



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Depresión y Trastorno de Estrés Post-traumático en Trabajadoras Sexuales

Trabajo de Titulación para optar al título de Psicóloga Clínica

Autor:

Mera Intriago Génesis Belén
Ortiz Pazmiño Karen Alejandra

Tutor:

Mgs. Alejandra Salome Sarmiento Benavides

Riobamba, Ecuador. 2024

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotras, Génesis Belén Mera Intriago, con cédula de ciudadanía 2300438187 y Karen Alejandra Ortiz Pazmiño, con cédula de ciudadanía 0202315883, autoras del trabajo de investigación titulado: Depresión y Trastorno de Estrés Post-traumático en Trabajadoras Sexuales, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 17 de diciembre del 2024.



Génesis Belén Mera Intriago

C.I: 2300438187



Karen Alejandra Ortiz Pazmiño

C.I: 0202315883

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado del trabajo de investigación Depresión y Trastorno de Estrés Post-traumático en Trabajadoras Sexuales, presentado por Génesis Belén Mera Intriago, con cédula de identidad número 2300438187 y Karen Alejandra Ortiz Pazmiño, con cédula de identidad número 0202315883, emitimos el DICTAMEN FAVORABLE, conducente a la APROBACIÓN de la titulación. Certificamos haber revisado y evaluado el trabajo de investigación y cumplida la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, 17 de diciembre de 2024.

Mgs. Cesar Eduardo Ponce Guerra
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Mgs. Granizo Lara Lilián Verónica
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Mgs. Alejandra Salome Sarmiento Benavides
TUTOR



CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL


Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Depresión y Trastorno de Estrés Post-traumático en Trabajadoras Sexuales, presentado por Génesis Belén Mera Intriago, con cédula de identidad número 2300438187 y Karen Alejandra Ortiz Pazmiño, con cédula de identidad número 0202315883, bajo la tutoría de Mgs Alejandra Salome Sarmiento Benavides; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 17 de diciembre del 2024.

Presidente del Tribunal de Grado
Dra. Gina Alexandra Pilco Guadalupe



Miembro del Tribunal de Grado
Mgs. Cesar Eduardo Ponce Guerra



Miembro del Tribunal de Grado
Mgs. Lilian Verónica Granizo Lara



CERTIFICADO ANTIPLAGIO



Comisión de Investigación y Desarrollo
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD



Riobamba, 02 de diciembre del 2024

Oficio N°137-2024-1S-TURNITIN-CID-2024

Mgs. Ramiro Torres
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNACH
Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Mgs. Alejandra Salome Sarmiento Benavides**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano en RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA No. 0954-D-FCS-29-09-2023, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos de los estudiantes	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	0882-D-FCS-05-07-2024	Depresión y trastorno de estrés post-traumático en trabajadoras sexuales	Mera Intriago Genesis Belen Ortiz Pazmiño Karen Alejandra	4	X	

Atentamente

PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa TURNITIN
FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS



CIENCIAS DE LA SALUD SOLUDABLE recomienda: utilizar ropa y calzado que cubra áreas expuestas a sol, gafas, gorra o sombrero para la realización de actividades al aire libre, que de preferencia se realizarán en espacios con sombra entre las 10H00 y 15H00; crema fotoprotectora de amplio espectro resistente al agua todos los días y cada dos horas si hay exposición al sol. La protección solar y cuidado de la piel es nuestra responsabilidad. POR NUESTRA PIEL SOLUDABLE.



Av. Antonio José de Sucre, Km. 1.5
Correo: francisco.ustariz@unach.edu.ec
Riobamba - Ecuador

Unach.edu.ec
en movimiento



DEDICATORIA

Dedico principalmente este proyecto a mis padres Maricela Intriago y Jesús Mera, quienes, con mucho esfuerzo y apoyo, a pesar de las diversas adversidades me dieron la oportunidad de salir de casa a una ciudad lejana y construir mi profesión en esta hermosa carrera. Además de sus enseñanzas de principios y valores, fundamentales para convertirme en la persona que actualmente soy.

Además, el resultado de este trabajo y la finalización de la carrera me la dedico, por el esfuerzo y la resiliencia que mantuve durante todos estos años acompañados de momentos difíciles en los cuales dude si lo iba a lograr, por nunca rendirme, honrar y defender aquello que me plantee ser desde el primer día.

Génesis Belén Mera Intriago

DEDICATORIA

Este trabajo fruto de mi esfuerzo y constancia, va dedicado con mucho amor a mi pilar fundamental, mis padres Patricia y Manolo quienes son mi fuente de motivación y apoyo incondicional, a través de sus enseñanzas y cariño han sembrado en mí la semilla de la responsabilidad, honestidad y los valores morales para servir a los demás.

Karen Alejandra Ortiz Pazmiño

AGRADECIMIENTO

A Dios por otorgarme la oportunidad de vivir esta gran etapa, la cual me dejó muchos aprendizajes y maravillosas personas.

A mis padres, quienes con su esfuerzo y apoyo permitieron obtener este gran logro no solo académico, también personal, por confiar en mí, alentarme en cada momento y nunca rendirnos.

A mis hermanos Gema y Jeremy, quienes a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes con sus palabras de apoyo y cariño incondicional.

A Deisy Sanclemente, quien siempre estuvo presente desde el primer día de esta travesía como una segunda madre, por su confianza, cariño y cuidado, siendo parte de este logro.

A todos mis amigos que conocí en esta etapa, de quienes me llevo lindos recuerdos e hicieron más divertida la carrera, pero más que todo a Nicole Viteri, mi gran amiga, por su cariño y consejos que me han ayudado a ser mejor en los diferentes momentos de mi vida.

Agradezco a Alejandro Enríquez, mi persona especial, quien me ha demostrado que las cosas pasan por algo, por su apoyo y confianza incondicional, por su presencia en los momentos difíciles y convertir esta fase en algo más bonito.

Aquellos docentes que además de brindarme sus conocimientos para contribuir mi crecimiento profesional, inspiraron mi pasión por la carrera. En especial a mi tutora la Mgs. Alejandra Sarmiento, quien, con su orientación y apoyo durante este proceso obtuvimos este gran resultado.

Génesis Belén Mera Intriago

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi soporte y guía espiritual.

A mis padres que con su constancia y dedicación fueron el motor de todos mis logros, por animarme a nunca desistir de mis objetivos.

A mi hermano Gabriel, quien desde del día uno fue el cimiento para la construcción de mi vida académica, gracias por ser mi fuente de inspiración y superación.

A mis abuelitos Alfonso, Vicente, Olguita y a mi tía Amparito, aunque ya no estén físicamente conmigo, desde el cielo me guían y estoy segura de que estarán felices de verme cumplir mis metas.

A mi abuelita Marinita por los consejos que contribuyeron a mi formación personal y académica.

A todas mis amigas que aportaron en mi proceso de formación académica, que me brindaron su apoyo para superar las dificultades, de manera especial a Estefanía Tercero por su cariño y confianza sin ella el camino no habría sido igual.

A mi compañero de aventuras Juan Diego García, tu amor y apoyo han sido claves en mis triunfos, tu presencia en mi vida es un regalo invaluable y este logro es nuestro.

A los docentes que con su dedicación y conocimiento demostraron el compromiso en mi formación personal y profesional. De manera especial a nuestra tutora, la Mgs. Alejandra Sarmiento, quien con su paciencia y conocimientos nos orientó para concluir nuestro trabajo.

Karen Alejandra Ortiz Pazmiño

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUCCION 16

Objetivos 19

Objetivo General..... 19

Objetivos Específicos 19

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 19

2.1. Estado del arte..... 19

2.2. Depresión 20

2.2.1. Conceptualización de la depresión..... 20

2.2.2. Epidemiología de la Depresión..... 21

2.2.3. Clasificación de acuerdo con los manuales diagnósticos 21

2.2.3.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 25

2.2.4. Etiología..... 26

2.2.5. Factores de Riesgo 26

2.2.6. El estigma hacia las Trabajadoras Sexuales y la depresión 27

2.3. Trastorno de estrés postraumático 27

2.3.1. Definición 27

2.3.2. Causas	28
2.3.3. Clasificación de acuerdo a los manuales diagnósticos	28
2.3.4. Factores relacionados con el TEPT.....	29
2.4. Relación entre la depresión y el estrés postraumático (TEPT)	30
2.5. Trabajadoras Sexuales	31
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	33
3.1. Tipo de investigación.....	33
3.2. Nivel de investigación.....	33
Consideraciones éticas.....	41
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Criterios de selección de los documentos científicos</i>	34
Tabla 2. <i>Criterios de exclusión de los documentos científicos</i>	36
Tabla 3. <i>Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica</i>	36
Tabla 4. <i>Calificación de la calidad metodológica de los documentos científicos</i>	38
Tabla 5. <i>Niveles de depresión en trabajadoras sexuales</i>	42
Tabla 6. <i>Presencia de trastorno de estrés postraumático en trabajadoras sexuales</i>	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Diagrama de flujo PRISMA 2020</i>	34
---	----

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal analizar la depresión y el trastorno de estrés post-traumático en trabajadoras sexuales. La metodología que se utilizó fue bibliográfica y descriptiva. Se usaron múltiples bases de datos como Pubmed, Google Scholar, Dialnet, Redalyc y Scopus, publicados entre los años 2014-2024, mientras que la muestra estuvo constituida por 15 documentos científicos. La calidad metodológica se garantiza, mediante la aplicación del instrumento CRR-QS (Critical Review Form- Quantitative Studies). Los resultados obtenidos fueron: en los estudios se evidenció que la depresión en las trabajadoras sexuales la no presencia tuvo porcentajes significativos, no obstante, pese a que existen pocos estudios existen en ellos porcentajes predominantes de presencia de depresión que generan molestar en la población de estudio. Respecto al Trastorno de Estrés Postraumático, su presencia es significativa, convirtiéndose en un considerable problema de salud pública a nivel de países de ingresos bajos y medios. Así mismo, se reconoce la influencia de varios factores psicosociales que tienen un impacto negativo en el estilo de vida de las trabajadoras sexuales como: violencia, abuso de sustancias, estigmatización, pobreza, entre otros, lo que conlleva a tener comportamientos de riesgos que afectan a la salud mental contribuyendo a la presencia de sintomatología depresiva y el TEPT.

Palabras claves: Depresión, trastorno de estrés postraumático, trabajadoras sexuales, factores de riesgo, calidad de vida.

ABSTRACT

The present research aimed primarily to analyze depression and post-traumatic stress disorder in sex workers. The methodology used was bibliographic and descriptive. Multiple databases were utilized, such as PubMed, Google Scholar, Dialnet, Redalyc, and Scopus, published between 2014 and 2024, while the sample consisted of 15 scientific documents. Methodological quality is ensured through the application of the CRR-QS (Critical Review Form - Quantitative Studies) instrument. The results obtained in the studies showed that depression in Sex Workers' non-presence had significant percentages; however, even though there are few studies, there are predominant percentages of the presence of depression that generate discomfort in the study population. Regarding post-traumatic stress disorder, its presence is significant, becoming a considerable public health problem in low- and middle-income countries. Additionally, the influence of several psychosocial factors that hurt the lifestyle of sex workers is recognized. Such factors include violence, substance abuse, stigmatization, and poverty, among others, leading to risk behaviors that affect mental health, contributing to the presence of depressive symptoms and PTSD.

Keywords: Depression, post-traumatic stress disorder, sex workers, risk factors, quality of life



Reviewed by:

Mgs. Maria Fernanda Ponce Marcillo

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0603818

CAPÍTULO I. INTRODUCCION

La depresión es una enfermedad común que tiene una condición comórbida frecuente que complica la búsqueda de ayuda, adherencia al tratamiento afectando así el pronóstico. Existen factores de riesgo, como el bajo nivel socioeconómico, consumo de alcohol, el estrés, entre otros, que aumentan su incidencia. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

En los últimos años la depresión se ha convertido en una problemática de salud pública que supone a todos los involucrados una considerable inversión de recursos, además las altas cifras de prevalencia y consecuencias que la depresión desencadena han hecho que el Estado implemente una serie de políticas públicas en salud, las mismas que han sido aplicadas para unos pocos.

El trastorno de estrés postraumático se reconoce como una respuesta patológica ante el estrés vivenciado por un evento de naturaleza traumática, amenazante o catastrófica, se puede presentar a cualquier edad, el factor estresor provoca que el cuerpo de forma natural genere una respuesta tratando de adaptarse a la situación, esto se manifiesta tanto en lo físico como en la parte psicológica. Las personas tendrán una persistente sensación de estrés y miedo, incluso estando fuera del peligro, las respuestas por parte de los individuos con TEPT serán con un mayor nivel de lo que normalmente se responde a las experiencias habituales que generan malestar; como la pérdida de un familiar, un rompimiento sentimental, una enfermedad crónica, entre otras, creándose el cuadro clínico. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2016)

Se trata de afectaciones que se presentan comúnmente en las mujeres que se dedican al trabajo sexual. La prostitución es una ocupación fuertemente estigmatizada en la sociedad, es por lo que las mujeres que la practican son vistas desde lo inmoral, delictivo y humillante, esto influye en se conviertan en un grupo social vulnerable por los pocos derechos otorgados. Además de las diferentes problemáticas a las que se exponen, las conductas físicas violentas son las más mencionadas, existe una exposición ilimitada a diferentes formas de abusos sexuales, asimismo, factores como no contar con redes de apoyo, abusos infantiles, pobreza, consumo de sustancias, entre otros, las convierten en un grupo poblacional susceptible a otros problemas de salud mental. (Guillén, 2022)

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2023), la depresión es reconocida como uno de los trastornos más comunes a nivel mundial, que afecta en las diferentes esferas

del desarrollo de una persona. Se reconoce que esta enfermedad mental afecta a cualquier tipo de población, se estima que 280 mil personas han presentado depresión, aproximadamente el 4% perteneciente a hombres y el 6% a mujeres, se identifica que las mujeres son un 50% más propensas de presentar depresión que un hombre.

Al igual que la depresión el trastorno por estrés postraumático (TEPT), es una enfermedad mental que tiene mucha prevalencia en la población al estar expuestos diariamente a eventos traumáticos que lo desarrollan, estudios de la OMS citados por (Lopez, 2015) mencionan: “en 21 países de estudio más del 10% han sido testigos de eventos traumáticos, representando a un 3,6% de la población en general”. El TEPT, según Bermúdez et al. (2020) se puede presentar a cualquier edad, existe mayor prevalencia en los adultos jóvenes por su exposición a situaciones riesgosas y en cuanto al género, las mujeres al ser más propensas al agotamiento emocional presentan una prevalencia del 10% en comparación con los hombres que se manifiesta en un 4%.

Existen diferentes tratamientos entre psicoterapias y psicofarmacológicos eficaces para estas enfermedades mentales, pero se identifica que más del 75% de la población que las padecen no reciben un tratamiento como tal, al ser personas de ingresos bajo-medio y al no existir una mayor importancia en el sistema político, no existen cambios trascendentales en la atención e incrementación de proveedores profesionales en la atención de la salud mental de forma pública y gratis. (OMS, 2023)

Las mujeres trabajadoras sexuales constituyen una de las poblaciones más propensas a presentar repercusiones psicopatológicas al afrontar diversas problemáticas sociales; como la pobreza, abuso de sustancias, riesgos a obtener enfermedades físicas, encarcelamientos, entre otros. Asimismo, se reconoce que esta población enfrenta en un gran porcentaje abusos y violencias creando eventos traumáticos, según un estudio realizado en México con una población de 103 trabajadoras sexuales, se obtuvo que el 52.4% indica experimentar violencia en su trabajo, se distribuye el 95.8% violencia de tipo física (golpes, mordidas, jalones, quemaduras), el 24.0% en violencia emocional (humillaciones, amenazas, gritos, abuso verbal), referente al abuso y violencia sexual, el 26.0% fue forzada a tener sexo sin protección o de formas no complacientes. (Rodríguez et al., 2014)

A nivel mundial las mujeres trabajadoras sexuales presentan altos niveles de depresión, esto fluctúa en cada país, los de mayor prevalencia en esta problemática son: República Dominicana 69.5%, Sudáfrica 68.7%, Brasil 62.3%, Mongolia 60.4%, Camerún 49.8%, China 41.3 y Estados Unidos 39.4%, estos datos se han obtenido con una media de edad de 30 años y siendo alrededor de 13.961 las mujeres afectadas. El trastorno por estrés postraumático se

presenta en diferentes países a nivel mundial, la muestra estuvo conformada por 461 mujeres y con una media de edad de 24 a 35 años, con porcentajes significativos; Sudáfrica 71.7%, Estados Unidos 39.8%, Kenia 14.2% y Malawi 8.0%, en cada uno de ellos se aplicó diferentes instrumentos que llegaron a consolidar la presencia de sintomatología compatible con el trastorno. (Veiga & Dujo, 2022)

En Centro y Sur América, las estadísticas de los estudios realizados por Bevilacqua (2021), demuestran que existe presencia de sintomatología depresiva en grados importantes, estos en cinco países y con una población de estudio estimada de 479 mujeres trabajadoras sexuales; en Brasil con 67%, seguido de Puerto Rico con 58%, Perú apuntando a 56%, Ecuador un 46% y finalizando con México 40%. Estos resultados a pesar de presentar cifras muy variables por la utilización de diferentes instrumentos reflejan datos significativos de países latinoamericanos, así mismo en Colombia demostró que el 90% de las mujeres que practican el trabajo sexual presentan depresión, aunque la población era menor, pero podría tener correlación con las adversidades similares que deben afrontarse en estos países. El trauma es una afectación permanente en la vida de una persona, las repercusiones psicológicas varían, se puede producir desde alteraciones menores a graves y prolongadas. El Trastorno por estrés postraumático es una de las reacciones emocionales presente ante un evento traumático y factor estresante. Un estudio realizado en Sur África identifica que las mujeres trabajadoras sexuales están expuestas a múltiples traumas teniendo un mayor riesgo de presentar un TEPT y el 39,6% cumplen con las características del trastorno, mientras que el 32,7% tenían condiciones comórbidas conjuntamente con la depresión. (Coetzee et Al., 2018)

En Ecuador, la depresión se considera como la enfermedad mental más atendida, sin embargo, existe una discrepancia al ser el suicidio una de las principales causas de muerte en el país y al tener un aumento cada año de las problemáticas. En el cantón Rocafuerte la edad promedio de las trabajadoras sexuales se estiman entre 20 y 32 años, la aplicación del estudio fue realizado en 35 mujeres que se encuentran trabajando en los burdeles de esta ciudad, se obtuvo como resultado que el 46% de ellas presentan depresión, lo que sugiere la necesidad de un apoyo profesional. Una de cada dos mujeres que ejerce la prostitución puede padecer depresión y otros tipos de trastornos como el disociativo, se refleja como un mecanismo de defensa ante los ataques psíquicos y violencias a las que se exponen. (Cedeño et. al 20017)

A nivel del Ecuador, no existen estudios sobre la presencia del trastorno por estrés postraumático presente en mujeres trabajadoras sexuales, por el poco interés y el estigma social que todavía persiste en el ámbito público y privado ante esta población, sin embargo (Guillén, 2022) realizó una pequeña recopilación de otros artículos en el cual nos menciona las diferentes

afectaciones físicas y psicológicas que sobrellevan las mujeres que ejercen el trabajo sexual, así como el poco trato y ayuda en atención o prevención que proporcionan las instituciones de salud pública y políticas, situación que aumenta la vulnerabilidad ante la violencia y discriminación que este grupo experimenta.

En base a lo expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo afecta la depresión y el estrés post traumático a las trabajadoras sexuales?

Objetivos

Objetivo General

- Analizar la depresión y el trastorno de estrés post-traumático en trabajadoras sexuales.

Objetivos Específicos

- Identificar la presencia de depresión en trabajadoras sexuales.
- Describir la presencia del trastorno de estrés postraumático en trabajadoras sexuales

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Estado del arte

En un estudio realizado desde London, Inglaterra por Beattie et.al (2020), denominada *Mental health problems among female sex, workers in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis*, en el cual su objetivo principal fue dar a conocer la prevalencia de los problemas mentales en las trabajadoras sexuales que se encuentran en países de medios y bajos recursos y sus relaciones con los diferentes factores de riesgo. El estudio de tipo cuantitativo y transversal trabajó con 26 países pertenecientes a África, Asia, Europa, Latinoamérica y el Caribe, los cuales se obtuvo una población de 24.940 mujeres trabajadoras sexuales, que pertenecían a un rango de edad de 11 años a 64 años, para la detección de los síntomas en depresión y TEPT, se utilizaron diferentes test, conociendo los porcentajes de prevalencia y relación entre estos dos trastornos, así se demostró que la depresión se manifiesta en un 41.8% y el TEPT en un 19.7%, se concluye que existen problemas mentales en esta población que están ligadas a los diferentes factores de riesgos con los cuales conviven, pero siendo la depresión la de mayor carga.

En un estudio realizado por Coetzee et.al (2018), denominada Depression and Post Traumatic Stress amongst female sex workers in Soweto, South Africa: A cross sectional, respondent drive sample, en el cual su objetivo principal fue el comprender la prevalencia de la depresión y el estrés postraumático y sus factores de riesgo en las trabajadoras sexuales de la ciudad de Soweto. El estudio fue de tipo cuantitativo y descriptivo, se trabajó con una población de 500 mujeres trabajadoras sexuales, que eran mayores de 18 años hasta un promedio de 31 años, para la evaluación de los síntomas de TEPT, utilizaron el inventario PTSD-8, en el cual prevalece las preguntas de pensamientos, recuerdos y sentimientos hacia el evento traumático, la evidencia demostró un gran porcentaje ante la presencia de síntomas relacionados al TEPT con un 49.2%, esto refleja el aumento de riesgo al estar expuestas desde múltiples formas.

En una investigación realizada por Avilés (2020), denominada Prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales atendidas en el centro de Salud #1 Pumapungo de Cuenca, la cual tuvo como finalidad determinar la prevalencia de depresión en las trabajadoras sexuales, mediante un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal. Se trabajó con una muestra total de 217 mujeres trabajadoras sexuales de 20 a 39 años, con las cuales se aplicó el test de depresión de Beck y se obtuvo como resultado que existe una presencia del 37.3% de depresión, esto refleja que la mayoría de las trabajadoras mientras desempeñan su trabajo han presentado algún episodio de depresión.

2.2. Depresión

2.2.1. Conceptualización de la depresión

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es catalogada como un trastorno mental, el cual se identifica por una variabilidad en el estado de ánimo, pérdida del interés en actividades durante largos períodos de tiempo, deterioro en la autoestima, culpa, alteraciones del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (World Health Organization, 2023)

Según la información proporcionada por (Organización Panamericana de la Salud, 2017), las principales características de la depresión son: sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa, autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. Por su duración deteriora significativamente la calidad de vida y capacidad de desempeño en los individuos que la padecen e incluso, se constituye en un factor que promueve el suicidio. La depresión puede afectar a cualquier persona,

indistintamente de la situación que la desencadene, sin embargo, aquellos que han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más riesgo de sufrirla.

La depresión es comprendida como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado principalmente por una alteración del humor, por su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación única: el trastorno depresivo mayor, trastornos bipolares y del trastorno distímico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

2.2.2. Epidemiología de la Depresión

Fuentes estadísticas revelan que la depresión afecta a más de 450 millones de personas a nivel mundial, se estima que una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su desarrollo, sin importar la edad, raza, condición social, instrucción académica, sexo o género, y es considerada una de las principales causas de discapacidad y contribuye a la tasa general de morbilidad. (Pérez-Padilla et al., 2017)

La (Organización Panamericana de la Salud, 2017) indica que casi 300 millones de personas sufren depresión, lo que equivale a un 4,4% de la población mundial, se estima que las cifras de personas con depresión van en aumento desde la época de 1990. Según estadísticas del 2015, el número de personas con trastornos mentales comunes está en aumento, en especial en los países de menos ingresos, debido al incremento poblacional y a que más personas están llegando al rango de edad en que la depresión se desencadena con mayor asiduidad.

La depresión constituye uno de los mayores retos en el sistema de salud pública, debido a la proporción de individuos que la presentan, según antecedentes epidemiológicos la prevalencia del trastorno depresivo es fluctuante en todo el mundo, particularmente, en países como Europa, EE. UU. y Brasil se estima un 15 %, en Japón un 3%, sin embargo, para los otros países tiene una prevalencia que va desde 8% a 12%; como se ha observado en la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Con relación al género, las mujeres representan un número más elevado al momento de recibir este diagnóstico, como, en México que el trastorno ocupa el primer lugar como enfermedad incapacitante para las mujeres y el noveno en hombres, es decir, se estima que el trastorno afecta el doble a las mujeres, una situación similar se vive en países como Colombia y Chile. (Cid, 2021)

2.2.3. Clasificación de acuerdo con los manuales diagnósticos

Son muchas las alteraciones psicológicas que necesitan ser determinadas y para poder ser diagnosticadas se utiliza la guía de dos manuales diagnósticos, el Manual Diagnóstico y

Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) y el de Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima edición (CIE-10).

2.2.3.1. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

En el CIE-10 se lo puede encontrar en el grupo de Trastornos del Humor (afectivos) codificados en F30-F39. En esta sección están incluidos los trastornos cuya alteración principal es el cambio del humor, acompañado de variaciones en la actividad general del sujeto, los síntomas suelen ser severos, tienden a ser recurrentes y su apareamiento puede estar relacionado con algún acontecimiento estresante. Los trastornos del humor se caracterizan por el desencadenamiento de episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos, se debe tomar en cuenta que la sintomatología en muchos casos es de origen somático. (OMS, 2000)

La categoría F32 incluye el episodio depresivo en cualquiera de sus sub-clasificaciones típicas (leve- moderada- grave), donde el sujeto sufre alteraciones en el estado de ánimo (bajo), existe una disminución en la energía y la actividad, es decir, se ven afectadas la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, así como la autoestima y la confianza, estas a menudo están acompañadas por ideas de culpabilidad o inutilidad; existe un frecuente cansancio incluso tras el mínimo esfuerzo, alteraciones en el sueño y el apetito. Se destaca que el bajo estado de ánimo no tiene que ver con circunstancias externas, es variable, y puede acompañarse de síntomas somáticos. (OMS, 2000)

Cuando existe la ausencia o presencia de síntomas somáticos en los episodios depresivos, se debe utilizar un quinto carácter para su especificación tal como se indica en F32.0- F32,1 y más adelante en F33.0-F33.1, según el CIE-10 (OMS, 2000) deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras para el px.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimiento importantes.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (referida por terceros).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso corporal en el último mes.

8. Notable disminución de la libido.

A continuación, se detalla las sub-clasificaciones de F32:

- **F32.0 Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres de los síntomas del criterio B. Pese a que el paciente esté afectado, puede seguir realizando sus actividades. Además, puede usarse un quinto carácter para destacar la presencia o ausencia del síndrome somático.

- F32.00 Episodio depresivo leve sin síndrome somático.
- F32.01 Episodio depresivo leve con síndrome somático.

- **F32.1 Episodio depresivo moderado:** presencia de al menos cuatro o más síntomas del criterio B. Es muy probable que la persona tenga dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Asimismo, se puede usar un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático.

- F32.10 Episodio depresivo moderado sin síndrome somático
- F32.11 Episodio depresivo moderado con síndrome somático

- **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:** aquí debe existir la presencia de 3 síntomas del criterio B y del criterio C con un mínimo de 8 síntomas, a su vez en el individuo tiende a ser típica la pérdida de la autoestima y el aumento de sentimientos de culpa y autodesprecio, son frecuentes las ideas y actos suicidas y finalmente la presencia de ciertos síntomas somáticos.

- **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:** cumple con los criterios diagnósticos de F32 sumado la presencia de ideas delirantes, alucinaciones que pueden o no ser congruentes con estado de ánimo, enlentecimiento psicomotriz o estupor grave que imposibilita al sujeto a realizar sus actividades diarias y finalmente en esta categoría la vida del paciente se ve afectada por riesgo suicida o deshidratación.

- **F32.8 Otros episodios depresivos:** en este apartado irán los episodios que no se ajusten a las descripciones dadas anteriormente para los F32.0- F32.3, pero que sean de naturaleza depresiva.

- **F32.9 Episodio depresivo, no especificado:** en este apartado irán los episodios que no se ajusten a las descripciones dadas anteriormente para los F32.0- F32.8, pero que la sintomatología no se llega a consolidar según lo establecido en los criterios diagnósticos especificados.

La categoría diagnóstica F33 contiene el trastorno depresivo recurrente el cuál se destaca por presentar episodios persistentes de depresión, tal como figura en F32, sin

antecedentes de aumento del estado de ánimo o manía, sin embargo, se pueden presentar episodios breves de elevación del estado de ánimo e hipomanía producidos por el tratamiento antidepressivo. Se destaca que el primer episodio puede producirse a cualquier edad (desde la infancia a la edad adulta tardía), su inicio puede ser agudo o insidioso y su duración varía, de pocas semanas a meses. El riesgo de presentar un episodio de manía no desaparece por completo pese a la presencia de varios episodios depresivos, de ser así, se deberá tomar en cuenta el cambio de diagnóstico. (OMS, 2000)

- **F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve:** caracterizado por repetidos episodios de depresión como se encuentra catalogado en F32.0, sin presentar antecedentes de manía.

- F33.00 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve sin síndrome somático.

- F33.01 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve con síndrome somático.

- **F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado:** se evidencian episodios catalogados en F32.1, sin antecedentes de manía.

- F33.10 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado sin síndrome somático.

- F33.11 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con síndrome somático.

- **F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave:** señalado por la presencia de un episodio depresivo catalogado en F32.2, sin antecedentes de manía.

- **F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos:** caracterizado por la presencia de un episodio depresivo catalogado en F32.3, sin antecedentes de manía.

- **F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión:** El paciente en el pasado ha presentado dos o más episodios depresivos en F33.0-F33.3 pero ha estado sin sintomatología depresiva varios meses, esta categoría se puede usar pese a que el paciente esté en tratamiento para contrarrestar el desarrollo de los episodios.

- **F33.8. Otros trastornos depresivos recurrentes:** En esta categoría diagnóstica existe una variabilidad de la sintomatología, que no corresponde a lo expresado en ninguna de las categorías de F33.0- F33.4.

- **F33.9. Trastorno depresivo recurrente sin especificación:** En este apartado diagnóstico no se llegan a consolidar los síntomas.

2.2.3.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

En la quinta edición del DSM divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastorno bipolar y trastornos relacionados”. Realmente no existen cambios significativos en los criterios diagnósticos con la anterior edición del DSM-IV-TR, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual.

Los criterios diagnósticos según (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) serán enlistados a continuación:

A. El periodo debe corresponder al menos 2 semanas consecutivas donde la persona presenta 5 síntomas o más, de los cuales al menos uno tiene que ser estado de ánimo depresivo o disminución del interés o placer por las actividades.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución del interés o placer.
3. Pérdida de peso o aumento de peso, disminución o aumento de apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad. (puede ser delirante).
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

9. Recurrentes pensamientos de muerte, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan para hacerlo.

B. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo en las esferas de funcionamiento. (laboral, social, académico)

C. No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de sustancias o afecciones médicas.

D. Dicho episodio de depresión mayor no se especifica mejor por otro trastorno.

E. No existe la presencia de un episodio de manía o hipomanía.

El trastorno depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

2.2.4. Etiología

Karandikar y Próspero (como se citó en Guillén, 2022) plantean que la etiología es multifactorial, lo que permite el desarrollo, mantenimiento y recurrencia de la sintomatología depresiva, algunas de las situaciones desencadenantes pueden ser la falta de apoyo familiar, social, prejuicios y los distintos tipos de violencia por parte de los proxenetas, clientes, parejas y miembros de la policía. Compuesta por 4 categorías: Factores familiares, ambientales, psicológicos, genéticos y/o bioquímicos.

2.2.5. Factores de Riesgo

Puede decirse que los problemas de salud son más comunes entre los grupos con un estatus socioeconómico más bajo, es por ello que los factores psicosociales, familiares, económicos y genéticos influyen de manera directa en el desarrollo de este trastorno. Ante esto (Borja-Delgado et al., 2019) sostiene que los principales factores de riesgo son:

- **Factores familiares:** Básicamente se caracterizan por no tener control sobre ellos, ocurren de manera inesperada en el entorno diario y se van repitiendo a medida que pasa el tiempo, los conflictos conyugales, dificultades emocionales, el abuso físico, emocional, sexual, la negligencia, la muerte de un familiar cercano, y la dinámica familiar.

- **Factores ambientales:** Se identifican porque son eventos mayoritariamente impredecibles, el contexto familiar, social, laboral y cultural que interfieren en el desarrollo interpersonal.

- **Factores genéticos y bioquímicos:** Las predisposiciones genéticas evidencian que las diferentes alteraciones en los sistemas corticales serotoninérgicos, suprarrenales, el aumento de cortisol y dehidroepiandrosterona, las alteraciones en los niveles de las hormonas del crecimiento y el polimorfismo 5 HTTLPR favorecen la aparición de la depresión.

- **Factores psicológicos:** Los rasgos de personalidad, otros trastornos mentales y ciertas características conductuales, cognitivas y afectivas aumentan la probabilidad de sufrir este trastorno de salud mental.

2.2.6. El estigma hacia las Trabajadoras Sexuales y la depresión

Los sub-tipos de violencia que día a día sufren las trabajadoras contribuyen de manera negativa en la salud mental, el prejuicio, la falta de empatía y de conocimiento desde el aspecto clínico acerca del trabajo sexual puede con llevar a que el profesional de salud mental concluya que el malestar de la mujer proviene únicamente de la premisa “cambalache de sexo por dinero”, dejando de lado los factores que en realidad con causa del malestar.

Menciona (Villar, 2020) que la violencia institucional colabora al aumento de criminalidad, dando paso a la clandestinidad y al incremento de casos de agresiones a las trabajadoras sexuales, causada por distintos factores como que la trabajadora no denuncie por el miedo a figurar como prostituta o el desplazamiento forzoso a lugares lejanos para no evidenciar el tema, contribuyendo a la aparición o cronificación del trastorno.

2.3. Trastorno de estrés postraumático

2.3.1. Definición

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT), catalogado como una alteración psicológica que altera tres esferas del individuo: lo conductual, emocional y la conciencia, al exponerse o vivenciar algún acontecimiento traumático, ya sea de manera directa o indirecta (APA, 2002). Entre los eventos traumáticos que puede desarrollar TEPT son: violencia física, sexual o psicológica, secuestro, accidentes graves, desastres naturales, guerras, entre otros. Independientemente del origen del trauma y si cada persona lo vivencio desde un contexto diferente, este va a revivirse continuamente mediante pesadillas o flashbacks, lo que provoca problemas en el sueño, aislamiento, sobreexcitación, angustia, irritabilidad e incluso agresión. (Rosas, 2011)

El trauma es un evento al que se está expuesto permanentemente a lo largo de la historia, en algunos casos se presenta desde la infancia, puede ocurrir una sola vez como puede ser algo repetitivo y persistente, lo que produce secuelas permanentes. La reacción de cada individuo dependerá del tipo de evento, gravedad, frecuencia y las redes de apoyo presentes. Se entiende así por trauma, como un choque o ruptura psíquica al tener un origen sorpresivo y a veces

inexplicable, lo que imposibilita que la persona relacione la experiencia con algo satisfactorio, evitando directamente situaciones, lugares o hasta personas que les traigan recuerdos. (Bermúdez et al., 2020)

Según la Asociación Americana de Psicología (APA 2023), el TEPT afecta alrededor de 1 de cada 20 personas estadounidense es decir un 5% y se cree que aproximadamente un 6% de la población puede padecerlo en algún momento de su vida, aunque puede presentarse en cualquier tipo de población las mujeres son el doble de susceptibles en padecerlo en comparación a los hombres y las etnias como latinos, afroamericanos, nativos americanos, son más propensos con niveles más altos en comparación con la población blanca no latina.

2.3.2. Causas

Las investigaciones científicas ya establecidas mencionan que es primordial la presencia del evento traumático para desarrollar el trastorno por estrés postraumático, sin embargo, con la realización de nuevos estudios se ha identificado que el suceso traumático es una de las condiciones principales, pero no el único, ciertas características personales son influyentes, como la experiencia y los acontecimientos pueden ser diferentes en naturaleza y circunstancias acontecidas, lo que proporciona respuestas discrepantes. Los cambios fisiológicos que se producen ante el estresor modifican a nivel cerebral el sistema de regulación emocional, que implica a gran escala la respuesta, se presenta la sensibilidad extrema al peligro, lo que conduce al origen del trastorno o se establece las adaptaciones de autoprotección que promueve la supervivencia. (Rojas, 2016)

2.3.3. Clasificación de acuerdo a los manuales diagnósticos

Dentro del diagnóstico de este trastorno se utiliza dos manuales, el de Clasificación Internacional de enfermedades en su 10ma edición y el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su 5ta edición, cada uno ha establecido criterios de diagnósticos los cuales son similares, pero las clasifican en diferentes secciones.

En el CIE-10 se incluye en el apartado reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43), la categoría se diferencia por incluir aquellos trastornos que presentan acontecimientos vitales excepcionalmente estresantes, la etiología de estos no está totalmente clara, pero dependerán de la vulnerabilidad individual. Los incidentes estresantes se establecen como los factores primarios, por lo tanto, los trastornos de este grupo: reacción de estrés agudo (F43.0), trastorno por estrés post-traumático (F43.1), trastornos de adaptación (F43.2), otras

reacciones a estrés grave (F43.8) y reacción a estrés grave sin especificación (F43.9), son causados por una respuesta mal adaptada ante el estrés presente, impidiendo el desarrollo adecuado del mecanismo de afrontamiento conllevando a un deterioro.

En el DSM-5, el estrés postraumático es parte del grupo trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, se establece como el principal criterio diagnóstico a la exposición a eventos traumáticos o estresantes, entre los trastornos que lo conforman tenemos el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos de adaptación, los cuales se consideran que tiene una estrecha relación con los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivos-compulsivos y los trastornos disociativo. Ciertas personas que han atravesado por algún evento traumático presentan también síntomas anhedónicos y disfóricos, reflejándose mediante el enfado y la hostilidad, pero por su malestar clínico que se relaciona directamente con hechos catastróficos se los agrupa en este grupo.

En los dos manuales dentro de los criterios diagnósticos existen similitudes, desde el haber experimentado el suceso traumático, los recuerdos recurrentes relacionados al evento, afectación al sueño por pesadillas, evitación a situaciones, personas o pensamientos que recuerden el trauma, problemas para la concentración, hipervigilancia y respuestas con sobresalto. El tiempo para diagnosticar el TEPT en el CIE-10 se establece que deben cumplirse los criterios dentro de los seis meses del acontecimiento, mientras que en el DSM-5 la duración debe ser superior a un mes. La diferencia entre los dos manuales es el incremento y la diferenciación que establece el DSM-5 de la presentación del trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años.

2.3.4. Factores relacionados con el TEPT

Cada persona que experimenta un evento traumático produce una reacción física y emocional, pero como se ha mencionado, no todas las personas perciben de la misma forma el evento, su reacción es variable, y para que desarrolle el trastorno como tal, dependerá de la frecuencia e intensidad de los síntomas. Se reconoce que aparte de la presencia del trauma, existen factores determinantes que pueden hacer a la persona más susceptible para desarrollar el trastorno.

Entre los factores que (Bermúdez, et. al 2020) relacionan en el desarrollo del TEPT, se menciona:

- **Factor estresante**, es el criterio primordial para la aparición del trastorno de estrés postraumático, este no debe ser precisamente reciente, ya que existen

eventos que se han producido años anteriores y pudieron haberse mantenido. Conjuntamente con este factor, se tomará en cuenta las propiedades psicosociales y biológicos, al igual que el estado posterior y actual de la persona en relación al suceso.

- **Factores de riesgo**, entre las diferentes características que se consideran predisponentes para el desarrollo del trastorno son: antecedentes de familiares con enfermedades psiquiátricas, haber sufrido de un trauma en la infancia, no contar con redes de apoyo sea familiar o social, tener rasgos de personalidad sea limite, dependiente, paranoide o antisocial, el género femenino y cambios estresantes que sean recientes.

- **Factores psicodinámicos**, traumas sufridos en la infancia que se consideran como predictores a crear un nuevo detonante en la juventud o adultez por la presencia del nuevo acontecimiento traumático.

- **Factores cognitivos conductuales**, siendo todas aquellas respuestas no reguladas emocionalmente ante el trauma, que se presentan desde un inicio evitando y bloqueando el proceso de información, dificultando las funciones de ejecución, atención y la toma de decisiones. La rumiación cognitiva se da como un estilo de respuesta focalizándose en los síntomas de malestar y creando una exacerbación de estos.

- **Factores biológicos**, a nivel del sistema nervioso central se producen alteraciones por la activación del sistema nervioso periférico simpático creando una hiperactividad crónica en las sustancias noradrenalina y dopamina. En otros casos se ocasiona desregulaciones en el sistema opioide perjudicando en el proceso cognitivo. Se ha identificado que tanto el hipotálamo, la hipófisis y el hipocampo son afectados por los cambios de secreción del cortisol, catecolaminas y glucocorticoides, creando hipersensibilidad progresiva e intolerancia a nuevos estresores.

2.4. Relación entre la depresión y el estrés postraumático (TEPT)

La depresión y el estrés postraumático (TEPT) son dos trastornos mentales distintos, pero que están estrechamente relacionados y a menudo se enmascaran. Existe sintomatología como los sentimientos de desesperanza y tristeza que son característicos de la depresión y que se manifiestan igualmente en el TEPT por medio de la carga emocional del trauma. De la misma manera, el trauma puede generar en la persona cambios en su calidad vida, lo que

contribuye a generar una visión negativa de uno mismo y del futuro, aparece esta característica común en la depresión. (Salazar et al., 2021)

Se reconoce que existe un ciclo bidireccional de retroalimentación, en el cual el estrés crónico y la angustia emocional causados por el TEPT pueden aumentar el riesgo de desarrollar depresión y a su vez, la depresión puede intensificar la percepción del trauma.

La identificación de la comorbilidad entre la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ha documentado y es significativo en la salud mental. Según las tasas porcentuales se estima en estudios científicos publicados por el Journal of Clinical Psychiatry, que entre el 50% y el 80% de las personas con TEPT cumplen criterios para un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida. Y aproximadamente el 10% y el 20% de las personas que presentan depresión mayor igualmente cumplen con criterios para TEPT, la variabilidad depende del tipo de trauma y otros factores contextuales. (Salazar et al., 2021)

Según Samaniego et al., (2024) factores como la predisposición genética, el historial en problemas mental, y el entorno social influyen en la presencia simultánea de ambos trastornos. Asimismo, existe evidencia de pacientes con exposición a eventos traumáticos, especialmente durante la infancia, que presentan el riesgo de desarrollar un trastorno mental como la depresión. Además, muchas personas que buscan ayuda en salud mental han experimentado traumas no tratados, lo que ha llevado a un malestar emocional prolongado y ha facilitado el surgimiento de un trastorno depresivo.

2.5. Trabajadoras Sexuales

La labor que realizan las trabajadoras sexuales, socialmente se lo reconoce como prostitución, aunque este término contiene un estigma negativo extenso puesto que denigra a las mujeres que lo practican. Según la RAE, la prostitución es una actividad en la cual se mantiene relaciones sexuales a cambio de un pago económico. La misma implica la irrupción del espacio íntimo, sin la presencia de la parte sentimental y el compromiso, lo que convierte al acto sexual en mercancía de un negocio. Desde el ámbito social, existen varios debates relacionados al reconocimiento de la prostitución como un trabajo libre tal cual, la decisión, la consciencia y la voluntad no se da en todos los casos, pues en muchos existe presión, amenazas y coacción generado por terceros. Además, es importante tomar en cuenta que en esta labor se corren muchos riesgos en la salud, por los maltratos físicos y psicológicos a los que se exponen. Hasta el día de hoy persiste el estigma cultural sobre la jerarquización social de género que se

ve reflejado mediante la prostitución, se busca así la liberación de las prácticas sexuales femeninas y masculinas. (Lamas, 2017)

Datos revelados en un estudio realizado por el ACNUR (2011) en cuatro provincias del Ecuador, arrojaron los siguientes datos: en Sucumbíos de 331 trabajadoras sexuales el 65% respondió que ejercen la prostitución por necesidades económicas, el 5,9% porque fueron obligadas y el 2,4% por otras circunstancias. En Imbabura fueron 162 trabajadoras sexuales las entrevistadas y el 77,2% coincidió que lo hacen por la necesidad económica y el 1,9% fueron obligadas. En el Carchi, de las 100 mujeres, el 73% lo realiza ante la necesidad económica, el 1% por obligación y el 2% por maltratos en el hogar. Por último, en Esmeraldas se encuestaron a 254 trabajadoras, obteniéndose el 77,8% por necesidad económica y el 5,7% por obligación. Se debe notar que en estas diferentes provincias los porcentajes más altos daban a conocer que las mujeres trabajadoras sexuales toman esta decisión por problemas económicos y obtener un ingreso que le ayudará a sí misma o familiares.

Las mujeres trabajadoras sexuales que se encuentran laborando en las calles tienen una mayor vulnerabilidad ante los riesgos en comparación con aquellas que se encuentran en un establecimiento, el aumentan de las condiciones de inequidad, precariedad e informalidad. Asimismo, el primer grupo está expuesto más a la discriminación, abuso de autoridad, baja oferta laboral y distanciamiento familiar puesto que para mejorar su calidad de vida dan paso a la emigración y van a diferentes provincias buscando así nuevas oportunidades. A su vez, existen factores que conllevan a la explotación sexual como el abuso psicofísico, la pobreza, la falta de oportunidad, la desigualdad en género, entre otras. (Gutiérrez et.al, 2021)

El trabajo sexual además de implicar riesgos físicos y legales en las mujeres que se encuentran dentro de esta labor, conlleva a la adquisición de problemas psicológicos y emocionales que se refuerzan por los tipos de violencias a los que se ven expuestas, la falta de apoyo familiar/ amigos y las humillaciones, lo que altera su autopercepción y capacidad afectiva, y en la mayoría de los casos deriva en depresión, ansiedad, ideación o comportamientos suicidas, estrés postraumático y adicciones, se utilizan ciertos mecanismo de defensa como medio para evadir la realidad o aumentar su resistencia provocando un deterioro en su salud mental. Los trastornos disociativos se presentan igualmente como una alineación de su cuerpo, siendo un método de defensa ante las diferentes violencias. Además, como su autopercepción es alterada las mujeres trabajadoras sexuales llegan a creer que merecen ser tratadas minimizadas y violentadas. La violencia a la que están expuestas por la explotación sexual es elevada y refleja cifras alarmantes a nivel mundial, sin embargo, las mujeres no

denuncian por miedo y por los pocos derechos que se les otorga, llegando en muchas ocasiones a ser justificada por la relación de inferioridad y delictiva que se le da a la prostitución. (Guillén, 2022)

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1. Tipo de investigación

Es de tipo bibliográfica ya que se analizarán múltiples bases de datos, documentos y revistas científicas que sustentarán teóricamente la investigación, como Pubmed, Google Scholar, Dialnet, Redalyc y Scopus para recopilar y organizar los datos fundamentales que sustentarán la investigación.

3.2. Nivel de investigación

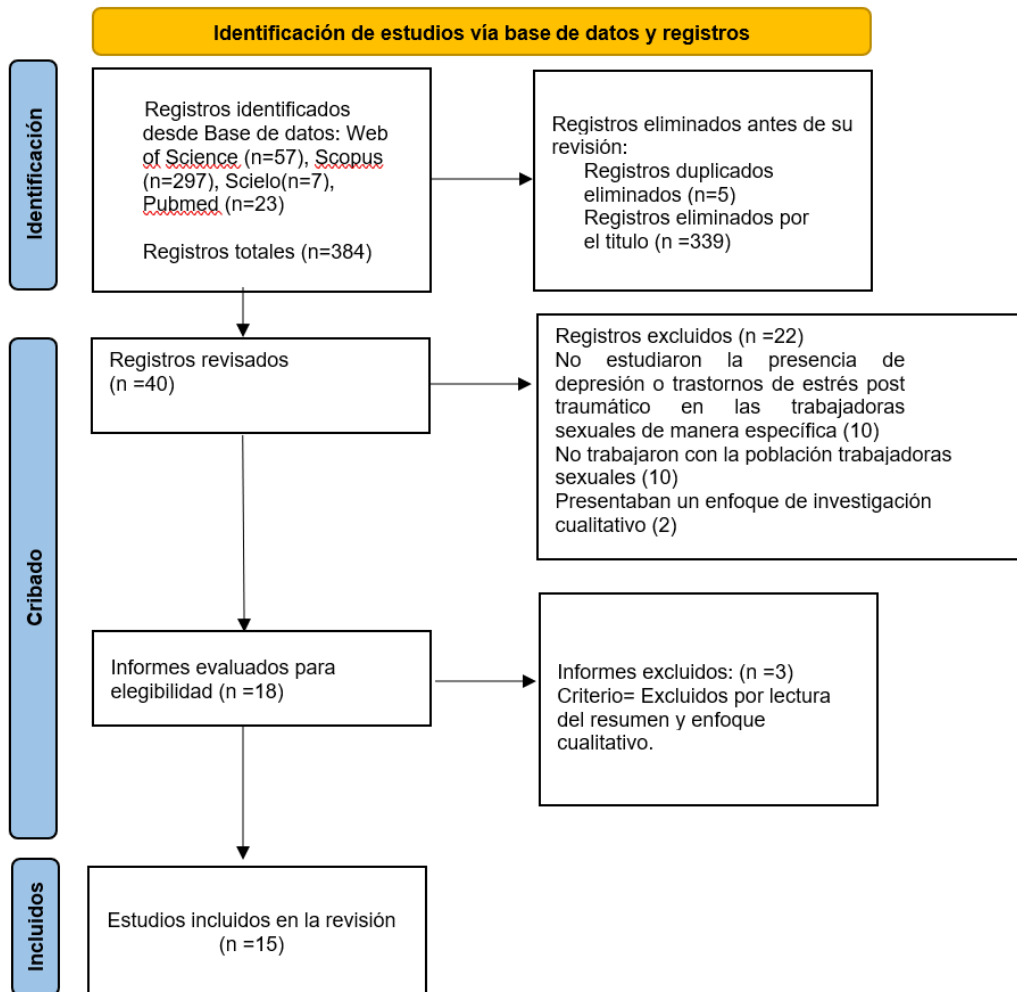
Es de naturaleza descriptivo ya que el objetivo es seleccionar información relevante sobre las variables de estudio, la depresión y el trastorno de estrés post traumático, así como, las trabajadoras sexuales. Con toda esta información se procederá a conceptualizar y explicar. Con el fin de describir este trabajo y garantizar una base teórica que pueda ser utilizada para futuras investigaciones, permitiendo tener una visión clara y concisa sobre estos temas.

Estrategias de búsqueda: se utilizaron operadores booleanos con las palabras clave en idioma inglés “AND” y “OR” y terminología relacionada a las variables de estudio “Depresión”, “Trastorno de Estrés Postraumático”, “trabajadoras sexuales”.

Extracción de datos: la documentación científica hallada en las diversas bases de datos pasó por un proceso de filtro que se ajusta a los criterios de selección, en función de aquello, se dejaron de lado los que no cumplían con estos últimos.

Finalmente, los documentos restantes fueron analizados por medio de los criterios del CRF-QS que posibilita la obtención de la documentación definitiva. Como se observa en la tabla 1.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020



Selección de los estudios

Tabla 1.

Criterios de selección de los documentos científicos

Criterios	Justificación
Artículos científicos divulgados en el periodo 2014- 2024	Se han seleccionado los artículos científicos que cumplen con un carácter actualizado con la finalidad de fortalecer la validez y calidad investigativa, puesto que va a ofrecer una mejor sustentación para las variables de estudio. Por esta razón se optó

	por seleccionar documentación publicada en los últimos 10 años.
Documentos cuantitativos	Los artículos con dicha característica facilitan conocer la incidencia del problema y tener datos cuantificables de la población que se ve afectada por la problemática, es de carácter cuantificable debido a la objetividad y precisión del estudio, de esta manera se podrá dar respuesta al objetivo de investigación
Estudios en idioma inglés, portugués o español que pueden ser traducidos sin alterar el contenido informativo.	Se utilizó una cantidad significativa de artículos científicos publicados en esos idiomas los cuales se encuentran relacionados en el campo de Ciencias de la Salud y de manera especial en el área de Psicología Clínica.
Artículos encontrados en las bases de datos: Scopus, PubMed, Google Académico, WOS, Scielo, ProQuest, APA, Dialnet, Science Direct.	Se utilizó bases de indexación que abarcan una considerable extensión de literatura científica relacionada con el tema de investigación y que a su vez tienen reconocimiento y fiabilidad a nivel global.
Artículos relacionados con la depresión y trabajadoras sexuales.	
Artículos afines con el trastorno de estrés postraumático y trabajadoras sexuales.	
Artículos referentes a la depresión y trastorno de estrés postraumático, que en caso de incluir población esta haga referencia a las trabajadoras sexuales.	

Tabla 2.*Criterios de exclusión de los documentos científicos*

Criterios	Justificación
Artículos que no cuenten con una base científica probatoria.	Los documentos que no se encuentren en bases de datos confiables no pueden usarse para sustentar la presenta investigación puesto que la información no cumple con los criterios calidad y veracidad.
Artículos que no se tenga el acceso completo.	Los documentos que tengan un acceso restrictivo o se necesite realizar un pago para acceder a la información no pueden ser utilizados porque incumplen con las normativas estipuladas por la universidad.

Tomando en cuenta los criterios mencionados en la Tabla 1, se llevó a cabo una búsqueda de artículos de modo secuencial, filtrando la información que sería útil para el desarrollo del estudio.

Tabla 3.*Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica*

Criterios	No ítems	Elementos a valorar
Finalidad del estudio	1	Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables
Literatura	2	Relevante para el estudio
Diseño	3	Adecuación al tipo de estudio
	4	No presencia de sesgos
Muestra	5	Descripción de la muestra
	6	Justificación del tamaño de la muestra
	7	Consentimiento informado
Medición	8	Validez de las medidas
	9	Fiabilidad de las medidas

Criterios	No ítems	Elementos a valorar
Intervención	10	Descripción de la intervención
	11	Evitar contaminación
	12	Evitar co-intervención
Resultados	13	Exposición estadística de los resultados
	14	Método de análisis estadístico
	15	Se informan abandonos
	16	Importancia de los resultados para la clínica
Conclusión e implicación clínica de los resultados	17	Conclusiones coherentes
	18	Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos
	19	Limitaciones del estudio

Fuente: Los criterios e ítems fueron redactados de acuerdo con lo planteado por Law et al. (López, 2017).

La categorización se establece acorde a la siguiente valoración:

- *Pobre* calidad metodológica ≤ 11 criterios
- *Aceptable* calidad metodológica entre 12 y 13 criterios
- *Buena calidad* metodológica entre 14 y 15 criterios
- *Muy buena* calidad metodológica entre 16 y 17 criterios
- *Excelente* calidad metodológica ≥ 18 criterios

Tabla 4.*Calificación de la calidad metodológica de los documentos científicos*

		Puntuación CRF-QS																				
N°	Título	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total	Categoría
1	Depression and Post Traumatic Stress amongst female sex workers in Soweto, South Africa: A cross sectional, respondent driven sample	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
2	Psychiatric morbidity among female commercial sex workers	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
3	Prevalence and correlates of common mental health problems and recent suicidal thoughts and behaviors among female sex workers in Naironi, Kenya	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
4	Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
5	Sex work and mental health: A study of women in the Netherlands	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
6	Sexual IPV and non-partner rape of female sex workers: Findings of a cross-sectional community-centric national study in South Africa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
7	Predictors of depressive symptoms and post traumatic stress disorder among women engaged in	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena

14	Community-led cross-sectional study of social and employment circumstances HIV and associated factors amongst female sex workers in South Africa: study protocol	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
15	Patterns of gender-based violence and associations with mental health and HIV risk behavior among female sex workers in Mombasa, Kenya: A latent class analysis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente

Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación fue desarrollado considerando los principios éticos vinculados con el manejo idóneo y responsable de información de carácter científico, además de garantizar el derecho a la propiedad intelectual a través de una excelente citación de las referencias bibliográficas; posteriormente la documentación recopilada esta empleada exclusivamente para dar cumplimiento a las finalidades de este estudio.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 5.

Niveles de depresión en trabajadoras sexuales

No.	Título/Autores/año	Población o muestra	Instrumentos de evaluación	Proceso estadístico	Resultados principales
1	Psychiatric morbidity among female commercial sex workers. (Iaisuklang y Ali, 2017)	Muestreo aleatorio simple donde se obtuvo una muestra de 100 mujeres trabajadoras sexuales de India participes del proyecto Meghalaya AIDS Control Society.	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	El análisis estadístico se desarrolló a través del programa SPSS 18, mediante pruebas estadísticas y tablas de frecuencias relativas, para evaluar la morbilidad psiquiátrica en la depresión entre trabajadoras sexuales en Shillong, Meghalaya, India.	Los resultados de este estudio demuestran que el 37% presentan depresión. Es decir que el 63% no tienen depresión. Lo que indica que existe un porcentaje menor de trabajadoras sexuales que presentan niveles de depresión.
2	Prevalence and correlates of common mental health problems and recent suicidal thoughts and behaviors among female sex workers in Naironi, Kenya, (Beksinska et al., 2021)	Población de 10.292 mujeres trabajadoras sexuales y una muestra de 1003 pertenecientes a la clínica Sex Worker Outreach Programme (SWOP).	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Esta investigación utilizó el programa estadístico STATA 16.1, mediante pruebas estadísticas, frecuencias absolutas y relativas entre la variable sociodemográfica, la depresión y los pensamientos/comportamientos suicidas en las	En el estudio se identificó que las mujeres con depresión prevalecen con un 34.2%, indicando que el 65.8% no presentan depresión. Lo cual demuestra que, a pesar del porcentaje mayor de trabajadoras sexuales sin depresión, el número que si lo presentan sigue siendo significativo.

				trabajadoras sexuales de Kenia.	
3	Post-traumatic stress disorder, depression and substance abuse among female street-based sex workers in Addis Ababa. (Wondie, et al., 2019)	Muestra de 200 trabajadoras sexuales pertenecientes a 16 conglomerados de Addis Ababa.	Beck Depression Inventory (BDI-II)	En esta investigación se utilizó pruebas de estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y relativas para la distribución de presencia de depresión.	En el presente estudio se obtuvo como resultado que el 100% de las mujeres participantes presentan depresión. Evidenciando la presencia de depresión en las trabajadoras sexuales, lo cual es ocasionando por la presencia de los diferentes factores de riesgos.
4	Prevalence and correlates of probable depression and post-traumatic stress disorder among female sex workers in Lilongwe, Malawi. (MacLean et al., 2018)	Muestra de 200 mujeres trabajadoras sexuales originarias de la región Lilongwe en Malawi.	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	En este estudio los análisis se realizaron mediante pruebas estadísticas y frecuencia relativa y el programa estadístico STATA 12.0, para evaluar la prevalencia de depresión e ideación suicida en trabajadoras sexuales en Lilongwe, Malawi.	En la investigación los resultados arrojaron porcentajes significativos ante la presencia de depresión correspondiendo al 51% y el 49% no presentan depresión. Lo que indica que existe un porcentaje mayor de trabajadoras sexuales que presentan depresión.
5	Patterns of gender-based violence and associations with mental health and hiv risk behavior among female sex workers in Mombasa, Kenya: A	Población de 3.500 mujeres trabajadoras sexuales y una muestra de 283 del estado Mombasa en Kenya, pertenecientes al estudio The Sexual	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	Esta investigación se implementó las pruebas estadísticas y la frecuencia relativa absoluta, además del programa STATA 14.1, para correlacionar los patrones de violencia de	En el estudio se estableció la depresión en las participantes en un 41.5%, demostrando que por lo tanto el 58.5% no presentan depresión. Se expone que existe un porcentaje alto de trabajadoras sexuales que presentan

latent class analysis. Violence Study (SV
(Roberts et al., 2018) Study).

género con la presencia de depresión, que es acarreado de depresión y las conductas sexuales de riesgo. por el factor de riesgo de la violencia.

En los artículos revisados, se estableció mediante porcentajes la ausencia de depresión en una parte considerable de las trabajadoras sexuales. Exponiéndose de la siguiente manera, en el estudio de Beksinska et al. (2021) identifican que el 65.8% de las participantes no presentaba depresión. De manera similar, Iaisuklang y Ali (2017) encontraron que el 63% de las trabajadoras sexuales no mostraban signos de depresión. Roberts et al. (2018) señalan que el 58.5% de las participantes se encontraba libre de esta condición, mientras que MacLean et al. (2018) reportan esta misma situación en un porcentaje del 49%. Los diferentes autores coinciden con la escases de estudios de salud mental dirigidos a la población de trabajadoras sexuales, esto mismo lo reconoce como un factor que interfiere en los resultados obtenidos.

El trabajo de Woondie et al. (2019), expone que todas las mujeres trabajadoras sexuales participes presentaron depresión, es decir el 100 %, esto representando un porcentaje sustancial. Los autores mencionan que tal manifestación se relaciona con la exposición diaria a los diversos factores de riesgo por su estilo de vida, como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de sustancias y la violencia.

En la investigación de MacLean et al. (2018), se identificó que el 51% de las trabajadoras sexuales presentan depresión. Los autores concluyeron que en ciertos casos se presenta la depresión por el inicio temprano en el trabajo sexual, esto yendo de la mano con los bajos niveles de educación, de igual manera la violencia y el trato degradante recibido por los clientes o parejas.

Desde otro punto Roberts et al. (2018), establecen que las mujeres trabajadoras sexuales partícipes de su estudio arrojaron porcentajes significativos ante presencia de depresión correspondiendo a un 41.5%. Los autores indican que los niveles de depresión son debido a la carga de violencia física y sexual constante que experimentan las trabajadoras sexuales, así mismo como el abuso de sustancias y el historial de abusos sexuales en su infancia.

Por su lado, Iaisuklang y Ali (2017), mediante su trabajo da a conocer que las mujeres trabajadoras sexuales participantes presentan el 37% de depresión. Siendo así como los autores concuerdan que tal porcentaje se genera por la precariedad en el estilo de vida que conlleva el trabajo sexual, la mayoría de las mujeres viven en pobreza, violencia constante, inseguridad en las calles, exposición de sustancias y el escaso apoyo familiar.

En el trabajo investigativo de Beksinska et al. (2021) se arrojó porcentajes del 34.2% en la presencia de depresión en las trabajadoras sexuales. Los autores del estudio coinciden que

los niveles de depresión son debido a la carga de violencia física y sexual que se experimentan constante, de igual manera influyen los limitados servicios de salud y apoyo de crecimiento laboral proporcionados.

Tabla 6.*Presencia de trastorno de estrés postraumático en trabajadoras sexuales*

No.	Título/Autores/año	Población muestra	o Instrumentos de evaluación	de	Proceso estadístico	Resultados principales
1	Depression and Post Traumatic Stress amongst female sex workers in Soweto, South Africa: A cross sectional, respondent driven sample. (Coetzee et al., 2018)	Muestra de 508 trabajadoras sexuales de Soweto.	Inventario PTSD-8		El análisis estadístico se realizó con STATA 15, además, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas para entender la prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y sus factores de riesgo entre las trabajadoras sexuales en Soweto, Sudáfrica.	En el estudio se identifica en las participantes un porcentaje significativo ante la presencia de sintomatología que cumple con los criterios del trastorno de estrés postraumático, siendo este un 39,6%, mientras que el 60,4% no presentan síntomas relacionadas al TEPT.
2	Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting. (Puri et al., 2017)	Muestra de 692 mujeres trabajadoras sexuales que forman parte del estudio An Evaluation of Sex Workers Health Access (AESHA).	Encuesta An Evaluation of Sex Workers Health Access (AESHA), realizada por los autores de esta investigación, dirigida a identificar los diferentes diagnósticos de afección de la salud		El análisis estadístico se procesó a través de SAS versión 9.3, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas para evaluar el TEPT en las trabajadoras sexuales en Vancouver, Canadá.	Los resultados de este estudio arrojaron que el 48.8% de las participantes alguna vez fueron diagnosticadas con alguna afección de salud mental, de las cuales el 12,7% se relacionan con el trastorno de estrés postraumático, es decir que el 87,3% no han presentado TEPT.

			mental en las participantes.		
3	Sex work and mental health: A study of women in the Netherlands. (Krumrei, 2017)	Muestra de 88 mujeres dedicadas al trabajo sexual de Países Bajos.	Event Scale-Revised (IES-R)	En esta investigación se utilizó el análisis estadístico SPSS 22, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas para examinar cómo los factores de calidad de vida se relacionan con los síntomas de estrés postraumático entre mujeres dedicadas a la prostitución en los Países Bajos.	En el estudio se da a conocer factores asociándose con la presencia del trastorno de estrés postraumático en un 29,3%, mientras que el 74% no presentan el trastorno.
4	Sexual IPV and non-partner rape of female sex workers: Findings of a cross-sectional community-centric national study in South Africa. (Jewkes et al., 2021)	Muestra de 3005 mujeres trabajadoras sexuales, originarias de diferentes distritos de Sur África.	Inventario PTSD-8	En este estudio el análisis estadístico se procesó a través del programa STATA 16.0, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas, para describir la prevalencia del TEPT y los patrones de exposición de las trabajadoras sexuales a la violencia de las parejas íntimas y	La investigación indica una significativa presencia del trastorno de estrés postraumático en un 53,7%, por lo cual el 46,3% no manifiestan síntomas de TEPT.

				otros hombres.	
5	Predictors of depressive symptoms and post-traumatic stress disorder among women engaged in commercial sex work in Southern Uganda. (Nabunya et al., 2021)	Muestra de 542 mujeres trabajadoras sexuales, localizadas en siete distritos del sur de Uganda y pertenecientes al Proyecto Kyaterekera.	Encuesta de 6 ítems adaptados por los autores de la investigación, permitiendo identificar los niveles de sintomatología TEPT.	Se usó el programa de análisis estadístico STATA 12.1, pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas para detallar los predictores de los síntomas del TEPT presentes en las trabajadoras sexuales.	En el estudio se establece la presencia del trastorno de estrés post traumático en un 12,2%, indicándonos que el 87,8% no presentan el trastorno.
6	Mental health and functioning of female sex workers in Chittagong, Bangladesh. (Hengartner et al., 2015)	Muestra de 259 mujeres trabajadoras sexuales pertenecientes a Rehabilitation Centre for Prostitutes and Rootless Children (PARC) en Chittagong.	Mental Health Composite International Diagnostic Interview (MH-CIDI)	Los datos se procesaron a través del análisis estadístico SPSS 21, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas para identificar como el abuso tiene asociación con la presencia del TEPT en las trabajadoras sexuales.	El estudio da a conocer la presencia varios problemas de salud mental en las participantes, siendo tan solo el 3,1% parte del trastorno por estrés post traumático, por lo tanto, el 96,1% no lo presentan.
7	Intersections of sex work, mental Ill-Health, IPV and other violence experienced by female sex workers: Findings from a cross-sectional Community-	Muestra de 3005 mujeres trabajadoras sexuales, originarias de tres distritos "Cabo Norte, KwaZulu Natal y Gauteng".	Inventario PTSD-8	El análisis estadístico se realizó mediante STATA 16.0, además, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas	El trastorno por estrés post traumático en el estudio se presentó en un 53,6%, mientras que el 46,6% no indican síntomas del trastorno.

	Centric national study in South Africa. (Jewkes et al., 2021)			para evaluar las diferentes variables factoriales presentes en las trabajadoras sexuales y su relación con el TEPT.	
8	Recent sex work and associations with psychosocial outcomes among women living with HIV: findings from a longitudinal Canadian cohort study. (Logie et al., 2021)	Muestra de 1422 trabajadoras sexuales pertenecientes a Canadian HIV Women's Sexual & Reproductive Health Cohort Study (CHIWOS) en Ontario.	Checklist Civilian Form (PCL-C)	El análisis estadístico se procesó a través de STATA versión 15, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas para comprender el trabajo sexual, la prevalencia del TEPT entre las mujeres trabajadoras sexuales que viven con VIH en Canadá.	En el trabajo de estudio se refleja en las participantes la presencia de estrés post traumático en diferentes grupos de estudios, en el primero se detectó un 47%, mientras que en el segundo un 45%, indicándonos que solo el 7% no presentan TEPT.
9	Key risk factors for substance use among female sex workers in Soweto and Klerksdorp, South Africa: A cross-sectional study. (Yeo et al., 2022)	Muestra de 664 trabajadoras sexuales originarias de Soweto y Klerksdorp.	Inventario PTSD-8	En este estudio se usó el programa de análisis estadístico SAS además, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas para evaluar los factores de riesgos asociados con el consumo de alcohol y	En el estudio se compara los porcentajes de presencia del trastorno de estrés post traumático en las participantes de Klerksdorp y las de Soweto, las últimas mencionadas arrojan en un 31,93%. Por lo tanto, el 68,07% indicando no tener TEPT.

				drogas en trabajadoras sexuales y su influencia en el TEPT.	
10	Community-led cross-sectional study of social and employment circumstances, HIV and associated factors amongst female sex workers in South Africa: study protocol. (Milovanovic et al., 2021)	Muestra de 3005 trabajadoras sexuales de diferentes estados pertenecientes a Sur África.	Inventario PTSD-8	El estudio usó el programa de análisis estadístico SAS Enterprise Guide 7, se desarrollaron pruebas estadísticas descriptivas, y frecuencias relativas para describir la metodología utilizada en un estudio dirigido a las trabajadoras sexuales con VIH en Sur África.	En el estudio más de la mitad de las participantes indicaron tener trastorno de estrés postraumático, es decir el 54,1%. Por lo tanto, el 45,9% no indican presencia de TEPT.

Según Milovanovic et al. (2021), su estudio arroja que el 54,1% de la población presenta TEPT debido a que las trabajadoras sexuales han tenido experiencias previas de abusos sexuales, negligencia paterna, violencia, es decir han estado desproporcionalmente expuestas a traumas desde la infancia y siguen experimentado formas graves de violencia. En similitud con el estudio desarrollado por Jewkes et al. (2021) destaca que el 53,7% tiene TEPT por la exposición a diferentes tipos de violencia en la infancia, violaciones por parte de sus parejas sexuales, inseguridad alimentaria y circunstancias laborales precarias. Asimismo, en la investigación hecha por Jewkes et al. (2021) evidencia que el 53,6% sufre TEPT debido a traumas en la infancia, inseguridad alimentaria, estigmatización, consumo nocivo de alcohol y drogas. Los autores coinciden que las trabajadoras sexuales padecen de TEPT por los factores de riesgo como abuso en la infancia, violencia en el trabajo, a los cuales están expuestas, sin embargo, la escases de investigaciones de campo complica tener resultados precisos de la verdadera afectación en la salud mental de las trabajadoras sexuales

Por otro lado, Logie et al. (2021), afirma que la recolección de información para evidenciar si existía la presencia de TEPT en las trabajadoras sexuales consistió únicamente en dos tiempos, a los cuales el autor los cataloga como “olas”, en la primera “ola” el resultado fue de 47% y en la tercera “ola” fue del 45% se debe mencionar que, en cada ola, se tomaron en cuenta los factores sociodemográficos asociados al trabajo sexual reciente como la edad, provincia, nivel educativo y etnia donde se determinó que existe una carga desproporcional en problemas de salud mental y que los contextos de violencia, uso de drogas y consumo nocivo de alcohol contribuyen con la presencia del TEPT.

La investigación de Coetzee et al. (2018) destaca que este trastorno en las mujeres que son trabajadoras sexuales es del 39,6%, por causas como la edad de la primera venta sexual, trauma infantil, la internalización del estigma, educación incompleta, el haber estado embarazada o perder un hijo y la inseguridad alimentaria. Asimismo, en el estudio realizado por Yeo et al. (2022) enfatiza que el 31,93% presenta TEPT debido al trauma infantil, la violencia tanto física como sexual y el uso de sustancias psicotrópicas.

Krumrei (2017), describe que el 29,3% de las mujeres trabajadoras sexuales tienen TEPT influenciado por la baja autoestima, violencia experimentada en sus funciones, abandono por parte de su familia, discriminación sexual, pobreza, falta de educación y oportunidades en la vida laboral. De la misma forma, Puri et al. (2017) sostiene que este trastorno es del 12,7%

por factores como el VIH, el uso de sustancias, trastornos de salud mental, el trauma en la infancia y la violencia percibida en el cumplimiento de su trabajo.

En cambio, Nabunya et al. (2021) realiza una investigación basada en 2 modelos, en el primer modelo toma en cuenta los factores a nivel individual y familiar (VIH, Estado civil) dando un resultado así del 8,4% y en el segundo modelo toma en consideración los factores del nivel económico arrojando un valor del 12,2%, lo que sugiere que al tomar en cuenta los factores del nivel económico existe un incremento del 3,7%, lo que indica que las trabajadoras sexuales al estar expuestas a factores de riesgo como estigmatización por otros miembros de la sociedad y dificultad financiera e incapacidad de cubrir necesidades básicas elevan la presencia de TEPT.

Finalmente, Hengartner et al. (2015) demuestra que solo el 3,1% de las trabajadoras sexuales presentan trastorno de estrés postraumático por ser víctimas de tráfico ilegal, drogadicción, consumo de alcohol y ser obligadas a dedicarse al trabajo sexual por la falta de recursos económicos, coerción o abuso.

Los autores manifiestan que en ciertos casos las trabajadoras se encuentran expuestas a factores de riesgo que son clave para el desarrollo del TEPT tales como: la baja escolaridad, crisis financiera, violencia física y sexual, consumo de alcohol y drogas, diagnóstico de VIH e inseguridad alimentaria y económica. Por esta razón es crucial entender cómo influyen los determinantes sociales en el trastorno, para de esta manera crear una intervención holística que mejore la calidad de vida de las trabajadoras sexuales. Además, este estudio tuvo algunas limitaciones, las más visibles fueron la escasez de estudios cuantitativos y artículos que hablen de mujeres trabajadoras sexuales en Ecuador, solo existiendo información de otros países los cuales se desarrollan en diferentes contextos culturales dificultando el objetivo de la investigación.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Tomando en cuenta que existen pocos estudios de referencia de la salud mental en la población mencionada, los aportes escogidos sobre la presencia de depresión en las trabajadoras sexuales demuestran que existen porcentajes predominantes ante la presencia. Pese a que en ciertos estudios la no presencia se encontraban en porcentajes significativos es importante reconocer la influencia de los factores psicosociales que tienen un gran impacto negativo en el estilo de vida de las trabajadoras sexuales (violencia, abuso de sustancias, estigmatización, pobreza, entre otros) exponiéndose a comportamientos de riesgos que tienen un efecto adverso en la salud mental contribuyendo en el desarrollo de sintomatología depresiva.
- Finalmente, se puede evidenciar que la presencia del Trastorno de estrés postraumático en las trabajadoras sexuales es significativo, sin embargo no es abordado de manera común como lo son otros trastornos psicológicos, por lo que es necesario visibilizar su relevancia puesto que se presenta en una población que por su situación ya es vulnerable, además se percibió que la incidencia del TEPT está directamente relacionado con los factores de riesgo a nivel individual, familiar y económico trayendo consigo consecuencias negativas y ocasionando un deterioro en su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- Reconocer a esta población vulnerable y los diversos obstáculos que se presentan en su vivir diario, realizar más estudios sobre los diversos temas de salud mental para contemplar sus necesidades, además de desarrollar estrategias de promoción y prevención dirigidos a estos temas. Es necesario generar estrategias dirigidas a los posibles problemas de salud mental como la depresión en las Trabajadoras Sexuales para garantizar que sean abordados adecuadamente, creando en ellas concientización y obtengan una mejor calidad de vida.
- Es necesario realizar un análisis de campo sobre la incidencia del trastorno de estrés postraumático en las mujeres que se dedican al trabajo sexual en donde se investigue a detalle su situación puesto que no son un grupo homogéneo expuesto a los mismos factores de riesgo y condiciones de vida, todo esto direccionado a que la prostitución debe ser estudiada en todos sus matices.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Avilés, A. (2020). Prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales atendidas en el Centro De Salud # 1 Pumapungo de Cuenca - Ecuador. Agosto 2019 – enero 2020. *Repositorio Universidad Católica de Cuenca*. Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8419>
- Beattie, T., 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 Med*, 17-22. doi: 10.1371/journal.pmed.1003297.
- Beksinska, A., Jama, Z., Kabuti, R., Kungu, M., Babu, H., Nyariki, E., Shah, P., Fiti, M., Nyabuto, C., Okumu, M., Mahero, A., Ngurukiri, P., Irungu, E., Adhiambo, W., Muthoga, P., Kaul, R., Seeley, J., Beattie, T., Weiss, H. & Kimani, J. (2021). Prevalence and correlates of common mental health problems and recent suicidal thoughts and behaviours among female sex workers in Nairobi, Kenya. *BMC Psychiatry*, 2-17. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03515-5>
- Bermúdez Durán LV, Barrantes Martínez MM, Bonilla Álvarez G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Rev.méd.sinerg*, 1-11. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568/969>
- Bevilacqua, P. (2021). Depresión y Riesgo de Suicidio en Trabajadoras Sexuales. *Gac Med Bol*, 139-147.
- Borja, C., Ruilova, E., Garcia, D., Sanchez, S., Guervara, K. y Morales, A. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Polo del conocimiento*, 165-180. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164309>
- Cedeño, H., Delgado, L., Morales, J. y Ormaza, M. (2017). Depresión Como Consecuencia de la Prostitución Femenina: caso Burdeles de Rocafuerte, Ecuador. *Journal of Education and Human Development*, 83-88. <https://doi.org/10.15640/jehd.v6n1a8>
- Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), S1-68. doi:<https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Coetzee, J., Buckley, J., Otwombe, K., Milovanovic, M., Gray, G. & Jewkes, R. (2018). Depression and Post Traumatic Stress among female sex workers in Soweto, South

- Africa: Across sectional, respondent driven sample. *PLoS ONE* 13(7).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196759>
- Guillén, L. (2022). Los problemas mentales y físicos de la prostitución: una revisión de la base de datos PubMed. *Textos y Contextos*, 1-9.
- Hengartner, M., Islam, N., Haker, H. & Rossler, W. (2015). Mental Health and Functioning of Female Sex Workers in Chittagong, Bangladesh. *Front. Psychiatry*, 1-7.
doi:10.3389/fpsyt.2015.00176
- Iaisuklang, M. & Ali, A. (2018). Psychiatric morbidity among female commercial sex workers. *Indian Journal of Psychiatry*, 465-470.
- Jewkes, R., Milovanovic, M., Otwombe, K., Chirwa, E., Hlongwane, K., Hill, N., Mbowane, V., Matuludi, M., Hopkins, K. & Gray, G. (2021). 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. *Res. Public Health*, 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211971>
- Krumrei-Mancuso, J. (2017). Sex Work and Mental Health: A Study of Women in the Netherlands. *Pepperdine University, All Faculty Open Access Publications. Paper*, 1-40. https://digitalcommons.pepperdine.edu/faculty_pubs/173
- Logie, C., Sokolovic, N., Kazemi, M., Smith, S., Islam, S., Lee, M., Gormley, R., Kaida, A., Pkomandy, A. & Loutfy, M. (2021). Recent sex work and associations with psychosocial outcomes among women living with HIV: findings from a longitudinal Canadian cohort study. *Journal of the International AIDS*, 1-7.
<https://doi.org/10.1002/jia2.25874>
- Lamas, M. (2017). Trabajo Sexual e Intimidad. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, 11-34.
- Lopez, B. (2015). Trastorno por estrés postraumático: naturaleza, evaluación y tratamiento. Obtenido de <http://hdl.handle.net/2445/65623>
- López, D. (2017). *Efectividad de la fisioterapia postoperatoria en el tratamiento de cirugía de cáncer de pulmón: Una revisión bibliográfica*. Universidad de Lleida. Obtenido de <https://repositori.udl.cat/server/api/core/bitstreams/e92e5645-9d9e-4433-a599-5a17e1bf39aa/content>
- Maclean, S., Lancaster, K., Lungu, T., Mmodzi, P., Hosseinipour, M., Pence, B., Gaynes, B., Hoffaman, I. & Miller, W. (2018). Prevalence and correlates of probable depression and post traumatic stress disorder among female sex workers in Lilongwe, Malawi. *Int J Ment Health Addict*. 150–163. doi:10.1007/s11469-017-9829-9.

- Milovanic, M., Jewkes, R., Otworld, K., Jaffer, M., Hopkins, K., Hlongwe, K., Mathaludi, M., Mbowane, V., Gray, G., Dunkle, K., Hunt, G., Welte, A., Kassanjee, R., Slingers, N., Vanleues, L., Puren, A., Kinghom, A., Martinson, N., Abdullah, F. & Coetzee, J. (2021). Community-led cross-sectional study of social and employment circumstances, HIV and associated factors amongst female sex workers in South Africa: study protocol. *GLOBAL HEALTH ACTION*, 1-14.
<https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1953243>
- Nabunya, P., Byansi, W., Damulira, C., Bahar, O., Mayo, L., Tozan, Y., Kiyangi, J., Nabayinda, J., Braitwaitw, R., Witte, S. & Ssewamala, F. (2021). Predictors of Depressive Symptoms and Post Traumatic Stress Disorder Among Women Engaged in Commercial Sex Work in Southern Uganda. *Psychiatry Res*, 1-15.
[doi:10.1016/j.psychres.2021.113817](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113817)
- Puri, N., Shannon, K., Nguyen, P. & Goldenberg, S. (2017). Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting. *BMC Women's Health* 1-9.
- OMS. (2000). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas diagnósticas*. Ginebra: Editorial Médica Panamericana S.A. Obtenido de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Perez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J. y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomed*, 73-98.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/revbiomed/v28n2/2007-8447-revbiomed-28-02-73.pdf>
- Roberts, S., Flaherty, B., Deya, R., Masese, L., Ngina, J., McClelland, S., Simoni, J. & Graham, S. (2018). Patterns of Gender-Based Violence and Associations with Mental Health and HIV Risk Behavior among Female Sex Workers in Mombasa, Kenya: A Latent Class Analysis. *AIDS Behav*, 3273–3286. doi:10.1007/s10461-018-2107-4.
- Rodríguez, E., Fuentes, P., Ramos, L., Gutiérrez, R. y Ruiz, E. (2014). Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud mental*, 355-360. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a10.pdf>
- Rojas, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*, 233-240.

- Rosas, R. (2011). Trastorno de Estres Postraumático enfoque desde la farmacia. *Revista OF*, 34-38.
- Salazar, Y., Mejía, L, Conde, C., & Botelho de Oliveira, S.. (2021). Víctimas del desplazamiento forzado: comorbilidad entre trastorno por estrés postraumático (TEPT) y depresivo mayor (TDM). *Informes Psicológicos*, 21(1), 133–149. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v21n1a09>
- Unidos, D. d. (2016). Trastorno por estrés postraumático. *MedinePlus*, 1-8.
- Veiga , E., & Dujo, V. (2022). Repercusiones psicopatológicas en las mujeres adultas que ejercen la prostitución: una revisión sistemática. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 63-90.
- Villar, C. C. (2020). El impacto psicológico del estigma de prostituta. *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 08(04), 152-172. doi:<https://doi.org/10.46661/relies.5106>
- Wondie, Y., Yigzaw, T. & Koester, L. (2019). Post-traumatic Stress Disorder, Depression and Substance Abuse among Female Street-based Sex Workers in Addis Ababa. *ERJSSH*, 14-32.
- World Health Organization. (31 de march de 2023). *Depression*. Obtenido de Internet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yeo EJ, Hlongwane K, Ot wombe K, Hopkins KL, Variava E, Martinson N, et al. (2022). Key risk factors for substance use among female sex workers in Soweto and Klerksdorp, South Africa: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261855>