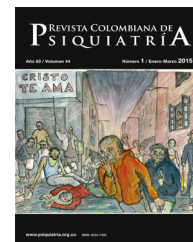


REVISTA COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍAwww.elsevier.es/rcp

Artículo original

Prostitución en migrantes: ¿afecta solo la salud sexual de la mujer? Revisión de la literatura y descripción de la situación de salud mental de un grupo de mujeres migrantes prostituidas y sus hijos

Izara Maité Mondragón Moreno^{a,*}, Yazmín María Lucila Cadena Camargo^b,
Isabela Osorio Jaramillo^c, Andrés Duarte Osorio^d y Carlos Gómez-Restrepo^e

^a Coinvestigadora, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Psiquiatra General, Bogotá, Colombia

^b Coinvestigadora, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Médica Magister en salud pública, Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel, Doctora en antropología de la salud y salud global, Universidad de Maastricht, Países Bajos

^c Coinvestigadora, Socióloga, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^d Coinvestigador, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Médico Familiar, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^e Decano Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Psiquiatra, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de mayo de 2024

Aceptado el 20 de septiembre de 2024

On-line el xxx

Palabras clave:

Salud mental

Trata de personas

Prostitución

Migrantes

Trabajo sexual

RESUMEN

Introducción: Las mujeres en situación de prostitución (MSP) tienen repercusiones negativas en su salud, especialmente en salud física y sexual. No hay muchos estudios sobre las repercusiones en salud mental (SM), ni en población migrante o en sus hijos. Este estudio describe las condiciones de SM de un grupo de MSP migrantes y sus hijos, acompañado de una revisión breve de la literatura.

Metodología: Participaron 24 MSP, venezolanas migrantes en Colombia, y sus 31 hijos. Se realizó entrevista psiquiátrica, además de tamización para depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7), estrés postraumático (PCL-5), bienestar (WHO-5) y desempeño cognoscitivo (MoCA). También se realizó un análisis cualitativo de sus narrativas.

Resultados: El 89% de las MSP tenían ≥ 1 trastorno mental, con tamización positiva para GAD-7 (95%), PHQ-9 (79%) y PCL-5 (63%). Su MoCA puntuó bajo en un 63% de ellas. Muchas tuvieron eventos traumáticos antes y durante la prostitución, además de múltiples vulnerabilidades biopsicosociales en su historia de vida. Sus hijos tenían con frecuencia problemas de hiperactividad, conducta, lenguaje y desarrollo de habilidades, además de deficiente vínculo materno y desescolarización. Los estudios disponibles en SM de MSP tienen resultados similares a los nuestros.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: izara27@gmail.com (I.M. Mondragón Moreno).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.09.003>

0034-7450/© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Conclusión: El impacto en SM para MSP y sus hijos no se incluye sistemáticamente en la investigación y la práctica. Los determinantes sociales y factores de riesgo biopsicosociales previos a la prostitución deben considerarse a nivel estructural para reducir la vulnerabilidad a ser víctimas de trata o explotación, así como las consecuencias individuales y familiares.

© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Prostitution in Migrants: Is Only Women's Sexual Health Relevant? Literature Review and Description of the Mental Health State of a Group of Migrant Women in Prostitution and Their Children

A B S T R A C T

Keywords:
Mental health
Human trafficking
Prostitution
Migrants
Sex work

Introduction: Women in prostitution (WiP) have negative repercussions on their health, with many reports on physical and sexual health. Neither there are many studies on their mental health (MH) outcomes, nor do they include migrant women and their children. We aimed to describe the MH status of a group of migrant WiP and their children, and to conduct a brief literature review.

Methods: 24 WiP and their 31 children were evaluated, they were Venezuelan and migrated to Colombia. A psychiatric interview was carried out, in addition to screenings for depression (PHQ-9), anxiety (GAD-7), post-traumatic stress disorder (PCL-5), well-being (WHO-5) and cognitive performance (MoCA). A qualitative analysis of their narratives was also performed. **Results:** 89% of WiP had ≥ 1 mental disorder, with positive screenings for GAD-7 (95%), PHQ-9 (79%) and PCL-5 (63%). Their MoCA scored lower than expected in 63% of them. Most had witnessed or suffered from emotionally disturbing events before and during prostitution, besides multiple biopsychosocial risk factors in their life history. Their children commonly had hyperactivity and conduct problems, language and developmental delay, poor maternal attachment, and lack of schooling. Available reports about MH in WiP and their children are like ours.

Conclusion: The MH impact for WiP and their children is often not included systematically in research and practice. Social determinants and biopsychosocial risk factors prior to prostitution should be considered at a structural level as they could reduce vulnerability to being victims of trafficking or exploitation, as well as its individual and familial consequences.

© 2024 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

En Colombia, se recibieron hasta 2023 aproximadamente 2,8 millones de venezolanos, según el informe de Migración Colombia¹, quienes usualmente llegan en precarias condiciones, tienen inseguridad alimentaria, desempleo, desescolarización, ilegalidad y hacinamiento, entre otras condiciones adversas. Se ha documentado un alto riesgo de ser víctimas de trata, especialmente en la frontera, relacionado con la situación de vulnerabilidad en la que están las mujeres previo a migrar a Colombia, la crisis de seguridad en la frontera, la ausencia de atención por parte de las instituciones fronterizas, entre otros²⁻⁴.

Tradicionalmente se reportan en la literatura médica una serie de posibles repercusiones negativas para la salud en mujeres que se encuentran en situación de prostitución (SP) y en gran medida, enfatizando en las repercusiones para su

salud sexual⁵⁻⁷, como las enfermedades de transmisión sexual (ETS), sin embargo, autores reportan cada vez más las repercusiones para su salud mental (SM) y su bienestar psicosocial. Escasamente se ha escrito sobre los efectos sobre sus familias y especialmente, sobre sus hijos⁸⁻¹⁵, al igual que sobre la relación de la SP con condiciones de riesgo como la migración¹⁶.

Se han descrito repercusiones negativas en mujeres posterior a la SP, como peor respuesta al estrés, mayor somatización, fatiga, frustración, alteración del sueño y abuso de sustancias psicoactivas (SPA), además de mayores síntomas de condiciones como trastornos depresivos (TD), trastornos de ansiedad (TA) y trastorno de estrés postraumático (TEPT)¹⁷⁻²⁰. Es una población con mayor exposición a violencia, a presenciar o cometer delitos, vivir en áreas con alto consumo de SPA y tener más problemas de salud física y mental²¹. Los resultados de prevalencia son variables, han llegado hasta un 88% de síntomas depresivos a lo largo de la vida y un 54% en el momento de la entrevista; ideas de muerte hasta en un 74% e intentos

de suicidio hasta en un 42%; también hasta un 50% de cuadros compatibles con TEPT vs. 15% en veteranos de guerra de EE. UU.^{22,23}. Las SPA han tenido una presencia notoria en mujeres en situación de prostitución (MSP), quienes tienen deficiente acceso a programas de rehabilitación o reducción de daños²⁴.

La violencia ejercida sobre MSP se reporta y proviene de proxenetas, pagadores, parejas o familiares. Todas ellas, de tipo económico, físico, psicológico y sexual, aumentando síntomas de la esfera mental significativamente^{18,25} y empeorando si hay variables como presión social o si presentan un déficit en su autoconcepto²⁶⁻²⁹.

En Colombia, algunos estudios de similar metodología al nuestro, enfocados en hijos de MSP^{8,9} encontraron, por ejemplo, que la violencia estructural, simbólica y económica son importantes determinantes de la crianza hacia sus hijos con variables que interfieren en su cuidado y vínculo.

A lo anterior, se suma que, específicamente en población migrante, se ha evidenciado la exposición a múltiples estresores, predominantemente asociados a discriminación, a la experiencia migratoria, la aculturación, el estigma y la adaptación a condiciones desconocidas, violencia, amenazas y persecución actual o desde sus países de origen, que a veces les obligaron a migrar, aumentando la incidencia y prevalencia de enfermedades mentales^{30,31}.

Este estudio tiene el propósito de centrar la atención sobre las diferentes dimensiones de las consecuencias de la prostitución en la esfera mental de mujeres migrantes (MM) y sus hijos.

Revisión de la literatura

La prostitución, un fenómeno controversial entendido como el intercambio de pago por actividades sexuales, es un problema creciente al redor del mundo y una institución de relaciones jerárquicas de género en la que se entrecruzan múltiples formas de desigualdad e inequidad, donde, además, hay una relación estrecha con situaciones que pueden favorecer la explotación o trata de población vulnerable³². La trata de personas es un término complejo que se puede definir como un delito en contra de los derechos humanos en que una persona es captada, trasladada y recibida en un territorio distinto para fines de explotación³³⁻³⁵. Algunos autores reportan que las MSP coinciden en historias de abuso, maltrato, negligencia, pobreza, deficientes vínculos familiares, ausencia de los padres, consumo de sustancias, violencia de género, migración y bajo nivel educativo, entre otros^{22,29,36}. También, factores que podrían aumentar la predisposición para estar en SP, como: pobreza, baja escolaridad, desempleo, deficiente red de apoyo, violencia (de género, intrafamiliar, armada) o abuso sexual^{9,18,19,21-24,27,28,37,38}.

Se realiza una revisión de la literatura al respecto, publicada entre los años 2003 y 2023, donde se encontraron reportes de diferentes condiciones de SM relacionadas con MSP o trata. Se encontraron reportes realizados en: Alemania, Australia, Birmania, Brasil, Canadá, Colombia, Corea, China, Estados Unidos, Kenia, México, Moldavia, Países Bajos, Reino Unido, Sudáfrica, Tailandia, Turquía y Zambia. Mencionan principalmente asociaciones con diagnósticos en SM de: TEPT, trastornos afectivos, TA, trastorno por consumo de SPA, tras-

tornos disociativos y conductas suicidas, antes, durante y después de la SP, presentándose ≥ 1 en un 54% a 75% de participantes^{17,19,20,22,26,35,38}. El TEPT fue encontrado en la mayor parte de los estudios que evaluaron diagnósticos específicos, mostrando prevalencia de 10% a 77%, con una media de 44%^{17,20,22,23,27,28,39,40}; el TD, entre un 13% y un 88%, con una media de 47%^{17,27,28,39-41}; TA, entre un 6% y un 51%, con una media de 28%^{17,20,27,40}. El consumo problemático de alcohol estuvo presente en 35% a 65% de las participantes^{27,39}, mientras que el consumo problemático de otras sustancias fue reportado en 8% a 59% de estas^{23,24,27,39}. Las conductas suicidas fueron reportadas en un rango del 7% al 23%^{24,40,42}. Varios autores coincidieron en la asociación de peores desenlaces en SM con factores como: abuso sexual en la infancia, deficiente soporte social, mayor tiempo en SP o trata, VIH positivo, estigma/discriminación, SP en calles, situaciones de violencia ejercidas por pagadores, proxenetas, o por la pareja o el hecho de tener una pareja controladora^{17,18,24,25,27,37-39,41-43}. La violencia estuvo directamente relacionada con mayor prevalencia de TD y este, con mayor consumo de SPA, uso inconsistente de preservativo y VIH positivo^{27,40,44}. Otros hallazgos reportados en SM fueron trastorno bipolar (hasta en un 46%), trastorno de personalidad antisocial, histriónico o límite (9 a 23%), trastornos somáticos (10%) o sintomatología somática inespecífica, trastornos de la conducta alimentaria (5%) y trastornos psicóticos (1%)^{20,22,27,45}. Menores tasas de todos estos desenlaces se reportaron en aquellas mujeres que abandonaron la SP⁴⁶ y se reportó frecuentemente que la mayoría de las MSP quieren abandonarla^{22,46}.

Frente a su rol materno y la situación de sus hijos, varios autores describen la normalización de la ausencia paterna, crianza en condiciones de pobreza y con la percepción de sacrificio, se lleva una especie de «doble vida», que permite que este rol y la SP no sean excluyentes, muchas veces se perciben como incompatibles, sienten vergüenza de la SP y se sienten estigmatizadas al no ocultarlo^{10,47}. También, se encuentra que son mujeres que pueden retornar a la SP a los pocos días o semanas posparto, lo cual limita las oportunidades de lactancia materna¹³. Las MSP tienen mayor morbilidad materna, y sus hijos mayores tasas de enfermedades transmisibles, consumo de SPA, de ser prostituidos antes de los 18 años y de victimización en diferentes áreas¹²⁻¹⁴, también reportan darles medicamentos somníferos para poder estar en SP, son niños menos cuidados en general y su seguridad alimentaria es peor, comparada con hijos de mujeres sin SP¹³. Estos niños, niñas y adolescentes (NNA), tienen más dificultades de adaptación general, más agresividad y menores niveles de bienestar global¹⁵. Muchas veces, son fruto de relaciones con pagadores, a veces no están seguras de quién es el padre y usualmente este está ausente⁹. A las MSP les preocupa el abuso sexual y la gestación en sus hijas, muchas veces aceptan ser violentadas para mantener una figura masculina ante sus hijos y reproducen e inculcan modelos tradicionales de género o les corrigen con violencia verbal o física^{8,9}. Los hijos repetidamente están desescolarizados, y ante enfermedades agudas prefieren llevarlos al farmaceuta que al médico y continuamente quedan con diversos cuidadores que no son familiares de primer grado⁸. Si son separadas de sus hijos tienen mayor tiempo libre, lo cual lleva a que pasen más h en SP y tengan un mayor consumo de SPA⁴⁷ y se perpetúen estos ciclos.

Metodología

Tipo de estudio

Este es un estudio mixto⁴⁸⁻⁵¹ donde se realiza un abordaje cuantitativo de tipo descriptivo de los hallazgos encontrados en los instrumentos utilizados, así como un abordaje cualitativo de las historias de vida, entrevistas y consultas psiquiátricas. Las preguntas de investigación que intentamos abordar en esta investigación son: ¿cuál es la situación de SM de las MM en SP y sus hijos al ingreso a un programa de apoyo? y ¿cuáles son las experiencias y narrativas que han construido en su historia de vida y que se asocian a dichas condiciones de salud?

Entorno y participantes

En el marco de un programa de apoyo a MM ingresaron en un refugio en Colombia 24 mujeres entre 18 y 35 años, migrantes de nacionalidad venezolana en Colombia y quienes se encontraban en prostitución. Ingresaron con 31 hijos menores de edad. Todas las mujeres firmaron los consentimientos informados para su participación y la de sus hijos en el estudio. Cinco de ellas salieron del refugio antes de iniciar las diferentes valoraciones debido a: dificultades de convivencia y trato, requerimiento de sus familiares, cambio en la decisión de estar en el refugio y por otros motivos personales.

Procedimientos e instrumentos

Estuvieron de 6 a 9 meses recibiendo intervenciones multidisciplinarias y algunas valoraciones por un equipo de salud para evaluar su situación de SM y la de sus hijos. Se realizó una consulta de psiquiatría al ingreso en el programa, a cada mujer y a sus hijos mayores de 4 años. En todas las mujeres se realizó por parte de psiquiatría una anamnesis completa, evaluación de características predominantes de personalidad, historia de vida, eventos emocionalmente perturbadores y posibles síntomas de la esfera mental, se realizó tamización con instrumentos tipo escala para sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés postraumático, bienestar subjetivo y desempeño cognitivo. También se realizaron entrevistas iniciales adaptadas según la edad para sus hijos y una tamización de síntomas comportamentales, emocionales y sociales.

Los instrumentos de tamización usados fueron: 1) *Patient Health Questionnaire* (PHQ 9) para síntomas depresivos, validada localmente, con sensibilidad media de 0,90, especificidad media de 0,81 y con un *rho de Spearman* de 0,7. 2) *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD 7) para síntomas de ansiedad, validada localmente, con sensibilidad media de 0,92, especificidad media de 0,8 y con un *alfa de Cronbach* de 0,92. 3) *Posttraumatic stress disorder Checklist* (PCL 5), para síntomas de estrés postraumático, validada en países de América Latina, con un *alfa de Cronbach* de 0,96. 4) *Well being index* (WHO 5), para bienestar subjetivo, validada localmente, con sensibilidad de 0,87, especificidad de 0,76 y con *alfa de Cronbach* de 0,85. 5) *Strenghts and Difficulties Questionnaire* (SDQ), para síntomas comportamentales y emocionales en niños, validado al español y con un *alfa de Cronbach* de 0,84. 6) *Montreal Cognitive Assesment*

(MoCA) para la evaluación cognoscitiva, validado localmente, variando su sensibilidad de 0,76 a 0,96, especificidad de 0,31 a 0,85 y con un *alfa de Cronbach* de 0,85. En [tabla 1](#) se describen instrumentos mencionados⁵²⁻⁶¹.

Análisis de datos

Para la porción cuantitativa se usaron medidas de frecuencia y dispersión de las variables correspondientes a los diferentes instrumentos, sin hacer análisis comparativos de ningún tipo, no hubo datos faltantes para las 19 MM en SP que realizaron la evaluación. Para la porción cualitativa se realizó un análisis temático^{50,62,63} en donde el equipo de investigadores definió una lista de categorías a priori para el análisis de la transcripción de las entrevistas. De forma independiente, tres investigadoras realizaron una codificación deductiva e inductiva del material y se crearon categorías emergentes; dicho proceso fue unificado en consenso por las tres investigadoras bajo la supervisión de una cuarta investigadora para generar una categorización final definitiva. Se crearon 4 categorías principales: características del riesgo previas a la prostitución, mecanismos de afrontamiento, prostitución y características del riesgo posteriores a la prostitución. Cada una de ellas tuvo subcategorías relacionadas con: síntomas de la esfera mental y física, relaciones interpersonales, eventos traumáticos, migración, condiciones socioeconómicas, violencia, entre otros. La categorización específica se muestra en el [anexo 1](#), la cual fue construida a partir de la elaboración de una línea de tiempo antes, durante y después de la SP en áreas de salud física y mental y biopsicosocialmente, tanto como individuos como en su familia y en sociedad.

Resultados

Características sociodemográficas ([tablas 2 y 3](#))

Hallazgos

A partir de la entrevista clínica de ingreso se encontró que, solo un 10,5% (n=2) de ellas no tuvo ningún diagnóstico por psiquiatría, encontrándose principalmente aquellos relacionados con sintomatología depresiva (trastorno depresivo mayor o recurrente), con traumas y estrés (TEPT y trastorno de adaptación), aquellos derivados del consumo de SPA (por cannabis, tabaco, alcohol; con o sin abstinencia y con o sin remisión inicial o continuada), y los relacionados con la personalidad (rasgos acentuados o trastornos de la personalidad). La mayoría tuvo ≥ 2 diagnósticos concomitantes (79%, n=15) y todas (n=19) tuvieron ≥ 1 diagnósticos relacionados con circunstancias psicosociales, violencia sexual, intrafamiliar o de género, conductas disruptivas en crianza o síntomas cognoscitivos.

Todas (n=19) relataron eventos traumáticos a lo largo de su historia de vida, principalmente derivados de violencia intrafamiliar, de género o sexual, también relacionados con conflicto armado, delincuencia, abuso sexual, amenazas o intento de homicidio, pérdida de vivienda, entre otros. Todas (n=19) tuvieron al menos uno de los siguientes factores a nivel psicosocial, además de la migración: pobreza, baja escolaridad, negligencia o abandono de padres, maltrato intrafamiliar

Tabla 1 – Descripción de instrumentos de tamización utilizados

Escala de tamización utilizada	Variable medida	Tipo de evaluación
PHQ 9 (Patient Health Questionnaire)	Síntomas depresivos	Tipo Likert con 9 preguntas puntuadas de 0 a 3 («ningún día» hasta «casi todos los días»). Puntaje máximo de 27 con puntos de corte de 5, 10, 15, y 20 representando diferentes niveles de síntomas depresivos (leves, moderados, moderado severos y severos)
GAD 7 (Generalized Anxiety Disorder Scale)	Síntomas de ansiedad	Tipo Likert con 7 preguntas puntuadas de 0 a 3 («ningún día» hasta «casi todos los días») para síntomas de corte ansioso. Su puntaje máximo es de 21 y su clasificación es la siguiente: normal (0-5); leve (5-9); moderado (10-14); y severo (15-21)
PCL 5 (Posttraumatic stress disorder Checklist)	Síntomas trastorno de estrés postraumático	Tipo Likert con 21 preguntas puntuadas de 0 a 4 («para nada» hasta «extremadamente»). Se considera positivo para TEPT con 33 o más
WHO 5 (Well being index)	Bienestar subjetivo	Tipo Likert con 5 preguntas puntuadas de 0 a 5 (desde «nunca» hasta «todo el tiempo»). A mayor puntaje un mayor bienestar subjetivo
SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)	Hiperactividad, síntomas comportamentales, emocionales y sociales en niños	Tiene 25 ítems divididos en 5 grupos, 4 se refieren a conductas problemáticas y 1 a conductas prosociales. Cada uno con un punto de corte para resultados normales, límites o anormales
MoCA (Montreal Cognitive Assessment)	Funciones cognitivas	Evaluación de diferentes funciones cognitivas con puntaje de 0 a 30, donde se agrega un punto por escolaridad menor a 12 años, punto de corte original 26

Fuente: citas⁵²⁻⁶¹.

Tabla 2 – Características sociodemográficas de mujeres participantes

Número de mujeres	21	
	Mediana	(min, máx)
Edad	25	(18-44)
Estrato	1	20
socioeconómico	2	1
Etnia	Afrodescendiente	7
	Ninguna	14
Estado civil	Soltera	20
	Separada	1
Número de hijos	0	2
	1	5
	2	6
	3	4
	4	3
Escolaridad	Primaria	12
	Secundaria	8
	Técnico	1
Afiliación al SGSSS	Sí	4
	No	17
Sin información sociodemográfica	3	

o de pareja, consumo de SPA o suicidio en sus madres, embarazo adolescente y desempleo, que se presentaron, en su mayoría, previos a la prostitución. Todas ellas (n = 19) al menos con un síntoma de la esfera mental, que entre un 63,1% (n = 12) y 94,7% (n = 18) se tradujo en una tamización o diagnósticos positivos frente a condiciones de SM, variando según escala o diagnóstico. En el [anexo 2](#) se listan los principales síntomas reportados a su ingreso.

En la entrevista clínica se detectaron alteraciones del patrón de sueño en 2 de cada 3 mujeres, con insomnio de

Tabla 3 – Características sociodemográficas de hijos e hijas de mujeres participantes

Número de hijos e hijas	31	
	Mediana	(min, máx.)
Edad	4	(5 meses -17 años)
Ciclo de vida	Primera infancia (0 a 5 años)	19
	Infancia (6 a 11 años)	8
	Adolescencia (12 a 18 años)	3
Sexo	Femenino	13
	Masculino	17
Etnia	Afrodescendiente	7
	Ninguna	14
Afiliación al SGSSS	Sí	3
	No	10
Sin información sociodemográfica	1	

conciliación o de múltiples despertares, además deficiente higiene del sueño en todas (n = 19). Adicionalmente, se encontró el reporte de afecto ansioso, triste o irritable, cogniciones de desesperanza o culpa, reminiscencias de eventos traumáticos, dificultad para mantener vínculos y trabajo estables, inestabilidad emocional, impulsividad, búsqueda de recompensa inmediata, deficiente autoconcepto y prospección y síntomas de abstinencia por SPA. Frecuentemente quejas por dificultades en el cuidado de sus hijos, en la convivencia con otras mujeres y para adaptarse a normas y rutinas del hogar.

Al aplicar la escala PHQ 9, se encontró que solo un 21% (n = 4) tuvo un puntaje negativo para el tamizaje de síntomas depresivos. Un 31,6% (n = 6) clasificó positivamente para sínto-

mas leves y un 47,6% (n = 9) para síntomas moderados a graves. Frente a síntomas depresivos evaluados clínicamente, surgieron los diagnósticos relacionados: trastorno depresivo mayor o recurrente con episodio actual leve, moderado o grave (36,8%, n = 7) y trastorno en la adaptación con síntomas depresivos y ansiosos (42,1%, n = 8), para un total de 79% (n = 15) del grupo con alguno de estos. La sintomatología del espectro depresivo más comúnmente encontrada fue: ánimo triste, anhedonia, mal patrón de sueño e ideas de minusvalía o desesperanza.

En la escala GAD 7 encontró una tamización positiva en el 94,7% (n = 18). Síntomas de ansiedad leve, en 6 de ellas (31,5%) y moderada o grave en 12 de ellas (63,1%). En la evaluación clínica surgieron los diagnósticos relacionados: trastorno de la adaptación con síntomas ansiosos, trastorno de estrés postraumático y trastornos relacionados con consumo de sustancias, todos estos hasta en un 84% (n = 16) de las participantes.

Frente a síntomas de TEPT evaluados clínicamente, hasta un 52,6% (n = 10) tuvo este diagnóstico, hallazgos que coincidieron en gran medida con los resultados del instrumento PCL 5, donde hubo una tamizaje positivo en 63,1% (n = 12) al ingreso. Este hallazgo tiene un sentido significativo teniendo en cuenta la exposición a eventos emocionalmente perturbadores, traumáticos y a trauma complejo en la mayor parte de las participantes.

Frente al bienestar subjetivo reportado en escala WHO 5, se encontró que a su ingreso tuvieron un puntaje de bienestar subjetivo adecuado en un 79% (n = 15) de casos.

Durante la primera entrevista clínica (n = 21) como antecedente de alta prevalencia estuvo tener baja escolaridad o abandono escolar, con 95,2% (n = 20) con menos de 12 años de estudio en total y el restante 4,8%, con escolaridad de máximo 13 años por realización de estudio técnico. Al examen mental, a nivel cognoscitivo se evidenciaron alteraciones en la atención sostenida, hipervigilancia, pensamiento concreto, respuestas lacónicas o tangenciales, así como baja fluidez verbal, deficiente abstracción y dificultades en planeación, introspección y prospección. Se realizó prueba de tamizaje cognoscitivo donde se evaluaron funciones visuoespaciales, ejecutivas, fluidez verbal, memoria de trabajo y evocación, atención, abstracción y orientación. Se eligió la prueba de MoCA para este fin, por su oportunidad de acceso y adecuado entrenamiento del evaluador en dicho instrumento. Se encontró que un 63,1% (n = 12) de las participantes tuvo resultado menor al esperado (utilizando punto de corte < 26), incluso teniendo en cuenta escolaridad menor a 12 años, los cuales oscilaron entre 18 y 25. En el [anexo 3](#), se incluye evidencia gráfica de resultados donde se evidencia un desempeño bajo, inferior al esperado para su edad y con corrección por escolaridad.

Análisis de narrativas

Previo a la prostitución, algunas describieron síntomas de la esfera mental, los cuales pudieron ser compatibles con trastornos tipificados, visualizados en aspectos como: autolesiones, inestabilidad afectiva, hiperreactividad emocional y agresividad, también sintomatología postraumática agudizada ante situaciones de amenaza, con reminiscencias de maltrato, abuso o negligencia, pesadillas relacionadas, evitación, sen-

timientos de culpa hacia sí mismas u otros, desconfianza y aislamiento.

En los siguientes ejemplos, participantes o evaluadores, describen algunos síntomas previos a la prostitución:

«... desde los 9 años, ante eventos perturbadores tiene episodios de ira intensa, que posteriormente se torna tristeza, frustración e ideas de muerte... A los 9 años quiso lanzarse de un puente, pero llegó la policía. A los 17, tuvo intento de suicidio con ingesta de pastillas y requirió lavado gástrico. Hace algunos años, presentó autolesión en antebrazo derecho con cuchillas...».

La mayoría refirió, posterior a la prostitución, síntomas de corte depresivo, ansioso o sugestivos de estrés postraumático. Algunos de los más frecuentes fueron: afecto triste, ansioso o irritable; alteraciones del sueño; cogniciones de culpa, desesperanza y minusvalía; ideas de muerte o suicidio; cansancio y falta de energía; dificultad para concentrarse; pérdida del interés o placer en actividades; reminiscencias traumáticas; creencias persistentemente negativas sobre sí mismas o los demás y desapego.

Posterior a la prostitución, también fueron amplios los relatos sobre consumo y abstinencia de SPA, predominantemente tabaco, alcohol y marihuana, menos de cocaína. Los síntomas de abstinencia más frecuentes fueron deseo intenso de usar la sustancia, inquietud y cefalea. Algunas refirieron inicio del consumo como requerimiento exigido en la SP, otras, reportaron iniciarlo como estrategia de regulación emocional y otras, si bien ya lo habían comenzado años antes, reportan un incremento en este periodo de SP.

A continuación, se referencia una participante que narró el consumo de SPA mientras estaba prostituida para lidiar con vivencias, también por solicitud de los que pagaban por sexo o de sus proxenetas. Posteriormente, lo hacía debido a la dependencia, con síntomas de abstinencia, pérdida de control sobre su uso, patrón diario de consumo. Esta mujer, después de cesar el consumo lo reinició ante maltrato de su última pareja, quien era previamente uno de los pagadores por sexo.

«...en ese tiempo conocí la droga que se mete por la nariz, el polvo ese, allá se veía mucho eso, mucho, mucho, porque era en la playa, y los barcos, y eso eran panelas y eso, y entonces mi hermana me dice: mira, esta vaina igualito es espectacular y la vaina y eso, yo lo que le entré la primera vez que consumí fue marihuana y luego, eso de la nariz y ahí me quedé, al inicio consumía para prostituirme ya luego me prostituía para la droga...».

En su historia personal y familiar, estas mujeres presentaron disfuncionalidad familiar: con violencia intrafamiliar, abandono de una o ambas figuras paternas, ser cuidadas continuamente por personas diferentes a sus padres y roles de cuidado invertidos o ausentes. También reportaron interrupciones o abandonado escolar; embarazo adolescente o no deseado; interrupción del embarazo como plan o como coacción ejercida; abuso y maltrato por parte de familiares o parejas; familiares que incentivaron el uso de SPA o el ingreso en la prostitución; familiares que participaban como pagadores, proxenetas o estaban en SP; inseguridad alimentaria, poco acceso a salud o vivienda y violencia armada hacia sí mismas o sus familiares.

Todas las mujeres reportaron eventos emocionalmente perturbadores o traumáticos a lo largo de la vida: abuso sexual en una o más oportunidades, en general por familiares, parejas, exparejas o proxenetas; violencia intrafamiliar, de género o víctimas de violencia armada y secuestro; hambre y pobreza extrema; pérdida de vivienda; engaños, amenazas y manipulación para ser explotadas sexualmente; suicidio de familiares.

Evaluación de hijos

A todos los NNA entre 4 y 17 años, hijos de mujeres participantes, en la valoración inicial se les aplicó el instrumento SDQ-CAS, donde se encontró en 13 NNA evaluados un puntaje alterado para síntomas de hiperactividad (7,7%, $n=1$), emocionales (23,1%, $n=3$), en relaciones con amigos (15,4%, $n=2$) en conductas prosociales (15,4%, $n=2$) o de síntomas conductuales (7,7%, $n=1$) y un 30,8% ($n=4$) más, tuvieron puntajes limítrofes globales.

Dos (15,4%) tuvieron diagnóstico de TD con episodio actual moderado a grave y requirieron manejo psicofarmacológico. Otros dos (15,4%), presentaron síntomas sugestivos de déficit de atención e hiperactividad para lo que se sugirieron medidas conductuales y seguimiento. En la mayoría hubo sospecha de alteraciones del lenguaje, del aprendizaje, disarmonía en el desarrollo o sospecha de maltrato, negligencia o abuso, lo cual se reportó y se sugirió abordaje de acuerdo con directrices estipuladas. Todos estaban desescolarizados, por lo que una recomendación generalizada fue escolarizar prontamente y, de acuerdo con esto, iniciar terapia ocupacional, de lenguaje o pruebas neuropsicológicas según el caso.

Una adolescente de 17 años fue diagnosticada con un TD, llegó a tener ideación suicida y conductas autolesivas, con alerta de posible requerimiento de hospitalización, que finalmente no tuvo que realizarse. Otro menor de 14 años con dicho diagnóstico también tenía trastorno del lenguaje por tartamudeo, lo cual dificultó en gran medida su interacción con otros y su autoconcepto.

En todos los NNA se encontró ≥ 1 de los siguientes (anexo 4): retraso en ítems del neurodesarrollo, desescolarización, sospecha de maltrato, abuso o negligencia; disfuncionalidad familiar, ausencia parcial o total de figura paterna, normalización de inestabilidad en vivienda o cuidadores y un apego ansioso, evitativo o ambivalente. En el anexo 4 también se muestran evaluaciones realizadas en dibujos de estos NNA.

Discusión

Al realizar una evaluación de SM en MM en SP, se encontró una importante prevalencia de síntomas de TD, TA y TEPT al evaluarlos con instrumentos de tamización, al igual que al realizar diagnósticos derivados de la entrevista clínica. Los resultados obtenidos coinciden en gran medida con los rangos reportados por otros autores (17–20,22–28,35,38–41) en países como: Alemania, Australia, Birmania, Brasil, Canadá, Colombia, Corea, China, Estados Unidos, Kenia, México, Moldavia, Países Bajos, Reino Unido, Sudáfrica, Tailandia, Turquía y Zambia, donde mencionan principalmente asociaciones con diagnósticos en SM de: TEPT, trastornos afectivos, TA, trastorno por consumo de SPA, trastornos disociativos y conductas

suicidas, antes, durante y después de la SP, presentándose ≥ 1 de estos diagnósticos en 54% a 75% de las participantes, los cuales se detallaron previamente en la revisión de la literatura. Se encontró que solo un 10,5% ($n=2$) de participantes no tuvo ningún diagnóstico por parte de psiquiatría, siendo este dato global de mujeres con diagnósticos ligeramente mayor a lo reportado en la literatura revisada, sin embargo, se evidencia que es un hallazgo coherente con los múltiples síntomas o condiciones que se encontraron en las evaluaciones realizadas respecto a sus antecedentes de vida y factores de riesgo, que en los estudios comentados se reportan asociados con la mayor aparición de problemas de SM. No se descartan factores que pueden contribuir a un sobrediagnóstico de las condiciones, los cuales deben evaluarse, pero los eventos de exposición, la evaluación clínica y los relatos, soportan muchos de estos.

Algunas mujeres presentaron síntomas aislados de la esfera mental previo al ingreso a la prostitución. Esta evaluación se realizó posterior a la SP, cuando ingresaron en el refugio. Tuvieron tamización positiva en los instrumentos utilizados para síntomas depresivos (79%, $n=15$), ansiosos (94,7%, $n=18$), de estrés postraumático (63,1%, $n=12$) y bajos puntajes en desempeño cognoscitivo (63,1%, $n=12$). En la entrevista por profesional especializado se diagnosticó un TD en hasta un 36,8% ($n=7$) de ellas, TEPT en un 52,6% ($n=10$) y si bien, los resultados de síntomas de ansiedad en escala GAD 7 fueron elevados, no hubo un trastorno de ansiedad en sí mismo diagnosticado, pero se evidenció que muchos de dichos síntomas iban relacionados con el cuadro depresivo o de estrés postraumático, trastornos en la adaptación o por abstinencia de sustancias. Un 79% ($n=15$) puntuó adecuadamente en bienestar subjetivo al ingreso y se sospecha que este último resultado puede corresponder a dificultades para el reconocimiento de las características básicas de calidad de vida posibles.

Entre las limitaciones del estudio se tuvo un tamaño de muestra reducido y sus resultados no pueden desprender generalizaciones. A pesar de ello, es un trabajo que de manera pionera propone el análisis de factores previos y posteriores a la prostitución que aparecen en un grupo como el estudiado, con mujeres venezolanas ubicadas en Colombia, que permite que estudios a futuro analicen en una muestra mayor similar las condiciones de SM y las posibles intervenciones de rehabilitación y tratamiento para MSP y sus hijos, que además permitan evaluar e intervenir factores de vulnerabilidad que pueden favorecer el ingreso a la SP y sus respectivas consecuencias en SM para ellas y sus hijos. Se sospecha, también, que al incluir nuevos instrumentos similares a los ya usados, se podrán evaluar mucho mejor diversos aspectos específicos de su SM y su red social, además de la inclusión de pruebas neuropsicológicas al ingreso y egreso del refugio que abarquen la adecuada evaluación de su esfera cognoscitiva.

Síntomas y problemas encontrados en sus narrativas que coinciden con las entrevistas clínicas e instrumentos aplicados, fueron las alteraciones de ánimo, del sueño, desesperanza, culpa, hipervigilancia, reminiscencias, dificultades en creación y estabilidad de vínculos, deficiente autoimagen y autoconcepto. Al examen mental hubo frecuentemente un pensamiento concreto y escasa introspección y prospección, lo cual es consistente con que son mujeres que resuelven las

necesidades básicas cotidianas a medida que aparecen, sin una planificación o establecimiento de metas, recursos, ahorro u otros en pro de sí mismas o sus hijos.

La baja escolaridad y un desempeño cognitivo inferior al esperado se suma a sus los determinantes de riesgo biopsicosocial encontrados a lo largo del proceso, que posiblemente contribuye en condiciones como desempleo, deficientes estrategias de afrontamiento, facilidad para ser engañadas o manipuladas y dificultades para llegar a alternativas de supervivencia distintas a la prostitución. Este factor junto al desempleo, la violencia y una deficiente red de apoyo fueron características sociodemográficas coincidentes con los reportes de la literatura revisada que favorecieron el ingreso en la prostitución.

Frente a la diada madre-hijo, tanto en la revisión realizada de la literatura como en el grupo estudiado, se encuentran madres que a su vez fueron fruto de familias disfuncionales, homoparentales, con negligencia, maltrato y pobreza, quienes se tornaron, en muchos casos, madres adolescentes maltratadas o abusadas, en condiciones de pobreza, de baja escolaridad y migrantes posteriormente en SP, ejerciendo un rol de madres deficiente, desde el mismo momento del embarazo con rechazo a este, posteriormente con deficientes condiciones de acceso a salud y nutrición, además de parejas que en general no efectuaron sus responsabilidades afectivas ni económicas como padres. Se observó frecuentemente un vínculo frágil con sus hijos, deficientes pautas de crianza, repetición de patrones de maltrato, desescolarización, cuidadores externos inestables, hacinamiento, violencia, testigos de maltrato intrafamiliar, consumo y modelación de conductas disfuncionales de apego, todo esto generando patrones de apego ansioso, evitativo o desorganizado, alteraciones en el neurodesarrollo, en el aprendizaje o el lenguaje y transmisión intergeneracional del trauma y sus consecuencias.

En los niños y adolescentes del grupo descrito, se evidenciaron síntomas de su esfera mental posiblemente relacionados con lo mencionado, como: hiperactividad, alteraciones de la conducta, de la socialización, trastornos depresivos, entre otros, lo cual nos dio unos signos de alarma para indicaciones o intervenciones puntuales en cada menor o diada madre-hijo, según áreas de riesgo o afectadas. Los hallazgos aquí descritos frente a los hijos de MSP coinciden con estudios realizados en Colombia y otros países^{8,14,15}.

Estos hallazgos acerca de cómo ingresaron las participantes, nos hablan de diversas condiciones en SM en las mujeres que se evaluaron después de estar en SP, en quienes se encontró también una vulnerabilidad en cuanto a importantes factores de riesgo psicosociales previos a la prostitución, exacerbados posterior a esta y agregados a su estado de migrantes en condiciones de pobreza. Es una población con reporte de exposición a eventos traumáticos y a trauma complejo en sus historias de vida, con posibles repercusiones intergeneracionales del trauma, deficientes mecanismos de afrontamiento y deficiente elaboración de proyecto de vida para ellas y sus hijos, lo cual puede perpetuar dicha vulnerabilidad.

Impresiona que, teniendo en cuenta antecedentes traumáticos, condiciones de vulnerabilidad psicosocial, migración y narrativas antes, durante y después de la SP, podría haber una

relación entre dichos antecedentes y vulnerabilidades cruzadas, el riesgo de estar en SP y de padecer diversos problemas de SM y con sus hijos de manera directa e indirecta, lo cual debe tenerse en cuenta para futuras investigaciones con mayor número de participantes.

Conclusión

Las MSP tienen múltiples determinantes en su línea de vida desde antes de estar en SP, los cuales se unen y se profundizan después de esta, favoreciendo problemas, condiciones y deficiencias en su SM global y de sus hijos. Algunos de los más reportados previos a la SP son la pobreza, el desempleo, deficiente red de apoyo, violencia y abuso. Hay importantes coincidencias entre autores sobre la prevalencia incrementada de condiciones de SM como TD, TA, TEPT, consumo de SPA, conductas suicidas, entre otros, así como describen en la SP presencia de discriminación, estigma, más violencia y abusos. Reportan que al abandonar la SP tienden a mejorar en diversos grados de los síntomas presentados en su SM.

Las MSP usualmente están con sus hijos y estos sufren mayor riesgo de victimización, negligencia, condiciones inestables de vida, alteraciones de SM y, las MSP tienden a tener un deficiente y ambivalente vínculo materno con ellos y a no tener apoyo de la figura paterna en su cuidado y crianza. Estos hallazgos reportados en la literatura y encontrados en este trabajo llaman a profundizar la investigación e intervención de MSP y sus hijos, para desarrollar estrategias que disminuyan y abarquen las dificultades y desenlaces que pueden encontrarse. Se sugiere realizar un esfuerzo por evaluar una muestra mayor, ampliar los instrumentos de tamización en SM, así como las pruebas neuropsicológicas.

Este estudio evidencia cómo la SP en un grupo de MM no es solo un problema que puede afectar la salud sexual de estas, sino que responde a determinantes encontrados en sus historias de vida, y que conlleva a efectos negativos evidenciables en su salud general y sobretodo en su SM y la de sus hijos. Adicionalmente, es fundamental la documentación y reporte de estos datos en Colombia y América Latina donde es un problema creciente y anclado a la delincuencia armada y el narcotráfico^{1,64}. Así mismo, las consecuencias de estar en la prostitución incluyen los efectos intergeneracionales del conjunto de vulnerabilidades asociadas a un contexto de trauma complejo individual y familiar con componentes transgeneracionales, susceptible de ser intervenido^{31,65,66}.

Teniendo en cuenta los hallazgos obtenidos y que, en la mayoría de las regiones no hay unas políticas que protejan y cubran las condiciones y necesidades de poblaciones como esta, se considera que intervenciones dirigidas a prevenir, detectar y tratar problemas de SM (como la psicoterapia, psiquiatría, actividad física, higiene de sueño, psicoeducación, meditación, psicosensoriales, entre otros), así como algunas específicas como el entrenamiento en pautas de crianza, derechos y deberes, administración de recursos, ocupacionales, educativas y de desarrollo humano, pueden tener una adecuada repuesta a corto y largo plazo en grupos como este.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.rcp.2024.09.003](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.09.003).

BIBLIOGRAFÍA

1. Migración Colombia. Radiografía de migrantes venezolanos(os) en Colombia. 2023 Nov.
2. Ávila M, Guarín A, Borda S. Trata de mujeres venezolanas en la frontera entre Colombia y Venezuela [Internet]. [Bogotá D.C.]: Universidad de los Andes;; 2021 [citado 7 Mar 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstreams/02f46d45-f513-4f90-bf3d-6c96649e890b/download>
3. García Pinzón V, Mantilla J. Contested borders: organized crime, governance, and bordering practices in Colombia-Venezuela borderlands. *Trends Organ Crime*. 2021;24:265–81.
4. Calderón-Jaramillo M, Parra-Romero D, Forero-Martínez LJ, Royo M, Rivillas-García JC. Migrant women and sexual and gender-based violence at the Colombia-Venezuela border: A qualitative study. *J Migr Health*. 2020;1–2, 100003.
5. Jones HS, Hensen B, Musemburi S, Chinyanganya L, Takaruzza A, Chabata ST, et al. Temporal trends in, and risk factors for, HIV seroconversion among female sex workers accessing Zimbabwe's national sex worker programme, 2009-19: a retrospective cohort analysis of routinely collected HIV testing data. *Lancet HIV*. 2023;10:e442–52.
6. Becquet V, Nouaman M, Plazy M, Masumbuko JM, Anoma C, Kouame S, et al. Sexual health needs of female sex workers in Côte d'Ivoire: A mixed-methods study to prepare the future implementation of pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention. *BMJ Open*. 2020;10(1.).
7. George G, Nene S, Beckett S, Durevall D, Lindskog A, Govender K. Greater risk for more money: the economics of negotiating condom use amongst sex workers in South Africa. *AIDS Care*. 2019;31:1168–71.
8. Montenegro-Melo BV, Medina-Matallana LS. AT Prácticas de crianza de mujeres que ejercen la prostitución, madres de niños menores de 5 años en la localidad de Mártires de Bogotá en el primer semestre de 2011. Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/9754>
9. Díaz Amaya JG, Barrios Acosta M, Vásquez Rojas R. Crianza y sexualidad de hijos de mujeres prostitutas marginales del centro de Bogotá. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;41:562–75.
10. Trujillo Cristoffanini M. Maternidad y prostitución ¿contradictorias y excluyentes? *Rev Estud Fem*. 2017;25:167–85.
11. Senaratne B, Perera H, Fonseka P. Mental health status and risk factors for mental health problems in left-behind children of women migrant workers in Sri Lanka. *Ceylon Medical Journal*. 2011;56:153.
12. Ouma S, Abbo C, Natala N, McCoy M, Kroupina M. Victimization among adolescents of female sex workers: findings from the children of at-risk parents (CARP) study in Uganda. *BMC Pediatr* [Internet]. 2023;23:311, <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-023-04131-w>.
13. Willis B, Welch K, Onda S. Health of female sex workers and their children: a call for action. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2016;4:e438–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X16300717>
14. Servin AE, Strathdee S, Muñoz FA, Vera A, Rangel G, Silverman JG. Vulnerabilities faced by the children of sex workers in two Mexico-US border cities: a retrospective study on sexual violence, substance use and HIV risk. *AIDS Care* [Internet]. 2015;27:1–5, <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.946384>.
15. Ramachandran N, Antony J. Children of prostitutes vs. children of women engaged in other occupations: A comparative study on adjustment. *J Res: Bede Athenaeum*. [Internet]. 2015;6:19. Disponible en: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:bajrp&volume=6&issue=1&article=004>
16. Pobres, desplazadas y en prostitución: de la violencia de la guerra a la explotación sexual | EL ESPECTADOR [Internet]. [citado 8 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.elespectador.com/colombia-20/conflicto/pobres-desplazadas-y-en-prostitucion-de-la-violencia-de-la-guerra-a-la-explotacion-sexual-article/>.
17. Abas M, Ostrovschi NV, Prince M, Gorceag VI, Trigub C, Oram S. Risk factors for mental disorders in women survivors of human trafficking: a historical cohort study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:204.
18. Pannet M, Gafos M, Nyariki E, Liku J, Shah P, Wanjiru R, et al. Mental health challenges and perceived risks among female sex Workers in Nairobi Kenya. *BMC Public Health*. 2022; 22(1.).
19. Jung YE, Song JM, Chong J, Seo HJ, Chae JH. Symptoms of posttraumatic stress disorder and mental health in women who escaped prostitution and helping activists in shelters. *Yonsei Med J*. 2008;49:372–82.
20. Ottisova L, Hemmings S, Howard LM, Zimmerman C, Oram S. Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: An updated systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25:317–41.
21. Perdue TR, Williamson C, Ventura LA, Hairston TR, Osborne LTC, Laux JM, et al. Offenders Who Are Mothers with and without Experience in Prostitution: Differences in Historical Trauma, Current Stressors, and Physical and Mental Health Differences. *Women's Health Issues*. 2012;22.
22. Farley M, Cotton A, Lynne J, Zumbbeck S, Spiwak F, Reyes ME, et al. Prostitución y Tráfico de Personas en Nueve Países Un Estudio Reciente sobre Violencia y Trastorno de Estrés Postraumático. *J Trauma Pract*. 2003;2(3–4):33–74.
23. Roxburgh A, Degenhardt L, Copeland J. Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area. *Australia. BMC Psychiatry*. 2006;6:24.
24. Zhang C, Li X, Chen Y, Hong Y, Shan Q, Liu W, et al. Alcohol and other drug use, partner violence, and mental health problems among female sex workers in southwest China. *Health Care Women Int*. 2014;35:60–73.
25. Kanayama Y, Yamada H, Yoshikawa K, Aung KW. Mental Health Status of Female Sex Workers Exposed to Violence in Yangon. *Myanmar. Asia Pac J Public Health*. 2022;34:354–61.
26. Mühlen A, Rudy J, Böckmann A, Deimel D. Mental Health Situation of Sex Workers in Europe: a Scoping Review. *Das Gesundheitswesen*. 2023;85:561–7.
27. Martín-Romo L, Sanmartín FJ, Velasco J. Invisible and stigmatized: A systematic review of mental health and risk factors among sex workers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. John Wiley and Sons Inc;. 2023;148:255–64.
28. Krumrei-Mancuso EJ. Sex Work and Mental Health: A Study of Women in the Netherlands. *Arch Sex Behav*. 2017;46:1843–56.
29. Salamanca A, Sepúlveda M, García C. Relatos de vida de mujeres que ejercen la prostitución: factores psicosociales y perspectivas a futuro. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*. 2011;2:31–50.

30. World Health Organization. Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care. 2023.
31. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;40:220–5.
32. Benoit C, Smith M, Jansson M, Healey P, Magnuson D. The Prostitution Problem”: Claims, Evidence, and Policy Outcomes. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2019;48:1905–23, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-018-1276-6>.
33. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito U. Trata de personas: Definición del concepto de trata de personas. En: Serie de módulos universitarios [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/e4j/tip-som/Module-6.-E4J-TIP-ES-FINAL.pdf>.
34. Stanley N, Oram S, Jakobowitz S, Westwood J, Borschmann R, Zimmerman C, et al. The health needs and healthcare experiences of young people trafficked into the UK. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2016;59:100–10. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213416301673>
35. Gajic-Veljanoski O, Stewart DE. Women Trafficked Into Prostitution: Determinants, Human Rights and Health Needs. *Transcult Psychiatry* [Internet]. 2007;44:338–58, <http://dx.doi.org/10.1177/1363461507081635>.
36. Moran R, Farley M. Consent, Coercion, and Culpability: Is Prostitution Stigmatized Work or an Exploitive and Violent Practice Rooted in Sex, Race, and Class Inequality? *Arch Sex Behav* [Internet]. 2019;48:1947–53, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-018-1371-8>.
37. Hossain M, Zimmerman C, Abas M, Light M, Watts C. The Relationship of Trauma to Mental Disorders Among Trafficked and Sexually Exploited Girls and Women. *Am J Public Health*. 2010;100:2442.
38. Ross CA, Farley M, Schwartz HL. Dissociation Among Women in Prostitution. *Journal of Trauma Practice* [Internet]. 2004;2(3–4):199–212, <http://dx.doi.org/10.1300/J189v02n03.11>.
39. Jewkes R, Milovanovic M, Otjombe K, Chirwa E, Hlongwane K, Hill N, et al. Intersections of Sex Work, Mental Ill-Health, IPV and Other Violence Experienced by Female Sex Workers: Findings from a Cross-Sectional Community-Centric National Study in South Africa. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18:11971. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/22/11971>
40. Beattie TS, Smilenova B, Krishnaratne S, Mazzuca A. Mental health problems among female sex workers in low- And middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9).
41. Braga LP, Szwarcwald CL, Damacena GN, de Souza-Júnior PRB, Dourado I, de Brito AM, et al. Health vulnerabilities in female sex workers in Brazil, 2016. *Medicine* [Internet]. 2022;101:e30185, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000030185>.
42. Wang B, Li X, Stanton B, Fang X, Yang H, Zhao R, et al. Sexual Coercion, HIV-Related Risk, and Mental Health Among Female Sex Workers in China. *Health Care Women Int* [Internet]. 2007;28:745–62, <http://dx.doi.org/10.1080/07399330701465226>.
43. Zhang L, Li X, Wang B, Shen Z, Zhou Y, Xu J, et al. Violence, stigma and mental health among female sex workers in China: A structural equation modeling. *Women Health*. 2017;57:685–704.
44. Gu J, Lau JTF, Chen H, Chen X, Liu C, Liu J. Mental Health and Interpersonal Factors Associated with HIV-Related Risk Behaviors Among Non-Institutionalized Female Injection Drug Users Who Are Also Sex Workers in China. *Women Health* [Internet]. 2010;50:20–36, <http://dx.doi.org/10.1080/03630241003601137>.
45. Farley. The Prostitution and Trafficking of American Indian/Alaska Native Women in Minnesota. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* [Internet]. 2016;23(1):65–104. Disponible en: <https://coloradosph.cuanschutz.edu/research-and-practice/centers-programs/caianh/journal/volume23>.
46. Burnette ML, Schneider R, Timko C, Ilgen MA. Impact of Substance-Use Disorder Treatment on Women Involved in Prostitution: Substance Use, Mental Health, and Prostitution One Year After Treatment. *J Stud Alcohol Drugs* [Internet]. 2009;70:32–40, <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2009.70.32>.
47. Sloss CM, Harper GW. No Title When Street Sex Workers Are Mothers. *Archiver of sexual behavior* [Internet]. 2004;33:329–41, <http://dx.doi.org/10.1023/b:aseb.0000028886.95568.2b>.
48. Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*. 2013;2:211–6.
49. Chárriez M. Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Rev Griot*. 2012;5(1.).
50. Pujadas Muñoz JJ. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. España: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); 1992.
51. Cadena Camargo YML. Medical risks or complex narratives? Using life-stories of internally displaced adolescent mothers in Bogota to put policies in perspective. Maastricht University. Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez; 2020.
52. PTSD. PCL-5 Assessment Resources developed by the VISN 4 MIRECC in collaboration with the National Center for PTSD. 2016.
53. Simancas-Pallares M, Díaz-Cárdenas S, Barbosa-Gómez P, Buendía-Vergara M, Arévalo-Tovar L. Psychometric properties of the WHO-5 well-being index in partially edentulous patients. *Rev Fac Med*. 2016;64:701–5.
54. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec 2;177:534–9.
55. Cardozo Alarcón AC, Bejarano Hernández LA. Trascendiendo la adversidad: niveles de resiliencia y sus asociaciones en adolescentes escolarizados de la ciudad de Bogotá [Internet]. Universidad de los Andes. 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1992/61000>
56. Pedraza OL, Salazar AM, Sierra FA, Soler D, Castro J, Castillo PC, et al. Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de Adultos de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*. 2017 Oct 30;41(4).
57. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2021;50:11–21.
58. Camargo L, Herrera-Pino J, Shelach S, Soto-Añari M, Porto MF, Alonso M, et al. GAD-7 Generalised Anxiety Disorder scale in Colombian medical professionals during the COVID-19 pandemic: construct validity and reliability. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2023;52:245–50.
59. Durón Figueroa R. Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta Investig Psicol* [Internet]. 2019 Apr 30;9:26–36. Disponible en: https://www.revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/296
60. Campo-arias A, Miranda-tapia GA, Cogollo Z, Herazo E. Reproducibilidad del Índice de Bienestar General (WHO- 5

- WBI) en estudiantes adolescentes. *Revista Científica Salud Uninorte*. 2015;31:18–24. Disponible en: <https://doi.org/10.14482/sun.31.1.5493>
61. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Sylvia Sastre i R. Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: El cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del Psicólogo*. 2016;37:14–26.
 62. QSR International. *Qualitative Data Analysis Software | NVivo*. 2020.
 63. Tong A, Sainsbury P, Craig J, Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *IJQHC*. 2007 Sep 16;19:349–57.
 64. Doocy S, Page KR, de la Hoz F, Spiegel P, Beyrer C. Venezuelan Migration and the Border Health Crisis in Colombia and Brazil. *J Migr Hum Secur*. 2019;7:79–91.
 65. Vos S. Post-Traumatic Stress Disorder among Venezuelan Refugees in Bogotá, Colombia and Miami: Mediation between Gender, clinical levels of PTSD and Discrimination. *APHA's 2019 Annual Meeting and Expo*. 2019.
 66. Schwerdtfeger KL, Goff BSN. Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother–infant prenatal attachment. *J Trauma Stress*. 2007 Feb 7;20:39–51.