones firmantes, se comprometen a cumplir distintos ítems. Estos son:

Por parte de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales:

- Facilitar el asesoramiento y apoyo técnico necesario en la elaboración de los programas, contenidos y actuaciones de salud que se vayan a realizar.
- Financiar aquellos proyectos que presenten las Asociaciones firmantes, al amparo de la normativa vigente de la Consejería de Salud en materia de subvenciones de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias, y cuyos objetivos coincidan con las prioridades que en promoción de la salud y prevención de la enfermedad tenga establecida la Consejería de Salud en cada momento.
- Conectar con los Servicios asistenciales del Sistema de Salud y las Asociaciones firmantes a fin de desarrollar cuantas actuaciones se consideren necesarias para mejorar la accesibilidad del colectivo de personas que ejercen la prostitución a la red sanitaria y proporcionarle la atención requerida.

Por parte de las Asociaciones firmantes:

- Presentar los proyectos y las certificaciones necesarias, según lo indicado en el apartado anterior, al amparo de la normativa vigente de la Consejería de Salud en materia de ayudas y subvenciones relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad en conexión con los servicios asistenciales.
- Participar en la atención en salud de las personas que ejercen la prostitución a través de:
 - Desarrollo de estrategias de captación e información.
 - Actuaciones de mediación cualificada.
 - Formación en autocuidados y educación para la salud
 - Formación entre iguales.
 - Facilitar el acceso a los recursos sanitarios de la comunidad.
 - Actuaciones dirigidas a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y reducción del daño.

- Fomento de iniciativas para la atención a la salud y reducción de situaciones de exclusión de las personas que ejercen la prostitución.
 - Actuaciones tendentes a prevenir y paliar los efectos de la violencia de género, problemas de salud mental, aislamiento y condiciones de degradación personal y social.
 - Grupos de ayuda mutua en salud mental y autoestima.
- Coordinar y vincular sus acciones con los servicios de salud de las zonas donde se realizan, sobre todo en la captación activa, derivación, y acompañamiento.
 - Presentar una memoria que incluya la evaluación de los objetivos y actividades.

Por último, dentro de las Obligaciones de las partes, la Consejería de Salud y las Asociaciones firmantes del Convenio, se comprometen a:

- Realizar un seguimiento del proceso de aplicación y seguimiento a través de comisiones.
- Divulgar en las publicaciones, estudios o eventos que se realicen a su amparo, que son el resultado de las actividades derivadas del mismo.

Desde la firma de este documento en 2003, se realiza una revisión anual reuniéndose la Comisión Provincial en la que participan representantes de distintos Organismos y Asociaciones. Mensualmente, las Asociaciones mantienen reuniones de coordinación entre ellas, de las que surgen propuestas de mejora en la distribución de las zonas de trabajo que asumen, estableciéndose igualmente derivaciones de usuarias entre las propias Asociaciones, en función de los servicios que cada una de ellas prestan. En cuanto a la distribución de material de prevención se realiza a todas las Asociaciones desde la Delegación, lo que permite contactos frecuentes que se aprovechan para reforzar el trabajo que se realiza y detectar dificultades.

Por último, cabe decir que el trabajo se ve facilitado por la estabilidad de las personas referentes tanto en los Distritos de Atención Primaria y AGSNA como de las Asociaciones, favoreciéndose el conocimiento y la confianza mutua.

2. JUSTIFICACIÓN

Hasta la fecha no conocemos estudios previos en revistas científicas sobre la situación sanitaria y social de las mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Se dispone de los datos aportados en las memorias de las Asociaciones y ONG que trabajan con estas personas.

Se considera de gran interés, en materia de Salud Pública, profundizar en ello para adecuar las intervenciones dirigidas a este colectivo, analizando las conductas de riesgo de estas mujeres en relación principalmente a:

- La realización de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), puesto que existe evidencia de que la falta de uso de métodos anticonceptivos eficaces y tener relaciones sexuales sin protección están relacionados con el aumento de incidencia de IVE en este colectivo.
- La presencia de síndrome ansioso-depresivo, por el ejercicio de la prostitución per se y la relación con la adicción a sustancias psicoactivas.
- La transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), dado que existe evidencia científica de que la reducción del riesgo sexual, la promoción del uso del preservativo y un mejor acceso al tratamiento, reduce la adquisición de VIH y otras ITS.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer aspectos relacionados con la salud, así como las condiciones socio-laborales de las mujeres que ejercen la prostitución en Almería.

Objetivos específicos:

1. Describir características personales y laborales, como son el país de procedencia, convivencia actual, historia reproductiva, nivel de estudios, etc.
2. Estudiar la realización de las interrupciones voluntarias del embarazo de estas mujeres y su relación con la utilización de métodos anticonceptivos.
3. Identificar hábitos tóxicos como el consumo de tabaco y de otras sustancias adictivas, así como la existencia o no de trastorno ansioso o depresivo en este grupo de mujeres.
4. Exponer la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y analizar su relación con el uso de anticonceptivos y la existencia de conductas de riesgo.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del Estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo durante los años 2010-2014.

4.2. Población de estudio

Mujeres que ejercen la prostitución en la ciudad de Almería, zona urbana y periurbana.

Es de reseñar que en este trabajo se ha estudiado a las mujeres que ejercen la prostitución, no habiendo incluido a hombres ni a personas transexuales que realizan esta práctica.

4.3. Tamaño muestral

Se han estudiado un total de 110 prostitutas realizando una técnica de muestreo no aleatorio como es el *muestreo de conveniencia*, indicado al no existir un marco muestral adecuado para seleccionar a estas mujeres, debido a su enorme movilidad y falta de estabilidad. Se ha realizado un muestreo dirigido a la población diana (*targeted sampling*) combinado en muchos casos con el de bola de nieve (*snowball sampling*) ⁽⁶⁴⁾, con la peculiaridad de que no ha existido remuneración económica al entrevistado por aportar nuevos participantes al estudio, a diferencia de otros estudios parecidos, en los que si se ha hecho, abonándoles una pequeña cantidad de dinero ⁽⁵³⁾.

4.4. Variables de estudio

Las variables estudiadas se pueden esquematizar en relación en relación a:

4.4.1. Características personales

- Edad
- Tipo de población (inmigrante o autóctona)

- Lugar de procedencia. Si procedía de Europa del Este, Latinoamérica, África, Asia o bien era española.
- Religión (agnóstica, islamista, cristianismo ortodoxo, cristianismo católico, protestante, hinduismo, budismo, cristianismo evangélico, espiritismo)
- Convivencia actual. Si vive sola o acompañada (con su pareja, con familiares o con amigos/conocidos).
- Forma de vida (si vive de alquiler, en casa comprada, *okupa*...)
- Historial reproductivo. Si ha tenido alguna gestación, si ha sido a término, si ha tenido un aborto espontáneo, si ha realizado alguna IVE o combinación de éstos.
- Existencia de hijos
- Envío de dinero a su familia.
- Recuerdos afectivos de su infancia. Si presenta recuerdos desagradables de su infancia o por el contrario son agradables.
- Nivel educativo. Sin estudios, estudios primarios o secundarios, universitarios o formación profesional.

4.4.2. Características laborales

- Tiempo de ejercicio de la prostitución (años).
- Edad a la que inició la prostitución.
- Lugar de inicio (club de ciudad, club de carretera, piso, calle, combinación de varios).
- Lugares en los que ha ejercido en el último año (club de ciudad, club de carretera, piso, calle, combinación de varios).
- Dedicación plena a la prostitución (sí o no, y en caso negativo, a qué otra cosa se dedica).
- Número de días de ejercicio a la semana.
- Número de horas por jornada.
- Número de servicios por jornada.
- Salario medio por servicio (en euros y neto)

- Si ha intentado *trabajar* en otra cosa (sí, no)

4.4.3. Hábitos tóxicos

- Tabaquismo (sí, no).
- N° de cigarrillos al día
- Consumo de otras drogas (sí y cuál, no)
- Si en alguna ocasión se ha visto obligada a consumir (sí, no)

4.4.4. Conductas de riesgo sexual

- Prácticas sexuales realizadas en la última semana (penetración oral, vaginal, anal, todas).
- Si ha utilizado el preservativo en todos los servicios (en penetración oral, anal, vaginal, en ninguna, en todas).
- Si utiliza siempre el preservativo en sus relaciones vaginales.
- Si se ha roto el preservativo alguna vez.
- Si han existido roturas de preservativo producidas por el cliente (sí, no)
- Prohibición del uso de preservativo por parte del proxeneta/madame (sí, no)
- Uso de otros métodos anticonceptivos. Si utiliza otros métodos como anovulatorio oral, anovulatorio subcutáneo, ligadura de trompas, espermicida , o bien no los utiliza.
- Uso de píldora post-coital tras relación de riesgo.

4.4.5. Antecedentes personales

- Existencia de alguna enfermedad de base (sí, no)
- Toma de medicación en la actualidad (sí y cuál, no)

4.4.6. Salud mental

Para reconocer la presencia de ansiedad o depresión, se utilizó la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG) validada en España (anexo 1), ya que se trata de un cuestionario breve y sencillo, con una elevada

sensibilidad (83,1%), especificidad (83,8%) y valor predictivo positivo (95,3%)(8) (Las preguntas se harían en contexto de la última semana y respondiendo sí o no).

- Subescala de ansiedad (ansiedad probable si resultado mayor o igual a “4 Sí”)

1. ¿Se ha sentido muy excitada, nerviosa o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupada por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
8. ¿Ha estado preocupada por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormida?

- Subescala de depresión (depresión probable si resultado mayor o igual a “2 Sí”)

10. ¿Se ha sentido con poca energía?
11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
12. ¿Ha perdido la confianza en sí misma?
13. ¿Se ha sentido usted desesperanzada, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
15. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
17. ¿Se ha sentido usted enlentecida?
18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

4.4.7. Salud sexual

- Resultados de serología para ITS producidas por virus de hepatitis B (marcadores específicos del virus en suero), hepatitis C (detección de anticuerpos del virus por enzimoimmunoanálisis), VIH (anticuerpos frente al virus en suero) y Lúes (utilizando pruebas reagínicas: RPR y treponémicas: TPHA).
- Resultados de exudados vaginales y de citologías cervico-vaginales.

4.5. Fuentes de información

Como fuentes de información se han utilizado unos cuestionarios realizados ad hoc, elaborados tras la consulta de la bibliografía referenciada, que se modificó después de entrevistar a 5 mujeres, cuyos datos no se incluyen en este trabajo, para mejorar su comprensión.

Además, se han utilizado los registros de microbiología y de laboratorio, recogidos en la aplicación *Diraya* y en la historia de salud digital de las participantes, incluida en el sistema informático del Servicio Andaluz de Salud.

- Cuestionario ad hoc (anexo 1)
- Historia Clínica digital en la aplicación *Diraya*
- Aplicaciones informáticas
- Bases de datos de laboratorio: *web* del laboratorio (*Weblab*) del Centro Periférico de Especialidades (CPE) Bola Azul.
- Base de datos del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Torrecárdenas.

4.6. Recogida de datos

Para la recogida de información se contactó con diversas asociaciones – “Atención Integral de Mujeres en Riesgo Social” (AIMUR), “Asociación para la

Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituta” (APRAMP) y Proyecto Encuentro (Adoratrices y Oblatas)- que se ocupan del colectivo de personas que ejercen la prostitución. El personal de estas asociaciones captaba a las participantes en las salidas que realizaban al lugar de ejercicio de prostitución o bien cuando las mujeres acudían a la sede de la asociación. Se explicaba a la mujer en qué consistía el estudio, con hoja informativa y consentimiento informado, sin necesidad de traducción en ningún caso. A continuación, si estaba conforme, se recogía su nombre y número de teléfono.

Las entrevistas fueron realizadas por la doctoranda y algunas colaboradoras de las asociaciones previamente entrenadas para ello, bien en las distintas sedes de las asociaciones o en una consulta del Centro de Salud Plaza de Toros de Distrito Almería (previa citación telefónica), siempre tras la firma del consentimiento informado. Después de realizar el cuestionario, si la paciente no tenía cribado de ITS reciente, se procedía a la petición del mismo (análisis sangre, exudado y citología cérvico-vaginal). Se les citaba para ello, bien en el centro de salud Plaza de Toros o en el Centro Periférico de Especialidades Bola Azul. Los resultados eran remitidos a la asociación que la había captado y así llegaban a la mujer, instaurándose el tratamiento apropiado cuando se detectó patología, comunicándolo a su médico de referencia.

La captación de estas mujeres y el desarrollo de este estudio han presentado algunas dificultades, debido sobre todo a la disponibilidad horaria que este colectivo suele tener, dificultando la realización de la analítica y la citología, así como del cuestionario ad hoc, además de la reticencia de muchas de ellas a dar datos personales. Sin embargo, entre la entrevistadora y la mujer, ha existido siempre un clima de confianza, ya que se ha utilizado un lenguaje simple y comprensible y una actitud cercana.

Puesto que el cuestionario y cribado de ITS (en caso necesario) se realizaba a mujeres que previamente habían contactado con las asociaciones mencionadas, todas a las que se le solicitó, participaron en el estudio.

Es de resaltar que estas organizaciones como ya se ha indicado trabajan en coordinación con los centros asistenciales, facilitando el acceso de estas

mujeres a los servicios sanitarios y sociales y permitiendo un cribado precoz de ITS.

Este estudio respeta los principios fundamentales de bioética, dado que se obtuvo el consentimiento informado (aprobado por la Subcomisión de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario Torrecárdenas) de las personas entrevistadas, y se ha garantizado la confidencialidad de los datos respetando los principios fundamentales establecidos en la declaración de Helsinki, y cumpliendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y normas complementarias y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4.7. Análisis de datos

Se ha diseñado una base de datos con el programa IBM® SPSS Statistics versión 20ª.

Se ha realizado un análisis univariante de las distintas variables estudiadas, calculándose frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medias, desviaciones típicas y rangos para las variables cuantitativas. Asimismo se han aplicado el test chi-cuadrado y el test exacto de Fisher para estudiar la relación entre variables cualitativas en tablas dos por dos. Como medida de asociación en estas tablas se ha estimado la odds ratio. Para todo el estudio se ha considerado un nivel de significación del 5% para los tests de hipótesis y una confianza del 95% para los intervalos de confianza.

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS UNIVARIANTE

5.1.1. Características personales.

Se han estudiado un total de 110 mujeres, de las que el 90% de ellas eran inmigrantes (Figura 5).

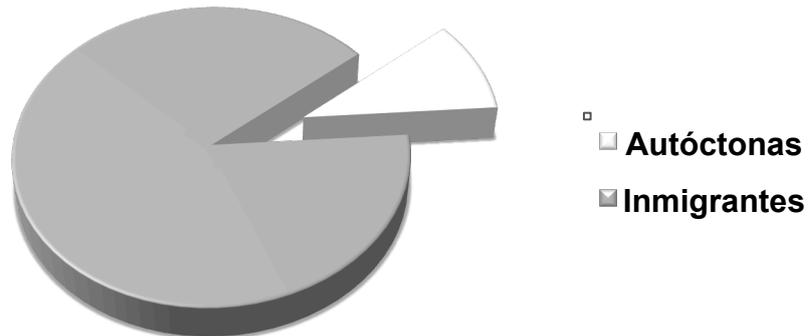


Figura 5. Mujeres que ejercen la prostitución en Almería (N=110).

Con respecto al país de origen, un 44,5% procedía de países del este de Europa, seguidas de las de Latinoamérica (32,7%) (Figura 6). Sus edades oscilaron entre los 18 y los 60 años, con una media de 31,2 años, desviación estándar 8,8.

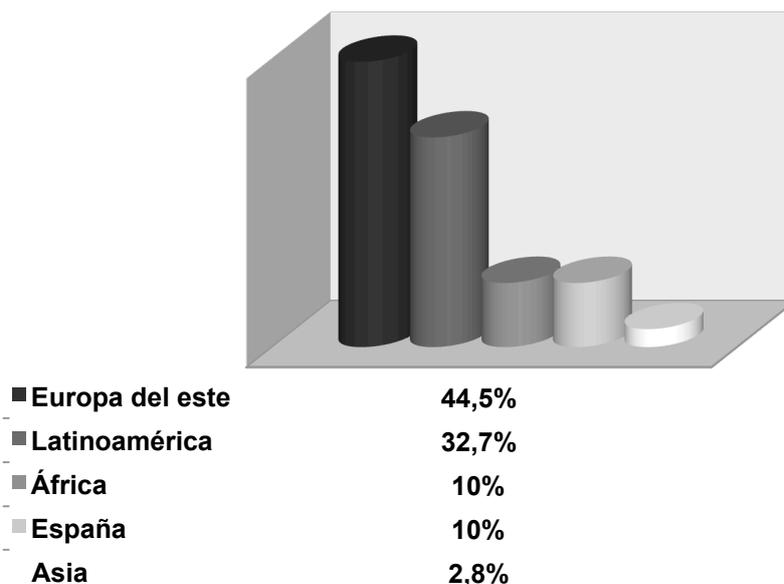


Figura 6. Mujeres que ejercen la prostitución en Almería según zona de procedencia (N=110).

En el ámbito socio-familiar, la mayoría de ellas residía en una vivienda alquilada (90%) y acompañadas por familiares, amigos o compañeras de trabajo (73,6%). Al preguntar sobre cómo habían vivido su niñez, un 38,2% tenía recuerdos desagradables de su infancia. Sobre el nivel educativo, se encontró el mismo número de mujeres con estudios primarios completos y secundarios, con un 37,3% en cada uno de los grupos (Tabla 3).

Respecto al historial reproductivo, un 11,8% no presentó ninguna gestación, y el 53,6% tenía algún hijo. Un 52,7% realizó al menos una IVE (ver más adelante en Figura 10) y un 32,8% (11%+21,8%) tuvo algún aborto espontáneo (Tabla 3).

Tabla 3. Características personales de las mujeres que ejercen la prostitución (N= 110).

	Frecuencias	Porcentajes (%)
Edad		
<=25	37	33,6
26-35	43	39,1
36-45	22	20
46-55	6	5,5
>55	2	1,8
Religión		
Agnóstica	14	12,7
Budismo	3	2,7
Cristianismo católico	31	28,2
Cristianismo ortodoxo	43	39,1
Cristianismo protestante	2	1,8
Espiritismo	7	6,4
Islamista	10	9,1
Convivencia actual		
Sola	29	26,4
Acompañada	81	73,6
Con su pareja	27	33,4
Con familiares	19	23,4
Con amigos/conocidos	35	43,2
Modo de vida		
Alquiler	99	90
Vivienda propia	4	3,6
Okupa	6	5,5
Vehículo	1	0,9
Envía dinero a su familia		
Sí	70	63,6
No	40	36,4
Recuerdos de su infancia		
Agradables ("feliz")	68	61,8
Desagradables ("traumática")	42	38,2
Nivel de estudios		
Primarios incompletos	15	13,6
Primarios completos	41	37,2
Secundarios	41	37,2
Universitarios	13	12
Historia reproductiva		
Sólo IVE	26	23,6
Gestación a término	35	31,8
Aborto espontáneo (AE)	12	11
Gestación a término + AE	24	21,8
No gestación	13	11,8
Hijos		
Sí	59	53,6
No	51	46,4

5.1.2. Características laborales

Las mujeres se iniciaron en la prostitución con una edad media de 27,1 años. La media del tiempo que llevaban en el ejercicio de la prostitución fue de 3,5 años. En un 39,1% de los casos habían ejercido en un club de ciudad durante el último año. Invirtieron una media de 10,4 horas por jornada laboral, y el número de servicios por jornada era de 4,5 de media. El salario (neto) medio por servicio era de 36,8 euros. El 77,3% de las mujeres afirmó haber intentado dedicarse a otra actividad (Tabla 4).

Tabla 4. Características laborales de las mujeres que ejercen la prostitución (N= 110).

	Rango	Máximo	Mínimo	Media	Desviación estándar
Edad de inicio	40	17	57	27,1	7,7
Tiempo en prostitución*¹	20	0	20	3,5	3,8
Días a la semana*²	5	2	7	5,7	1,1
Horas al día	22	2	24	10,4	6
Servicios por jornada	24	1	25	4,5	4,3
Coste medio por servicio*³	74	6	80	36,8	17,2
Lugar de ejercicio en el último año:	Frecuencias		Porcentajes (%)		
Club de ciudad	43		39,1		
Club de carretera	9		8,2		
Piso	36		32,7		
Calle	8		7,3		
Combinación de varios	14		12,7		
Ha intentado dedicarse a otra cosa:					
Sí	85		77,3		
No	25		22,7		

*¹ Tiempo en el ejercicio de la prostitución en años. *² Días de ejercicio a la semana. *³ Euros.

5.1.3. Hábitos tóxicos

El tabaquismo estaba presente en el 61% de las mujeres, fumaban una media de 16,4 cigarrillos al día, oscilando entre 2 y 40. Un 14,5% consumía o había consumido alguna droga. A un mismo porcentaje de mujeres le habían obligado a ello. Entre las drogas consumidas la más frecuente fue cocaína (43,7%) (Tabla 5).

Tabla 5. Hábitos tóxicos en mujeres que ejercen las prostitución (N= 110).

	Frecuencias	Porcentajes (%)
Tabaquismo		
Sí	67	61
2 – 10 cig.	27	40,3
11-20 cig.	34	50,7
>20 cig.	6	9
No	43	39
Consumo de drogas		
Sí	16	14,5
Cannabis	3	18,7
Cocaína	7	43,7
Heroína*	1	6,3
Heroína + cannabis	4	25
Otras mezclas	1	6,3
No	94	85,5
Le han obligado a consumir		
Sí	16	14,5
No	94	85,5

(* Heroína fumada o inyectada)

5.1.4. Uso de métodos anticonceptivos. Conductas de riesgo sexual

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos, 109 de las 110 entrevistadas (99%) aseguraban utilizar siempre el preservativo en sus relaciones vaginales de forma habitual (Tabla 6). Más de la mitad (59,1%) presentaron rotura del preservativo en estas relaciones alguna vez, y el 38,5% de ellas, tomó la píldora post-coital después de la relación de riesgo. Fueron 39 las mujeres que refirieron utilizar otro método aparte del preservativo (Tabla 7), tratándose en el 61,5% de anovulatorios orales (Figura 7).

Tabla 6. Prácticas sexuales y uso del preservativo de las mujeres que ejercen la prostitución (N=110).

	Frecuencias	Porcentajes (%)
Prácticas sexuales:		
• Solo penetración vaginal	9	8,2
• Penetración oral y vaginal	94	85,5
• Penetración oral, vaginal y anal.	7	6,4
Uso del preservativo:		
⇒ Relaciones vaginales (n=110)		
○ Siempre	109	99
○ No siempre	1	1
⇒ Relaciones orales (n=101)		
○ Siempre	91	90
○ No siempre	10	10
⇒ Relaciones anales (n=7)		
○ Siempre	7	100
○ No siempre	0	

Tabla 7. Conductas de riesgo sexual en mujeres que ejercen la prostitución (N=110).

	Frecuencias	Porcentajes (%)
Rotura del preservativo		
Sí	65	59,1
Producidas por el cliente	33	49,2
No producidas por el cliente	32	50,8
No	45	40,9
Uso de píldora post-coital (n=65)		
Sí	25	38,5
No	40	61,5
Prohibición de uso preservativo*¹		
Sí	2	1,8
No	108	98,2
Uso de otros métodos anticonceptivos*²		
Sí	39	35,5
No	71	64,5

*¹ Prohibición por parte del proxeneta o madamme.

*² anticonceptivos hormonales, ligadura trompas, espermicidas.

■

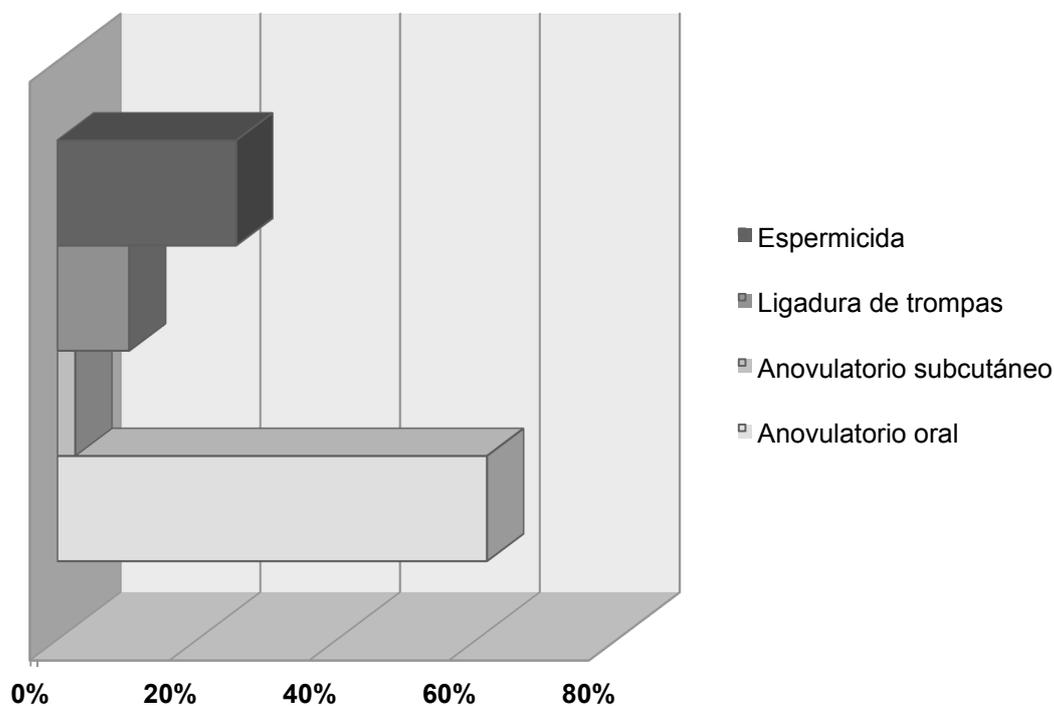


Figura 7. Uso de otros métodos anticonceptivos, aparte del preservativo (n=39).

5.1.5. Antecedentes personales. Patología de base y tratamiento

Un 14,5% de las participantes refirió tener una enfermedad de base, tratándose entre otras de anemia ferropénica, hipotiroidismo, etc. En cuanto al consumo de benzodiacepinas, el 19,1% las consumía estando o no diagnosticadas de ansiedad y/o depresión (Tabla 8).

Tabla 8. Antecedentes personales de las mujeres que ejercen la prostitución (N=110).

	Frecuencias	Porcentajes (%)
Enfermedad diagnosticada*¹		
Sí	16	14,5
Sí toman tratamiento* ²	13	81,3
No toman tratamiento	3	18,7
No	94	85,5
Consumo de benzodiacepinas*³		
Sí	21	19,1
No	89	80,9

*¹ Indican algunas de las siguientes enfermedades: hipotiroidismo, anemia ferropénica, diabetes mellitus insulino dependiente, asma bronquial, hipertensión arterial y úlcus gástrico.

*² Indican alguno de los siguientes tratamientos: hierro, insulina, salbutamol en aerosol, inhibidor de la bomba de protones, levotiroxina e IECA.

*³ Consumo de benzodiazepinas estando o no diagnosticadas de ansiedad y/o depresión.

5.1.6. Salud mental

El porcentaje de cribado positivo en la EADG para ansiedad fue del 53,6% y para depresión del 56,4% (Figura 8).

■

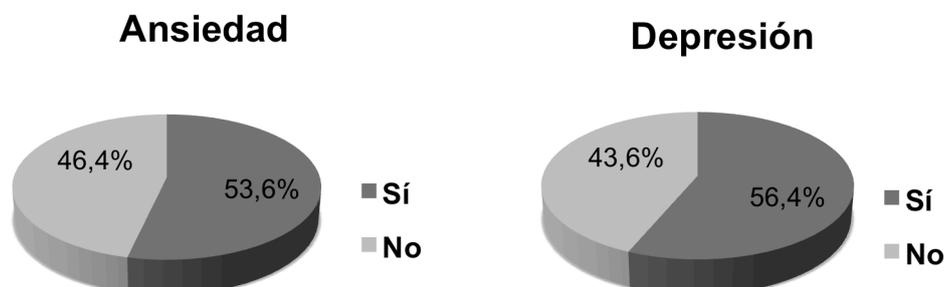


Figura 8. Prevalencia de ansiedad/depresión en mujeres que ejercen la prostitución en Almería (N=110).

5.1.7. Salud sexual

Un 24,5% de las mujeres presentaron alguna ITS (Figura 9). En el estudio serológico, lo más frecuente fue encontrar anticuerpos anti VHC (7,3%). La sífilis ocupaba el segundo lugar con un 4,5% de los casos. En cuanto a la hepatitis B, un 2,7% de las mujeres presentaron marcadores de infección. Es importante destacar que 59 mujeres (53,6%) no estaban protegidas frente a este virus y por ello se señala la necesidad de su vacunación. Sólo se detectaron dos casos de serología positiva a VIH (Tabla 9).

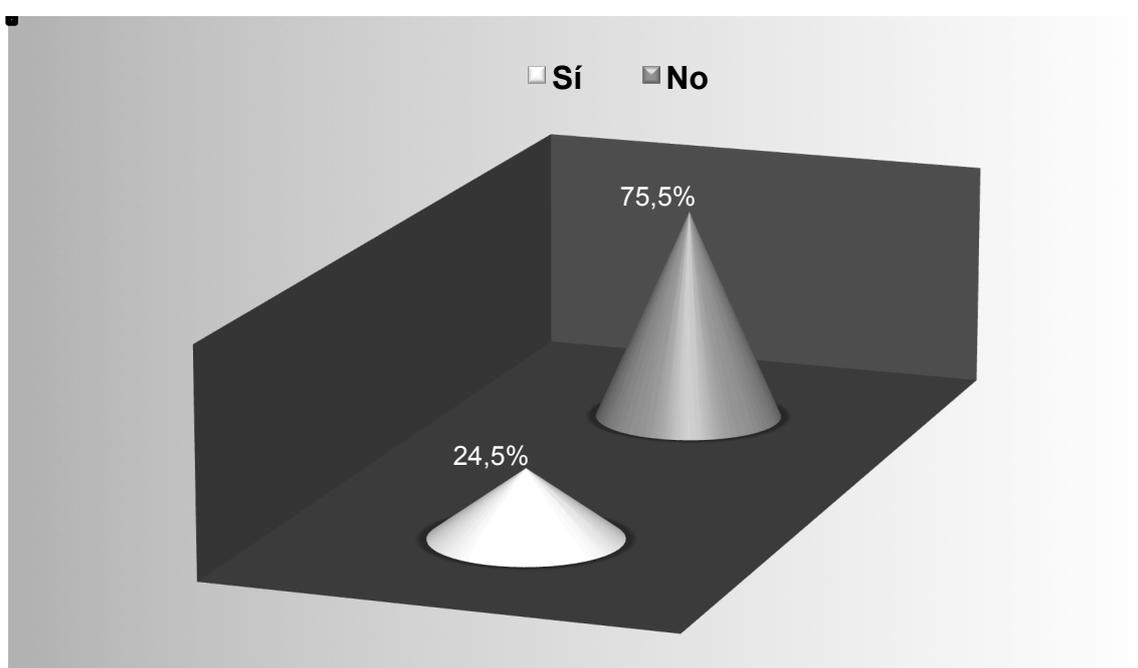


Figura 9. Prevalencia de mujeres que presentan alguna ITS (N=110).

Se realizó un exudado vaginal a 105 mujeres: en 41 ocasiones (39% de los casos) presentaron un resultado patológico, siendo en 31 de ellas, infecciones genitales no necesariamente de transmisión sexual. De las diez restantes, que sí requirieron un contacto sexual, el agente responsable fue *Trichomona vaginalis*.

Asimismo 91 mujeres se sometieron a una citología cérvico-vaginal. En 29 de ellas se encontraron resultados patológicos que en su mayoría, 22 casos, correspondían a procesos genitales que no precisan un contacto sexual para su desarrollo, entre los que destacó un caso de atipia de células escamosas de cuello uterino de significado incierto (ASCUS) con VPH negativo. Dentro de los

7 restantes procesos, de estricto mecanismo de transmisión sexual, se encontraron 4 casos de vaginitis por *Trichomonas vaginalis*, uno por *C. trachomatis*, otro por virus del herpes simple tipo 2 y un caso de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) con positividad al virus del papiloma humano (VPH).

Tabla 9. Prevalencia de marcadores de Hepatitis C, Hepatitis B, Sífilis y VIH (N=110).

	Positivos	Prevalencia (%)	Valoración clínica
Serología Hepatitis C:			
Anticuerpos anti-VHC	8	7,3	Infección por VHC
Serología Hepatitis B:			
AntiHBc- con AntiHBs-	59	53,6	Susceptibles de vacunación
AntiHBc- con AntiHBs+	29	26,4	Vacunados frente al VHB
AntiHBc+ con AntiHBs+	16	14,5	Inmunidad natural
AntiHBc+ con HBsAg+:	3	2,7	Infección:
▪ con HBeAg-, antiHBe+, antiHBc IgM-	2	1,8	▪ Hepatitis crónica con baja infectividad
▪ con HBeAg-, antiHBe+, antiHBc IgM+	1	0,9	▪ Hepatitis aguda en resolución
Serología Sífilis:			
▪ TPHA+ con RPR+	5	4,5	Infección actual
▪ TPHA+ con RPR-	3	2,7	Infección pasada y tratada
Serología VIH:			
Anticuerpos anti-VIH	2	1,8	Infección por VIH

(*Anticuerpos anti-VHC: anticuerpos frente al virus de la hepatitis B; AntiHBc (total): anticuerpo frente a las proteínas del core del virus de la hepatitis B; AntiHBs: anticuerpo frente al antígeno de superficie del virus B; HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B; HBeAg: antígeno e del virus de la hepatitis B; antiHBe: anticuerpo frente al antígeno e del virus de la hepatitis B; antiHBc IgM: anticuerpo tipo inmunoglobulina M frente a las proteínas de core del virus de la hepatitis B; TPHA: prueba treponémica de aglutinación de hematíes sensibilizados; RPR: test reagínico plasmático rápido; Anticuerpos anti-VIH: anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana).

5.2. RESULTADOS DEL ANÁLISIS BIVARIANTE

5.2.1. Perfil de las mujeres que realizan IVE y análisis de posibles factores de riesgo para su realización.

Un 52,7% de las mujeres realizaron alguna IVE (Figura 10). Entre ellas, las menores de 26 años (44,8%) y de Europa del Este (50%) fueron las que más abortaron. Así como las que tenían un nivel de estudios primarios completos o secundarios (39,7%). Un 53,4% correspondió a aquellas mujeres que llevaban ejerciendo entre 2 y 6 años. Un 22,4% tuvo además algún aborto espontáneo y un 50% tenía algún hijo. En total, 81 mujeres (73,6%) tuvo algún tipo de aborto, ya sea IVE, objetivo del estudio, o aborto espontáneo. Todas utilizaban preservativo y un 36,2%, además, otro método anticonceptivo (Tabla 10).

Al relacionar las IVE con algunas conductas sexuales, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre presentar rotura del preservativo y realizar alguna IVE, si bien hubo indicios de significación ($p= 0,06$). No se encontró relación entre la toma de píldora post-coital y la presencia de IVE. Tampoco hubo asociación estadísticamente significativa en cuanto a pertenecer a la población inmigrante o autóctona, ni en cuanto a utilizar o no otros métodos anticonceptivos y haber realizado o no una IVE (Tabla 11).

■



Figura 10. Mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Según si han realizado alguna IVE (N=110).

Tabla 10. Perfil de las mujeres según han realizado o no IVE.

	IVE	
	SÍ n (%)	NO n (%)
Edad	58 (52,7)	52 (47,3)
<=25	26 (44,8)	11 (21,2)
26-35	19 (32,8)	24 (46,2)
36-45	11 (19)	11 (21,2)
46-55	2 (3,4)	4 (7,7)
>55	0	2 (3,8)
Lugar de origen		
Europa del este	29 (50)	20 (38,5)
Latinoamérica	14 (24,1)	22 (42,3)
África	9 (15,5)	2 (3,8)
España	6 (10,4)	5 (9,6)
Asia	0	3 (5,8)
Nivel de estudios		
Primarios incompletos	5 (8,6)	10 (19,2)
Primarios completos	23 (39,7)	18 (34,6)
Secundarios	23 (39,7)	18 (34,6)
Universitarios	7 (12)	6 (11,5)
Tiempo ejerciendo la prostitución (años)		
<=1	15 (25,9)	23 (44,2)
2-6	31 (53,4)	17 (32,7)
7-11	9 (15,5)	9 (17,3)
12-15	3 (5,2)	1 (1,9)
>16	0	2 (3,8)
Historia reproductiva		
Sólo IVE	26 (44,8)	---
Gestación a término	19 (32,8)	16 (30,7)
Aborto espontáneo (AE)	3 (5,2)	9 (17,3)
Gestación a término + AE	10 (17,2)	14 (25)
No gestación	---	13 (25)
Hijos	29 (50)	30 (57,7)
Sí	29 (50)	22 (42,3)
No		
Uso siempre de preservativo en relaciones vaginales		
Sí	58 (100)	51 (98)
No	0	1 (2)
Uso de otros métodos anticonceptivos		
Sí	21 (36,2)	18 (34,6)
Anovulatorio oral	15 (71,4)	9 (50)
Anovulatorio subcutáneo	1 (4,8)	0
Ligadura de trompas	2 (9,5)	2 (11,1)
Espermicida	3 (14,3)	7 (38,9)
No	37 (63,8)	34 (65,4)

Tabla 11. Análisis de la influencia de algunos factores sobre la existencia de IVE (N=110).

	IVE SÍ n (%)	IVE NO n (%)	p ^a	OR ^b (IC ^c 95%)	TOTAL n (%)
Rotura del preservativo					
▪ Sí	39 (60)	26 (40)	0,066	2,053 (0,948-4,443)	65 (59)
▪ No	19 (42,2)	26 (57,8)			45 (41)
Toma de píldora post-coital					
▪ Sí	15 (60)	10 (40)	1	1 (0,361-2,773)	25 (38,5)
▪ No	24 (60)	16 (40)			40 (61,5)
Tipo de población					
▪ Inmigrante	52 (52,5)	47 (47,5)	0,899	0,922 (0,264-3,220)	99 (90)
▪ Autóctona	6 (54,5)	5 (45,5)			11 (10)
Otros métodos anticonceptivos					
▪ Sí	21 (36,2)	18 (34,6)	0,863	1,072 (0,492-2,320)	39 (35,5)
▪ No	37 (63,8)	34 (65,4)			71 (64,5)

^a: grado de significación estadística; ^b: odds ratio; ^c: intervalo de confianza.

5.2.2. Relación del cribado para ansiedad/depresión con algunas variables

De las mujeres que presentaron un cribado positivo para ansiedad, un 88,1% eran inmigrantes, un 71,2% vivía acompañada. Algo más de un 50% tenía algún hijo. El 61% de ellas recordaba una infancia agradable y el 74,6% tenía estudios primarios o secundarios.

De las mujeres que presentaron un cribado positivo para depresión, un 88,7% eran inmigrantes. Vivían acompañadas el 71% de ellas. El 54,8% tenía algún hijo y el 59,7% tenía recuerdos agradables de su infancia. un 79% refirió tener estudios primarios o secundarios (Tabla 12).

Sobre la relación entre el resultado del cribado para ansiedad-depresión y algunas variables, se encontró que las mujeres con un salario por servicio de 40 euros o menos tenían más riesgo de presentar depresión (OR= 2,24; IC95%: 1,010-4,965) (Tabla 13). No se observó asociación estadísticamente significativa entre el salario por servicio y la ansiedad. Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa presentar ansiedad o depresión y tabaquismo, ni entre presentar un resultado positivo en la EADG y consumir alguna droga (Tablas 13 y 14).

Tabla 12. Perfil de las mujeres que padecen ansiedad/depresión según características persona.

	ANSIEDAD		DEPRESIÓN	
	SÍ	NO	SÍ	NO
	59 (53,6%)	51 (46,4%)	62 (56,4%)	48 (43,6%)
Inmigrante				
▪ Sí	52 (88,1)	47 (92,2)	55 (88,7)	44 (91,7)
▪ No	7 (11,9)	4 (7,8)	7 (11,3)	4 (8,3)
Convivencia actual				
▪ Sola	17 (28,8)	12 (23,5)	18 (29)	11 (22,9)
▪ Acompañada	42 (71,2)	39 (76,5)	44 (71)	37 (77,1)
Hijos				
▪ Sí	30 (50,8)	29 (56,9)	34 (54,8)	25 (52,1)
▪ No	29 (49,2)	22 (43,1)	28 (45,2)	23 (47,9)
Recuerdos de su infancia				
▪ "Agradables"	36 (61)	32 (62,7)	37 (59,7)	31 (64,6)
▪ "Desagradables"	23 (39)	19 (37,3)	25 (40,3)	17 (35,4)
Nivel educativo				
▪ Sin estudios	6 (10,2)	9 (17,7)	6 (9,7)	9 (18,7)
▪ Primarios/secundarios	44 (74,6)	38 (74,5)	49 (79)	33 (68,8)
▪ Universitarios/FP*	9 (15,2)	4 (7,8)	7 (11,3)	6 (12,5)

* Formación profesional.

Tabla 13. Influencia del salario y las adicciones sobre DEPRESIÓN, medida por la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg.

	CRIBADO POSITIVO n (%)	CRIBADO NEGATIVO n (%)	p	OR (IC 95%)
Salario por servicio				
▪ < ó = 40 €	45 (72,6)	26 (54,2)	0,045	2,240 (1,010-4,965)
▪ 40 €	17 (27,4)	17 (27,4)		
Tabaquismo				
▪ Sí	38 (56,7)	29 (43,3)	0,926	1,037 (0,479-2,245)
▪ No	24 (55,8)	19 (42,2)		
Consumo de otras drogas				
▪ Sí	10 (62,5)	6 (37,5)	0,592	1,346 (0,452-4,007)
▪ No	52 (55,3)	42 (44,7)		

Tabla 14. Influencia del salario y las adicciones sobre ANSIEDAD, medida por la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg.

	CRIBADO POSITIVO n (%)	CRIBADO NEGATIVO n (%)	p	OR (IC 95%)
Salario por servicio				
▪ < ó = 40 €	41 (69,5)	30 (58,8)	0,243	1,594 (0,726-3,500)
▪ 40 €	18 (30,5)	21 (41,2)		
Tabaquismo				
▪ Sí	36 (53,7)	31 (46,3)	0,980	1,010 (0,469-2,176)
▪ No	23 (53,5)	20 (46,5)		
Consumo de otras drogas				
▪ Sí	9 (16,1)	7 (43,8)	0,821	1,131 (0,389-3,291)
▪ No	50 (53,2)	44 (46,8)		

5.2.3. Perfil de las mujeres con hábito tabáquico y su relación con el salario medio

En cuanto al análisis bivalente sobre tabaquismo, la mayoría eran mujeres con una edad igual o menor a 25 años, con el graduado escolar (74,6%) y con recuerdos de una infancia agradable (64,2%). Las mujeres con un salario de más de 40 euros por servicio presentaron mayor riesgo de tabaquismo (OR= 3,767; IC95%: 1,523-9,321) (Figura 11).

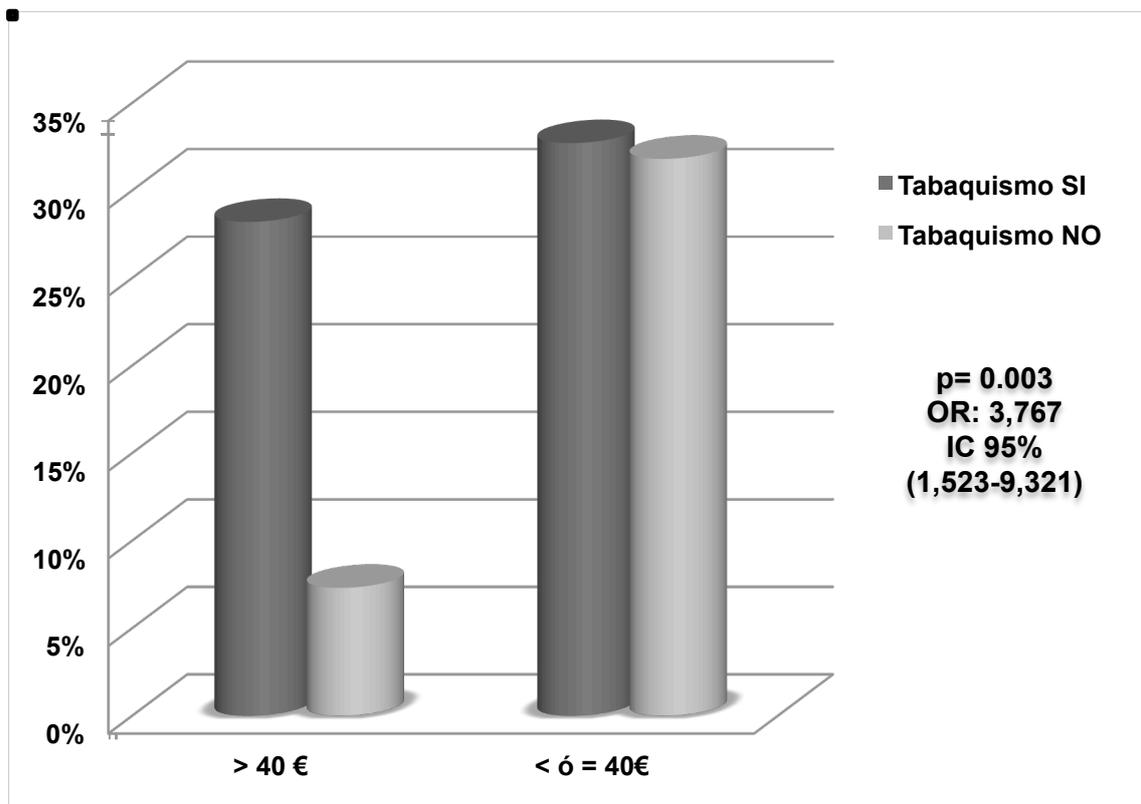


Figura 11. Influencia del salario por servicio en el hábito tabáquico.

5.2.4. Relación entre el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual y la rotura del preservativo

Interesó conocer la influencia de la rotura del preservativo durante las relaciones sexuales como factor de riesgo de infecciones de transmisión sexual, para ello se realizó un análisis bivariante entre esta rotura de preservativo y el resultado del exudado vaginal, encontrando que el no presentar rotura del preservativo suponía más riesgo (OR= 4,4296; IC95%: 1,880-9,820) de presentar un exudado vaginal patológico que en los casos en los que si la había. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la rotura del preservativo y el presentar tanto una serología positiva para una ITS como para una citología cérvico-vaginal patológica, posiblemente debido al tamaño de la muestra (Tabla 15).

Tabla 15. Análisis entre rotura del preservativo y su asociación de infecciones de transmisión sexual.

	No manifiestan roturas de preservativo n (%)	Si manifiestan roturas de preservativo n (%)	p	OR (IC 95%)
Exudado patológico				
▪ Sí	26 (59,1)	15 (24,6)	0,000	4,429 (1,880-9,820)
▪ No	18 (40,9)	46 (75,4)		
Citología patológica				
▪ Sí	14 (37,8)	15 (27,8)	0,312	0,734 (0,404-1,333)
▪ No	23 (62,2)	39 (72,2)		
Hepatitis B				
▪ Sí	1 (2,2)	2 (3,1)	0,787	1,385 (0,129-14,814)
▪ No	44 (97,8)	63 (96,9)		
Hepatitis C				
▪ Sí	5 (11,1)	3 (4,6)	0,197	0,415 (0,105-1,651)
▪ No	40 (88,9)	62 (95,4)		
Sífilis				
▪ Sí	3 (6,7)	2 (3,1)	0,374	0,462 (0,08-2,652)
▪ No	42 (93,3)	63 (96,9)		
VIH				
▪ Sí	0	2 (3,1)	0,235	0,969 (0,928-1,012)
▪ No	45 (100)	63 (96,9)		

6. DISCUSIÓN

En este trabajo se presenta un análisis descriptivo de la situación sanitaria y socio-laboral de un colectivo de mujeres que ejercen la prostitución en Almería. Se desconoce el estado legal en la que se hallan las mujeres inmigrantes de este estudio, conociéndose que la irregularidad estimula a una constante movilidad geográfica lo que puede provocar un menor acceso a los servicios sanitarios y sociales. El modo en el que se han recogido los datos ha acercado a este colectivo a una atención sanitaria y un cribado de infecciones de transmisión sexual (ITS) precoz. Ha existido un clima de confianza entre la mujer entrevistada y la entrevistadora, utilizando un lenguaje simple y comprensible, como puede indicar el hecho de que algunas de ellas hayan solicitado participar en el estudio, sin ningún tipo de remuneración a diferencia de otros trabajos en los que si la hubo ⁽⁵³⁾.

6.1. DISCUSIÓN (análisis univariante)

Características personales

La mayoría de las mujeres estudiadas eran inmigrantes, pero a diferencia de lo observado en Madrid por Belza et al. en 2004, donde las latinoamericanas representaban el 95,8% de toda la muestra, en el presente trabajo, la mayoría procedían de Europa del Este (Rumania). Hay que tener en cuenta que la llegada de población rumana a España fue posterior, éste podría ser uno de los aspectos que explicase la diferencia de porcentajes (Instituto Nacional de Estadística) ⁽⁶⁵⁾. La media de edad fue similar a la encontrada en otras investigaciones realizadas en nuestro país y en otros como India, Kenya y Perú, tratándose de mujeres jóvenes ^(1,32,35,66,67,68). La religión más practicada era el cristianismo ortodoxo seguido del cristianismo católico.

En cuanto al nivel educativo hay amplia diversidad según las diferentes investigaciones comparadas. Al igual que en nuestro estudio, en otros realizados en ciudades tan distintas como Madrid ⁽¹⁾ y Mombasa (Kenia) ⁽⁶⁷⁾, predominaban las mujeres que habían completado estudios primarios o secundarios. Sin embargo Decker et al.⁽⁴⁵⁾ en su trabajo desarrollado en Moscú, encuentra muestras de mujeres donde predomina un nivel educativo secundario o superior. Por otro lado, en ciudades como Karnataka, Bangladesh

(India) ^(66,69) o Teresina (Brasil) ⁽⁴⁶⁾ la mayoría de ellas no habían terminado sus estudios primarios o ni tan siquiera se habían escolarizado.

Las mujeres que componen nuestra muestra solían vivir acompañadas por amigos o conocidos y en una vivienda alquilada. Frente a otras en los que la mayoría viven en un hogar familiar ⁽⁷⁰⁾ o por el contrario lo hacen solas ⁽⁷¹⁾. En cuanto a sus vivencias, 42 mujeres (38%) afirmaron tener recuerdos de una infancia traumática. No hemos recogido en el cuestionario la existencia de malos tratos o abusos sexuales. Sin embargo, tras la revisión de la literatura, Abas et al. en un colectivo de prostitutas de Moldavia, muestra alta prevalencia de malos tratos físicos y psíquicos, así como, porcentajes elevados (31%) de abusos sexuales antes de cumplir los 18 años ⁽⁷²⁾.

Historial reproductivo

El porcentaje de mujeres que realizaron alguna interrupción voluntaria del embarazo (IVE) fue elevado (52,7%), al igual que ocurrió en otros trabajos ^(44,45,46). Cifras más bajas se encontraron en Asturias, en el año 2013, con un 37,6%, si bien se hablaba de un posible “sesgo de clasificación” debido a que los cuestionarios (auto-administrados por las participantes) podrían dar lugar a errores si entendían la IVE como un aborto espontáneo ⁽⁷³⁾. Cifras aún más bajas se encontraron en lugares como Uzbequistán, Laos y Camboya ^(74,75,76), a pesar de que en Camboya tan sólo el 18% de las mujeres utiliza, además del preservativo, otro método anticonceptivo, lo que contrasta con lo observado en el presente estudio, en el que se encontró un porcentaje más alto de uso de anovulatorios orales ⁽⁷⁶⁾. Llama la atención que nosotros encontramos un porcentaje de interrupciones del embarazo todavía superior, si se consideraban las mujeres con aborto espontáneo sin IVE. No obstante, no hemos profundizado sobre las circunstancias en las que se ha producido este hecho.

En cuanto a la existencia de hijos, en nuestro estudio un alto porcentaje de mujeres (53,6%) indican tenerlos, a diferencia de otros en los que se encuentran cifras más bajas (10%) ^(44,67).

Características laborales

La edad media a la que solían iniciarse en la prostitución se establece a partir de la segunda década de su vida, cifra similar a la observada en el resto de los estudios revisados, aunque hay mujeres que no alcanzaban la mayoría de edad al comenzar ^(1,53,70).

En relación al tiempo que llevan ejerciendo la prostitución, hemos encontrado un rango muy amplio entre las cifras. En nuestro estudio fue de unos 3 años, igual que en los trabajos revisados de Madrid, Alicante y Barcelona, y de países como India y Nueva Guinea ^(1,33,53,66,71). Sin embargo, en el estudio realizado por Pereira et al. en Teresina, se observó que en su mayoría llevaban entre seis y diez años. Este aumento del número de años podría deberse a que en Brasil, se les reconoció la categoría de *trabajadoras sexuales* en la *Clasificación Brasileña de Ocupaciones* ⁽⁴⁶⁾. Respecto al número de días de dedicación a la semana, la media (5,7 días) fue similar a la de otros estudios revisados ⁽¹⁾. Realizando un promedio de 4,5 servicios por jornada, número algo superior a otros ^(1,66).

En relación al salario, cobraban desde ocho hasta ochenta euros por un servicio, dependiendo de la práctica sexual. Ejerciendo su actividad en un club de ciudad o burdel ^(1,46), aunque un importante porcentaje (32,7%) lo practicaba en un piso.

Hábitos tóxicos

Se observó alta tasa de mujeres fumadoras, casi el triple que en la población general según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2013 ⁽⁷⁷⁾. No obstante sus cifras (61%) fueron menores a las obtenidas de una muestra de seis provincias españolas, en el que el 86,6% de las mujeres admitía haber fumado en el último mes ⁽⁶⁰⁾.

En cuanto a la adicción a otras drogas, predominaba el consumo de cocaína (43,7%), aunque en menor porcentaje que en el trabajo citado con anterioridad y en otro realizado en Madrid ^(60,78). En ambos, se superaba el 50%, hablándose de un uso exclusivo durante las horas de trabajo ⁽⁷⁸⁾. En el

trabajo de Meneses et al. se habla de un “patrón de consumo instrumental” para facilitar la realización de los servicios sexuales. Esta práctica no estaba libre de consecuencias negativas, ya que se observó que aumentaba el riesgo de acciones violentas por parte de los clientes y de desprotección en las prácticas sexuales ⁽⁶⁰⁾.

En nuestro estudio llama la atención que el número de mujeres que han tomado alguna droga coincide con aquellas a las que se les ha obligado a consumir, habitualmente por el cliente, durante las horas de trabajo.

Conductas de riesgo sexual. Uso de métodos anticonceptivos

Las prácticas sexuales encontradas por nosotros, en concordancia con lo observado en otros estudios, solían incluir en un mismo acto servicios completos, con penetración vaginal y oral ⁽¹⁾.

El uso del preservativo está muy extendido en nuestra muestra, al igual que ocurre entre las prostitutas de Moscú y en Uzbekistán ^(45,74). Su uso puede haberse incrementado por el trabajo realizado por las Asociaciones y ONGs que se ocupan de ellas a través del convenio firmado con la Consejería de Salud, donde se establece el suministro de preservativos a las personas que ejercen la prostitución.

Hemos detectado un porcentaje nada despreciable de roturas de preservativos, siendo el cliente quien los rompe muchas veces, con el aumento del riesgo de contraer y/o transmitir el VIH y otras ITS ⁽³⁶⁾.

La mayoría de las mujeres de nuestro estudio no utilizaba otro método anticonceptivo eficaz además del preservativo. Esto, unido a la frecuencia de roturas, podría explicar los resultados encontrados con respecto a frecuencia de IVE. A lo que se podría añadir que según un estudio llevado a cabo en Asturias, casi la mitad de estas mujeres no saben qué actitud tener en caso de rotura ⁽³²⁾.

Antecedentes personales. Patología de base

En cuanto a las patologías de base que presentaban algunas de las mujeres, se trataba de enfermedades con alta prevalencia en la población general, que tienen tratamiento. Es de resaltar que un número no despreciable de mujeres consumía benzodiazepinas sin tener en cuenta si estaban o no diagnosticadas de un síndrome ansioso-depresivo.

Salud mental

Se observó que más de la mitad de las mujeres presentaban síntomas de ansiedad o depresión dando resultado positivo en la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG). Como ya se ha indicado anteriormente, un número importante de mujeres en nuestro estudio eran inmigrantes. En este sentido, Vecina et al. destacan que la situación de escasa satisfacción en la que se encuentran las mujeres inmigrantes que no trabajan, les puede conducir a cierto grado de frustración ⁽⁵⁴⁾. Éstas, viéndose abocadas a vivir de los ingresos económicos que les aporta la prostitución, presentan un riesgo mucho mayor de desarrollar depresión ⁽⁶¹⁾. También, en un estudio llevado a cabo en Valencia, las mujeres que la ejercían en comparación con las que no lo hacen, presentaban un mayor grado de estrés y de trastornos psicosomáticos, así como de ansiedad y depresión ⁽⁵⁸⁾. Para el trastorno depresivo, los datos hallados en el presente trabajo son similares a los encontrados en otro realizado en Lima (Perú), en éste se utilizó un cuestionario autoadministrado, el “inventario de depresión de Beck”, a diferencia de la EADG, utilizada por nosotros ⁽⁵⁷⁾. Cifras más altas de depresión se encontraron en un estudio en Nepal, en el que se observaron porcentajes muy elevados de ansiedad y depresión, si bien su muestra estaba compuesta por mujeres que habían sido víctimas de “trata”, con los trastornos psicológicos que esa experiencia puede ocasionar ⁽⁷⁹⁾. Otro estudio realizado en Moldavia aportaba datos muy bajos de ansiedad y depresión, aunque incluía también el trastorno de estrés postraumático con un 54% de casos, motivo por el cual, se podría pensar que algunos casos de ansiedad o depresión podrían haber sido englobados en casos de estrés postraumático ⁽⁷²⁾.

Salud sexual

La seroprevalencia de marcadores frente a la infección por VIH, VHC, VHB y Sífilis fue baja. La muy escasa frecuencia de serología positiva al VIH concuerda con los resultados de otras investigaciones realizadas en España, con cifras que oscilaban entre el 0,2 y el 1,8 % ^(1,35,53). En este sentido, hay que tener en cuenta que desde la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía se está ofertando a través de las asociaciones un test rápido del VIH para colectivos de riesgo, aunque en este estudio no se ha utilizado esta prueba para su detección. También se han encontrado bajas frecuencias para VHB y para VHC, similares a las de otros trabajos ⁽¹⁾.

Hay que señalar el alto porcentaje de mujeres susceptibles de contraer una infección por el VHB en similitud a lo encontrado en otros estudios ⁽⁵³⁾, cosa que nos indica que hay que reforzar las estrategias preventivas mediante la vacunación. Sería adecuado trabajar para que las Asociaciones que actúan con este colectivo, en coordinación con los centros asistenciales de la provincia, impulsaran dichas actuaciones.

La presencia de exudados vaginales patológicos, al igual que lo observado en otro trabajo en España ⁽¹⁾ es relativamente frecuente, si bien, a pesar de ser patológicos, no son necesariamente representativos de una ITS, como puede ser el caso de las vaginitis por *Cándida* ⁽¹⁾.

No se ha encontrado ningún caso de infección por *Neisseria gonorrhoeae*, mientras que en una investigación realizada en Barcelona estaba presente aunque en un bajo porcentaje (0,5%) ⁽⁵³⁾. Hemos detectado un solo caso de infección por *C. trachomatis*, frente a un 5,5% de casos encontrados en el trabajo anterior; esto podría explicarse porque en éste se utilizó una técnica de amplificación de ADN como prueba de detección, que es un método más fiable que la del exudado vaginal ⁽⁵³⁾, aunque más caro. Cabe destacar que según el *European Center for Diseases Control and Prevention*, en el año 2010, la ITS bacteriana más frecuente fue la provocada por *C. trachomatis* ⁽⁵⁾, lo cual contrasta de forma importante con lo observado por nosotros.

Aunque en nuestro estudio sólo se haya encontrado un caso de neoplasia cervical intraepitelial con positividad al virus del papiloma humano, no habría que olvidar valorar la conveniencia de vacunar frente a este virus así como el momento en que estaría más indicado hacerlo.

En general, la baja prevalencia de ITS encontradas, coincide con lo descrito en otras ciudades de países desarrollados ⁽⁴⁾. En nuestro caso, hay que tener en cuenta que las acciones realizadas por las Asociaciones que en Almería firman el Convenio en materia de prostitución con la Consejería, posibilitan el acceso a todos los recursos sanitarios y en coordinación con los Centros Asistenciales fomentan iniciativas para la reducción de exclusión social de las prostitutas ⁽⁶³⁾.

6.2. DISCUSIÓN (análisis bivariante)

Rotura del preservativo e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Las mujeres que más abortaron en nuestro estudio tenían menos de 26 años, edades similares a las que formaron parte de la investigación realizada en Moscú en 2013 ⁽⁴⁵⁾. Sin embargo, era en el tramo de edad de 35-39 años donde, en Teresina (Brasil), se produjo el 71,2% de dichas interrupciones ⁽⁴⁶⁾.

El hecho de que se haya observado un alto número de IVEs entre las mujeres estudiadas por nosotros, puede deberse al elevado porcentaje (59,1%) de roturas de preservativo encontradas, hecho descrito en algunos otros trabajos, como en el realizado en Laos y Camboya en 2011, con un 32% y un 37% respectivamente de roturas ⁽⁷⁵⁾, así como en el ejecutado en Asturias en 2008 ⁽³²⁾, con datos parecidos a los nuestros.

Analizada la influencia de la rotura del preservativo como factor de riesgo para realizar una IVE; no se pudo rechazar que no existiese relación entre ambos hechos, si bien había indicios de significación. Creemos por ello que sería necesario un estudio con una muestra de mayor tamaño. A esto hay que añadir la baja utilización en nuestro estudio de la píldora postcoital.

Es de resaltar, tras la revisión de múltiples artículos, que no hemos encontrado ninguno donde se investigue sobre el uso de este método anticonceptivo de emergencia. Esto último podría explicarse porque, en primer lugar, no en todos los lugares revisados se encuentra legalizada, caso de Moscú, Uzbequistán, Afganistán, Colombia y Brasil. Y en segundo lugar, debido a las diferentes dificultades para obtenerla.

En Almería sí se dispensa en puntos de urgencias, o se puede comprar en las farmacias; en este último caso su elevado precio además del desconocimiento de su existencia, podría explicar el alto porcentaje de IVE, en relación con la rotura del preservativo. También se plantean interrogantes sobre el correcto conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos, lo que debería tenerse en cuenta para futuras estrategias de formación ⁽³²⁾.

Parece razonable pensar que el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución, a pesar de beneficiarse de intervenciones preventivas de las ITS/VIH, necesitan servicios más amplios de salud reproductiva. En particular, se les podría proporcionar asesoramiento, a través del desarrollo de programas educativos, donde se les ofrezcan los recursos de los servicios de planificación familiar disponibles ⁽⁸⁰⁾, dado su reconocida efectividad ^(81,82) para reducir el número de abortos inducidos en Salud Pública ⁽⁸¹⁾.

Infecciones de transmisión sexual y rotura del preservativo

En nuestro estudio, el no haber presentado rotura del preservativo apareció como un factor de riesgo para presentar un exudado vaginal patológico. Tal vez podríamos explicar dicho hallazgo con la teoría de que las mujeres se confían a su sola utilización, sin prestar atención a su uso correcto, su mala colocación, su deslizamiento, su correcta integridad, etc.

Distintos estudios en población general demuestran que las roturas y deslizamientos ocurren entre el 1 y el 3,6% de las relaciones, siendo estos porcentajes más elevados cuando se trata de usuarios y usuarias con poca experiencia. De una muestra de 11.700 condones utilizados por 170 heterosexuales, 119 homo/bisexuales y 30 mujeres que ejercían la prostitución el porcentaje medio de rotura fue del 1,7%: 0,6% entre las prostitutas, 1,8% para prácticas de sexo vaginal y 4,8% para las de sexo anal ⁽⁸³⁾.

En un documento obtenido de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ⁽⁸³⁾, sobre métodos de barrera para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), se puede deducir que en la mayoría de los casos, las roturas o deslizamientos se atribuyen a una lubricación inadecuada, manipulación incorrecta o falta de experiencia.

Ante estos hechos, es preciso sopesar el posible riesgo de transmisión del VIH u otras ITS teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- El riesgo de transmisión del VIH después de un único contacto sexual en el que existe intercambio de secreciones y/o sangre es bajo, pero no es cero. La probabilidad de transmisión del VIH

depende de muchos factores y sólo en circunstancias muy específicas puede ser elevada. Estos factores incluyen entre otros: el tipo de relación sexual (anal, vaginal, oral), si existe o no eyaculación o la presencia de lesiones genitales o ITS.

- No todos los preservativos que se rompen tienen igual riesgo. La rotura en la parte lateral de un preservativo no presenta el mismo riesgo que la rotura en la punta. Por otra parte, si la rotura se detecta en el momento de ponerse el preservativo o antes de que ocurra la eyaculación, el riesgo de transmisión de una enfermedad es ínfimo; además, en estos casos es posible reemplazar el condón.
- La rotura o el deslizamiento de un preservativo no conduce inexorablemente a la transmisión de una infección ya que el uso del preservativo, aun aceptando una rotura ocasional, reduce significativamente ese riesgo ⁽⁸³⁾.

Relación del diagnóstico de ansiedad/depresión con variables económicas o de consumo

El alto porcentaje de cribado positivo para depresión en la escala de ansiedad/depresión de Goldberg (EADG) está asociado de forma estadísticamente significativa con tener sueldos más bajos. No ocurrió lo mismo en el caso de ansiedad, donde no se encontró asociación estadísticamente significativa. En el estudio realizado en Lima, también se relacionó el menor salario con mayor prevalencia de depresión ⁽⁵⁷⁾. Según la Encuesta Andaluza de Salud sobre población general, en 2011, la prevalencia de ansiedad y/o depresión aumentaba en mujeres con ingresos económicos inferiores a los mil euros mensuales y sin estudios ⁽⁸⁴⁾.

De igual manera es relevante la asociación de sustancias psicoactivas con los trastornos de ansiedad y depresión. Varios son los estudios revisados en los que se señala la influencia recíproca entre ambas variables ^(57,85,86). Becoña et al. describieron la relación entre tabaquismo y depresión, y entre tabaquismo y ansiedad, explicando el efecto de la nicotina como antidepresivo natural o como posible modulador del humor en fumadores ⁽⁸⁵⁾. Otro trabajo realizado en Miami, detectó que la mujeres drogodependientes presentaban

una probabilidad ocho veces mayor de padecer un trastorno mental grave (síntomas graves de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático) cuando consumían estas sustancias, principalmente cocaína ⁽⁸⁶⁾. En el estudio de Lima, comentado anteriormente, se observó también asociación estadísticamente significativa entre presencia de síntomas depresivos y el uso de drogas ⁽⁵⁷⁾. En el nuestro no se encontró asociación entre consumo y ansiedad o depresión, aspecto que también podría estar influido por el tamaño de la muestra.

Hábito tabáquico y su relación con el salario medio

El consumo de tabaco en nuestra muestra está asociado de manera significativa con unos mayores ingresos económicos, cosa que no podemos discutir con otros autores ya que tras la revisión bibliográfica, no hemos encontrado ningún otro trabajo que compare estas variables.

De igual manera se detecta que aquellas mujeres que tenían un nivel de estudios más bajo o que vivían en soledad eran las de más elevado consumo. Cosa análoga a la encontrada en el estudio ya citado de Moldavia ⁽⁷²⁾.

6.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, como ya se ha comentado, no se ha podido establecer la muestra siguiendo los tipos de muestreo habituales, dada la dificultad para que estas mujeres acudan a solicitar atención médica, por lo tanto se ha realizado un *muestreo de conveniencia* indicado para este caso.

En este trabajo no se incluyen a las mujeres que ejercen la prostitución y que no son captadas por las Asociaciones y ONGs citadas. Como se ha indicado, la mayoría ejerce en clubes de ciudad y pisos, es decir, se trataba de personas que podían dedicar un tiempo a la realización de la entrevista. Sin embargo, por el contacto con las asociaciones, se sabe que hay mujeres que ejercen la prostitución en zonas más marginales como pueden ser cortijadas e invernaderos, cuya situación probablemente sea más precaria. También, es de reseñar, que en éste se ha estudiado sólo a mujeres, no habiendo incluido a hombres ni a personas transexuales que realizan esta práctica. Dada la movilidad geográfica de estas mujeres, en algún caso, no ha sido posible realizar la entrevista (incluido el cribado de ansiedad-depresión de Goldberg) y además realizar el cribado de ITS.

Por otro lado y en cuanto a la realización de interrupciones voluntarias del embarazo, desconocemos cuantas se realizaron y si se hicieron durante el periodo que ejercieron la prostitución o antes. Tampoco se analizó si las mujeres que no tomaron la píldora postcoital realizaban otras acciones para disminuir el riesgo de embarazo, ni qué porcentaje de éstas quedó embarazada o cuántas de ellas realizaron una IVE en ese caso.

Por último, como se ha comentado en algún momento, la muestra, por la dificultad para obtenerla, es pequeña. Este hecho podría haber influido en no encontrar significación estadística al analizar medidas de asociación entre algunas variables.

6.4. RECOMENDACIONES

Aun siendo conscientes de todos los esfuerzos que se hacen en Almería para una efectiva prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), llevados a cabo por asociaciones como APRAMP, AIMUR, Adoratrices y Oblatas, Médicos del Mundo, Pro-Derechos Humanos, etc., así como por el personal sanitario del Servicio Andaluz de Salud, se debiera llevar a cabo un refuerzo en la estrategia de planificación familiar entre las mujeres que ejercen la prostitución, que mejore el conocimiento de los métodos anticonceptivos generalizando el uso de la protección dual (preservativo y anticoncepción hormonal).

Parece importante que la Consejería siga manteniendo y reforzando el compromiso con las citadas asociaciones a través del convenio firmado con las mismas en materia de prostitución, ya que fomentan iniciativas para la reducción de exclusión social de las prostitutas y mejoran su conocimiento y prácticas para el control de las ITS.

En cuanto a la conveniencia de realizar estudios sobre los contactos de afectados por dichas infecciones, parece necesaria la existencia de un modelo asistencial integrado y coordinado con los servicios de salud pública que proporcione un diagnóstico y tratamiento inmediatos y que facilite la búsqueda y el estudio de los contactos en racimo. El proceso de notificación de dichos contactos sexuales permitiría informar a las parejas de los pacientes sobre su exposición a la infección, promover el diagnóstico y el tratamiento, y romper así la cadena de transmisión ⁽⁸⁷⁾.

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de adicciones y trastornos ansioso-depresivos, parece importante seguir investigando acerca del estado emocional de estas mujeres, toda vez que el propio ejercicio de la prostitución y su estigmatización, con frecuencia desembocan en un aislamiento social, que complica aún más los diagnósticos de salud mental y sus alternativas de tratamiento.

Parecería razonable hacer referencia al Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía teniendo en cuenta las líneas de acción específicas para estos

grupos con el fin de conseguir el abandono del hábito, proporcionando los recursos existentes y adaptando las intervenciones específicas dirigidas a los mismos, por ser un grupo de personas especialmente vulnerables (inmigrantes, con problemas de ansiedad y/o depresión, aislamiento social...).

Finalmente, teniendo en cuenta las dificultades encontradas para el proceso de investigación en todo este colectivo, sería conveniente llevar a cabo estudios epidemiológicos longitudinales más adaptados a las condiciones de este grupo de población, así como otros análisis de tipo cualitativo. Ellos ofrecerían la posibilidad de conocer mejor a este sector tan vulnerable de la población y así con más recursos poder realizar un mejor abordaje y control del mismo.

7. CONCLUSIONES

1. La muestra estudiada está representada principalmente por mujeres jóvenes inmigrantes, procedentes de Europa del Este y con un nivel de estudios primarios completos e incluso secundarios. Más de la mitad de las participantes tienen algún hijo y un porcentaje muy alto ha abortado, ya sea de forma espontánea o voluntaria.
2. Existe un uso generalizado del preservativo como método de prevención de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo se ha encontrado un alto porcentaje de rotura del mismo y una baja utilización de la píldora postcoital tras la relación de riesgo. Además, generalmente este uso no se complementa con otro método anticonceptivo eficaz, de ahí que más de la mitad de las mujeres haya tenido una Interrupción Voluntaria del Embarazo. La existencia de dicha interrupción es más frecuente en mujeres menores de 26 años y procedentes de países de la Europa del Este.
3. Más de la mitad de ellas presentan un síndrome ansioso o depresivo, estando este último relacionado con un menor salario por servicio. El porcentaje de mujeres estudiadas que fuman es alto, asociándose éste con unos ingresos económicos mayores. Una minoría es adicta a otras drogas tipo cannabis, cocaína, etc.
4. El porcentaje de infecciones de transmisión sexual es bajo, detectado a través de serologías para el virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C y Sífilis. En las muestras de exudados vaginales se han encontrado escasos resultados patológicos, siendo la *Trichomona vaginalis* el agente responsable. De igual forma en las citologías cérvico-vaginales ha sido baja la detección de alteraciones patológicas secundarias a una infección de transmisión sexual.
5. La baja prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual, es concordante con el uso elevado del preservativo. No obstante, conviene valorar el bajo conocimiento que estas mujeres tienen sobre el uso correcto del mismo dado el alto porcentaje de rotura.

6. La alta susceptibilidad y las prácticas de riesgo frente al virus de la hepatitis B, hace necesario recomendar que debe extenderse la vacunación contra este virus a toda esta población que ejerce la prostitución, como medida de prevención esencial.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. Condiciones socio-laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit.* 2004; 18 (3): 177-83.
2. Guereña, JL. La prostitución en la España contemporánea. *Ayer.* 1997; 25: 36-72.
3. *Cienciapopular.com*. [Consultado el 20/10/2010]. Disponible en:
http://www.cienciapopular.com/n/Historia_y_Arqueologia/Historia_de_la_Prostitucion/Historia_de_la_Prostitucion.php
4. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Las infecciones de transmisión sexual (Informe 2007). Monografías Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) 2008; vol 13, nº1.
5. Godoy P. La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gac Sanit.* 2011; 25(4): 263-266.
6. Ram S, Rice PA. Infecciones gonocócicas. En: Longo DL, Jameson L, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. eds. New York, NY: McGraw-Hill; 2012. Disponible en:
<http://ws003.juntadeandalucia.es:2686/content.aspx?bookid=865&Sectionid=68938888> . Acceso 18 de marzo de 2015.
7. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Evolución de las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* en el periodo 2007-2014. Informe Semanal (SVEA) 2015; vol 20, nº9.
8. Lukehart SA. Sífilis. En: Longo DL, Jameson L, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. eds. New York, NY: McGraw-Hill; 2012. Disponible en:
<http://ws003.juntadeandalucia.es:2686/content.aspx?bookid=865&Sectionid=68940685> . Acceso 18 de marzo de 2015.

9. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Evolución de la sífilis en el periodo 2007-2014. Informe Semanal (SVEA) 2015; vol 20, nº7.
10. Redondo J, Molero G, Muñoz J, García G. Problemas infecciosos. En: Casado V, coordinadora. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2007. p. 647-649.
11. Weller PF. Infecciones intestinales por protozoarios y tricomonosis. En: Longo DL, Jameson L, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. eds. New York, NY: McGraw-Hill; 2012. Disponible en : <http://ws003.juntadeandalucia.es:2686/content.aspx?bookid=865&Sectionid=68943887> . Acceso 18 de marzo de 2015.
12. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolo de Vigilancia y Alerta de Clamidirosis. SVEA 2013.
13. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Evolución de las infecciones por Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis en el periodo 2004-2012. Informe Semanal (SVEA) 2013; vol 18, nº10.
14. Gaydos CA, Quinn TC. Infecciones por clamidias. En: Longo DL, Jameson L, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. eds. . New York, NY: McGraw-Hill; 2012. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2686/content.aspx?bookid=865&Sectionid=68941143>. Acceso 18 de marzo de 2015.
15. Junta de Andalucía. Plan andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS 2010-2015. Comunidad Autónoma de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2010.
16. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Infección por VIH/Sida en Andalucía. Casos registrados en siVIhDA. Informe Semanal (SVEA) 2014; vol 19, nº48.

17. Fauci AS, Lane H. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: sida y trastornos relacionados. En: Longo DL, Jameson L, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. eds. . New York, NY: McGraw-Hill; 2012. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2686/content.aspx?bookid=865&Sectionid=68942051>. Acceso marzo 26, 2015.
18. Reichman RC. Infecciones por virus del papiloma humano. In: Longo DL, Jameson L, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. eds. . New York, NY: McGraw-Hill; 2012. <http://ws003.juntadeandalucia.es:2686/content.aspx?bookid=865&Sectionid=68941766>. Accessed marzo 26, 2015.
19. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. [Actualizada el 23 de diciembre de 2013; acceso 26 de marzo de 2015]. Ayala Luna S, Delgado Nicolás MA. Prevención de cáncer de cuello uterino. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2508/guias-clinicas/prevencion-cancer-cuello-uterino/>
20. Redondo J, Molero G, Muñoz J, García G. Problemas infecciosos. En: Casado V, coordinadora. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2007. p. 650-651.
21. Redondo J, Molero G, Muñoz J, García G. Problemas infecciosos. En: Casado V, coordinadora. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2007. p. 594-595.
22. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. [Actualizada el 20 de diciembre de 2014; acceso 26 de marzo de 2015]. Costa Rivas C, Castiñeira Pérez C. Hepatitis B aguda. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2508/guias-clinicas/hepatitis-b-aguda/>
23. García-Alonso MJ, Marín-Mateos RM, Moreira-Vicente V. Tratamiento farmacológico de la hepatitis B aguda. Med Clin (Barc). 2012; 138 (14): 633-637.

24. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede Web]. [Actualizada el 23 de diciembre de 2013; acceso 26 de marzo de 2015]. Grupo MBE Galicia Fisterra. Hepatitis C crónica. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2508/guias-clinicas/hepatitis-c-cronica/>
25. Informe de Posicionamiento Terapéutico de Sofosbuvir (Sovaldi®). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2014. V1/01112014.
26. Informe de Posicionamiento Terapéutico de Simeprevir (Olysio®). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2014. V1/01112014.
27. Muñoz M, Vicente A, Cañabate F, Salas J, Cabeza M. Sífilis congénita: indicador de salud pública en el poniente almeriense. *Enf Emerg.* 2009; 11(3):124-129.
28. Postigo C. Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98: 513-517.
29. Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Boletín Oficial del Estado* nº 21, (24-1-1996).
30. Díaz-Franco A, Nogueira-Zambrano I, Cano-Portero R. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. España, 1995-2003. *Med Clin (Barc).* 2005; 125 (14): 529-530
31. Orden de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía* nº 4, (8-1-2009)
32. Ojer T. D, Franco V. A, Varela U. JA, López S. C, Junquera L. ML, Cuesta R. M, et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. *Gac Sanit.* 2008; 22(1): 40-3.

33. García de la Hera M, Fernández E, Hernández-Aguado I, Vioque J. Cambios en el uso del preservativo en una cohorte de prostitutas. *Gac Sanit.* 2001; 15 (3): 209-216.
34. Laurent C, Seck K, Coumba N, Kane T, Samb N, Wade A, et al. Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections, and risk behaviours in unregistered sex workers in Dakar, Senegal. *AIDS.* 2003; 12: 1811-1816.
35. Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, *Chlamydia trachomatis*, and *Neisseria gonorrhoeae* and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis.* 2008; 35 (2): 178-183.
36. Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Trop Med Int Health.* 2008; 13 (5): 659-679.
37. Wilkinson D, Ramjee G, Tholandi M, Rutherford G. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003936. DOI:10.1002/14651858. CD 003936.
38. Kaul R, Kimani J, Nagelkerke N, Fonck K, Ngugi E, Keli F, et al. Monthly Antibiotic Chemoprophylaxis and Incidence of Sexually Transmitted Infections and HIV-1 Infection in Kenyan Sex Workers. *JAMA.* 2004; 291 (1): 2555-2562.
39. Mann JK, Ndung'u T. HIV-1 vaccine immunogen design strategies. *Virol. J.* 2015 Jan 24. [Epub ahead of print].
40. Shepherd J, Peersman G, Weston R, Napuli I. Cervical cancer and sexual lifestyle: a systematic review of health education interventions targeted at women. *Health Educ Res.* 2000; 15 (6): 681-694.

41. Rambout L, Hopkins L, Hutton B, Fergusson D. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. *CMAJ*. 2007; 177 (5): 469-479.
42. Ruiz-Ramos M, Ivañez-Gimeno M, García FJ. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gac Sanit*. 2012; 26 (6): 504-11.
43. Vila-Vives JM, Soler-Ferrero I, Gimeno-Clemente N, et al. Perfil de la paciente que solicita una interrupción voluntaria del embarazo. *Cartas a la directora / Gac Sanit*. 2013; 27 (6):562-68.
44. Bautista CT, Mejía A, Leal L, et al. Prevalence of lifetime abortion and methods of contraception among female sex workers in Bogota, Colombia. *Contraception*. 2008; 77: 209-13.
45. Decker MR, Yam EA, Wirtz AL, et al. Induced abortion, contraceptive use, and dual protection among female sex workers in Moscow, Russia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120: 27-31.
46. Madeiro AP, Rufino AC. Induced abortion among prostitutes: a survey using the ballot box technique in Teresina-Piauí. *Cien Saude Colet*. 2012; 17: 1735-43.
47. Antón Jiménez R, Diego Vallejo R. Estudio sobre la prostitución femenina en la Comunidad de Castilla y León. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 1999.
48. Interrupción Voluntaria del Embarazo, Andalucía 2001-2010. Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria. Servicio de Información y Evaluación, Unidad Estadística. Andalucía 2012.
49. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad 2014.
50. Rekart M. Sex-work harm reduction. *Lancet* 2005; 366: 2123-34.
51. Heimbürger A, Gras C, Guedes A. Expanding access to emergency contraception: the case of Brazil and Colombia. *Reprod Health Matters*. 2003; 11: 150-160.

52. Vioque J, Hernández-Aguado I, Fernández E, García M, Álvarez-Dardet C. Prospective cohort study of female sex workers and risk of HIV in Alicante, Spain (1986-96). *Sex Transm Inf.* 1998, 74: 284-8.
53. Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Molinos S, Casabona J. Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes de Cataluña. *Med Clin (Barc).* 2009; 132 (10): 385-388.
54. Vecina C, Ballester L. Mujeres inmigrantes prostitutas: La configuración de un autoconcepto. *Aposta.* 2005; (18): 1-13.
55. Vall Mayans M, Arellano E, Armengol P, Escribá JM, Loureiro E, Saladié P, et al. HIV infection and other sexually-transmitted infections among immigrants in Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002; 20 (4):154-156.
56. Del Romero J, Rojas D, Ballesteros J, Clavo P, Menéndez B. Prostitución: un colectivo de riesgo. *Jano.* 2004; 67 (1544): 106-108.
57. Bohórquez IM, Caballero S, Carrera L, Chávez R, Espinoza R, Flores L, et al. Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales. *An Fac Med.* 2010; 71 (4): 277-82.
58. Andreu J, Pons D, Sarabia S, Andrés V, Veiga A, Dominguez M et al. Aspectos psicosociales y salud mental en la prostitución femenina: Emigración y Prostitución (Internet). Valencia: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad); 2007 (acceso 30 de noviembre de 2009). Disponible en http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/2007/resumen%20web696.pdf
59. Romero M, Rodríguez EM, Durand-Smith A, Aguilera RM. Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda parte. *Salud Mental.* 2004; 27(1) 73-84.

60. Meneses C. Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. Rev Esp Drogodependencias. 2010; 35 (3): 329-344.
61. Anklesaria A, Gentile JP. Psychotherapy with women who have worked in the "Sex Industry". Innov Clin Neurosci. 2012; 9 (10): 27-33
62. López A, De Jaén S, Robledo A, Barrera E, Del Río L, Sánchez R. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes anticoagulados en un centro de Atención Primaria. Semergen. 2008; 34 (1): 3-6.
63. Orden de 16 de mayo de 2008, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio de colaboración entre la Consejería y Asociaciones que trabajan para el colectivo de personas que ejercen la prostitución en materia de Salud Pública. BOJA nº 119 (17-7-2008)
64. Pulido J, Brugal M, De la Fuente L, Ballesta R, Barrio G, Bravo M, et al. Metodología de reclutamiento y características de una cohorte de jóvenes consumidores habituales de cocaína de tres ciudades españolas (Proyecto Itínere-cocaína). Gac Sanit. 2009; 23 (3): 200-207
65. Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa: Avance de la Explotación estadística del Padrón a 1 de enero de 2012 [base de datos en internet]. Madrid: INE; 2012 [acceso 19 abr 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np710.pdf>
66. Mahapatra B, Lowndes CM, Mohanty SK, Guray K, Ramesh BM, Moses S, et al. Factors Associated with Risky Sexual Practices among Female Sex Workers in Karnataka, India. PLoS ONE [revista on-line] 2013 [consultado 24 de marzo de 2014]; 8 (4). Disponible en: e62167. DOI:10.1371/journal.pone.0062167
67. Luchters S, Chersich MG, Rinyiru A, Barasa MS, King'ola N, Mandaliya K, et al. Impact of five years of peer-mediated interventions on sexual behavior and sexually transmitted infections among female sex workers in Mombasa, Kenya. BMC Public Health. 2008, 8: 143. DOI:10.1186/1471-2458-8-143

68. Perla ME, Ghee AE, Sánchez S, McClelland RS, Fitzpatrick AL, Suárez-Ognio L, et al. Genital Tract Infections, Bacterial Vaginosis, HIV, and Reproductive Health Issues among Lima-Based Clandestine Female Sex Workers. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2012. 2012 (739624): 1-9. DOI:10.1155/2012/739624
69. Alam N, Chowdhury ME, Mridha MK, Ahmed A, Reichenbach LJ, Streatfield PK, et al. Factors associated with condom use negotiation by female sex workers in Bangladesh. *Int J STD AIDS.* 2013; 24 (10): 813-821. DOI:10.1177/0956462413486452
70. Mishra S, Thompson LH, Sonia A, Nosheen K, Faran E, James B. Sex Transm Infect 2013; 89: ii34-ii42. doi:10.1136/sextrans-2012-050776
71. Bruce E, Bauai L, Sapuri M, Kaldor JM, Fairley CK, Keogh LA. HIV knowledge, risk perception, and safer sex practices among female sex workers in Port Moresby, Papua New Guinea. *Int J Womens Health.* 2011; 3: 53-61. DOI: 10.2147/IJWH.S14669
72. Abas M, Ostrovschi NV, Prince M, Goceag VI, Trigub C, Oram S. Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: a historical cohort study. *BMC Psychiatry.* 2013, 13: 204. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/204>
73. Ojer TD, Franco V. A, Vazquez V. F, et al. Factors Associated with Induce Abortion in Women Prostitutes in Asturias (Spain). *Plos One* [revista on-line] 2008 [consultado el 5 de mayo de 2014]; 3(6). Disponible en: DOI:10.1371/journal.pone.0002358.
74. Todd CS, Aibayeva G, Sánchez JL, et al. Utilization of contraception and abortion and its relationship to HIV infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Contraception* 2006; 74: 318-23.
75. Morineau G, Neilsen G, Heng S, et al. Falling through the cracks: contraceptive needs of female sex workers in Cambodia and Laos. *Contraception.* 2011; 84: 194-98.

76. Delvaux T, Crabbe F, Seng S, et al. The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. *Reprod Health Matters*. 2003; 11: 88-95.
77. Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [base de datos en internet]. Madrid: INE; 2013 [citado 11 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
78. Meneses C. Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gac Sanit* 2007; 21 (3): 191-6.
79. Tsutsumi A, Izutsu T, Poudyal AK, Kato S, Marui E. Mental health of female survivors of human trafficking in Nepal. *Soc Sci Med*. 2008; 66 (8): 1841-7.
80. Feldlum PJ, Nasution MD, Hoke TH, Van Damme K, Turner AN, Gmach R, et al. Pregnancy among sex workers participating in a condom intervention trial highlights the need for dual protection. *Contraception*. 2007; 76: 105-110.
81. Barroso García P, Lucerna Méndez MA, Parrón Carreño T. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el periodo 1998-2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2005, 79 (4): 493-501.
82. Hwang AC, Stewart FH. Family Planning in the balance. *Am J Public Health*. 2004; 94:15-18.
83. Grupo de trabajo sobre prevención del VIH/SIDA y otras personas que ejercen la prostitución. Prevención del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos Clave para el desarrollo de programas. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [acceso 12 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/prostitucion/docs/metodosBarrera.pdf>
84. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. S.G. de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida. Encuesta Andaluza de Salud 2007-

2011. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/encuesta?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/&idioma=es&tema=/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/&contenido=/channels/temas/temas_es/C_3_NUESTRA_SALUD/C_1_Vida_sana/Vigilancia_de_la_salud/encuesta_andaluza_de_salud/encuesta
85. Becoña E, Míguez MC. Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*. 2004; 1 (1): 99-112.
86. Surrat HL, Kurtz SP, Chen M, Moos A. HIV risk among female sex workers in Miami: The impact of violent victimization and untreated mental illness. *AIDS Care*. 2012; 24 (5): 553-561.
87. Vallés X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada?. *Gac Sanit*. 2011; 25(3): 224-232.

9. ANEXOS

ANEXO 1. SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA DE MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN ALMERÍA.

-
- Nombre:
- NSS/NUHSA:

Características personales:

1. Edad:
2. Es autóctona o inmigrante.
3. Lugar de procedencia (marcar con una "x")
 - Europa del Este
 - Latinoamérica
 - África
 - Asia
 - España
4. Religión:
5. Convivencia actual (marcar con una "x"):
 - Sola
 - Acompañada:
 - Con pareja
 - Familiares
 - Amigos o conocidos
6. Modo de vida (marcar con una "x"):
 - Vivienda alquilada
 - Vivienda comprada
 - Okupa
 - Otro
7. Historia reproductiva (marcar con una "x"):
 - Alguna gestación a término
 - Algún aborto espontáneo
 - Alguna IVE
 - Ninguna gestación
8. ¿Tiene hijos? (marcar con una "x"):
 - Sí, ¿cuántos?:
 - No
9. Envía dinero a su familia (marcar con una "x"):
 - Sí
 - No
10. Recuerdos afectivos de su infancia (marcar con una "x"):
 - Recuerdos agradables
 - Recuerdos desagradables

11. Nivel de estudios (marcar con una "x"):

- Primarios completos
- Primarios incompletos
- Secundarios
- Universitarios

Características laborales:

1. Tiempo de ejercicio en la prostitución (años):
2. Edad a la que inició la prostitución (años):
3. Lugar de inicio (marcar con una "x"):
 - Club de ciudad
 - Club de carretera
 - Piso
 - Calle
 - Combinación de varios
4. Lugares en los que ha ejercido en el último año (marcar con una "x"):
 - Club de ciudad
 - Club de carretera
 - Piso
 - Calle
 - Combinación de varios
5. Dedicación plena a la prostitución (marcar con una "x"):
 - Sí
 - No
6. Número de días de ejercicio a la semana:
7. Número de horas por jornada:
8. Salario medio por servicio (en euros y neto):
9. Si ha intentado trabajar en otra cosa (marcar con una "x"):
 - Sí
 - No

Hábitos tóxicos:

1. Tabaquismo (marcar con una "x"):
 - Sí
 - No
2. Nº de cigarrillos al día
3. Consumo de otras drogas (marcar con una "x"):
 - Sí, ¿cuál?:
 - No

4. Le han obligado a consumir en alguna ocasión (marcar con una "x"):
- Sí
 - No

Conductas de riesgo sexual:

1. Prácticas sexuales realizadas en la última semana (marcar con una "x"):
- Penetración oral
 - Penetración vaginal
 - Penetración anal
 - Anal y vaginal
 - Oral y vaginal
 - Anal y oral
 - Todas
2. Uso del preservativo en todos los servicios (marcar con una "x"):
- Penetración oral
 - Penetración vaginal
 - Penetración anal
 - En ninguna
 - En todas
3. Uso siempre preservativo en sus relaciones vaginales (marcar con una "x"):
- Sí
 - No
4. Rotura del preservativo alguna vez (marcar con una "x"):
- Sí
 - No
5. Roturas producidas por el cliente (marcar con una "x"):
- Sí
 - No
6. En caso de rotura, uso de píldora post-coital (marcar con una "x"):
- Sí
 - No
7. Prohibición del uso de preservativo por parte del proxeneta/madame (marcar con una "x"):
- Sí
 - No
8. Uso de otros métodos anticonceptivos (marcar con una "x"):
- Sí
 - No

En caso afirmativo, ¿qué método? (marcar con una "x"):

- Anovulatorio oral
- Anovulatorio en parche
- Anovulatorio subcutáneo
- Anillo vaginal
- Ligadura de trompas
- Espermicida

Antecedentes personales:

1. Padece alguna enfermedad (marcar con una "x"):
 - Sí, ¿cuál?
 - No
2. Toma algún medicamento actualmente (marcar con una "x"):
 - Sí, ¿cuál?:
 - No

Valoración de salud mental. Escala de ansiedad/depresión de Goldberg:

- Subescala de ansiedad (*ansiedad probable si resultado mayor o igual a "4 SÍ"*)
 1. ¿Se ha sentido muy excitada, nerviosa o en tensión?
 2. ¿Ha estado muy preocupada por algo?
 3. ¿Se ha sentido muy irritable?
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
 8. ¿Ha estado preocupada por su salud?
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormida?
- Subescala de depresión (*depresión probable si resultado mayor o igual a "2 SÍ"*)
 10. ¿Se ha sentido con poca energía?
 11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
 12. ¿Ha perdido la confianza en sí misma?
 13. ¿Se ha sentido usted desesperanzada, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
 14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 15. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
 16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 17. ¿Se ha sentido usted enlentecida?
 18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Valoración de salud sexual:

1. Resultados de serología VIH (marcar con una "x"):
 - Positivo
 - Negativo
2. Resultados de serología VHC (marcar con una "x"):
 - Positivo
 - Negativo
3. Resultados de serología VHB (marcar con una "x")
 - AntiHBc- con AntiHBs-

 - AntiHBc- con AntiHBs+

 - AntiHBc+ con AntiHBs+

 - AntiHBc+ con HBsAg+:
 - con HBeAg-, antiHBe+, antiHBc IgM-

 - con HBeAg-, antiHBe+, antiHBc IgM+
4. Resultados de serología sífilis (marcar con una "x"):
 - TPHA+ con RPR+
 - TPHA+ con RPR-
5. Resultados de muestra de exudado vaginal (marcar con una "x"):
 - Patológica. Describir agente casual:
 - No patológica
6. Resultados de muestra de citología *cérvico-vaginal* (marcar con una "x"):
 - Patológica. Describir lesión y agente causal:
 - No patológica

ANEXO 2. HOJA INFORMATIVA PARA LA PARTICIPANTE.

El estudio en el que se le propone participar trata de realizar una descripción de las características socio-demográficas, condiciones laborales y conductas de riesgo, estado de salud mental y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en un colectivo de prostitutas de Almería.

Para ello, se ha de realizar una encuesta (como la que se le muestra) a cada una de las colaboradoras, en la que está incluida una escala de cribado de ansiedad-depresión.

Cada colaboradora deberá realizarse una analítica de sangre y una citología cérvico-vaginal, de las cuales se recogerán los resultados para completar el estudio de cada una de las participantes, dejando constancia de su consentimiento para el uso de esos datos con la firma del *consentimiento informado*.

Se asegura la confidencialidad de los datos recogidos de cada una de las participantes.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPANTE.

Yo (nombre completo de la participante):

DNI/Pasaporte/NIE:

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada.

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con la investigadora.

Entiendo que la participación es voluntaria.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a MIS cuidados médicos.

También he sido informada de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante la investigadora responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
- **Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.**

Doy mi consentimiento sólo para la extracción necesaria en la investigación de la que se me ha informado y para que sean utilizadas las muestras (fluidos, tejidos, etc...) exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para MANIFESTAR MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA “SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA DE MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN ALMERÍA”, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

- **Nombre de la participante:**
- **DNI/Pasaporte/NIE:**

Firma de la participante:

Fecha:

- **Nombre de la investigadora:** María Jesús Cabrerizo Egea.
- **DNI:**