

## ORIGINAL BREVE

Recibido: 18 de agosto de 2016  
 Aceptado: 27 de diciembre de 2016  
 Publicado: 25 de enero de 2017

## FACTORES DE RIESGO

## RELACIONADOS CON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

María Ángeles Pérez-Morente (1), Esperanza Cano-Romero (2), María Teresa Sánchez-Ocón (1), Esperanza Castro-López (3), Francisco Jiménez-Bautista (4) y César Hueso-Montoro (5).

(1) Complejo Hospitalario de Granada, Servicio Andaluz de Salud. Granada. España.

(2) Royal Albert Edward Infirmary Hospital. Wigan. Reino Unido.

(3) Centro de ETS y Orientación Sexual, Servicio Andaluz de Salud. Granada. España.

(4) Departamento de Antropología Social y Cultural, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Granada. Granada. España.

(5) Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. España. Granada. España.

## RESUMEN

**Fundamento:** Conocer los factores determinantes en Infecciones de Transmisión sexual (ITS) es necesario para evaluar y diseñar medidas efectivas para su prevención y tratamiento. El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo relacionados con la sexualidad de sujetos atendidos en un centro de control de Infecciones de Transmisión Sexual y analizar si hubo diferencias en función del sexo.

**Método:** Estudio transversal utilizando como fuente de información 496 historias clínicas correspondientes al periodo 2010-2014, de sujetos que acudieron al Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual y Orientación Sexual de la provincia de Granada por sospecha de ITS. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con pautas sexuales. Se realizó análisis descriptivo y análisis bivariante mediante comparación de proporciones con test de la chi-cuadrado.

**Resultados:** El 56% de los sujetos eran hombres y el 44% mujeres. La edad media fue de 29,01 años (DT=9,07). El 85,9% estaban solteros. El 54,2% presentaba un nivel de estudios superior. Las infecciones más prevalentes fueron el virus del papiloma humano (18,8%), *Molluscum contagiosum* (5,6%) y candidiasis (3,8%). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas por sexo con la variable conducta sexual, hallando 89 hombres homosexuales y 4 mujeres, así como 22 hombres bisexuales frente a 7 mujeres (p<0,001). También se hallaron diferencias entre sexo y vida sexual, encontrando mayor prevalencia de hombres con entre 10-20 parejas (n=23) y más de 20 parejas (n=20) que mujeres (n=10, n= 4, respectivamente) (p<0,001).

**Conclusiones:** El perfil es el de una persona joven, soltera, con estudios superiores. La infección más prevalente es el virus del papiloma humano. Los hombres siguen constituyendo la población más vulnerable para contraer infecciones de transmisión sexual debido a sus prácticas sexuales.

**Palabras clave:** Conducta Sexual, Factores de riesgo, Enfermedades de Transmisión Sexual, Género y Salud, Epidemiología de los Servicios de Salud.

Correspondencia  
 César Hueso Montoro.  
 Departamento de Enfermería.  
 Facultad de Ciencias de la Salud  
 Universidad de Granada  
 Avenida de la Ilustración, 60  
 18016, Granada  
 cesarhueso@ugr.es

## ABSTRACT

## Sexuality Risk Factors among People with Suspect of Sexually Transmitted Disease

**Background:** Describing determinants factors in Sexually Transmitted Diseases is necessary to evaluate and design effective measures for prevention and treatment. The aim of this research was to determine the sexual risk factors of people who are treated at Sexually Transmitted Diseases Centre and to analyze differences based on gender.

**Method:** Cross-sectional study on 496 clinical reports, period of time 2010 to 2014, of people who come to the Sexually Transmitted Diseases and Sexual Orientation Centre of Granada, for suspected of Sexually Transmitted Diseases. Sociodemographic, clinical and sexual patterns data were collected. Calculation of descriptive statistics and Chi-square test to compare proportions were performed

**Results:** 56% men and 44% women. The mean age was 29,01 years (SD=9,07). Most of the sample were single (85,9%). 54,2% had a higher education level. The most prevalent infections were the Human Papillomavirus (18,8%), followed Molluscum contagiosum (5,6%) and Candidiasis (3,8%). Significant differences were found by sex with sexual behavior, there are more gay men (n=89) and bisexual (n=22) than women (n=4, n=7, respectively) (p<0,001); differences between sex and sexual life were also found, finding higher prevalence of men with 10-20 couples (n=23) and more than 20 couples (n=20) than women (n=10, n=4, respectively) (p<0,001).

**Conclusions:** The user profile is a young, single, with higher education. The most prevalent infection is the Human Papillomavirus. Men are a vulnerable population for contracting sexually transmitted diseases because of their sexual practices.

**Keywords:** Sexual Behavior, Risk Factors, Sexually Transmitted Diseases, Gender and Health, Health Services Epidemiology.

Cita sugerida: Pérez-Morente MA, Cano-Romero E, Sánchez-Ocón MT, Castro-López E, Jiménez-Bautista F, Hueso-Montoro C. Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. Rev Esp Salud Pública. 2017;91:25 de enero 201701012.

## INTRODUCCIÓN

La determinación del comportamiento sexual como factor de riesgo es difícil de identificar en el desarrollo de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), si bien la promiscuidad, el número de parejas sexuales o el uso inconsistente del preservativo, entre otros, son factores asociados<sup>(1,2)</sup>. Las investigaciones recientes sobre factores de riesgo en el desarrollo de ITS muestran como colectivos diana a los adolescentes, homosexuales<sup>(3,4,5,6,7)</sup>, además de grupos vulnerables como las personas inmigrantes o las trabajadoras del sexo<sup>(8,9)</sup>.

Según datos de 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre personas de 15 a 49 años hubo nuevos contagios de *Chlamydia trachomatis* (146 millones), *Treponema pallidum* (5 millones), *Neisseria gonorrhoeae* (51 millones) y *Trichomonas vaginales* (239 millones), manteniéndose la prevalencia alta también para las ITS víricas, habiendo 291 millones de mujeres portadoras del virus del papiloma humano (VPH) y 417 millones infectados por el virus del herpes simple (VHS) tipo 2<sup>(10)</sup>. En 2014 36,9 millones de personas vivían con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y en el mismo año alrededor de 2 millones se infectaron con el mismo, siendo 1,2 millones de personas las que murieron de enfermedades relacionadas con el Sida<sup>(11)</sup>.

La verdadera dimensión de las ITS está infravalorada, debido a sus características y a los sistemas de declaración. El estigma que generan y el hecho de que la mayoría se presenten de manera asintomática o subclínica, genera una menor detección de los casos. En España, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) cuenta con el Sistema de Declaración Obligatoria (EDO). Las ITS con vigilancia epidemiológica de declaración numérica semanal son la sífilis, la sífilis congénita, la gonococia, *Chlamydia trachomatis* y linfogranuloma venéreo, siendo el VIH declarado por sistemas específicos, aunque en algunos casos los registros se limitan a la comunidad autónoma y año<sup>(12)</sup>. Otra fuente de información es el Sistema de Información Microbiológica. Cabe destacar que en el periodo 1995-2001 hubo un descenso en las tasas de incidencia de sífilis (de 2,57 por 100.000 habitantes hasta 1,77 por 100.000 habitantes). Más

adelante hubo un ascenso con una tasa de 7,64 por 100.000 habitantes en 2011, de manera que las tasas de sífilis superan a las de gonococia desde 2004. En 2012, fueron registrados por el Sistema de Información Microbiológica 776 casos de gonorrea, 1.033 de clamidias y 532 de herpes simple (tipo 1 y 2 y no tipados), observándose que el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre los 25 y 34 años<sup>(13)</sup>.

Unas de las comunidades autónomas que forma parte del Sistema de Información Microbiológica es Andalucía. En 2005 se creó un grupo de trabajo sobre ITS a nivel estatal, en el que participan 14 centros diagnósticos. Uno de ellos es el centro de ETS de Granada, situado en el Hospital de San Juan de Dios. Según el informe del Grupo de trabajo sobre ITS, entre el periodo de 2005 a 2008 en Granada hubo un total de 168 casos de ITS, 76 de sífilis y 94 de gonococia<sup>(14)</sup>.

Este trabajo se une a la línea de los antes citados sobre determinación epidemiológica y análisis de comportamientos sexuales en relación al desarrollo de las ITS, con la novedad de presentar datos del periodo 2010-2014 e incorporar un análisis por sexo.

El objetivo del estudio fue determinar los principales factores de riesgo asociados al comportamiento sexual de una población de sujetos atendidos en un centro de control de ITS de la provincia de Granada durante el periodo periodo 2010-2014 así como analizar si hubo diferencias en función del sexo.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional descriptivo mediante revisión de historias clínicas incluidas en el registro del Centro de ETS y Orientación Sexual de la provincia de Granada, en el periodo 2010-2014, que coincide con un mayor incremento de ITS según la bibliografía consultada<sup>(13)</sup>.

Se seleccionaron historias de sujetos que acudieron al centro por sospecha de ITS y a los que se les realizó al menos una serología. El tamaño de la muestra se estimó para detectar diferencias en las variables básicas de presentación de las ITS en

pacientes a los que se les abrió historia clínica. Tal cálculo se hizo para detectar diferencias en una variable binaria (siendo así el mayor tamaño de muestra necesario) deseando detectar diferencias de un 20% en dos años, con una potencia del 80% y siempre que el test se hiciera a un error  $\alpha=5\%$ . El tamaño de muestra necesario para detectar esa diferencia fue de 97 historias clínicas por año, dando un total de 485. La forma de selección de las historias clínicas partió del archivo de historias nuevas de cada año de la que se tomó el primero y el último número de historia, extrayéndose una muestra anual mediante muestreo aleatorio sistemático con reemplazamiento en el caso de que la historia seleccionada no cumpliera el criterio de inclusión antes descrito. El intervalo se estableció en 15 al ser el valor más repetido en la serie.

Las variables de estudio fueron edad, sexo, nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, formación profesional, superiores), situación laboral, motivo de consulta, conducta sexual, último contacto sin preservativo, parejas en el último mes, parejas en el último año, vida sexual (recogía el número total de parejas), ITS anteriores e ITS diagnosticadas en el momento de realización del estudio.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo (media, desviación típica y porcentajes). Para determinar si las diferencias en función del sexo eran estadísticamente significativas se empleó el estadístico  $\chi^2$ . Se consideró estadísticamente significativo un nivel de significación inferior a 0,05, no se consideraron significativos los resultados cuando más del 20% de celdas presentaban un valor esperado menor de 5 y, al ser una muestra superior a 40, cuando había más de una celda con un valor esperado menor de 1. El análisis de los datos se realizó con el software estadístico IBM SPSS versión 22.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Biomédica de la provincia de Granada.

## RESULTADOS

La muestra final fue de 496 sujetos (56% hombres y 44% mujeres) de los que 426 (85,9%) eran solteros. La edad media fue de

Variable	n (%)	
	Sospecha VIH	329 (66,3)
	Síntomas	153 (30,8)
	Control/Otros	14 (2,8)
	Valores perdidos	0
Conducta sexual	Heterosexual	371 (74,8)
	Homosexual	92 (18,5)
	Bisexual	28 (5,8)
	Transexual	0
	Valores perdidos	5 (1)
Último contacto sin preservativo	<1 semana	60 (12,1)
	1-3 semanas	82 (16,5)
	1-2 meses	65 (13,1)
	>2-6 meses	70 (14,1)
	>6-12 meses	23 (4,6)
	+ 1 año	13 (2,6)
	No usa con pareja	26 (5,2)
	No accidentes	14 (2,8)
	1-3 semanas sexo oral	7 (1,4)
	1-2 meses sexo oral	3 (0,6)
>2-6 meses sexo oral	4 (0,8)	
>6-12 meses sexo oral	1 (0,2)	
Parejas último mes	0	65 (13,1)
	1	327 (65,9)
	2	36 (7,3)
	3-5	21 (4,2)
	+5	6 (1,2)
	Profesional del sexo	35 (7,1)
	Valores perdidos	6 (1,2)
Parejas último año	0	5 (1)
	1	163 (32,9)
	2	86 (17,3)
	3-5	118 (23,8)
	6-10	59 (11,9)
	11-20	19 (3,8)
	+20	12 (2,4)
	Profesional del sexo	26 (5,2)
	Valores perdidos	8 (1,6)
	Antecedentes sexuales	0-10 parejas
11-20 parejas		33 (6,7)
+20 parejas		24 (4,8)
Valores perdidos		388 (73,4)
ITS anterior	Sí	90 (18,2)
	No	272 (54,8)
	Valores perdidos	134 (27)
ITS diagnosticadas (prevalencia superior a 10)	VPH	93 (18,8)
	<i>Molluscum contagiosum</i>	28 (5,6)
	Candidiasis	19 (3,8)
	Sífilis	12 (2,4)
	SIL Bajo/Alto Grado	12 (2,4)
	Gonococia	10 (2)
	Otras patologías	80 (16,1)
	Sin diagnóstico	242 (48,8)

**Tabla 2**  
**Contraste entre variables relacionadas con prácticas sexuales y sexo**

Variable	Modalidades	Hombre	Mujer	Total	p*
Motivo de consulta	Síntomas	109 (22%)	44 (8,9%)	153 (30,8%)	< 0,001
	Serología	165 (33,3%)	164 (33,1%)	329 (66,3%)	
	Control/Otros	4 (0,8%)	10 (2%)	14 (2,8%)	
	Total	278 (56%)	218 (44%)	496 (100%)	
Conducta sexual	Heterosexual	166 (33,6%)	208 (42%)	374 (75,6%)	< 0,001
	Homosexual	89 (17,9%)	4 (0,8%)	93 (18,7%)	
	Bisexual	22 (4,3%)	7 (1,4%)	29 (5,7%)	
	Total	277 (55,8%)	219 (44,2%)	496 (100%)	
Vida sexual	0-10 parejas	34 (25,8%)	41 (31,1%)	75 (56,8%)	< 0,001
	10-20 parejas	23 (17,4%)	10 (7,6%)	33 (25%)	
	Más de 20 parejas	20 (15,2%)	4 (3%)	24 (18,2%)	
	Total	77 (58,3%)	55 (41,7%)	132	

\* significación estadística si valor de  $p < 0,05$

29,01 años (DT=9,07); 194 (39,1%) sujetos estudiaban y 178 (35,9%) estaban en situación laboral activa. Respecto al nivel de estudios 269 (54,2%) sujetos tenían nivel superior de estudios. En cuanto a la conducta sexual 371 (74,8%) eran heterosexuales.

La **tabla 1** muestra los resultados de las variables clínicas, en las que se encontró que 329 (66,3%) sujetos acudieron al centro por sospecha de VIH, 82 (16,5%) tuvieron el último contacto sin preservativo entre 1 y 3 semanas antes de la consulta. Al registrar el número de parejas sexuales durante el último mes, 327 (65,9%) declararon 1 pareja, cifra que se situó en 163 (32,9%) en relación a parejas en el último año, donde 118 (23,8%) sujetos manifestaron tener entre 3 y 5 parejas. Respecto al número total de parejas (vida sexual) 75 (15%) sujetos tuvieron hasta el momento de la consulta entre 0-10 parejas, seguido de 33 sujetos (6,7%) que tuvieron entre 10 y 20. No se registraron ITS anteriores en 272 (54,8%) casos. El VPH tuvo una prevalencia de 93 (18,8%) casos, seguido de *Molluscum Contagiosum* con 28 (5,6%) y *Candidiasis* con 19 (3,8%), hallando 242 (48,8%) casos sin diagnóstico identificado.

La **tabla 2** muestra las diferencias entre hombres y mujeres respecto a las variables conducta sexual, vida sexual y motivo de consulta. En los tres casos se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos muestran que el perfil de población expuesto a contraer una ITS y que acude a consulta especializada fue el de una persona joven, soltera y con estudios superiores. Mayoritariamente la conducta sexual fue heterosexual y acudieron al centro por sintomatología de ITS o sospecha de VIH. De las historias revisadas en las que se hallaron datos registrados, destaca que un porcentaje alto de sujetos afirmaron haber tenido el último contacto sin preservativo en un tiempo relativamente reciente (menos de 2 meses). La mayoría de sujetos afirmaron haber tenido una pareja en el último mes, sin embargo en el último año las cifras son más homogéneas entre quienes afirmaron haber tenido 1 pareja y quienes manifestaron tener entre 3 y 5. La mayor parte de los sujetos no presentaron ITS anteriores y mayoritariamente no fueron diagnosticados de ninguna enfermedad una vez que se inició el estudio en el centro. De las ITS diagnosticadas, se hallaron más de 10 casos en ITS conocidas como el VPH, sífilis, gonorrea y *Molluscum contagiosum*.

El perfil de los sujetos analizados en nuestro estudio coincide con el de otros trabajos, destacando que es un problema que se presenta fundamentalmente en edades jóvenes<sup>(2,15,16,17)</sup>. La prevención de las ITS es un tema relevante en la educación. A pesar de que la educación

sexual se inicia en la adolescencia, hace años que se alerta de que hay poca sistematización sobre la información que se le da a los jóvenes a este respecto<sup>(15)</sup>.

En los años 80, con el surgimiento del VIH, se hablaba de colectivos minoritarios vulnerables, por su comportamiento sexual, a la hora de contraer una ITS y transmitirla. Sin embargo, en la actualidad se habla de conductas de riesgo, avalando la idea de que los comportamientos sexuales son los que generan el riesgo y no grupos determinados<sup>(10)</sup>. En este sentido, cobra especial importancia la segmentación de los mensajes preventivos y de promoción de la salud en relación a las ITS, considerando los distintos comportamientos de riesgo de la población, ya que actualmente se considera la existencia de poblaciones de mayor riesgo o *core transmitters* (personas con infecciones repetidas, con un alto número de parejas sexuales, con ocupaciones de alto riesgo como trabajadores del sexo, etc.)<sup>(18)</sup>.

Los hallazgos de nuestro estudio muestran que el número de sujetos con más de una pareja en el último año es considerable, así como la frecuencia de no uso del preservativo, lo que evidencia un riesgo importante de contraer ITS<sup>(1,2,16,19)</sup>. Esto se relaciona también con el uso inconsistente del preservativo, entendiendo que la medida preventiva que reduce el riesgo de ITS es el uso correcto y consistente. Por tanto, hay que destacar que la reducción del riesgo que se puede conseguir con el uso del preservativo disminuye para ITS que se pueden transmitir adicionalmente por contacto piel con piel de los genitales.

Se evidencia que el VPH es la infección con mayor prevalencia, destacando también el *Molluscum contagiosum*, gonorrea y sífilis. En el caso de las dos últimas, diversos autores lo asocian a factores como la relajación en medidas de prevención entre homosexuales varones, cambios en las conductas sociales o el aumento de los flujos migratorios, que hace que la precariedad socioeconómica y afectiva en el país receptor pueda determinar un incremento de la vulnerabilidad ante estas infec-

ciones<sup>(20,21,22,23)</sup>. Con respecto al *Molluscum*, se piensa que su crecimiento se asocia a la mejora de las condiciones sociales y económicas, lo que ha provocado que las personas adultas sexualmente activas carezcan de inmunidad frente al mismo, junto con el aumento del sexo oral y la mejoría en el diagnóstico<sup>(23)</sup>.

Al comparar el grupo de hombres y mujeres, se muestra una relación estadísticamente significativa con el motivo de consulta, siendo los hombres quienes más acuden por sintomatología sospechosa. Se observa que es el hombre quien presenta el mayor número de parejas sexuales y las mujeres tienden a tener las relaciones dentro de una pareja estable. El número de parejas sexuales tiene connotaciones diferentes para hombres y mujeres, ya que todavía hay un fuerte prejuicio en el sentido de que al hombre se le asocia virilidad y a la mujer promiscuidad<sup>(19)</sup>.

Como limitaciones del estudio conviene señalar el porcentaje de valores perdidos que aparecen en algunas variables, lo cual es inherente al tipo de estudio, debido a la no cumplimentación correcta de historias clínicas. Por otro lado, no se pueden generalizar los resultados, ya que corresponde a sujetos que acudieron al Centro de ETS, suponiendo que se le atribuye una conducta o hábito de riesgo por el mero hecho de acudir. Son necesarios más estudios de esta índole, con diseños prospectivos, que incluyan también a poblaciones vulnerables que por diversas razones no acuden a este tipo de centros (bien porque reciben controles de este tipo en otros servicios o incluso en los propios lugares de trabajo).

Se concluye que durante el periodo 2010-2014, las personas que acudieron al Centro de ETS y Orientación Sexual de la provincia de Granada adoptaron conductas de riesgo como no usar el preservativo o mantener relaciones con más de una pareja, siendo más evidentes en los hombres. Conviene valorar este último aspecto a la hora de diseñar e implementar intervenciones preventivas, teniendo en cuenta las asimetrías que se generan como consecuencia de los estereotipos de género.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Acién Alvarez P. Planificación Familiar: Fisiología Reproductiva. Sexualidad, Anticoncepción y ETS. Alicante: Molloy; 2002.p.522.
2. Calatrava M, López-del Burgo C, Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes uropeos. *Med Clin (Barc)*. 2012; 138:534-540.
3. Catalozzi M, Bell DL, Short MB, Marcell AV, Ebel SC, Rosenthal SL. Does perception of relationship type impact sexual health risk?. *Sex Transm Dis*. 2013; 40(6):473-5.
4. Senn TE, Carey MP. Age of partner at first adolescent intercourse and adult sexual risk behavior among women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011; 20(1):61-6.
5. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, et al Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2012; 61(4):1-162.
6. Johnston LG, Alami K, El Rhilani MH, Karkouri M, Mellouk O, Abadie A, et al. HIV, syphilis and sexual risk behaviours among men who have sex with men in Agadir and Marrakesh, Morocco. *Sex Transm Infect*. 2013;89 (Suppl 3):iii45-8
7. Conde Gutiérrez Del Álamo F, Santoro Domingo P, Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretrovírico de Seisida. Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86(2):139-52.
8. Organista KC, Worby PA, Quesada J, Arreola SG, Kral AH, Khoury S. Sexual health of Latino migrant day labourers under conditions of structural vulnerability. *Cult Health Sex*. 2013;15(1):58-72.
9. Platt L, Grenfell P, Fletcher A, Sorhaindo A, Jolley E, Rhodes T, Bonell C. Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sex Transm Infect*. 2013; 89(4):311-319.
10. WHO [on line]. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016 – 2021. 2015; [Consultado 20/05/2015] Disponible en:[http://www.who.int/reproductivehealth/STI\\_strategy\\_abridged\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/STI_strategy_abridged_es.pdf)
11. UNAIDS [on line]. AIDS by the numbers 2015. 2015 [Consultado 2/12/2016] Disponible en: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf)
12. Boletín Oficial del Estado. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional. *BOE núm. 65*, de 17 de marzo de 2015
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual 1995-2012; 2014. [Consultado 20/05/2015] Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/VigilanciaITS1995\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/VigilanciaITS1995_2012.pdf)
14. Ministerio de Salud y Política Social. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas; 2010 [Consultado 20/05/2015] Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/grupotrabajoits.pdf>
15. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit*. 2008; 22: 511-519.
16. Leoni AF, Martelloto GI, Jakob E, et al. Sexual behavior and risk of sexually transmitted infections in medicine students of the National University of Cordoba. *DST j. bras. Doenças Sex Transm*. 2005; 17: 93-98.
17. WHO [on line]. Infecciones de transmisión sexual, 2013. [Consultado 20/05/2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
18. Gesink DC, Sullivan AB, Miller WC, Bernstein KT. Sexually transmitted disease core theory: roles of person, place, and time. *Am J Epidemiol*. 2011;174(1):81-89.
19. Gonçalves Câmara S, Castellá Sarriera J, Carlotto MS. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interam. j. psychol*. 2007; 41: 161-166.
20. González-Domenech C, Martín-portugués IA, Clavijo-frutos E. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana : una epidemia en hombres que tienen sexo con hombres. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015; 33: 32-36.
21. Hurtado I, Alastrue I, García de Olalla P, et al. Intervención preventiva en lugares de interacción social de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. *Gac Sanit*. 2010; 24: 78-80.
22. Mayans MV, Colomo BS, Varela EL. Infecciones de transmisión sexual en Barcelona: más allá del 2000. *Med. Clin (Barc)*. 2015; 122: 18-20.
23. Vázquez F. El incremento de las infecciones de transmisión sexual en el siglo XXI: nuevos retos y aparición de nuevas patologías. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29: 77-78.