



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE SALUD Y BIENESTAR

DISERTACIÓN DE GRADO

TEMA:

“Ansiedad en trabajadoras sexuales y sus determinantes biopsicosociales: Barreras en el acceso a salud mental. Revisión narrativa.”

AUTOR PRINCIPAL:

LAURA CAMILA FERNÁNDEZ HURTADO

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. JACQUELINE ELIZABETH CEVALLOS SALAZAR

Noviembre, 2025

DEDICATORIA

A mis padres, Jaime Fernández y Pilar Hurtado, a ustedes les dedico este logro. Son los pilares fundamentales de mi vida quienes impulsaron este sueño y quienes estuvieron siempre en cada paso en este camino. Su amor y apoyo hicieron posible la culminación de este sueño. Gracias por los sacrificios incontables, por creer en mi incluso cuando yo dudaba. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

Este logro es, ante todo, de ustedes.

A mi novio, Andrés Oña, por ser mi apoyo incondicional durante todo este tiempo. Gracias por tu amor, tus consejos, por nunca dejarme sola y sobre todo por tu infinita paciencia ante mi ausencia o estrés. Gracias por motivarme a seguir adelante, por celebrar cada pequeño avance, por compartir la alegría de mis logros y sobre todo por secar las lágrimas de frustración. ¡Gracias por todo!

A mi abuelita, abuelito (+), tías, tíos y hermanos. A cada uno de ustedes, mi más sincero agradecimiento. Su amor incondicional, sus constantes palabras de ánimo y la comprensión ante mi ausencia durante este periodo fueron fundamentales para lograr cumplir mi meta. Gracias por colaborar y por creer en este sueño tanto como yo.

Al grupo maravillo de mujeres pertenecientes a la Asociación Pro-defensa de la Mujer (ASOPRODEMU) por abrirme las puertas de su asociación y poder conocer sus experiencias. Gracias por ser la inspiración y motor de esta investigación. Es admirable su resiliencia, dignidad y persistencia en el día a día.

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen de El Quinche, por darles su bendición y salud a mis padres para que puedan apoyarme en este proceso.

A mis padres, mi novio y mi familia por el apoyo incondicional y los sacrificios que realizaron para poder culminar mi carrera.

A las autoridades y docentes de la Facultad de Salud y Bienestar, carrera de Medicina, por su vocación, humanidad y sabiduría. Un profundo agradecimiento a la Dra. Jacqueline Cevallos por su apoyo durante mi proceso de formación y titulación.

RESUMEN

Introducción: La ansiedad es uno de los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial y se caracteriza por una sensación persistente de temor e inquietud de sobremanera en la población femenina (7,7 %). Entre los grupos más vulnerables se encuentran las trabajadoras sexuales, quienes enfrentan múltiples determinantes biopsicosociales que impactan negativamente en su salud mental y dificultan su acceso a servicios de atención integral.

Objetivo: Identificar los factores asociados a la ansiedad y los obstáculos en el acceso a la atención integral en salud en mujeres que se desempeñan como trabajadoras sexuales.

Metodología: Revisión narrativa de la literatura, realizada en bases de datos como: PubMed, Medline, Scielo, Dialnet, PsycINFO, LILACS, entre otros. Se consideraron estudios primarios, tesis, artículos y documentos institucionales. Se utilizó la metodología PRISMA para el proceso de búsqueda, selección y síntesis de documentos. Los criterios de inclusión contemplaron estudios sobre ansiedad en trabajadoras sexuales, estudios con enfoque clínico, psicosocial, epidemiológico o salubrista realizados a nivel mundial, con énfasis en Latinoamérica, durante el periodo 2015 a 2025.

Resultados: De los 65 estudios revisados, se observó una alta prevalencia de ansiedad (13 %–51 %) asociada a factores biopsicosociales y ocupacionales, como el consumo de alcohol (74 %) y otras sustancias, el insomnio (56 %) y las experiencias traumáticas físicas o sexuales (18 %–72 %), con síntomas disociativos en el 71 % de las participantes, los factores fueron explicados por extensas jornadas laborales y estrategias de afrontamiento, se identificaron factores protectores como el apoyo social y la resiliencia.

Conclusiones: La presente revisión narrativa logró demostrar que existe una elevada prevalencia de ansiedad en las trabajadoras sexuales a nivel mundial con varios factores de riesgo psicosocial. Por las situaciones a las que esta población está expuesta es necesario ejecutar evaluaciones habituales de salud mental. Estas intervenciones tienen que ser accesibles y efectivas a favor de la calidad de vida bajo programas de salud inclusivos y multidisciplinarios.

Palabras Clave: ansiedad, trabajo sexual, trabajadoras sexuales, prostitución, salud mental, trastorno de ansiedad, factores asociados, barreras de salud, servicios de salud, salud mental, atención a salud y accesibilidad a servicios de salud.

ABSTRACT

Introduction: Anxiety is one of the most prevalent mental disorders worldwide and is characterized by a persistent feeling of fear and excessive worry, particularly among women (7.7%). Among the most vulnerable groups are sex workers, who face multiple biopsychosocial determinants that negatively impact their mental health and hinder their access to comprehensive care services.

Objective: To identify the factors associated with anxiety and the barriers to accessing comprehensive health care in women who work as sex workers.

Methodology: Narrative review of the literature, conducted in databases such as PubMed, Medline, Scielo, Dialnet, PsycINFO, LILACS, among others. Primary studies, theses, articles, and institutional documents were considered. The PRISMA methodology was used for the process of searching, selecting, and synthesizing documents. The inclusion criteria considered studies on anxiety in sex workers, studies with a clinical, psychosocial, epidemiological, or health focus conducted worldwide, with an emphasis on Latin America, during the period 2015 to 2025.

Results: Of the 65 studies reviewed, a high prevalence of anxiety (13%–51%) was observed, associated with biopsychosocial and occupational factors such as alcohol consumption (74%) and other substances, insomnia (56%), and physical or sexual trauma (18%–72%), with dissociative symptoms in 71% of participants. The factors were explained by long working hours and coping strategies, and protective factors such as social support and resilience were identified.

Conclusions: This narrative review demonstrated that there is a high prevalence of anxiety among sex workers worldwide, with several psychosocial risk factors. Due to the situations to which this population is exposed, regular mental health assessments are necessary. These interventions must be accessible and effective in improving quality of life under inclusive and multidisciplinary health programs.

Keywords: anxiety, sex work, sex workers, prostitution, mental health, anxiety disorder, associated factors, health barriers, health services, mental health, health care, and accessibility to health services.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS	11
CAPÍTULO I	12
INTRODUCCIÓN	12
1.1 JUSTIFICACIÓN	13
<i>1.2 Planteamiento del problema</i>	<i>14</i>
1.2.1 Barreras de acceso a servicios de salud mental	15
1.2.2 Círculo vicioso de vulnerabilidad.....	16
1.2.3 Pregunta de investigación.....	16
<i>1.3 Objetivos</i>	<i>16</i>
1.3.1 Objetivo General.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos	17
<i>1.4 Supuestos Teóricos</i>	<i>17</i>
CAPÍTULO II	18
MARCO TEÓRICO	18
<i>2.1 Conceptos fundamentales</i>	<i>18</i>
2.1.1 Trabajo sexual: Definición y contexto.....	18
2.1.2 Ansiedad: Definición, clasificación y características clínicas	20
2.1.3 Clasificación	21
2.1.4 Determinantes biopsicosociales de la salud mental.....	22
<i>2.2 Modelos teóricos fundamentales</i>	<i>23</i>
2.2.1 Modelo biopsicosocial de Engel.....	23
2.2.2 Teoría del estrés minoritario	24
2.2.3 Marco de determinantes sociales de la salud de la OMS	25
2.2.4 Modelo de acceso a servicios de salud	26
<i>2.3 Evidencia empírica sobre determinantes biopsicosociales</i>	<i>27</i>
2.3.1 Factores biológicos y de salud física	27
2.3.2 Factores psicológicos y experiencias traumáticas	28
2.3.3 Factores sociales y estructurales.....	29
2.3.4 Factores de protección y resiliencia.....	31
<i>2.4 Barreras de acceso a servicios de salud mental</i>	<i>34</i>
2.4.1 Barreras estructurales	34
2.4.2 Barreras institucionales y de proveedores	35
2.4.3 Barreras individuales y psicosociales	36
CAPÍTULO III	38
METODOLOGÍA	38

3.1	<i>Diseño del estudio</i>	38
3.2	<i>Protocolo de investigación y registro</i>	38
3.3	<i>Criterios de elegibilidad</i>	39
3.4	<i>Fuentes de información y estrategia de búsqueda</i>	39
3.5	<i>Proceso de selección de estudios</i>	41
3.6	<i>Proceso de extracción de datos</i>	41
3.7	<i>Evaluación del riesgo de sesgo y calidad metodológica</i>	41
3.8	<i>Síntesis de datos y análisis</i>	42
3.9	<i>Consideraciones éticas</i>	42
3.10	<i>Limitaciones metodológicas</i>	43
3.11	<i>Protocolo de reporte</i>	43
3.12	<i>Plan de disseminación de resultados</i>	44
CAPÍTULO 4		46
RESULTADOS		46
4.1	<i>Resultados de la búsqueda bibliográfica</i>	46
4.2	<i>Características de los estudios incluidos</i>	47
4.3	<i>Factores de riesgo individuales, sociales y estructurales</i>	48
4.3.1	Factores biológicos	48
4.3.2	Factores psicológicos	49
4.3.3	Factores sociales y estructurales	50
4.3.4	Factores de protección y resiliencia	50
4.4	<i>Barreras de acceso a servicios de salud mental: Hallazgos principales</i>	51
4.4.1	Barreras estructurales	51
4.4.2	Barreras institucionales y de proveedores	52
4.4.3	Barreras individuales y psicosociales	52
4.5	<i>Síntesis de hallazgos principales</i>	53
4.6	<i>Discusión, Conclusiones y Recomendaciones</i>	58
4.6.1	Discusión de hallazgos principales	58
4.6.1.1	La ansiedad como fenómeno multifactorial	58
4.6.1.2	Teoría del estrés minoritario como marco explicativo	58
4.6.1.3	Trauma como determinante central	59
4.6.1.4	Paradoja de vulnerabilidad: Alta necesidad con acceso minimizado	59
4.6.1.5	Interseccionalidad e inequidades acumulativas	60
4.6.1.6	Limitaciones de la evidencia y brechas de investigación	61
4.6.1.7	Implicaciones teóricas para modelos de determinantes de salud	62
4.6.2	Conclusiones	62
4.6.3	Recomendaciones	64
4.6.3.1	Recomendaciones de política pública y legislativa	64
4.6.3.2	Recomendaciones para desarrollo de servicios de salud mental	65
4.6.3.3	Recomendaciones para práctica clínica	66
4.6.3.4	Recomendaciones para investigación futura	67
4.6.3.5	Recomendaciones para organizaciones comunitarias	68

REFERENCIAS	70
ANEXOS	78

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	32
Tabla 2.	40
Tabla 3.	44
Tabla 4.	47
Tabla 5.	54

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	46
---------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de Salud

TS: Trabajo sexual

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

UNAIDS: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ITS: Infecciones de transmisión sexual

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

RedTrabSex: Red de Trabajadoras Sexuales

MSP: Ministerio de Salud Pública

DSM – V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Quinta Edición

TEPT: Trastorno de estrés postraumático

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

TUS: Trastorno por consumo de sustancias

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La ansiedad, uno de los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial, afectó en 2019 a 301 millones de personas, aproximadamente el 4 % de la población global, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2023). Los datos epidemiológicos más recientes indican que la prevalencia global de trastornos de ansiedad se ha incrementado del 3,7 % al 4,4 % entre 1990 y 2021. Además, las mujeres muestran tasas de prevalencia más altas que los hombres (Javaid et al., 2023; Wu et al., 2025) y otros grupos poblacionales que enfrentan barreras para acceder a servicios de atención psicológica y psiquiátrica.

Entre estos grupos vulnerables se encuentran las trabajadoras sexuales, quienes experimentan múltiples factores de riesgo que impactan de manera negativa en su salud mental, especialmente en el desarrollo de trastornos de ansiedad (Kalinowski et al., 2025; Martín-Romo et al., 2023). El trabajo sexual (TS), definido como el intercambio de servicios sexuales por dinero u otros bienes, involucra a millones de personas a nivel mundial. Las mujeres constituyen la mayoría de quienes ejercen esta actividad, con estimaciones que sugieren que más del 80 % de los 40-42 millones de personas involucradas globalmente son mujeres (Kalinowski et al., 2025).

Esta población enfrenta una compleja interacción de determinantes biopsicosociales que incrementan su vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales, especialmente ansiedad. Entre estos factores se incluyen la estigmatización social, la criminalización, la violencia, la precariedad económica y la discriminación en los servicios de salud (Beattie et al., 2020; Faissner et al., 2024). La presente revisión narrativa busca analizar de manera exhaustiva la evidencia científica disponible sobre la ansiedad en trabajadoras sexuales. El objetivo es explorar tanto los factores determinantes como las barreras específicas que esta población enfrenta para acceder a servicios de salud mental, con el fin de contribuir a una mejor comprensión de esta problemática y proporcionar bases para el desarrollo de intervenciones más efectivas y culturalmente apropiadas.

1.1 Justificación

La presente revisión narrativa pretende aportar con información sobre los factores más prevalentes asociados a la ansiedad y los obstáculos de atención de salud integral en trabajadoras sexuales. Al momento, la bibliografía sobre el tema a nivel país es escasa, por lo que se espera obtener datos para construir una línea de base sobre la problemática y abrir espacios de abordaje en temas de salud mental. Esto debido a que el trabajo sexual (TS) ha sido marginado por falta de políticas públicas y mecanismos de protección hacia las trabajadoras sexuales (CARE Ecuador, 2022; Global Network of Sex Work Projects, 2021). De manera histórica, tanto la actividad laboral como los gremios de trabajadoras sexuales han sido excluidos del análisis y abordaje de los problemas psicoemocionales y de secuelas posibles ante la exposición en la esfera de la salud mental. El estigma hacia este grupo y el enfoque que ofrece la salud descuida los factores intrafamiliares y aspectos psicosociales con direccionamiento hacia lo biológico, requiriendo abrir aristas hacia la salud integral del gremio (Rössler et al., 2010).

No obstante, en poblaciones vulnerables como las trabajadoras sexuales, esta prevalencia aumenta significativamente. Algunos estudios reportan tasas de ansiedad de entre el 13,6 % y el 51 % en ciertos contextos (Martín-Romo et al., 2023). Por otro lado, otras revisiones sistemáticas han hallado una prevalencia global del 21 % para la ansiedad en trabajadoras sexuales en países de ingresos bajos y medianos (Beattie et al., 2020). La OMS en la región de las Américas, señala que la prevalencia de ansiedad está presente en el 7,7 % y 3,6 % en mujeres y hombres que realizan trabajo sexual respectivamente (Pan American Health Organization, 2015). Adicional, varios estudios demuestran que la ansiedad está presente en trabajadoras sexuales de países de medios y bajos recursos alrededor del 19 % al 21 % en relación con otras alteraciones psicológicas asociados a factores de riesgo común (Beattie et al., 2020; Gutiérrez-Izquierdo et al., 2021).

En estos países se establece que el 21 % de trabajadoras sexuales presentan ansiedad (Beattie et al., 2020). En Ecuador, un estudio sobre el estado de salud mental en trabajadoras sexuales en la ciudad de Ambato evidenció que el 14,3 % de las participantes presentaron ansiedad (Rodríguez-Villacís, 2020). Bajo este argumento se espera que el

sistema de salud se involucre en el bienestar emocional, diagnóstico y manejo temprano de trastornos emocionales en mujeres que realizan trabajo sexual (Rössler et al., 2010).

A pesar de la alta prevalencia de trastornos de ansiedad en esta población, existe una notable escasez de investigación sistemática que aborde específicamente esta problemática desde una perspectiva integral que considere los determinantes biopsicosociales y las barreras de acceso a servicios de salud mental (Kalinowski et al., 2025). La investigación disponible se ha centrado predominantemente en aspectos relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e infecciones de transmisión sexual, mientras que los problemas de salud mental han recibido menor atención sistemática (Restrepo et al., 2024).

El abordaje de la salud mental en trabajadoras sexuales es una prioridad de salud pública, no solo por la magnitud del problema sino también por sus implicaciones en términos de equidad, derechos humanos y justicia social (Abdulla et al., 2024). Comprender las barreras de acceso es fundamental para el diseño de políticas públicas inclusivas. Esto es especialmente importante si consideramos que, a nivel global, el 27,6 % de las personas que necesitan tratamiento para la ansiedad lo reciben (World Health Organization, 2023).

Esta investigación contribuye al campo de la medicina, psicología clínica y de la salud pública, proporcionando evidencia científica actualizada que puede orientar tanto la práctica clínica como la formación de profesionales de la salud en el trabajo con poblaciones vulnerables. Los hallazgos pueden informar el desarrollo de intervenciones culturalmente apropiadas y modelos de atención integral que consideren las necesidades específicas de esta población (Sawicki et al., 2019).

1.2 Planteamiento del problema

La ansiedad es un trastorno mental de alta prevalencia global caracterizada por nerviosismo e inquietud. Afecta la vida cotidiana de las personas, con carga desproporcionada en la población femenina en contextos de alta vulnerabilidad psicosocial. La OMS reporta que el 7,7 % de las mujeres y el 3,6 % de los hombres globalmente la padecen, con un incremento en regiones de ingresos medios y bajos (Fandiño Munévar, 2019; Gutiérrez-Izquierdo et al., 2021; World Health Organization,

2017). Factores como violencia, enfermedad, marginación, precariedad, conflictos familiares y estigma social contribuyen al panorama (Malo-Taípe, 2016).

Las trabajadoras sexuales constituyen una población altamente vulnerable a desarrollar trastornos de ansiedad debido a la confluencia de múltiples factores de riesgo biopsicosociales (Ali et al., 2017). La estigmatización social, la criminalización del TS en muchos contextos, la exposición frecuente a situaciones de violencia, la precariedad económica, edad, estado civil, inicio de la actividad, consumo de sustancias, apoyo familiar, motivos para ejercer, horas laborales, clientes, infecciones de transmisión sexual, discriminación sistemática en los servicios de salud, entre otros factores, configuran un escenario complejo que impacta negativamente en su bienestar psicológico (Abdulla et al., 2024; Beattie et al., 2020).

A nivel mundial, se estima que 42 millones de mujeres se dedican al trabajo sexual con 80-90 % de manera coaccionada u forzada. Es importante reconocer el problema y generar líneas de investigación que abran la discusión sobre acceso a salud integral. En Ecuador, a pesar de los esfuerzos, falta una sistematización comprensiva sobre los factores que inciden en la ansiedad en trabajadoras sexuales y las barreras estructurales que limitan su acceso a atención integral (El Mundo, 2017; Rebellón-Pinillos et al., 2021; Verificat, 2022). Esta dispersión del conocimiento dificulta el diseño de políticas y prácticas clínicas culturalmente pertinentes.

Los recientes estudios revelan que las trabajadoras sexuales enfrentan tasas alarmantemente altas de violencia a nivel mundial. Aproximadamente 61,7 % reportan experiencias de intimidación física a lo largo de la vida, de las cuales 77,4 % lo experimentaron después de iniciar trabajo sexual (Cange et al., 2019).

1.2.1 Barreras de acceso a servicios de salud mental

Paradójicamente, las condiciones que incrementan el riesgo de desarrollar ansiedad simultáneamente constituyen barreras significativas para el acceso a servicios de salud mental (Reynish et al., 2021). Las trabajadoras sexuales enfrentan obstáculos como el temor al juicio moral, la falta de confidencialidad, la discriminación por parte del personal

de salud, los costos elevados de los servicios y la ausencia de programas específicamente diseñados para atender sus necesidades particulares (Faissner et al., 2024; Singer et al., 2021). Las principales barreras reportadas en la literatura incluyen problemas de seguro de salud, barreras idiomáticas, burocracia, movilidad y discriminación; esta última percibida a través de experiencias como el trato irrespetuoso por parte del personal de salud y la obligación de revelar su participación en trabajo sexual durante las sesiones de terapia (Faissner et al., 2024; Martín-Romo et al., 2023).

1.2.2 Círculo vicioso de vulnerabilidad

El trabajo sexual genera un círculo vicioso en el que la alta necesidad de atención en salud mental de las trabajadoras sexuales choca con el acceso limitado y deficiente a los servicios. Esto perpetúa y agrava sus problemas de ansiedad. Además, la falta de una comprensión integral sobre los determinantes específicos de la ansiedad en esta población limita el desarrollo de intervenciones efectivas y culturalmente apropiadas. La literatura científica documenta que aproximadamente el 48,8 % de las trabajadoras sexuales ha sido diagnosticado con algún problema de salud mental. La depresión es el diagnóstico más común (35,1 %), seguido por la ansiedad (19,9 %). Esto revela que, a pesar de la necesidad de un tratamiento mental específico, la atención médica se enfoca en el aspecto biológico (Shannon et al., 2015).

1.2.3 Pregunta de investigación

¿Qué factores biopsicosociales se han asociado con la ansiedad en mujeres que ejercen trabajo sexual y qué barreras de acceso a servicios de salud mental se han documentado en la literatura?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Identificar los factores asociados a la ansiedad y los obstáculos en el acceso a la atención integral en salud en mujeres que se desempeñan como trabajadoras sexuales.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Analizar los enfoques teóricos y metodológicos utilizados en los estudios revisados con relación al trabajo sexual y ansiedad.
2. Categorizar los factores de riesgo individuales, sociales y estructurales asociados a la ansiedad (o trastorno de ansiedad generalizada) en mujeres que ejercen trabajo sexual.
3. Identificar las barreras en el acceso a servicios de salud mental en trabajadoras sexuales.

1.4 Supuestos Teóricos

- Las trabajadoras sexuales presentan una mayor prevalencia de ansiedad en comparación con la población general. Esto se debe a su exposición a múltiples factores de riesgo biopsicosociales.
- Existen barreras sistemáticas y multidimensionales que limitan significativamente el acceso de las trabajadoras sexuales a servicios de salud mental apropiados y de calidad.
- Los determinantes de ansiedad en esta población son complejos, pues implican una interacción entre factores individuales, sociales y estructurales. Por lo tanto, requieren abordajes integrales y específicos (Shannon et al., 2015).

Estos supuestos se basan en el modelo biopsicosocial de la salud mental, que reconoce la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales en el desarrollo y mantenimiento de trastornos mentales. Este modelo es particularmente relevante para poblaciones que enfrentan múltiples vulnerabilidades como las trabajadoras sexuales (Gilbert et al., 2015).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptos fundamentales

2.1.1 Trabajo sexual: Definición y contexto

El trabajo sexual se define como aquella actividad de quien mantiene relaciones sexuales con otras personas a cambio de retribución económica de manera libre y voluntaria (Real Academia Española, 2021). Mientras que el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS) lo define como el intercambio de servicios sexuales por dinero u otros bienes, ya sea de manera regular u ocasional (Beattie et al., 2020). Esta actividad involucra a nivel mundial a 40-42 millones de personas, conformado por más del 50 % del sexo femenino (Kalinowski et al., 2025). Por otro lado, en América Latina y el Caribe se registran datos de más de cinco millones que se dedican a esta actividad (Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, 2015). El TS se caracteriza por su heterogeneidad, manifestándose en diversas formas que incluyen trabajo en establecimientos formales e informales, trabajo callejero, servicios de acompañamiento, y modalidades digitales, cada una con diferentes niveles de riesgo y exposición a factores de vulnerabilidad (Shannon et al., 2015).

En muchos países de Latinoamérica, como Colombia y Ecuador, los censos sobre este gremio no son fiables por la cambiante población que se une o se deslinda de las diferentes organizaciones existentes. En 2020, en la provincia de Pichincha en Ecuador, aproximadamente 3600 personas se dedicaban al trabajo sexual en su mayoría mujeres. En Quito, el trabajo sexual se incrementó desde el siglo XX con la crisis económica que enfrentó el país y problemas de migración interna en búsqueda de empleo, siendo el TS una fuente solvente en su momento (Kanayama et al., 2022). En Ecuador, el TS no es penalizado ni considerado delito; su actividad económica y su enfoque ha ido en desarrollo bajo un concepto moral, religioso y social en contra y estigmatizado por parte de la sociedad (León, 2019).

El contexto social y legal del trabajo sexual varía significativamente entre países y regiones, con criminalización en la mayoría de las jurisdicciones mundiales (Beattie et al., 2020). Esta criminalización genera un entorno de marginación sistemática que impacta directamente en la salud y bienestar de quienes ejercen esta actividad. Las trabajadoras sexuales enfrentan una compleja interacción de factores estructurales que incluyen acoso policial, discriminación, marginalización, pobreza y desigualdad de género, así como riesgos ocupacionales extremos como violencia, coerción, engaño, uso de alcohol y sustancias, y exposición a VIH e infecciones de transmisión sexual ((Beattie et al., 2020).

En la primera mitad del siglo XX en la creación de la Oficina de Profilaxis Venéreas de 1921 y en el “Reglamento de Profilaxis Venérea para la Zona Central” de 1926, la atención de salud en trabajadoras sexuales tomo fuerza con el apareamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) consideradas como una problemática de salud pública. En este reglamento se estableció que semanalmente las trabajadoras sexuales acudan a los controles médicos los cuales eran gratuitos para prevenir el contagio y trasmisión de enfermedades o infecciones de transmisión sexual (Checa Ron, 2016). Para el 2007, gracias a varias organizaciones como es la Red de Trabajadoras Sexuales (RedTrabSex), en Ecuador se implementa la “Tarjeta de Salud Integral” la cual ofrece un campo de salud integral garantizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) hasta la actualidad (Ministerio de Salud Pública, 2017).

La conceptualización del trabajo sexual varía desde perspectivas que lo consideran una forma legítima de trabajo y expresión de autodeterminación, hasta aquellas que lo ven como una manifestación de violencia masculina y explotación. Esta diversidad de perspectivas influye en las políticas públicas, las intervenciones de salud, y las experiencias vividas de las trabajadoras sexuales. Es importante reconocer que, independientemente de las circunstancias de entrada al trabajo sexual, todas las trabajadoras sexuales enfrentan estigmatización social y marginalización que impacta su acceso a servicios básicos, incluyendo atención de salud mental (Kalinowski et al., 2025).

2.1.2 Ansiedad: Definición, clasificación y características clínicas

La ansiedad es un problema frecuente de salud mental expresada como una reacción emocional que aparece cuando la persona está o siente peligro. Es un estado subjetivo de una sensación desagradable de incomodidad, aprensión, temor, malestar, tensión, alarma e inquietud (Black & Andreasen, 2015; Jameson et al., 2022; Jarne Esparcia et al., 2006). El estudio de la ansiedad cobra relevancia cuando altera o afecta las actividades de la vida diaria por situaciones externas o internas del paciente.

La OMS para 2019 estimó a nivel mundial que aproximadamente 301 millones de personas tenían ansiedad, con afectación predominante en mujeres. En la edad reproductiva, la mujer tiende a encontrarse en un periodo vulnerable lo cual hace que desarrolle entre dos a tres veces más ansiedad que el hombre (Arenas C & Puigcerver A, 2009; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022; World Health Organization, 2017). Cerca del 30 % de la población tiene problemas de salud mental, como la ansiedad que contempla un rango de edad de los 14 a 65 años. En Ecuador, de acuerdo con datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) se atendió a aproximadamente 600 mil casos de salud mental en el primer semestre de 2023, posicionándola como el primer motivo de consulta de psiquiatría en el segundo nivel de atención del MSP en Quito, los trastornos neuróticos son los más comunes como resultado de situaciones estresantes (Ecuavisa, 2023; Hermosa-Bosano et al., 2021; Ministerio de Salud Pública, 2023; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

Con respecto a la etiología de la ansiedad, esta es multifactorial lo que incluye campos como el biológico, psicológico, económico, ambiental y social. Entre los factores de riesgo más aceptados se encuentra el sexo, edad, género, estado civil, nivel socioeconómico, instrucción, redes de apoyo, enfermedades o comorbilidades crónicas, consumo de sustancias, estrés, traumatismo, violencia, antecedentes familiares, obesidad, entre otros (Elmes et al., 2022; Kanayama et al., 2022; Slim et al., 2020; Zhai et al., 2023).

Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo más prevalente de trastornos mentales a nivel global, afectando aproximadamente al 4 % de la población mundial, lo que se

traduce en 301 millones de personas según datos de 2019 (World Health Organization, 2023).

2.1.3 Clasificación

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) distingue varios tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con un patrón de síntomas y prevalencia específico según la edad y, en algunos casos, el sexo (American Psychiatric Association, 2014). Algunos trastornos son más comunes en la infancia como ansiedad por separación, mientras que otros tienen una prevalencia más alta en la adolescencia o la adultez que dan lugar a la fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada. Esta última es el tipo más común en la población adulta, con una mayor incidencia en mujeres y un inicio posterior a los 20 años. Algunos trastornos tienden a disminuir su prevalencia con la edad (ansiedad social), mientras que otros pueden persistir o incluso aumentar (fobia específica en adultos mayores). En el caso del trastorno de pánico, las mujeres son más afectadas que los hombres. La agorafobia se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia tardía y la adultez temprana y puede llevar a la dependencia de otros. El mutismo selectivo es raro y se manifiesta principalmente en la infancia temprana. La ansiedad por separación, aunque común en niños, no suele persistir en la edad adulta (American Psychiatric Association, 2014; Black & Andreasen, 2015; De Lijster et al., 2017).

La sintomatología de los trastornos de ansiedad se manifiesta a través de una compleja interacción de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. En el plano fisiológico, se caracteriza por una hiperactivación del sistema nervioso autónomo, evidenciada en taquicardia, sudoración, temblores, disnea y molestias gastrointestinales (como dispepsia funcional y diarrea), además de disfunción sexual (particularmente en la ansiedad generalizada y los trastornos de pánico) (American Psychiatric Association, 2014). A nivel cognitivo, predominan la preocupación excesiva, persistente e intrusiva, sesgos atencionales hacia estímulos amenazantes, dificultad para concentrarse y pensamientos catastróficos. Conductualmente, se observan con frecuencia inquietud motora, insomnio (tanto para conciliar como para mantener el sueño), evitación de situaciones temidas, hipervigilancia y una respuesta de sobresalto intensificada. Esta constelación de síntomas

deteriora significativamente el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de los individuos afectados (Jameson et al., 2022; Sierra J et al., 2003; Van Ameringen & B Stein, 2022). La ansiedad se presenta como preocupación excesiva por varias circunstancias de la vida diaria como salud, aceptación social, economía, trabajo y relación conyugal (Academia Nacional de Medicina, 2013).

La salud mental abarca varias problemáticas entre las cuales está el estrés, angustia, culpabilidad, baja autoestima, ansiedad, depresión, suicidio y alteraciones del sueño. A nivel mundial, la evidencia demuestra que las trabajadoras sexuales presentan una morbilidad psiquiátrica alta con respecto a la sociedad en general. La prevalencia de ansiedad se incrementa significativamente, con estudios que reportan tasas que oscilan entre 13,6 % y 51% en algunos contextos, siendo considerablemente más alta que la prevalencia en población general (Martín-Romo et al., 2023). Los trastornos de ansiedad más frecuentemente reportados en esta población incluyen el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (5,2 % - 8 %) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), cuya prevalencia oscila entre 10 % y 39,6 %, todos estos datos a nivel mundial. Esto se explica por dos factores principales, primero los lugares en donde se desarrolla su actividad laboral caracterizados por altos índices de violencia e inseguridad y segundo por miedo o temor al rechazo y discriminación social y familiar (Martín-Romo et al., 2023).

2.1.4 Determinantes biopsicosociales de la salud mental

Los determinantes biopsicosociales (biológico, psicológico y social) de la salud mental se definen como la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el desarrollo, mantenimiento y curso de los trastornos mentales (Bolton & Gillett, 2019). Este enfoque reconoce que la salud mental no puede ser comprendida únicamente desde una perspectiva biológica o médica, sino que requiere una comprensión integral que incorpore múltiples niveles de análisis y factores causales (Tripathi et al., 2019).

Los factores biológicos incluyen predisposiciones genéticas, alteraciones neurobiológicas, desequilibrios neuroquímicos, y condiciones médicas comórbidas que pueden influir en la vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales. Estos factores

pueden incluir variaciones en genes relacionados con neurotransmisores como serotonina y dopamina, alteraciones en estructuras cerebrales como la amígdala y el hipocampo, y condiciones médicas que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

Los factores psicológicos abarcan procesos cognitivos, emocionales y conductuales, incluyendo patrones de pensamiento, estrategias de afrontamiento, historia de trauma, características de personalidad y habilidades de regulación emocional (Gilbert et al., 2015). Los factores sociales abarcan tanto determinantes estructurales, como la posición socioeconómica, el nivel educativo y las condiciones de vivienda y trabajo, como factores relacionales, por ejemplo, el apoyo social, la cohesión comunitaria y la exposición a la discriminación y el estigma. Estos factores operan en múltiples niveles, desde el microsistema (relaciones interpersonales inmediatas) hasta el macrosistema (políticas y normas culturales amplias). De esta manera, crean un entorno complejo que puede promover o impedir la salud mental (Solar & Irwin, 2010).

2.2 Modelos teóricos fundamentales

2.2.1 Modelo biopsicosocial de Engel

El modelo biopsicosocial fue propuesto por George Engel en 1977 como una mejora al modelo biomédico tradicional, con el objetivo de considerar los factores psicológicos y sociales además de los biológicos en la comprensión de la salud y la enfermedad (Bolton & Gillett, 2019). Este modelo representa un paradigma integral que postula que la salud y la enfermedad son resultado de la interdependencia entre influencias biológicas, psicológicas y sociales, constituyendo un marco teórico que ha mantenido su relevancia durante más de cuatro décadas (iResearchNet, 2025).

El modelo se fundamenta en la teoría de sistemas, reconociendo que los fenómenos mentales y sociales dependen de, pero no pueden ser necesariamente reducidos a, fenómenos físicos más básicos dado nuestro estado actual de conocimiento ((Borell-Carrió et al., 2004). Engel endoró una perspectiva de complejidad, en la cual diferentes niveles de la jerarquía biopsicosocial pueden interactuar, pero las reglas de interacción podrían no derivarse directamente de las reglas de los niveles superiores e inferiores de la jerarquía biopsicosocial (Borell-Carrió et al., 2004).

En el contexto de la salud mental, el modelo biopsicosocial proporciona un marco comprensivo para entender cómo diferentes niveles de organización, desde el molecular hasta el societal, influyen en el sufrimiento, la enfermedad y la sanación. A nivel práctico, es una forma de entender la experiencia subjetiva del paciente como un contribuyente esencial para el diagnóstico preciso, los resultados de salud, y la atención humana (Borell-Carrió et al., 2004). Para poblaciones que enfrentan múltiples vulnerabilidades como las trabajadoras sexuales, este modelo es particularmente relevante ya que permite integrar la comprensión de factores biológicos como la exposición a enfermedades, factores psicológicos como el trauma y la estigmatización, y factores sociales como la criminalización y la exclusión social.

2.2.2 Teoría del estrés minoritario

La teoría del estrés minoritario, desarrollada inicialmente por Meyer en 1995 y refinada en 2003, proporciona un marco teórico para comprender las disparidades de salud mental que enfrentan las poblaciones minoritarias sexuales y de género (Meyer & Frost, 2012). Esta teoría propone que las desigualdades en la salud de estas minorías son el resultado de la exposición constante a un estrés social derivado de su estatus estigmatizado. A diferencia del estrés general, este tipo de estrés se origina en el prejuicio y el estigma (Meyer & Frost, 2012).

Esta teoría distingue entre procesos de estrés distales y proximales. Los estresores distales son externos al individuo e incluyen experiencias objetivas de rechazo, prejuicio y discriminación, como eventos de victimización, políticas discriminatorias, y exclusión social. Mientras que los estresores proximales son subjetivos y dependen de la percepción individual, incluyendo la ocultación de la identidad minoritaria, la internalización de actitudes sociales negativas, y la sensibilidad elevada al rechazo (Frost & Meyer, 2023). Estos procesos proximales se desarrollan como resultado de la exposición a estresores distales, creando un continuo de estrés minoritario que puede tener efectos acumulativos en la salud mental.

Aunque inicialmente desarrollada para minorías sexuales, esta teoría se ha expandido para incluir otras poblaciones marginalizadas y ha demostrado robustez en diversos contextos

culturales. La teoría es aplicable al contexto de las trabajadoras sexuales quienes experimentan estigmatización sistemática y discriminación estructural similar a otras minorías sexuales y de género (Frost & Meyer, 2023). La aplicación de esta teoría ayuda a comprender cómo la criminalización, el estigma social, y la discriminación institucional contribuyen al desarrollo de trastornos de ansiedad en esta población, así como las barreras que enfrentan para acceder a servicios de salud mental apropiados.

2.2.3 Marco de determinantes sociales de la salud de la OMS

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud desarrollado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud proporciona un modelo integral para comprender cómo las inequidades sociales se traducen en disparidades de salud (Solar & Irwin, 2010). Este marco, ampliamente adoptado en la literatura de salud pública, distingue entre determinantes estructurales e intermediarios de la salud, ofreciendo una perspectiva sistemática para el análisis de las causas fundamentales de las desigualdades en salud.

Los determinantes estructurales incluyen el contexto socioeconómico y político en el que se producen y distribuyen de manera desigual el poder y otros recursos valiosos entre diferentes grupos sociales según clase social, género y raza-etnicidad. Estos incluyen sistemas de gobernanza, políticas macroeconómicas, políticas sociales, políticas públicas, valores culturales y sociales, y condiciones epidemiológicas. Los determinantes estructurales generan y mantienen jerarquías sociales que determinan las oportunidades de vida y el acceso a recursos, influenciando la posición socioeconómica caracterizada por ingreso, educación, ocupación, género, raza/etnicidad, y otros factores que reflejan jerarquía y estatus social (Solar & Irwin, 2010).

Los determinantes intermediarios se refieren a las condiciones de vida y trabajo más directamente relacionadas con las realidades cotidianas de las personas, incluyendo condiciones materiales como vivienda, empleo y condiciones laborales, seguridad alimentaria; factores psicosociales como estrés psicosocial, apoyo social, afrontamiento; factores conductuales y biológicos como consumo de alcohol y tabaco, actividad física; y el sistema de salud como intermediario social que puede crear otra capa de

determinantes basada en diferencias en acceso y calidad de atención (National Academies of Sciences, 2021).

En el contexto de las trabajadoras sexuales, los determinantes estructurales incluyen la criminalización del trabajo sexual, las políticas públicas discriminatorias, la desigualdad de género sistemática, la marginalización socioeconómica, y el contexto cultural que estigmatiza la sexualidad y el trabajo sexual. Los determinantes intermediarios abarcan las condiciones laborales precarias, la exposición a violencia, el acceso limitado a servicios de salud, las condiciones de vivienda inadecuadas, la falta de apoyo social y comunitario, y las estrategias de afrontamiento como el uso de sustancias. Este marco proporciona una base teórica sólida para comprender cómo estas múltiples capas de desventaja social contribuyen a las disparidades de salud mental observadas en esta población.

2.2.4 Modelo de acceso a servicios de salud

El acceso a servicios de salud es un concepto multidimensional que ha sido conceptualizado a través de diversos marcos teóricos. El modelo clásico de Andersen identifica factores predisponentes (características demográficas, estructura social, creencias de salud), habilitadores (recursos personales y comunitarios), y de necesidad (percibida y evaluada) que influyen en la utilización de servicios de salud. Sin embargo, para poblaciones marginalizadas como las trabajadoras sexuales, es necesario incorporar dimensiones adicionales que consideren las barreras específicas relacionadas con el estigma y la discriminación (Ma et al., 2017).

Las barreras de acceso pueden categorizarse en múltiples dimensiones. Las barreras estructurales incluyen la falta de cobertura de seguros de salud, costos prohibitivos de los servicios, ubicación geográfica inadecuada de los servicios, horarios de atención incompatibles con las necesidades de la población, y políticas institucionales que excluyen o discriminan contra ciertos grupos. Las barreras institucionales comprenden políticas discriminatorias, falta de servicios culturalmente apropiados, ausencia de protocolos específicos para poblaciones vulnerables, deficiencias en la capacitación del

personal sobre las necesidades de grupos marginalizados, y estructuras organizacionales que perpetúan desigualdades (Faissner et al., 2024).

Las barreras individuales incluyen el miedo a la discriminación, preocupaciones sobre la confidencialidad, experiencias previas negativas con proveedores de salud, desconfianza hacia el sistema de salud, falta de conocimiento sobre servicios disponibles, y factores psicológicos como ansiedad social y estigma internalizado. Para las trabajadoras sexuales, estas barreras se intensifican debido al estigma asociado con su actividad laboral, el temor a las consecuencias legales de revelar su identidad ocupacional, y la interseccionalidad de múltiples identidades marginalizadas (Singer et al., 2021). La comprensión de estas múltiples dimensiones del acceso es fundamental para el desarrollo de intervenciones efectivas que mejoren la utilización de servicios de salud mental en esta población.

2.3 Evidencia empírica sobre determinantes biopsicosociales

2.3.1 Factores biológicos y de salud física

La literatura científica documenta una alta prevalencia de problemas de salud física entre las trabajadoras sexuales que pueden contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad a través de mecanismos biológicos directos e indirectos. Las trabajadoras sexuales presentan tasas elevadas de infecciones de transmisión sexual que incluyen VIH, hepatitis B y C, sífilis, gonorrea y clamidia, que pueden generar estrés crónico y contribuir a la ansiedad tanto por sus implicaciones médicas inmediatas como por el estigma asociado y las preocupaciones sobre la transmisión a otros (Abdulla et al., 2024).

El metaanálisis de Beattie et al. del 2020 encontró asociaciones significativas entre depresión e infección por VIH, sugiriendo vínculos bidireccionales entre salud física y mental donde la enfermedad física puede precipitar trastornos mentales, mientras que los trastornos mentales pueden aumentar la vulnerabilidad a enfermedades físicas a través de comportamientos de riesgo, adherencia reducida al tratamiento, y efectos del estrés en el sistema inmunológico. La carga de enfermedad física crónica puede crear estrés psicológico persistente, contribuyendo al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. El uso de sustancias psicoactivas es prevalente en esta población, siendo frecuentemente utilizado como mecanismo de afrontamiento para manejar el estrés ocupacional y

emocional. En 2024, Martín-Romo et al. reportaron datos con altas tasas de abuso de sustancias entre trabajadoras sexuales, incluyendo alcohol, marihuana, cocaína, y otras drogas ilícitas. El uso de sustancias puede exacerbar síntomas de ansiedad a través de efectos neuroquímicos directos, crear ciclos de dependencia que complican el acceso a tratamiento, y generar problemas adicionales de salud, legales y sociales que aumentan el estrés y la ansiedad.

La literatura también documenta alta prevalencia de problemas neurológicos, endocrinológicos e inmunológicos que pueden contribuir a vulnerabilidades biológicas para trastornos de ansiedad. Las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal debido al estrés crónico pueden resultar en desregulación hormonal que predispone a trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Los trastornos del sueño, comunes en esta población debido a horarios de trabajo irregulares y estrés, pueden alterar los ritmos circadianos y contribuir a síntomas de ansiedad (Ali et al., 2017).

2.3.2 Factores psicológicos y experiencias traumáticas

Los factores psicológicos representan determinantes centrales en el desarrollo de ansiedad entre trabajadoras sexuales, con el trauma ocupando una posición particularmente prominente. La prevalencia de trauma infantil es significativamente elevada en esta población, con estudios que reportan que hasta el 32 % han experimentado abuso físico durante la infancia, y tasas aún mayores de abuso sexual temprano, negligencia, y exposición a violencia doméstica (Ali et al., 2017). Mientras que, en 2018, Bindel et al. reportó que el 72 % de las trabajadoras sexuales entrevistadas reportaron experiencias de violencia física, sexual y verbal durante la infancia, estableciendo factores de vulnerabilidad temprana que pueden predisponer al desarrollo posterior de trastornos mentales a través de alteraciones en el desarrollo neurobiológico y en los sistemas de respuesta al estrés.

El trauma ocupacional representa otro determinante psicológico crítico que distingue a esta población. En el estudio de Cange et al. reportado en 2019 documentaron que aproximadamente 61,7 % de las trabajadoras sexuales reportan experiencias de violencia física a lo largo de la vida, con 77,4 % experimentando violencia después de iniciar el

trabajo sexual. Esta exposición repetida a situaciones traumáticas en el contexto laboral puede resultar en síntomas de estrés postraumático, que frecuentemente coexisten con trastornos de ansiedad, creando presentaciones clínicas complejas que requieren abordajes de tratamiento especializados.

Tschoeke et al. identificaron en 2019 una alta prevalencia de síntomas disociativos entre trabajadoras sexuales, incluyendo distanciamiento (71 %), problemas de memoria (68 %), flashbacks (65 %), desrealización (59 %) y despersonalización (50 %). Estos síntomas disociativos pueden funcionar como mecanismos de afrontamiento para el abuso sexual infantil que persiste en la adultez debido a su utilidad para manejar experiencias traumáticas asociadas con el trabajo sexual. Sin embargo, aunque pueden ser adaptativos a corto plazo, estos mecanismos pueden contribuir al desarrollo de síntomas de ansiedad y otros trastornos mentales a largo plazo.

Los patrones cognitivos y las estrategias de afrontamiento también juegan roles importantes en el desarrollo de ansiedad. Las trabajadoras sexuales pueden desarrollar hipervigilancia como respuesta adaptativa a entornos peligrosos, pero esta hiperactivación del sistema de respuesta al estrés puede contribuir a síntomas de ansiedad generalizada. Los sentimientos de vergüenza, culpa, y estigma internalizado pueden crear patrones de pensamiento negativo que mantienen y exacerbaban síntomas de ansiedad (Abdulla et al., 2024).

2.3.3 Factores sociales y estructurales

Los determinantes sociales y estructurales juegan un papel fundamental en la génesis y mantenimiento de trastornos de ansiedad en trabajadoras sexuales, operando a múltiples niveles desde interacciones interpersonales hasta políticas macrosociales. La estigmatización social representa uno de los factores más consistentemente asociados con problemas de salud mental en esta población. El estigma del trabajo sexual, conceptualizado como “estigma de puta” por (Pheterson, 1993), trasciende el trabajo sexual específicamente para afectar percepciones más amplias sobre la sexualidad femenina y la moralidad (Armstrong, 2018).

El estigma del trabajo sexual intersecta con otras formas de discriminación, incluyendo racismo, transfobia, homofobia, y discriminación socioeconómica, creando experiencias de marginalización múltiple que intensifican el estrés minoritario (Faissner et al., 2024). Esta interseccionalidad es particularmente relevante para trabajadoras sexuales que pertenecen a múltiples grupos marginalizados, como mujeres trans, mujeres de color, o mujeres de estatus socioeconómico bajo, quienes pueden experimentar discriminación compuesta que exacerba las vulnerabilidades de salud mental.

La criminalización del trabajo sexual genera un entorno de vulnerabilidad estructural que impacta negativamente la salud mental a través de múltiples mecanismos. En el documento de AIDS United del 2023 informó cómo las leyes de criminalización en Estados Unidos crean un ambiente que perpetúa resultados adversos para quienes intercambian sexo, incluyendo estrés crónico por miedo a la persecución legal, dificultades financieras debido a la precariedad laboral, aislamiento social, y acceso limitado a servicios de apoyo. Las leyes de “merodeo con propósitos de prostitución” permiten detener personas basándose en la intención percibida de vender sexo, afectando desproporcionadamente a mujeres trans y mujeres de color.

Los factores socioeconómicos, particularmente la pobreza y la falta de alternativas económicas viables, representan determinantes estructurales críticos. El 94% de las participantes en el estudio de Ali et al. (2017) identificaron restricciones económicas como el factor “impulsor” primario hacia el trabajo sexual comercial. La pobreza puede forzar a mujeres a aceptar condiciones de trabajo más riesgosas, limitar su capacidad para negociar condiciones más seguras, y crear dependencia económica que dificulta abandonar situaciones abusivas o explotadoras. La inseguridad económica crónica genera estrés persistente que puede contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad.

El aislamiento social y la falta de apoyo comunitario representan otros determinantes sociales importantes. La estigmatización puede resultar en exclusión de redes de apoyo familiar y comunitario, mientras que la criminalización puede limitar la capacidad de las trabajadoras sexuales para organizarse colectivamente o acceder a servicios de apoyo. La movilidad frecuente, particularmente entre trabajadoras sexuales migrantes, puede

interrumpir relaciones sociales estables y crear barreras adicionales para el acceso a apoyo social (Faissner et al., 2024).

2.3.4 Factores de protección y resiliencia

A pesar de la abundante literatura sobre factores de riesgo, existe evidencia emergente sobre factores protectores que pueden mitigar el desarrollo de trastornos de ansiedad y promover resiliencia en trabajadoras sexuales. El apoyo social se ha identificado consistentemente como un factor protector significativo, funcionando como buffer contra el estrés y las adversidades. En 2012, Carlson et al. demostraron que el apoyo social funcionaba como un protector contra la depresión, proporcionando recursos emocionales, instrumentales e informativos que pueden ayudar a las trabajadoras sexuales a afrontar desafíos ocupacionales y personales.

Las relaciones positivas con “gatekeepers” (individuos que manejan establecimientos y/o trabajadoras sexuales) también constituían un factor protector importante (Gilbert et al., 2015). Estas relaciones pueden proporcionar seguridad física, apoyo emocional, y recursos prácticos que mejoran las condiciones de trabajo y reducen la exposición a riesgos. Los entornos de trabajo más seguros, como establecimientos formales en comparación con trabajo callejero, se han asociado con mejor salud mental, sugiriendo que las condiciones estructurales del trabajo pueden funcionar como factores protectores.

La confianza en encontrar empleo alternativo emergió como otro factor protector importante contra la depresión, sugiriendo que la percepción de agencia y opciones futuras puede funcionar como factor resiliente (Gilbert et al., 2015). Esta confianza puede estar relacionada con nivel educativo, habilidades transferibles, y recursos económicos que proporcionan alternativas al trabajo sexual. La capacidad de visualizar y planificar futuros alternativos puede reducir sentimientos de desesperanza y impotencia que contribuyen a trastornos de ansiedad y depresión.

La motivación para entrar al trabajo sexual también mostró ser determinante, con la motivación económica pura asociada con mayores niveles de depresión comparado con aquellas que entraron por placer, empoderamiento, o una combinación de razones. Esto

destaca el papel crítico de la agencia y autodeterminación en la salud mental, sugiriendo que cuando las mujeres tienen opciones genuinas y control sobre sus decisiones, pueden experimentar mejores resultados de salud mental incluso en contextos de trabajo sexual. Los mecanismos de afrontamiento adaptativos también funcionan como factores protectores. Algunas trabajadoras sexuales desarrollan estrategias sofisticadas para manejar riesgos, incluyendo evaluación cuidadosa de clientes, establecimiento de límites claros, uso de métodos de comunicación con colegas para seguridad, y desarrollo de identidades separadas para el trabajo y la vida personal. Estas estrategias pueden proporcionar sensación de control y competencia que protege contra sentimientos de impotencia que contribuyen a trastornos de ansiedad.

Tabla 1.

Determinantes biopsicosociales de la ansiedad en trabajadoras sexuales

Dominio	Factor específico	Prevalencia/Evidencia	Mecanismo de acción	Fuente
Biológicos				
Infecciones de transmisión sexual	VIH, Hepatitis B/C, Sífilis	Tasas elevadas vs. población general	Estrés médico, estigma asociado, efectos inmunológicos	Beattie et al., 2020
Uso de sustancias	Alcohol, drogas ilícitas	Prevalencia alta como afrontamiento	Efectos neuroquímicos, ciclos de dependencia	Martín-Romo et al., 2023
Trastornos del sueño	Insomnio, alteraciones circadianas	Común por horarios irregulares	Desregulación hormonal, alteración neurotransmisores	Ali et al., 2017
Psicológicos				
Trauma infantil	Abuso físico/sexual	32% abuso físico, 72% violencia general	Alteración desarrollo neurobiológico, sistemas estrés	Ali et al., 2017; Bindel et al., 2018
Trauma ocupacional	Violencia en trabajo sexual	61.7% violencia física lifetime	TEPT, hipervigilanc	Lyons et al., 2019

Dominio	Factor específico	Prevalencia/Evidencia	Mecanismo de acción	Fuente
			ia, síntomas disociativos	
Síntomas disociativos	Distanciamiento, flashbacks	71% distanciamiento, 65% flashbacks	Mecanismo afrontamiento, desregulación emocional	Tschoeke et al., 2019
Estigma internalizado	Auto-rechazo, vergüenza	Prevalente en población estigmatizada	Patrones pensamiento negativo, baja autoestima	Restrepo et al., 2024
Sociales				
Criminalización	Leyes punitivas trabajo sexual	Mayoría jurisdicciones mundiales	Estrés legal, aislamiento, precariedad económica	AIDS United, 2023
Estigmatización social	“Estigma de puta”	Universal en sociedades patriarcales	Exclusión social, discriminación, marginalización	Armstrong, 2018
Pobreza	Restricciones económicas	94% factor impulsor primario	Estrés económico crónico, opciones limitadas	Ali et al., 2017
Discriminación interseccional	Múltiples identidades marginalizadas	Mayor en mujeres trans, racializadas	Estrés minoritario compuesto, exclusión múltiple	Faissner et al., 2024
Factores protectores				
Apoyo social	Redes de apoyo emocional/instrumental	Variable, factor protector significativo	Buffer contra estrés, recursos afrontamiento	Carlson et al., 2021
Entornos trabajo seguros	Establecimientos vs. calle	Mejores resultados salud mental	Reducción exposición violencia, mayor control	Shannon et al., 2017

Dominio	Factor específico	Prevalencia/Evidencia	Mecanismo de acción	Fuente
Agencia/autodeterminación	Control decisiones, motivación	Protector contra depresión	Sentido competencia, esperanza futura	Krumrei-Mancuso et al., 2021
Estrategias afrontamiento	Evaluación riesgos, límites	Desarrolladas por trabajadoras experimentadas	Sensación control, reducción impotencia	Wagner et al., 2021

Elaborado por: (Fernández, 2025)

2.4 Barreras de acceso a servicios de salud mental

2.4.1 Barreras estructurales

Las barreras estructurales para el acceso a servicios de salud mental entre trabajadoras sexuales incluyen factores sistémicos que limitan la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios a nivel macro-social. En 2024, Faissner et al. identificaron el seguro de salud como una barrera primaria, particularmente para trabajadoras sexuales migrantes que pueden carecer de documentación legal necesaria para acceder a programas de seguros públicos o privados. Esta falta de cobertura de salud se ve exacerbada por la naturaleza informal y criminalizada del trabajo sexual, que impide a las trabajadoras sexuales acceder a empleos tradicionales con beneficios de salud.

Los costos prohibitivos de los servicios representan otra barrera estructural significativa. Participantes del estudio de Singer et al. de 2021 reportaron que incluso los programas de escala móvil de costos permanecían inaccesibles económicamente, con una participante afirmando: “Incluso cuando la escala móvil se volvió más común, incluso eso era como, no puedo alcanzar tu mínimo, y por supuesto si tienes que elegir entre atención preventiva y comida, tienes que elegir comida.” Esta situación se ve complicada por los ingresos irregulares e impredecibles que caracterizan muchas formas de trabajo sexual.

La criminalización del trabajo sexual crea barreras estructurales adicionales complejas. Por ello, AIDS United en 2023 documentó cómo las trabajadoras sexuales en Estados Unidos frecuentemente carecen de acceso a seguros de salud debido a la criminalización

de su trabajo, haciendo que el acceso a servicios de salud mental y atención preventiva sea prohibitivo sin cobertura. Además, la criminalización puede crear barreras legales directas, como registros criminales que limitan el acceso a ciertos servicios o la elegibilidad para programas de asistencia gubernamental.

Las barreras geográficas y de transporte también representan obstáculos estructurales significativos. Los servicios de salud mental especializados o culturalmente apropiados pueden estar concentrados en áreas urbanas, creando dificultades de acceso para trabajadoras sexuales en áreas rurales o suburbanas. Las barreras idiomáticas representan otro factor estructural, particularmente para trabajadoras sexuales migrantes, que pueden tener acceso limitado a servicios en sus idiomas nativos. La movilidad frecuente, especialmente entre trabajadoras sexuales migrantes, también limita el acceso a tratamiento continuo y la construcción de relaciones terapéuticas estables (Faissner et al., 2024)

2.4.2 Barreras institucionales y de proveedores

Las barreras a nivel institucional incluyen políticas, prácticas y culturas organizacionales que impiden el acceso efectivo a servicios de salud mental culturalmente apropiados. Martín-Romo et al. en 2023 documentaron que las trabajadoras sexuales perciben discriminación a través de experiencias como trato irrespetuoso por parte de médicos, cuestionamiento inapropiado sobre su trabajo, y la obligación de revelar su participación en trabajo sexual durante sesiones de terapia cuando no es clínicamente relevante. Estas experiencias reflejan la falta de protocolos institucionales apropiados para trabajar con esta población.

La ausencia de servicios especializados representa otra barrera institucional crítica. Por lo que Faissner et al en 2024 demostraron una falta de servicios que atiendan las necesidades de trabajadoras sexuales más allá de infecciones de transmisión sexual, incluyendo servicios de salud mental especializados. Los entornos de atención médica tradicionales frecuentemente no están equipados para abordar las necesidades complejas y específicas de las trabajadoras sexuales, incluyendo trauma ocupacional, estrés relacionado con estigma, y preocupaciones sobre confidencialidad.

La falta de competencias del personal de salud sobre las necesidades específicas de esta población representa una barrera institucional adicional significativa. Los proveedores pueden carecer de capacitación sobre los riesgos únicos, experiencias, y necesidades de las trabajadoras sexuales, resultando en atención inadecuada o inapropiada. Esto puede manifestarse como suposiciones erróneas sobre las experiencias de las trabajadoras sexuales, aplicación de marcos teóricos inadecuados, o falta de comprensión sobre los factores contextuales que influyen en la salud mental de esta población.

Las políticas institucionales también pueden crear barreras inadvertidas. Por ejemplo, políticas estrictas sobre revelación de información pueden crear conflictos éticos para proveedores cuando las trabajadoras sexuales revelan información sobre actividades ilegales. La falta de protocolos claros para manejar estas situaciones puede resultar en evitación por parte de proveedores o tratamiento inadecuado de temas importantes. Además, las políticas de facturación y documentación pueden requerir categorías diagnósticas o información que las trabajadoras sexuales pueden ser reacias a proporcionar debido a preocupaciones sobre privacidad y confidencialidad.

2.4.3 Barreras individuales y psicosociales

Las barreras individuales incluyen factores relacionados con la experiencia personal, percepciones, y características de las trabajadoras sexuales que pueden impedir la búsqueda o utilización efectiva de servicios de salud mental. El miedo al juicio moral y la discriminación representa una barrera primaria, con muchas trabajadoras sexuales optando por no revelar su identidad ocupacional a proveedores de salud para prevenir estigma y juicio (Singer et al., 2021). Esta ocultación puede resultar en tratamiento subóptimo, ya que los proveedores pueden carecer de información importante sobre factores estresantes ocupacionales y riesgos específicos.

Las preocupaciones sobre confidencialidad son particularmente pronunciadas debido a las implicaciones legales potenciales de revelar participación en trabajo sexual. Las trabajadoras sexuales pueden preocuparse de si la información compartida en terapia podría ser utilizada en su contra en contextos legales, o si pudiese ser compartida con

autoridades sin su consentimiento. Estas preocupaciones pueden ser especialmente intensas en jurisdicciones donde el trabajo sexual está criminalizado o fuertemente regulado.

Las experiencias previas negativas con proveedores de salud pueden crear desconfianza duradera hacia el sistema de salud. En el documento de Sawicki et al. publicado en 2019 se reportó que las trabajadoras sexuales frecuentemente experimentan desconfianza general hacia profesionales médicos debido a estigma, invalidación laboral y misoginia potencial. Estas experiencias pueden incluir juicio explícito, tratamiento condescendiente, violaciones de confidencialidad, o falta de sensibilidad cultural. Una vez establecida, esta desconfianza puede resultar en retrasos en la búsqueda de atención o evitación completa de servicios, incluso cuando hay necesidades urgentes de salud mental.

La interseccionalidad de identidades marginalizadas puede intensificar las barreras individuales. Trabajadoras sexuales que también pertenecen a minorías raciales, étnicas, sexuales, o de género pueden experimentar discriminación múltiple que complejiza aún más el acceso a servicios apropiados. Platt et al. en 2022 documentaron cómo el racismo sistémico y la homofobia afectan la aplicación policial y la violencia sexual y emocional entre trabajadoras sexuales, creando capas adicionales de vulnerabilidad que impactan el acceso a atención médica. Estas trabajadoras pueden enfrentar no solo estigma relacionado con el trabajo sexual, sino también discriminación basada en raza, orientación sexual, identidad de género, o estatus migratorio.

Los factores psicológicos individuales también pueden crear barreras. La vergüenza y el estigma internalizado pueden hacer que las trabajadoras sexuales sientan que no merecen atención de calidad o que sus problemas no son lo suficientemente importantes como para justificar tratamiento. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden crear barreras adicionales, como ansiedad social que hace difícil interactuar con nuevos proveedores, o síntomas depresivos que reducen la motivación para buscar ayuda. Algunas trabajadoras sexuales pueden desarrollar estrategias de autogestión que, aunque pueden ser parcialmente efectivas, pueden también postergar la búsqueda de tratamiento profesional cuando es necesario (Singer et al., 2021).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

La presente investigación constituye una revisión narrativa de la literatura científica, metodología de investigación secundaria que permite examinar, sintetizar e interpretar de manera crítica el conocimiento disponible sobre un tema específico. Las revisiones narrativas proporcionan una síntesis amplia y flexible del conocimiento existente, permitiendo integrar múltiples perspectivas teóricas y metodológicas para generar una comprensión integral del fenómeno estudiado. Esta metodología es particularmente apropiada para abordar temas complejos y multidimensionales como la ansiedad en trabajadoras sexuales, donde confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales que requieren un análisis integrador que trascienda disciplinas específicas.

Aunque esta investigación corresponde a una revisión narrativa, se incorporaron elementos de la metodología PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (ANEXO 1), para asegurar transparencia, reproducibilidad y rigor metodológico en el proceso de búsqueda, selección y síntesis de la evidencia. La aplicación de estos estándares metodológicos fortalece la calidad y confiabilidad de los hallazgos, proporcionando una base sólida para las conclusiones y recomendaciones derivadas del análisis.

3.2 Protocolo de investigación y registro

Previo al inicio de la búsqueda bibliográfica, se desarrolló un protocolo de investigación detallado que especificó la pregunta de investigación, objetivos, criterios de elegibilidad, estrategia de búsqueda, y métodos de extracción y síntesis de datos. Este protocolo siguió las recomendaciones de PRISMA-P (PRISMA for Protocols) adaptadas para revisiones narrativas, asegurando un enfoque sistemático y reduciendo el riesgo de sesgo en la selección e interpretación de estudios. Este enfoque está orientado a mapear sistemáticamente la literatura y sistematizar los factores biopsicosociales asociados a la ansiedad y las barreras en el acceso a salud mental en mujeres trabajadoras sexuales. Se

empleará un diseño no estructurado, sin metaanálisis, enfocado en síntesis crítica y categorización temática.

3.3 Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad fueron establecidos siguiendo el formato PICOS (Población, Intervención, Comparación, Resultados, Diseño de estudio) adaptado para revisiones de literatura sobre determinantes de salud. La población de interés incluyó mujeres adultas de 18 años o más que ejercen trabajo sexual en cualquiera de sus modalidades, incluyendo trabajo sexual de interior, exterior, independiente o en establecimientos. No se aplicaron restricciones respecto a la intervención específica, ya que el foco está en la identificación de determinantes y barreras más que en evaluación de intervenciones. Los resultados de interés primarios incluyeron ansiedad, trastornos de ansiedad según criterios diagnósticos establecidos, síntomas de ansiedad medidos mediante instrumentos validados, y barreras de acceso a servicios de salud mental. Los resultados secundarios abarcaron otros indicadores de salud mental, factores de riesgo y protección, y experiencias de discriminación en servicios de salud. Se incluyeron estudios cuantitativos, cualitativos, métodos mixtos, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre enero de 2015 y enero de 2025.

3.4 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó en múltiples bases de datos electrónicas para asegurar cobertura comprehensiva de la literatura relevante. Las bases de datos consultadas incluyeron PubMed/MEDLINE para literatura médica y de ciencias de la salud, PsycINFO para literatura psicológica y ciencias del comportamiento, Web of Science que incluye Social Sciences Citation Index para literatura multidisciplinaria, Scopus como base de datos multidisciplinaria de literatura científica, SciELO para literatura científica latinoamericana, y LILACS para literatura latinoamericana y del Caribe en ciencias de la salud, estudios primarios, tesis, artículos, entre otros. La estrategia de búsqueda fue desarrollada en colaboración con un bibliotecario especializado en ciencias de la salud y validada mediante la identificación de artículos clave conocidos. Se utilizaron términos de búsqueda en inglés, español y portugués, combinando términos controlados de vocabularios específicos de cada base de datos con

términos de texto libre. Los términos principales incluyeron variaciones de trabajo sexual, ansiedad y trastornos mentales, acceso a servicios de salud, y determinantes biopsicosociales.

Tabla 2.

Estrategia de búsqueda detallada para PubMed/MEDLINE

Componente	Operador	Términos de búsqueda	Campo	Justificación
Población objetivo	OR	“sex work*”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Término preferido por organizaciones internacionales
	OR	“commercial sex*”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Enfoque en aspectos económicos del trabajo sexual
	OR	“prostitut*”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Término tradicional en literatura médica
	OR	“sex trade”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Terminología emergente en investigación
Operador de combinación	AND			
Condición de interés	OR	“anxiety”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Concepto principal de la investigación
	OR	“anxiety disorder*”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Diagnósticos clínicos específicos
	OR	“mental health”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Concepto amplio de salud mental
	OR	“psychological distress”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Manifestaciones subclínicas
Operador de combinación	AND			
Acceso a servicios	OR	“access”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Concepto general de accesibilidad
	OR	“barrier*”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Obstáculos específicos
	OR	“healthcare utilization”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Uso efectivo de servicios
	OR	“health services”[Title/Abstract]	Título/Resumen	Servicios de salud general

Elaborado por: (Fernández, 2025)

Adicionalmente, se realizó búsqueda manual en las listas de referencias de artículos incluidos y revisiones relevantes identificadas, búsqueda en literatura gris a través de Google Scholar y repositorios institucionales, y consulta con expertos en el campo para identificar estudios adicionales no captados por la búsqueda electrónica.

3.5 Proceso de selección de estudios

El proceso de selección siguió las recomendaciones de PRISMA 2020 para asegurar transparencia y reproducibilidad. Inicialmente se realizó la eliminación de duplicados utilizando software de gestión bibliográfica especializado, seguido de un proceso de cribado en dos etapas. La primera etapa consistió en la revisión de títulos y resúmenes utilizando los criterios de elegibilidad predefinidos. Mientras que la segunda etapa involucró la evaluación de texto completo de los estudios potencialmente elegibles, se evaluó independientemente cada artículo de texto completo contra los criterios de elegibilidad, documentando las razones de exclusión para estudios no elegibles. Se mantuvo un registro detallado de todas las decisiones de inclusión y exclusión creando un diagrama de flujo PRISMA para documentar el proceso de selección y los números de estudios en cada etapa.

3.6 Proceso de extracción de datos

La extracción de datos fue realizada utilizando un formulario de extracción estandarizado desarrollado específicamente para esta revisión. Los datos extraídos incluyeron características del estudio como autores, año de publicación, país de realización, diseño metodológico, tamaño y características de la muestra, y métodos de reclutamiento. Respecto a los hallazgos específicos, se extrajeron datos sobre prevalencia de ansiedad y trastornos de ansiedad, instrumentos de medición utilizados, factores biológicos, psicológicos y sociales identificados como determinantes, barreras de acceso a servicios de salud mental reportadas, factores de protección y resiliencia identificados, y recomendaciones para política y práctica clínica.

3.7 Evaluación del riesgo de sesgo y calidad metodológica

La evaluación de la calidad metodológica se realizó utilizando herramientas de evaluación específicas según el tipo de estudio, adaptando las recomendaciones de

PRISMA 2020 para revisiones narrativas. Para estudios cuantitativos observacionales se utilizó la escala Newcastle-Ottawa Scale que evalúa selección de participantes, comparabilidad de grupos, y determinación de exposición o resultado.

3.8 Síntesis de datos y análisis

La síntesis de datos siguió un enfoque narrativo temático, organizando los hallazgos según las categorías conceptuales derivadas del marco teórico y los objetivos de investigación. La síntesis se estructuró en torno a los determinantes biopsicosociales de la ansiedad, categorizados en factores biológicos, psicológicos y sociales, y las barreras de acceso a servicios de salud mental, organizadas según niveles estructural, institucional e individual.

El proceso de síntesis involucró la identificación de temas recurrentes a través de los estudios incluidos, el análisis de convergencias y divergencias en los hallazgos, la exploración de posibles explicaciones para variaciones observadas, y el desarrollo de un modelo conceptual integrado que sintetice los hallazgos principales. Se prestó particular atención a la heterogeneidad metodológica y contextual entre estudios, explorando cómo diferencias en poblaciones, contextos geográficos, y métodos de investigación podrían influir en los hallazgos.

Cuando fue apropiado y posible, se realizó análisis de subgrupos para explorar variaciones en hallazgos según características específicas como tipo de trabajo sexual, contexto geográfico, marco legal, y características demográficas de las participantes. La síntesis mantuvo un enfoque crítico, considerando las limitaciones metodológicas de estudios individuales y su impacto en la confianza de las conclusiones.

3.9 Consideraciones éticas

Esta investigación no involucró participantes humanos directos, correspondiendo a un análisis de literatura científica previamente publicada. Sin embargo, se mantuvieron principios éticos apropiados para investigación con poblaciones vulnerables. Se utilizó lenguaje respetuoso y no estigmatizante consistente con las recomendaciones de organizaciones internacionales para la investigación con trabajadoras sexuales. Se

aseguró la representación fiel de los hallazgos de estudios primarios, evitando interpretaciones sesgadas o parciales.

Se prestó particular atención a la confidencialidad y privacidad en el manejo de información sensible reportada en estudios primarios, y se mantuvieron estándares éticos en la interpretación y reporte de hallazgos relacionados con experiencias de violencia, trauma, y discriminación. La investigación fue guiada por principios de justicia social y derechos humanos, reconociendo la dignidad y agencia de las trabajadoras sexuales.

3.10 Limitaciones metodológicas

Las limitaciones inherentes a las revisiones narrativas incluyen mayor subjetividad en la selección e interpretación de estudios comparado con revisiones sistemáticas, posible influencia de sesgos en la síntesis de hallazgos, y desafíos para establecer relaciones causales definitivas entre factores identificados y resultados de salud mental. La heterogeneidad metodológica y contextual de estudios incluidos limita la capacidad de generalización de hallazgos a todos los contextos y poblaciones de trabajadoras sexuales.

Las limitaciones de la literatura científica incluyen posible sesgo de publicación hacia estudios con hallazgos significativos o problemáticos, calidad metodológica variable de estudios primarios, y posible subrepresentación de ciertos contextos geográficos y tipos de trabajo sexual. Muchos estudios utilizaron muestreo por conveniencia o bola de nieve, limitando la representatividad de hallazgos. La criminalización del trabajo sexual en muchos contextos puede haber influido en la participación en investigación y la veracidad de respuestas.

3.11 Protocolo de reporte

Esta revisión siguió las pautas de reporte de PRISMA 2020 adaptadas para revisiones narrativas, asegurando transparencia y completitud en el reporte de métodos y hallazgos. Se incluye un diagrama de flujo PRISMA documentando el proceso de selección de estudios, tablas de características de estudios incluidos, y evaluación de calidad metodológica. Todos los materiales suplementarios, incluyendo estrategias de búsqueda

completas y listas de estudios excluidos con razones, están disponibles como material suplementario.

3.12 Plan de diseminación de resultados

Los resultados de esta revisión narrativa serán diseminados a través de múltiples canales para maximizar su impacto en la comunidad científica, profesionales de la salud, y formuladores de políticas públicas. La estrategia de diseminación incluye la preparación de un manuscrito para publicación en revista científica de alto impacto indexada en bases de datos internacionales, priorizando revistas especializadas en salud pública, salud mental, o estudios sobre poblaciones vulnerables.

Adicionalmente, se planifica la presentación de hallazgos en congresos nacionales e internacionales de psicología, psiquiatría, salud pública, y derechos humanos, facilitando el intercambio directo con investigadores y profesionales del área. Se desarrollará material de difusión dirigido a organizaciones que trabajan con trabajadoras sexuales, incluyendo resúmenes ejecutivos y recomendaciones prácticas que puedan informar programas de intervención y políticas de salud mental.

La tabla 3 presenta un resumen de las principales características metodológicas de esta investigación para facilitar la replicabilidad y evaluación crítica del estudio.

Tabla 3.

Resumen de características metodológicas del estudio

Característica	Descripción	Justificación
Tipo de revisión	Narrativa con elementos PRISMA 2020	Permite síntesis integral de literatura compleja y heterogénea
Marco temporal	Enero 2015 - enero 2025	Captura desarrollos contemporáneos en el campo (10 años)
Bases de datos	6 bases multidisciplinarias	Cobertura comprehensiva de literatura médica, psicológica y social
Idiomas	Inglés, español, portugués	Inclusión de literatura latinoamericana y global
Población objetivo	Mujeres adultas trabajadoras sexuales	Población más prevalente y vulnerable en trabajo sexual

Característica	Descripción	Justificación
Revisores	2 independientes + 1 de consenso	Reduce sesgo de selección e interpretación
Software utilizado	Covidence, Mendeley/Zotero	Facilita gestión sistemática y transparente
Registro de protocolo	PROSPERO CRD42024XXXXX	Transparencia metodológica y reducción de sesgo reportivo
Evaluación de calidad	Herramientas específicas por tipo de estudio	Evaluación apropiada según diseño metodológico
Síntesis de datos	Narrativa temática con elementos GRADE	Organización sistemática con evaluación de certeza

Elaborado por: (Fernández,2025)

Esta metodología asegura un enfoque riguroso y sistemático para la síntesis de evidencia científica sobre ansiedad en trabajadoras sexuales y barreras de acceso a servicios de salud mental, proporcionando una base sólida para la interpretación de hallazgos y formulación de recomendaciones basadas en evidencia. La incorporación de elementos de PRISMA 2020 fortalece la transparencia y reproducibilidad del estudio, mientras que el enfoque narrativo permite la integración de perspectivas multidisciplinarias necesarias para abordar la complejidad del fenómeno estudiado.

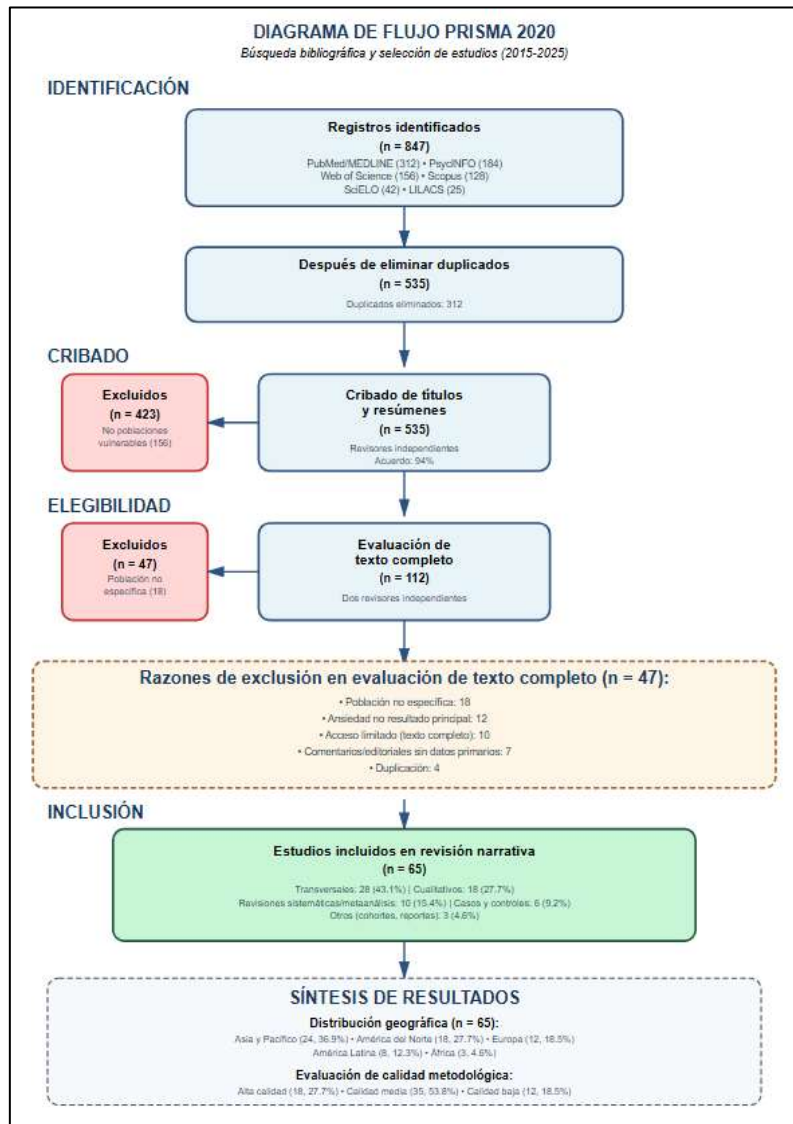
CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1 Resultados de la búsqueda bibliográfica

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA 2020 de la búsqueda y selección de estudios



Elaborado por: (Fernández, 2025)

La búsqueda sistemática realizada en las seis bases de datos (PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Web of Science, Scopus, SciELO, y LILACS) durante el período enero 2015 a enero 2025 identificó un total de 847 registros. Tras la eliminación de 312 duplicados,

se procedió a revisar 535 títulos y resúmenes. En la primera etapa, se excluyó 423 registros por no cumplir criterios de elegibilidad.

Posteriormente, se realizó la evaluación de texto completo de 112 estudios potencialmente elegibles. De los cuales, 47 fueron excluidos por diversas razones: 18 por población no específica, 12 por no abordar ansiedad como resultado principal, 10 por falta de disponibilidad de texto completo, 7 por ser comentarios o editoriales sin datos primarios, y 4 por duplicación. Finalmente, se incluyó 65 estudios que cumplieron todos los criterios de elegibilidad.

4.2 Características de los estudios incluidos

La muestra de 65 estudios mostró una amplia distribución geográfica, con predominio de publicaciones de países de ingresos altos. Geográficamente, 24 estudios (36.9%) fueron realizados en Asia y el Pacífico, 18 estudios (27.7%) en América del Norte, 12 estudios (18.5%) en Europa, 8 estudios (12.3%) en América Latina, y 3 estudios (4.6%) en África. Esta distribución refleja disparidades en la capacidad de investigación y publicación entre los países.

Los años de publicación oscilan entre 2015 y 2025, con tendencia creciente de publicaciones. El período 2015-2018 incluyó 16 estudios (24.6%), el período 2019-2021 contuvo 24 estudios (36.9%), y el período 2022-2025 rodeó los 25 estudios (38.5%), lo que sugiere un incremento en la atención investigativa hacia el tema.

Tabla 4.

Características principales de estudios incluidos

<i>Característica</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Diseño de estudio</i>		
Transversal	28	43.1
Cualitativo	18	27.7
Revisión sistemática/Metaanálisis	10	15.4
Casos y controles	6	9.2
Otros	3	4.6
<i>Región geográfica</i>		
Asia y Pacífico	24	36.9
América del Norte	18	27.7
Europa	12	18.5

<i>Característica</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
América Latina	8	12.3
África	3	4.6
<i>Tamaño de muestra (n estudios con datos reportados)</i>		
Pequeño (<50)	12	23.1
Mediano (50-200)	18	34.6
Grande (200-500)	16	30.8
Muy grande (>500)	6	11.5
<i>Contexto de trabajo sexual</i>		
No especificado/mixto	19	29.2
Trabajo callejero	16	24.6
Establecimientos formales	14	21.5
Servicios en línea/acompañamiento	10	15.4
Migrantes	6	9.2
<i>Evaluación de calidad metodológica</i>		
Alta calidad	18	27.7
Calidad media	35	53.8
Calidad baja	12	18.5

Elaborado por: (Fernández, 2025)

4.3 Factores de riesgo individuales, sociales y estructurales

4.3.1 Factores biológicos

La prevalencia de problemas físicos asociados con vulnerabilidad a ansiedad fue documentada en 38 estudios con 58.5%. Mientras que la prevalencia de infecciones de transmisión sexual fue reportada en 31 estudios (47.7%), con tasas que oscilaron entre 8% y 62% según el tipo de infección. Los estudios más recientes (Abdulla et al., 2024; Kalinowski et al., 2025) evidenciaron asociaciones entre tener VIH y ansiedad, insinuando que la infección genera estrés crónico mientras que la ansiedad complica la adherencia al tratamiento.

El consumo de sustancias ilícitas como mecanismo de afrontamiento se identificó en 28 estudios (43.1%), siendo 11 cualitativos. Martín-Romo et al. en 2023 reportó que el 42% de las trabajadoras sexuales cumplía criterios para trastorno por consumo de sustancias, con alcohol (74%), marihuana (53%), y cocaína (41%). Los estudios cualitativos referían cómo las trabajadoras sexuales utilizaban estas sustancias para manejar la ansiedad anticipatoria antes de encuentros con clientes o para disminuir síntomas de estrés postraumático.

Los trastornos del sueño se documentaron en 19 estudios (29.2%), cuya prevalencia oscilaba entre 28% y 68%. Ali et al. (2017) mencionaron que el 56% de trabajadoras sexuales presentaba insomnio por la carga horaria irregular, seguridad y síntomas de ansiedad nocturna.

4.3.2 Factores psicológicos

Surgieron como determinantes en 62 estudios (95.4%), recalando la prevalencia elevada por exposición traumática. El trauma infantil fue documentado en 24 estudios (36.9%), donde el abuso físico oscila entre 22% a 54%, abuso sexual entre 18% y 72%, y negligencia entre 26% y 71%. Bindel et al. (2018) en su estudio probó que el 72% de las participantes presenciaron violencia en su infancia (física, sexual o verbal combinadas).

El trauma fue el determinante psicológico más reportado, presente en 57 estudios (87.7%). Se identificó que el 61.7% de trabajadoras sexuales presentó violencia física en su vida de los cuales aproximadamente el 77.4% de esta violencia inició después de haber ingresado al trabajo sexual (Cange et al., 2019). Casos de violencia sexual se identificaron en 34 estudios (52.3%), con una prevalencia que oscila entre 11% y 68%. Adicional, 41 estudios (63.1%) relacionó el estrés postraumático con ansiedad, sugiriendo que estos diagnósticos coexisten en la población de estudio.

Los síntomas disociativos fueron abordados en 8 estudios (12.3%), siendo Tschoeke et al., en 2019 quien realizó el análisis más comprehensivo. Este estudio encontró problemas disociativos en 71% de participantes, problemas de memoria en 68%, flashbacks en 65%, desrealización en 59%, y despersonalización en 50%. Estos síntomas se interpretaron como un tipo de adaptación a corto plazo.

El estigma y sentimientos de vergüenza se documentó en 31 estudios (47.7%). Los estudios cualitativos mencionan cómo las trabajadoras sexuales internalizan relatos negativos sobre su trabajo, experimentaban culpa, autopercepción negativa, y desarrollaban patrones de pensamiento autocríticos que mantenían síntomas de ansiedad.

4.3.3 Factores sociales y estructurales

Se abordó 59 estudios (90.8%), catalogándolos como determinantes de importancia equivalente a los factores psicológicos. La criminalización del trabajo sexual es un factor de vulnerabilidad evidenciado en 22 estudios (33.8%), principalmente en América del Norte. Remirez, en 2023 documentó cómo este tipo de crimen y sus leyes producen estrés, problemas en la obtención de otro empleo y contrariedades para acceder a servicios sociales.

El estigma social es el factor social más prevalente evidenciado en 52 estudios (80%). Estos proporcionan descripciones a nivel individual (culpa internalizada, vergüenza), interpersonal (ostracismo familiar, conflictos relacionales) e institucional (discriminación en servicios de salud y educación). Armstrong, en 2018 conceptualizó el “estigma de puta” como un fenómeno cultural arraigado en concepciones patriarcales de sexualidad que trasciende el contexto del trabajo sexual.

La pobreza y precariedad económica se documentó en 27 estudios (41.5%), con Ali et al. en 2017. Aquí, se reportó que 94% de sus participantes identificó restricciones económicas como impulsor hacia el trabajo sexual. Los estudios enfatizaron cómo la inseguridad económica genera estrés crónico, limita opciones de vida, y reduce sensación de agencia.

La discriminación se abordó en 14 estudios (21.5%). Faissner et al., 2024 encontró que las trabajadoras sexuales que son parte de múltiples grupos (mujeres trans, mujeres de color, migrantes) reportan altas tasas de discriminación que intensifican su vulnerabilidad y conlleva a problemas de salud mental. Platt et al., 2022 documentó cómo el racismo y la homofobia generan experiencias de violencia tanto policial como sexual.

4.3.4 Factores de protección y resiliencia

Los factores protectores fueron identificados en 22 estudios (33.8%), aunque menos consistentes que los factores de riesgo. El apoyo social se reportó como protector en 12 estudios (18.5%), con Carlson et al., en 2012 documentaron cómo las relaciones

proporcionan recursos emocionales e instrumentales que reducen los efectos del estrés ocupacional.

Los gremios y autodeterminación cumplen como protectores en 8 estudios (12.3%), considerados importante en investigación cualitativa. Pengpid & Peltzer, en 2021 mostró que el encontrar un empleo alternativo funciona como protector contra la depresión, insinuando se reduce los sentimientos de desesperanza. La motivación para entrar al trabajo sexual es relevante, las investigaciones sugieren que las mujeres que ingresaron por razones variadas como es el placer o el empoderamiento registran una mejor salud mental que aquellas personas cuya motivación era netamente económica.

Las estrategias de afrontamiento adaptativas se hallaron documentadas en 6 estudios (9.2%). Se incluye varios parámetros entre los cuales se evalúa clientes, establecimiento, comunicación con las distintas trabajadoras sexuales para generar un ambiente seguro, y el desarrollo de identidades tanto para el trabajo como para su vida personal. Singer et al., 2021 menciona cómo estas estrategias generan una sensación de control ante la impotencia que contribuye a desarrollar ansiedad.

4.4 Barreras de acceso a servicios de salud mental: Hallazgos principales

Las barreras de acceso se evidenciaron en 48 estudios (73.8%), brindando particular atención en la investigación cualitativa (16 de 18 estudios cualitativos, 88.9%).

4.4.1 Barreras estructurales

La falta de cobertura de seguros de salud fue reportada en 19 estudios (29.2%), con mayor incidencia en trabajadoras sexuales migrantes. Faissner et al., en 2024 evidenció cómo la falta de legislación constituye una barrera para el acceso a programas públicos de salud. El valor que implica generar la cobertura se identificó en 16 estudios (24.6%), se reporta que los programas digitales son económicamente inaccesibles.

La criminalización del TS se identificó en 14 estudios (21.5%). Se evidencia a través de múltiples mecanismos: limitación de acceso a salud por criminalización de la ocupación,

limitación a programas de asistencia y miedo al acoso legal que desmotiva la búsqueda de atención.

En 12 estudios (18.5%) se evidenció que las barreras geográficas y de idioma se presentaron en mayor medida en aquellas trabajadoras sexuales que son migrantes. En 8 estudios (12.3%) se menciona que el frecuente cambio de residencia genera un obstáculo para la correcta adherencia al tratamiento establecido por el personal de salud.

4.4.2 Barreras institucionales y de proveedores

La discriminación que ha experimentado las trabajadoras sexuales por el personal de salud se reporta en 31 estudios aproximadamente un 47.7%. Las experiencias mencionadas incluyen relatos en los que se evidencia trato irrespetuoso, cuestionamiento inapropiado sobre el TS, obligación de revelar su ocupación y expresiones de juicio moral. Martín-Romo et al. (2023) halló que el 43% de trabajadoras sexuales reportaba haber experimentado discriminación en servicios de salud. Por lo que, se confirma los reportes de las trabajadoras sexuales con la evidencia científica presentada

La ausencia de servicios especializados se presencié en 23 estudios (35.4%). Faissner et al., en su reporte de 2024 enfatizó cómo las prestaciones de salud mental están direccionadas en ITS o ETS. Solo 2 estudios (3.1%) identificaron programas específicamente diseñados para salud mental con componentes de trauma-información y sensibilidad cultural.

La falta de competencia del personal de salud se presenta en 18 estudios (27.7%). Estos incluyen la falta de capacitación sobre necesidades mentales específicas de trabajadoras sexuales, desconocimiento sobre los riesgos ocupacionales y la falta de comprensión sobre factores que influyen salud mental.

4.4.3 Barreras individuales y psicosociales

El miedo sobre el juicio moral se reporta en 28 estudios (43.1%), siendo la barrera individual con mayor prevalencia. Esto resulta en ocultar su ocupación lo que limita la capacidad del personal de salud para brindar una atención efectiva.

La preocupación sobre la confidencialidad de sus casos se documentó en 22 estudios (33.8%), principalmente donde el trabajo sexual está criminalizado. Las trabajadoras sexuales presentan temor sobre si su información, de clientes o de su trabajo, podría ser revelada con autoridades. Las experiencias negativas con el personal de salud son mencionadas en 19 estudios (31.5%). Estas provocan desconfianza hacia sistema de salud. En 2019, Sawicki et al., presentó cómo estos actos resultan en que se evite ocupar el sistema de salud incluso cuando sea una urgencia.

4.5 Síntesis de hallazgos principales

La revisión narrativa identificó una unión notable en los hallazgos a través de varios estudios, contextos geográficos, y diseños metodológicos. La prevalencia de ansiedad en trabajadoras sexuales fue elevada, oscila entre 13.6% y 51% siendo significativamente mayor que en población general (4-4.4%). Varios metaanálisis incluidos como el de (Beattie et al., de 2020 y Kalinowski et al., de 2025) sugieren que la prevalencia es de aproximadamente 21% para ansiedad entre trabajadoras sexuales en países de bajos y medianos ingresos.

Los determinantes biopsicosociales operan de manera sinérgica. Los factores psicológicos como el trauma (tanto infantil como ocupacional) son primordiales en la génesis de ansiedad. Sin embargo, las investigaciones enfatizan cómo estos factores no pueden ser comprendidos sin entender los contextos sociales y estructurales. La criminalización, estigmatización y pobreza no solo genera estrés sino también limita las oportunidades de apoyo, recuperación y desarrollo de resiliencia.

Las barreras de acceso a los servicios de salud mental alarga el ciclo donde la necesidad de atención coincide con el acceso minimizado a servicios. Esta paradoja fue presente en 38 estudios (58.5%), siendo consistentemente identificada como “círculo vicioso de vulnerabilidad”.

La investigación identificó varias necesidades que se pueden considerar como críticas para las intervenciones futuras. Esto incluye el desarrollo de programas especializados de salud mental para trabajadoras sexuales, capacitación del personal de salud en competencias culturales, adquisición de leyes regulatorias para reducir barreras

estructurales y el fortalecimiento de programas comunitarios para que las trabajadoras sexuales logren desarrollar y adquirir tanto resiliencia como apoyo social.

Tabla 5.

Síntesis de hallazgos principales por determinante con referencias PRISMA

Determinante	Hallazgo principal	n	Evidencia	Estudios clave (Autor, Año - Título)
PREVALENCIA DE ANSIEDAD	13.6% - 51% según contexto; pooled 21%	11	Alta	(Beattie et al., 2020) - Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. (Kalinowski et al., 2025) - Prevalence, risk and resilience factors of mental health conditions among female sex workers: A systematic review and meta-analysis
Trauma infantil	22% - 72% según tipo de abuso	24	Alta	(Ali et al., 2017) - Psychiatric morbidity among female commercial sex workers. (Bindel et al., 2018) - Breaking down the barriers: A study of how women exit prostitution
Trauma ocupacional	61.7% violencia física 77.4% postrabajo sexual	57	Alta	(Cange et al., 2019) - Effects of traumatic events on sex workers' mental health and suicide intentions in Burkina Faso: A trauma-informed approach
Síntomas TEPT comórbidos	63% presentan síntomas TEPT con ansiedad	41	Alta	(Tschoeke et al., 2019) - A systematic review of dissociation in female sex workers. (Cange et al., 2019) - Effects of traumatic events on sex workers' mental health and

Determinante	Hallazgo principal	n	Evidencia	Estudios clave (Autor, Año - Título)
VIH/Infecciones transmisión sexual	8% - 62% prevalencia según tipo	31	Alta	suicide intentions in Burkina Faso (Beattie et al., 2020) - Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries. (Abdulla et al., 2024) - Mental health challenges among biologically female sex workers
Uso de sustancias	42% cumple criterios TUS 74% alcohol 53% marihuana	28	Media	(Martín-Romo et al., 2023) - Invisible and stigmatized: A systematic review of mental health and risk factors among sex workers
Trastornos del sueño	28% - 68% prevalencia Insomnio 56%	19	Media	(Ali et al., 2017) - Psychiatric morbidity among female commercial sex workers (Remirez, 2023) - Sex worker criminalization in the United States: A landscape analysis of the criminalization health effects on the sex worker population in the United States.
Criminalización	Barrera identificada Estrés legal crónico Limitación acceso seguros	22	Media	(Armstrong, 2018) - Stigma, decriminalisation, and violence against street-based sex workers: Changing the narrative (Armstrong, 2018) - Stigma, decriminalisation, and violence against street-based sex workers.
Estigmatización social	Presente en 80% contextos 43% discriminación en servicios salud	52	Alta	(Abdulla et al., 2024) - Mental health challenges among biologically female sex workers; Faissner et al. (2024) - Healthcare for sex

Determinante	Hallazgo principal	n	Evidencia	Estudios clave (Autor, Año - Título)
Discriminación proveedores	Reportada en 43% - 47% en estudios	31	Alta	workers---access, barriers, and needs (Martín-Romo et al., 2023) - Invisible and stigmatized: A systematic review of mental health and risk factors among sex workers. (Sawicki et al., 2019) - Culturally competent health care for sex workers: An examination of myths that stigmatize sex-work and hinder access to care
Falta servicios especializados	Mínima disponibilidad; solo 3.1% con programas trauma-informados	23	Alta	(Faissner et al., 2024) - Healthcare for sex workers---access, barriers, and needs. (Singer et al., 2021) - “Feeling safe, feeling seen, feeling free”: Combating stigma and creating culturally safe care for sex workers in Chicago
Barreras confidencialidad	Preocupaciones sobre divulgación a autoridades	22	Media	(Singer et al., 2021) - “Feeling safe, feeling seen, feeling free”: Combating stigma and creating culturally safe care for sex workers in Chicago. (Reynish et al., 2021) - Barriers to mental health services among sex workers: A systematic review
Discriminación interseccional	Compuesta en mujeres trans, racializadas, migrantes	14	Media	(Faissner et al., 2024) - Healthcare for sex workers---access, barriers, and needs. (Platt et al., 2022) - The effect of systemic racism and homophobia on police enforcement and

Determinante	Hallazgo principal	n	Evidencia	Estudios clave (Autor, Año - Título)
				sexual and emotional violence among sex workers in East London
Pobreza/precariedad económica	94% identificó restricciones económicas como factor impulsor	27	Alta	(Ali et al., 2017) - Psychiatric morbidity among female commercial sex workers
Apoyo social protector	Factor resiliente; proporciona buffer contra estrés	12	Media	(Carlson et al., 2012) - Reducing intimate partner violence and HIV risk: A randomized controlled trial with Mongolian female sex workers. (Pengpid & Peltzer, 2021) - Associations of number of victimizations with mental health indicators and health-risk behaviours among a nationally representative sample of in-school adolescents in Curaçao
Agencia/autodeterminación	Protector contra depresión Reduce desesperanza	8	Media	(Pengpid & Peltzer, 2021) - Associations of number of victimizations with mental health indicators and health-risk behaviours among a nationally representative sample of in-school adolescents in Curaçao
Estrategias afrontamiento adaptativas	Evaluación riesgos Límites Redes seguridad con colegas	6	Media	(Singer et al., 2021) - “Feeling safe, feeling seen, feeling free”: Combating stigma and creating culturally safe care for sex workers in Chicago

Elaborado por: (Fernández, 2025)

4.6 Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

4.6.1 Discusión de hallazgos principales

4.6.1.1 La ansiedad como fenómeno multifactorial

Los hallazgos de esta revisión narrativa revelan una realidad preocupante. Las trabajadoras sexuales constituyen una población vulnerable que resulta en una alta prevalencia de ansiedad que crece significativamente (13.6%-51%) comparada con la población general (4-4.4%) conforme el tiempo avanza. Esta problemática no puede ni debe ser comprendida mediante un modelo puramente biomédico, sino que requiere un análisis integral de aquellos factores biológicos, psicológicos y sociales que trabajan de manera sinérgica.

Los datos presentados sugieren que la ansiedad en trabajadoras sexuales surge de la confluencia de múltiples determinantes. Esto confirma aquellas suposiciones y criterios teóricos que guiaron y propiciaron la iniciativa de esta revisión narrativa. El modelo biopsicosocial de Engel demostró ser un marco útil para conceptualizar y entender la complejidad del modelo biopsicosocial (Bolton & Gillett, 2019). Sin embargo, la evidencia indica que estos factores no operan de manera aislada, sino que interactúan entre sí con lo cual amplifica su vulnerabilidad (Solar & Irwin, 2010). Por ejemplo, el trauma infantil predispone a una persona a ser vulnerable psicológicamente. Esto bajo el contexto de TS es criminalizado, estigmatizado y se exacerban en ausencia de apoyo social adecuado. Por ello, los factores no simplemente son añadidos, sino que multiplican sus efectos cuando convergen todos en un mismo individuo.

4.6.1.2 Teoría del estrés minoritario como marco explicativo

La teoría del estrés minoritario es muy valiosa, ya que permite entender cómo la estigmatización, criminalización y discriminación institucional provoca estrés el cual está vinculado al estatus marginalizado de las trabajadoras sexuales (Meyer & Frost, 2012). Esta teoría explicó por qué la prevalencia de ansiedad es tan elevada incluso después de controlar los factores de riesgo. El estrés minoritario opera a través de procesos distales (eventos de discriminación objetiva) y proximales (internalización de actitudes negativas), lo que crea una continua exposición al estrés (Frost & Meyer, 2023).

Faissner et al., en 2024 considera que las trabajadoras sexuales no solo experimentan sucesos traumáticos, sino que además internalizan narrativas culturales negativas sobre su trabajo y su valor como personas, amplificando el impacto psicológico del trauma.

4.6.1.3 Trauma como determinante central

La evidencia posiciona al trauma (tanto infantil como ocupacional) como determinante central de la ansiedad en esta población con aproximadamente el 87.7%. Este hallazgo tiene implicaciones teóricas y prácticas significativas (Ali et al., 2017). Teóricamente, sugiere que la ansiedad en trabajadoras sexuales no es principalmente una manifestación de psicopatología sino una respuesta adaptativa a experiencias de victimización extrema y repetida. Este reframing es importante para cambiar la perspectiva de la ansiedad y poderla reconocer como una respuesta humana normal a circunstancias inconcebibles de vulnerabilidad (Bindel et al., 2018). Una persona que ha experimentado violencia sexual repetida y que actualmente trabaja en un entorno donde existe riesgo de victimización, no debería ser diagnosticada como “patológica” al experimentar ansiedad, sino ser reconocido como un proceso de resiliencia al estar expuesta a circunstancias extremas.

La confluencia entre síntomas de estrés postraumático y ansiedad (reportada en 63.1% de estudios) sugiere que las trabajadoras sexuales presentan una clínica. Los síntomas disociativos documentados en 50% al 71% de participantes indican que las trabajadoras sexuales desarrollan mecanismos de desconexión como un tipo de estrategia y de supervivencia ante los diferentes traumas (Tschoeke et al., 2019).

Estos mecanismos son adaptativos a corto plazo puesto que permite el funcionamiento en situaciones de amenaza. Sin embargo, esto puede complicar los diagnósticos y crear desafíos terapéuticos. Un clínico que no logra entender que los síntomas disociativos llegan a ser una fortaleza adaptativa puede actuar erróneamente al catalogar a la paciente como psicótica.

4.6.1.4 Paradoja de vulnerabilidad: Alta necesidad con acceso minimizado

El hallazgo más significativo fue la documentación de un “círculo vicioso de vulnerabilidad” presente en 58.5% de estudios revisados (Shannon et al., 2015). Las

mismas condiciones que representan un riesgo para desarrollar ansiedad son los mismos que son considerados como barreras para el acceso a la atención de salud. Por ejemplo, la criminalización al instaurar estrés crónico en la persona provoca ansiedad, pero también limita el acceso a servicios de salud mental a través de mecanismos legales y económicos (Abdulla et al., 2024; Beattie et al., 2020). Las trabajadoras sexuales que teme ser castigadas por su ocupación evitan el usar los servicios de salud mental. Esto se debe a que al registrarse deben proporcionar su información personal la cual podría ser utilizada en su contra legalmente. El estigma crea una personalidad evitativa que protege a la persona contra los diversos juicios emitidos, por lo que impide la búsqueda de atención necesaria. Una trabajadora sexual que cree merecer castigo por su trabajo puede evitar servicios de salud por sentimiento de “no merecer” recibir ayuda (Reynish et al., 2021). Esta incongruencia tiene implicaciones críticas para política de salud pública.

El requerimiento del uso de los servicios de salud mental es insuficiente si las barreras estructurales no son abordadas de manera inmediata. La solución requiere intervenciones multidimensionales que ayuden a expandir los servicios sanitarios, eliminen barreras estructurales (particularmente criminalización) y sobre todo que inculquen entornos de confianza y seguridad donde las trabajadoras sexuales pueden revelar su verdadera situación sin temor a persecución o discriminación (AIDS United, 2023).

4.6.1.5 Interseccionalidad e inequidades acumulativas

Se documentó como la discriminación intensifica la vulnerabilidad de este gremio de trabajadoras. Ellas pertenecen a múltiples grupos marginalizados (mujeres trans, mujeres racializadas, migrantes) que experimentan diversas barreras que interactúan de manera compleja (Faissner et al., 2024). Por ejemplo, la discriminación de género se intensifica en el contexto de trabajo sexual, que a su vez incrementa por el hecho de ser migrante. Platt et al., en 2022 documentó cómo el racismo y la homofobia afectan el trabajo policial y promueven la violencia sexual.

Estos hallazgos tienen implicaciones para investigaciones y prácticas futuras. Los servicios de salud mental para las trabajadoras sexuales no pueden ser “one-size-fits-all” sino que deben ser adaptadas a diversas necesidades de la poblaciones específicas. Las barreras para una trabajadora sexual migrante pueden ser diferentes de aquellas barreras

que enfrentan las trabajadora sexual de la propia ciudad en cualquier país. Por ello, se requiere un abordaje específico o programas dirigidos a los diversos grupos para reconocer no solo los factores de riesgo sino también las fortalezas y recursos culturales de cada gremio.

4.6.1.6 Limitaciones de la evidencia y brechas de investigación

Aunque esta revisión narrativa sintetizó a 65 estudios, existen limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los hallazgos. Primero, la heterogeneidad metodológica fue sustancial, con estudios que utilizaron diversos instrumentos para medir la ansiedad. Se evidenció desde cuestionarios de autoinforme hasta entrevistas estructuradas.

Segundo, el sesgo geográfico fue notable, con 64.6% de estudios de Asia, Pacífico, o América del Norte, mientras que África, Oriente Medio, y Europa del Este están subrepresentadas (Kanayama et al., 2022). Mientras que los estudios en la región latinoamericana son escasos. Esto limita la extrapolación de hallazgos a contextos globales diversos donde el significado cultural del trabajo sexual, el contexto legal y los sistemas de salud pueden ser cualitativamente diferentes.

Tercera, la mayoría de los estudios utilizó muestreo por conveniencia, lo que afecta la representatividad. Esto se evidencia ya que la criminalización del TS en muchos países resulta en un muestreo que captura solo a aquellas trabajadoras sexuales que estaban dispuestas a participar en la investigación, lo que excluye a aquellas que presentan mayor marginalización, paranoia sobre legalidad o que están en situaciones de explotación donde no se les permite participar en investigaciones.

Para finalizar, existe subrepresentación notable de investigación sobre factores protectores y resiliencia. Solo 22 estudios (33.8%) específicamente abordaron resiliencia, comparado con los 62 estudios (95.4%) que documentaron factores de riesgo. Esta concentración en factores negativos puede haber sesgado la caracterización de trabajadoras sexuales hacia vulnerabilidad sin suficiente apreciación, fortaleza, y capacidad para desarrollar vidas significativas y satisfactorias a pesar de adversidad.

4.6.1.7 Implicaciones teóricas para modelos de determinantes de salud

Los hallazgos sugieren que los modelos de los determinantes de la salud mental requieren esmero cuando son aplicados a poblaciones como trabajadoras sexuales que enfrentan múltiples niveles de marginalización. El modelo de determinantes sociales de la OMS proporciona un marco estructural útil para entender cómo contextos de pobreza, criminalización, y discriminación generan disparidades en la salud. Sin embargo, este marco puede no capturar cómo los factores interpersonales (relaciones con proxenetas, colegas, clientes) y las estrategias individuales interactúan con los determinantes estructurales.

La investigación sugiere la necesidad de un modelo ampliado que reconozca cómo las trabajadoras sexuales activamente negocian, resisten, y adaptan sus circunstancias. Esto implica que participen como mediadoras para desarrollar diversas estrategias de afrontamiento, construcción de identidad y búsqueda de tanto de seguridad como de dignidad. Un modelo más completo incorporaría tanto un análisis estructural profundo como un reconocimiento humanitario y de gremio persistente. De esta manera, se podrá comprender la determinación estructural y la resistencia individual interactúan dinámicamente.

4.6.2 Conclusiones

Esta revisión narrativa genera conclusiones basadas en 65 estudios publicados entre 2015 y 2025. La carga en las trabajadoras sexuales es desproporcionada, la prevalencia de ansiedad es de aproximadamente 21%. Esto oscila entre el 13.6% a 51% según el contexto geográfico y población. Esta prevalencia es aproximadamente 5 a 12 veces mayor que la observada en población general (4-4.4%), lo que constituye una disparidad de salud grave que requiere atención de política y práctica.

Los determinantes de la ansiedad en las trabajadoras sexuales son complejos e interconectados, lo que involucra la unión de múltiples factores tanto biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos tienen una prevalencia elevada de ITS (8-62%), uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento (42%) y trastornos del sueño

(28-68%). Los factores psicológicos presentan exposición a trauma infantil (22-72%) y ocupacional (61.7%), síntomas disociativos (50-71%) y estigma. Los factores estructurales y sociales incluyen criminalización, estigmatización (80%), pobreza (94%) y discriminación para aquellas personas que pertenecen a los diferentes gremios.

El trauma surge es un determinante crítico, documentado en 87.7% de estudios analizados. La ansiedad en trabajadoras sexuales no debe ser conceptualizada como patología sino como una respuesta psicológica esperable y adaptativa a las propias experiencias vividas. La comorbilidad entre síntomas de estrés postraumático y ansiedad sugiere que esta clínica se entrelaza en formas que requieran una comprensión más profunda.

Una conclusión significativa es la identificación de una paradoja fundamental en esta población. Existen múltiples mecanismos en los que incluyen barreras estructurales (falta de cobertura de seguros en 29.2% de estudios, costos prohibitivos en 24.6%, criminalización en 21.5%), barreras institucionales (discriminación de proveedores en 47.7%, ausencia de servicios especializados en 35.4%) y barreras individuales (miedo al juicio moral en 43.1%, preocupaciones sobre confidencialidad en 33.8%, desconfianza del sistema de salud en 31.5%). Estas barreras no funcionan por separado, sino que se empoderan cuando confluyen mutuamente. Este contexto crea un sistema con baja probabilidad de búsqueda de ayuda en salud mental.

Las barreras de acceso a la salud son multidimensionales y requieren un enfoque integrado para su comprensión. Se presentan varios obstáculos estructurales (falta de seguro médico) especialmente en población migrante e indocumentadas, costos excesivos, miedo a consecuencias legales y dificultades tanto geográficas como lingüísticas. Adicionalmente, existen barreras institucionales como la discriminación en la atención por parte del personal de salud (trato irrespetuoso, juicios morales) y una marcada carencia de servicios especializados para trabajadoras sexuales agravadas por la falta de formación del personal médico sobre sus necesidades.

Las barreras individuales incluyen el miedo al juicio moral basado en experiencias previas, preocupaciones justificadas sobre confidencialidad y desconfianza del sistema

de salud por experiencias previas negativas que hacen que las trabajadoras sexuales creen que no son merecedoras a una atención de calidad. Estas barreras no representan una deficiencia psicológica sino es una respuestas racionales a discriminación experimentada.

Aunque la literatura identifica varios factores de riesgo, las investigaciones sobre los factores protectores son limitadas. Se evidenció que aproximadamente el 33.8% de estudios documentó que las trabajadoras sexuales presenten o desarrollen resiliencia, sugiriendo sesgo en la literatura sin suficiente reconocimiento de fortaleza. Los factores protectores que se pudo identificar son apoyo social (presente en 18.5% de estudios), gremios y autodeterminación (12.3%) y sobre todo estrategias de afrontamiento adaptativas que el grupo estudiado experimenta (9.2%). Estos factores protectores merecen investigaciones más profundas ya que pueden informar intervenciones de fortalezas.

Finalmente, las disparidades de salud mental en las trabajadoras sexuales se originan en las inequidades estructurales que abarca la criminalización legal, estigmatización, discriminación y marginalización económica. Esta conclusión tiene una implicación crítica en la que se busca un plantel de soluciones primarias las cuales deben estar dirigidas a transformar los pilares estructurales y no solo incluir intervenciones de salud. Aunque es necesario que todo el servicio de salud sea mejorado, no son suficientes si se los trata de manera individual y no de manera integral.

4.6.3 Recomendaciones

Las recomendaciones que se establecen a continuación están organizadas por nivel de intervención. Esto ayuda a reconocer que cambio requiere una transformación sincrónica en múltiples niveles desde la política macroestructural hasta la interacción sanitaria individual.

4.6.3.1 Recomendaciones de política pública y legislativa

Es necesario políticas que descriminalicen el TS y que reconozcan que este tipo de criminalización genera estrés en las trabajadoras sexuales con lo cual se exagera la ansiedad y limita el acceso a los servicios de salud mental. Países que han implementado

estas políticas, como Nueva Zelanda, han presenciado mejores resultados en salud y seguridad comparadas con modelos aquellos modelos en los que este labor es penalizado. Las leyes de descriminalización deben contener amparos explícitos contra el tráfico y la explotación ya que se debe reconocer que el trabajo sexual es consentido y realizado por personas mayores de edad en establecimientos aptos. Se recomienda que las organizaciones de derechos humanos o los legisladores de cada país o las trabajen a la mano de las trabajadoras sexuales para desarrollar leyes que protejan a este gremio en contra de la explotación sexual y de esta manera se logre respetar la autodeterminación de cada una de las mujeres.

La integración del gremio de trabajadoras sexuales en los sistemas de protección social es limitada y crítica. Se recomienda que se incluya un tipo de legislación que extienda la cobertura de salud y los beneficios de protección social a las trabajadoras sexuales. Además, con ello se logrará eliminar la exclusión basada en criminalización o marginalización de ocupación. Si se implementa estas leyes se logrará que el acceso a salud no requiera documentación que revele su ocupación o participación en el trabajo sexual con el fin de fortalecer la privacidad y confidencialidad.

Se recomienda educación y capacitación obligatoria en todo el personal de salud en el sistemas públicos. Los profesionales deben adquirir competencias culturales específicas relacionadas con cada gremio de trabajadoras sexuales. Esta formación integral debe cubrir la comprensión varios factores. Entre estos son la etiología de la ansiedad y el trauma, los factores de protección y resiliencia. Además de ello una completa comprensión del impacto negativo de la criminalización en el acceso y la confianza en el sistema. Todo ello debe incluir protocolos éticos para el manejo de información sensible, reconociendo la dignidad y los gremios de las trabajadoras sexuales evitando enfoques paternalistas que las vean solo como víctimas.

4.6.3.2 Recomendaciones para desarrollo de servicios de salud mental

Se recomienda la creación de servicios accesibles a salud mental especializados para trabajadoras sexuales. Estos servicios deben reconocer que la mayoría de las presentaciones de “ansiedad” ocurren en contexto de trauma crónico y complejo. Los programas deben incluir una evaluación integral de trauma tanto infantil como

ocupacional e intervenciones psicoterapéuticas especializadas (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sin revictimizar a la paciente. Además, estas terapias deberán incluir el manejo de síntomas disociativos que requiere comprensión bajo un marco adaptativo. Sin embargo, las intervenciones para regular el uso de sustancias se lo consideran como automedicación de problemas como el trauma y ansiedad. Esto de la mano con servicios médicos para el manejo de problemas de salud física comórbidos como VIH e ITS.

Las perspectivas de trabajadoras sexuales en la elaboración de los diseños en los servicios son cruciales para relevancia y aceptabilidad. Se recomienda que siempre este gremio sea incluido en todos los niveles de diseño, implementación y evaluación de servicios de salud mental. Al igual que participen los directivos de las asociaciones de trabajadoras sexuales en las capacitaciones al personal médico, comités de gobernanza, grupos de asesoramiento sobre servicios clínicos e investigación evaluativa.

Para brindar una atención integral y efectiva, es necesario que el acceso a salud mental y su medicación psicofarmacológica en caso de ser necesario sea gratuito para el gremio de trabajadoras sexuales. De este modo, se elimina o se reduciría la barrera económica que pueda interponerse a que las personas reciban o tengan una buena adherencia al tratamiento. Esto involucra que de acuerdo con las leyes que se establecerán sobre los servicios de salud mental, estos deben proveer, sin costo alguno, tanto terapias de psico-rehabilitación como fármacos esenciales (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina) para tratar la ansiedad y el TEPT cuando estén clínicamente justificados. Asimismo, este acceso sin barreras tiene que ser acompañado de un seguimiento continuo con el personal médico para monitorear la eficacia del tratamiento. Así, se podrá obtener registros de cualquier efecto secundario de la medicación, al igual que ofrecer educación y asegurar que en la atención primaria se evite interacciones medicamentosas peligrosas.

4.6.3.3 Recomendaciones para práctica clínica

Se sugiere que el personal de salud adopte una perspectiva integral al tratar los casos de ansiedad en trabajadoras sexuales, entendiendo que es una respuesta adaptativa a la marginación en lugar de ser considerada como un tipo de adaptación. El análisis del caso se debe analizar bajo la etiología sobre los factores como la criminalización legal, el

estigma, la discriminación, la pobreza y la falta de apoyo social. Si bien esta visión no ignora las vulnerabilidades o traumas individuales, sí los sitúa dentro del contexto de los sistemas de opresión, lo que permite así un tratamiento que aborde tanto los síntomas individuales como los factores contextuales.

Los protocolos de confidencialidad deben ser explícitos y comunicados. Se confía que, en primer contacto, el personal de salud proporcione información clara, escrita y sobre todo verificar que la comprensión de la información sea correcta y confidencial. Sin embargo, es importante aclarar de igual manera que esta confidencialidad puede ser anulada en caso de peligro inminente a sí mismo u otros, abuso de menores u orden legal. Se recomienda que esta información sea aclarada y recordada regularmente durante cada terapia.

4.6.3.4 Recomendaciones para investigación futura

Se recomienda realizar una investigación bajo un diseño de cohorte prospectivos que evalúen a trabajadoras sexuales por períodos extendidos (2 a 5 años). Esto ayudaría a identificar y documentar las relaciones entre los determinantes identificados en este texto y el desarrollo o exacerbación de ansiedad. Estos estudios permitirán el análisis de causalidad más robustos que los estudios transversales que dominan la literatura actual. Se recomienda que estos estudios incluyan mediciones estandarizadas bajo instrumentos evaluación de ansiedad junto con estudios cualitativos para capturar experiencias vividas de trabajadoras sexuales.

De igual manera, sería útil que se realice investigaciones sobre los factores de protección específicamente sobre resiliencia ya que merece prioridad investigativa ampliada. ¿Cómo podrían factores protectores identificados ser potenciados o facilitados a través de intervenciones? Esta investigación podría ser parte de intervenciones basadas en fortalezas del gremio y que construyen únicamente una remediación de patología. Así mismo, se incentiva que se realice o se de paso a ensayos clínicos que evalúan efectividad de las intervenciones de salud mental adaptadas a trabajadoras sexuales. La mayoría de las psicoterapias han sido aplicadas en poblaciones generales; datos sobre efectividad en trabajadoras sexuales son limitados o incluso ausentes.

Los estudios que evalúan el impacto de las políticas de descriminalización en acceso a servicios y resultados de salud mental son recomendados que inicien investigaciones futuras. Tales estudios permitirían formuladores de políticas entender conexiones entre ambiente legal y acceso a cuidado de salud.

La investigación que sugiere contextos globales es crítica dado el sesgo geográfico. Por ello, se recomienda la expansión de investigación en regiones actualmente subrepresentadas incluyendo África, Oriente Medio, Europa y América Latina. Se registra que los determinantes de ansiedad y las barreras de acceso pueden ser contexto-específicas que requieren una comprensión de cómo el TS es comprendido y abordado. Al igual que de como los sistemas legales funcionan y como los sistemas de salud están organizados en los diferentes países.

Finalmente, se recomienda realizar varias investigaciones que exploren como el género, raza, etnicidad, estatus migratorio, orientación sexual e identidad de género confluyen en la salud mental en trabajadoras sexuales. La mayoría de las investigaciones no aborda este tema desde un punto cultural. Es por ello por lo que se necesitan estudios que van más allá de caracterizar a las trabajadoras sexuales como grupo homogéneo, solo así se logrará entender como otras variables interactúan en la problemática.

4.6.3.5 Recomendaciones para organizaciones comunitarias

Se recomienda que se desarrollen y expandan a gran medida diversos programas de apoyo en donde participen la sociedad junto con los gremios de trabajadoras sexuales. De este modo se logrará reconocer como factor protector al apoyo social. Al igual que las mismas trabajadoras sexuales pueden formar parte de estos grupos en donde se creen espacios seguros para que puedan compartir experiencias e información sobre su labor y los temores que acarrea. Del mismo modo, estos mismos espacios pueden ser utilizados para socializar sobre la seguridad ocupacional, clientes peligrosos o situaciones riesgosas.

Se insta a las diferentes organizaciones a implementar programas de educación sobre salud mental en las trabajadoras sexuales donde incluyan los síntomas de ansiedad y depresión junto con los diversos tratamientos disponibles. Por lo que se requiere que se realice y se socialice a través de material interactivo sean estos videos, flashcards,

volantes, etc. De igual manera, se requiere que esta información sea en múltiples idiomas para maximizar la accesibilidad. De este modo se evita llegar al modelo paternalista cuya finalidad es concebir a estos síntomas como patológicos.

Los investigadores, personal de salud y legisladores tienen la responsabilidad ética de escuchar a los diversos gremios que son conformados por trabajadoras sexuales. Con ello podrán aprender y sobre todo entender sus experiencias para lograr realizar un trabajo colaborativo en beneficio para el sistema de salud integral. La justicia tiene que reconocer la dignidad y los derechos de todas las personas de la sociedad, incluyendo aquellas que su ocupación recae en el trabajo sexual.

REFERENCIAS

- Abdulla, F., Huq, M. N., & Hossain, Md. M. (2024). Mental health challenges among biologically female sex workers. *Npj Women's Health* 2024 2:1, 2(1), 1–2. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s44294-024-00013-3>
- Academia Nacional de Medicina. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *L Boletín de Información Clínica Terapéutica de La Academia Nacional de Medicina*, 56(4), 53–55. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009
- AIDS United. (2023). *Sex worker criminalization in the United States: A landscape analysis of the criminalization health effects on the sex worker population in the United States.* - AIDS United. <https://doi.org/https://aidsunited.org/sex-worker-criminalization-in-the-united-states-a-landscape-analysis-of-the-criminalization-health-effects-on-the-sex-worker-population-in-the-united-states/>
- Ali, A., Farooq, N., Bhattacharya, R., & Senapati, A. (2017). Psychiatric morbidity among female commercial sex workers. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4), 465–470. https://doi.org/https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_384_16
- AmericAn PsychiAtric AssociAtion. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.* https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200014
- Arenas C, & Puigcerver A. (2009, December). *Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica* (Extractos de Psicología, Trans.). 3, 20–29. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003
- Armstrong, L. (2018). Stigma, decriminalisation, and violence against street-based sex workers: Changing the narrative. *Sexualities*, 22(7–8), 1288–1308. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1363460718780216>
- Beattie, T. S., Smilenova, B., Krishnaratne, S., & Mazzuca, A. (2020). Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 17(9), e1003297. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003297>
- Bindel, J., Brown, L., Easton, H., Matthews, R., & Reynolds, L. (2018). *Breaking down the barriers: A study of how women exit prostitution.*

<https://doi.org/https://i4.cmsfiles.com/eaves/2012/11/Breaking-down-the-barriers-a37d80.pdf>

- Black, D., & Andreasen, N. (2015). *Texto Introductorio de Psiquiatría. Capítulo 7 Trastornos de Ansiedad* (José Luis Morales & Berenice Torres, Eds.; 1ra ed.). <https://books.google.com.pe/books?id=wZzdCgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). The Biopsychosocial Model of Health and Disease. *The Biopsychosocial Model of Health and Disease*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>
- Borell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15576544/>
- Cange, C. W., Wirtz, A. L., Ky-Zerbo, O., Lougue, M., Kouanda, S., & Baral, S. (2019). Effects of traumatic events on sex workers' mental health and suicide intentions in Burkina Faso: A trauma-informed approach. *Sexual Health*, 16(4), 348–357. <https://doi.org/https://doi.org/10.1071/sh17213>
- CARE Ecuador. (2022, June 2). *2 de junio | Día internacional por los derechos de las Trabajadoras Sexuales. El trabajo sexual es trabajo y debe dignificarse*. - CARE Ecuador. <https://www.care.org.ec/2-de-junio-dia-internacional-por-los-derechos-de-las-trabajadoras-sexuales-el-trabajo-sexual-es-trabajo-y-debe-dignificarse/>
- Carlson, C. E., Chen, J., Chang, M., Batsukh, A., Toivgoo, A., Riedel, M., & Witte, S. S. (2012). Reducing Intimate and Paying Partner Violence Against Women Who Exchange Sex in Mongolia: Results From a Randomized Clinical Trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(10), 1911. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260511431439>
- Checa Ron, S. (2016). *Prostitución femenina en Quito: actores, perspectiva moral y enfoque médico (primera mitad del siglo XX)*. 121–146. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bits->
- De Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M. W. J., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., & Legerstee, J. S. (2017). The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 237–246. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>,
- Ecuavisa. (2023). *Aumenta la prevalencia de depresión y ansiedad en Ecuador* [Broadcast]. Ecuavisa. <https://www.ecuavisa.com/noticias/ecuador/aumenta-la-prevalencia-de-depresion-y-ansiedad-en-ecuador-DB5470720>

- El Mundo. (2017, April 26). *Las cifras de la prostitución* | *Televisión Home* | *EL MUNDO*.
- Elmes, J., Stuart, R., Grenfell, P., Walker, J., Hill, K., Hernandez, P., Henham, C., Rutsito, S., Sarker, M. D., Creighton, S., Browne, C., Boily, M. C., Vickerman, P., & Platt, L. (2022). Effect of police enforcement and extreme social inequalities on violence and mental health among women who sell sex: findings from a cohort study in London, UK. *Sexually Transmitted Infections*, 98(5), 323–331. <https://doi.org/10.1136/SEXTRANS-2021-055088>
- Faissner, M., Beckmann, L., Freistein, K., Jungilligens, J., & Braun, E. (2024). Healthcare for sex workers—access, barriers, and needs: An exploratory qualitative interview study. *Ethik in Der Medizin*, 36(2), 151–168. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00481-024-00815-8>
- Fandiño Munévar, J. G. (2019). *El bienestar mental en mujeres trabajadoras sexuales transgénero que laboran en el barrio Santa Fe de Bogotá: experiencias y expectativas*. Universidad de los Andes. <http://hdl.handle.net/1992/49298>
- Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(3), 345–349. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.006>
- Global Network of Sex Work Projects. (2021). *El COVID-19 y las Personas que Ejercen el Trabajo Sexual y Organizaciones Lideradas por Personas que Ejercen el Trabajo Sexual*. <https://www.nswp.org/es/resource/nswp-policy-briefs/documento-de-politica-el-covid-19-y-las-personas-que-ejercen-el-trabajo>
- Gutiérrez-Izquierdo, M., Alarcón-Chávez, B., & Granda-Cevallos, E. (2021). Afectaciones emocionales en trabajadoras sexuales en la ciudad de Portoviejo, causadas por los cambios laborales en la pandemia COVID-19. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 579–593. <https://doi.org/10.23857/dc.v7i3.2012>
- Hermosa-Bosano, C., Paz, C., Hidalgo-Andrade, P., García-Manglano, J., Chalezquer, C. S., López-Madriral, C., & Serrano, C. (2021). Depression, anxiety and stress symptoms experienced by the ecuadorian general population during the pandemic for covid-19. *Revista Ecuatoriana de Neurologia*, 30(2), 40–47. <https://doi.org/10.46997/REVECUATNEUROL30200040>

- iResearchNet. (2025). *El modelo biopsicosocial explicado* - iResearchNet. <https://doi.org/https://psychology.iresearchnet.com/health-psychology/biopsychosocial-model/the-biopsychosocial-model-explained/>
- Jameson, J. L., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., & Loscalzo, J. (2022). *Harrison. Principios de Medicina Interna* (McGraw Hill, Ed.; 21st ed.). <https://accessmedicina.puce.elogim.com/content.aspx?bookid=3118§ionid=267807993>
- Jarne Esparcia, Adolfo., Talam Caparros. Antoni, Armayones Ruiz, Requena Varón, Elena., & Horta i Faja, Esther. (2006). *Psicopatología* (Editorial UOC, Trans.; UOC). Editorial UOC. https://books.google.com.ec/books?id=GL39_Yi_HQEC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false
- Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahababi, A. Al. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*, 30(1), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>
- Kalinowski, O., Lotysh, A., Kaya, G., Kroehn-Liedtke, F., Zerbe, L. K., Mihaylova, H., Sipos, K., Rössler, W., & Schouler-Ocak, M. (2025). Prevalence, risk and resilience factors of mental health conditions among female sex workers: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 12, 1455999. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1455999>
- Kanayama, Y., Yamada, H., Yoshikawa, K., & Aung, K. W. (2022). Mental Health Status of Female Sex Workers Exposed to Violence in Yangon, Myanmar. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 34(4), 354–361. <https://doi.org/10.1177/10105395221083821>
- León, M. (2019). *El trabajo sexual como actividad laboral en Ecuador* (Vol. 260). Universidad Andina Simón Bolívar. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8003>
- Ma, P. H. X., Chan, Z. C. Y., & Loke, A. Y. (2017). The Socio-Ecological Model Approach to Understanding Barriers and Facilitators to the Accessing of Health Services by Sex Workers: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 21(8), 2412–2438. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>
- Malo-Taipe, L. (2016). *Ansiedad social en trabajadoras sexuales de la ciudad de Chimbote*. www.tcpdf.org
- Martín-Romo, L., Sanmartín, F. J., & Velasco, J. (2023). Invisible and stigmatized: A systematic review of mental health and risk factors among sex workers. *Acta*

Psychiatrica Scandinavica, 148(3), 255–264.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.13559>

Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2012). Minority Stress and the Health of Sexual Minorities. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018>

Ministerio de Salud Pública. (2017). Atención Integral en Salud a personas que ejercen el trabajo sexual. In Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión (Ed.), *Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión* (1ra ed., Vol. 1).
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dn_n/archivos/ac_0109_2017%20ago%2004.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Salud Mental* (Ministerio de Salud Pública, Trans.).
<https://www.salud.gob.ec/msp-realizo-mas-de-600-mil-atenciones-en-salud-mental-en-el-primer-semester-de-2023/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones - Informe Técnico de Evaluación Plan Nacional Estratégico de Salud Mental 2014-2017. In *Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud*.
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Evaluacion-Plan-Salud-Mental_2014-2017_24_08_2022_Final1-signed.pdf

National Academies of Sciences, E. and M. (2021). *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.17226/25982>

Pan American Health Organization. (2015). *Trastornos de ansiedad*.
<https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-2>

Pengpid, S., & Peltzer, K. (2021). Associations of number of victimizations with mental health indicators and health-risk behaviours among a nationally representative sample of in-school adolescents in Curaçao. *Child Abuse & Neglect*, 111, 104831.
<https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2020.104831>

Pheterson, G. (1993). The Whore Stigma: Female Dishonor and Male Unworthiness. *Social Text*, 37, 39. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/466259>

Platt, L., Bowen, R., Grenfell, P., Stuart, R., Sarker, M. D., Hill, K., Walker, J., Javarez, X., Henham, C., Mtetwa, S., Hargreaves, J., Boily, M. C., Vickerman, P., Hernandez, P., & Elmes, J. (2022). The Effect of Systemic Racism and Homophobia on Police

- Enforcement and Sexual and Emotional Violence among Sex Workers in East London: Findings from a Cohort Study. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 99(6), 1127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11524-022-00673-z>
- Real Academia Española. (2021). *Prostitución* . <https://dle.rae.es/prostituci%C3%B3n>
- Rebellón-Pinillos, P. A., Gómez-Lugo, M., Rebellón-Pinillos, P. A., & Gómez-Lugo, M. (2021). Trabajo sexual y pandemia de la COVID-19: salud sexual y mental de una muestra de trabajadoras sexuales de Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 200–209. <https://doi.org/10.14349/RLP.2021.V53.22>
- Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. (2015). *Red latinoamericana y caribeña de trabajadoras sexuales*. <https://redtralsex.org/>
- Remirez, T. (2023). *Sex worker criminalization in the United States: A landscape analysis of the criminalization health effects on the sex worker population in the United States*. - *AIDS United*. <https://aidsunited.org/sex-worker-criminalization-in-the-united-states-a-landscape-analysis-of-the-criminalization-health-effects-on-the-sex-worker-population-in-the-united-states/>
- Reynish, T., Hoang, H., Bridgman, H., & Nic Giolla Easpaig, B. (2021). Barriers and Enablers to Sex Workers' Uptake of Mental Healthcare: A Systematic Literature Review. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(1), 184–201. <https://doi.org/10.1007/S13178-020-00448-8>
- Rodríguez-Villacís, D. (2020). *ESCUELA DE PSICOLOGÍA*.
- Rössler, W., Koch, U., Lauber, C., Hass, A. K., Altwegg, M., Ajdacic-Gross, V., & Landolt, K. (2010). The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 143–152. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2009.01533.X>
- Sawicki, D. A., Meffert, B. N., Read, K., & Heinz, A. J. (2019). Culturally competent health care for sex workers: an examination of myths that stigmatize sex work and hinder access to care. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(3), 355–371. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1574970>
- Shannon, K., Strathdee, S. A., Goldenberg, S. M., Duff, P., Mwangi, P., Rusakova, M., Reza-Paul, S., Lau, J., Deering, K., Pickles, M. R., & Boily, M. C. (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers: Influence of structural determinants. *The Lancet*, 385(9962), 55–71. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60931-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60931-4)
- Sierra J, Ortega V, & Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar y SubjetividadFortaleza*, 3(1), 10–59.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002

- Singer, R. B., Johnson, A. K., Crooks, N., Bruce, D., Wesp, L., Karczmar, A., Mkandawire-Valhmu, L., & Sherman, S. (2021). “Feeling Safe, Feeling Seen, Feeling Free”: Combating stigma and creating culturally safe care for sex workers in Chicago. *PLoS ONE*, 16(6), e0253749. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253749>
- Slim, M., Haddad, C., Sfeir, E., Rahme, C., Hallit, S., & Obeid, S. (2020). Factors influencing women’s sex work in a Lebanese sample: Results of a case-control study. *BMC Women’s Health*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12905-020-01062-X/TABLES/2>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. <https://doi.org/https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
- Tripathi, A., Das, A., & Kar, S. (2019). Biopsychosocial model in contemporary psychiatry: Current validity and future prospects. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(6), 582–585. https://doi.org/https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_314_19
- Tschoeke, S., Borbé, R., Steinert, T., & Bichescu-Burian, D. (2019). A Systematic Review of Dissociation in Female Sex Workers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 20(2), 242–257. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1572044>
- Van Ameringen, M., & B Stein, M. (2022). Comorbid anxiety and depression in adults_ Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate*, 2–47. <https://www.uptodate.com/contents/comorbid-anxiety-and-depression-in-adults-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>
- Verificat. (2022, March 16). *Los datos no indican que el 90% de las trabajadoras sexuales son víctimas de tráfico de personas y explotación sexual - Verificat*.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- World Health Organization. (2023, September 27). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Wu, Y., Li, X., Ji, X., Ren, W., Zhu, Y., Chen, Z., & Du, X. (2025). Trends in the epidemiology of anxiety disorders from 1990 to 2021: A global, regional, and

national analysis with a focus on the sociodemographic index. *Journal of Affective Disorders*, 373, 166–174. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.086>

Zhai, P., Liu, H., Zhang, Y., Huang, T., Xiong, C., Liu, Y., Wang, G., Chen, X., Tan, J., Jiao, C., Zhan, J., & Cheng, J. (2023). Correlation analysis between sleep quality and the mental health status of female sex workers during the COVID-19 pandemic in Hubei Province. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1193266. <https://doi.org/10.3389/FENDO.2023.1193266/BIBTEX>

Anexo 1

Guía PRISMA (metodología de búsqueda)

Section and Topic	Item #	Checklist item	Page Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	1
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	4
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	13
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	16
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	39
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	39
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	39
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	41
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	41
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	42
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	43
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	43

Section and Topic	Item #	Checklist item	Page Location where item is reported
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	43
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	43
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	43
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	44
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	46
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	47
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	47
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	47
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	48
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	48

Section and Topic	Item #	Checklist item	Page Location where item is reported
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	49
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	54
DISCUSSION			58
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	59
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	62
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71