Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Carrera de Medicina

"Prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales de la ciudad de Quito en el periodo octubre a diciembre del 2021"

Autora: Diana Sofia Calero Costa

Director: Dr. Patricio Trujillo Montalvo

Quito, 2022

Dedicatoria

A todos aquellos que me han acompañado y apoyado a lo largo de este crecimiento académico y personal.

Sofia Calero

Agradecimiento

Un especial agradecimiento a Lourdes Torres, presidenta de la Asociación Pro-Defensa de la Mujer, por su tiempo, acogida y carisma, y a todas las trabajadoras sexuales cuya colaboración y buena disposición hicieron este estudio posible.

ÍNDICE

RESUMEN **6**

Abstract 7

1 CAPÍTULO I **9**

1.1 INTRODUCCIÓN 9
1.2 JUSTIFICACIÓN 11

2 CAPITULO II **12**

2.1 MARCO TEÓRICO 12
2.1.1 Definición de depresión 12
2.1.2 Epidemiología 12
2.1.3 Factores de riesgo 13
2.1.4 Fisiopatología 15
2.1.5 Clínica 20
2.1.6 Tipos de depresión 29
2.1.7 Criterios diagnósticos según el dsm-5 32
2.1.8 Diagnóstico diferencial 35
2.1.9 Tamizaje 35
2.1.10 Tratamiento 37
2.1.11 Pronóstico 49
2.1.12 Trabajo sexual en el ecuador 50
2.1.13 Salud mental en las trabajadoras sexuales 56

3 CAPÍTULO III **58**

3.1 METODOLOGÍA 58
3.1.1 Hipótesis 58
3.1.2 Objetivos 58
3.1.3 Tipo y diseño de estudio 58
3.1.4 Población y muestra 59
3.1.5 Criterios de inclusión 59
3.1.6 Criterios de exclusión 59
3.1.7 Operacionalización de variables 59
3.1.8 Recolección de datos 62
3.1.9 Plan de análisis de datos 62
3.1.10 Aspectos bioéticos 64

4 CAPÍTULO IV **64**

4.1 RESULTADOS 64
4.1.1 Prevalencia de Depresión 64
4.1.2 Características sociodemográficas de la población de estudio 68
4.1.3 Relación entre la depresión y las variables sociodemográficas 82

5 CAPÍTULO V **91**

5.1 DISCUSIÓN 91
5.2 CONCLUSIONES 94
5.3 RECOMENDACIONES 95
5.4 LIMITACIONES 95
6 CAPÍTULO VI 96
6.1 REFERENCIAS 96
6.2 ANEXOS 105

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 41
TABLA 2 59
TABLA 3 83
TABLA 4 84
TABLA 5 84
TABLA 6 85
TABLA 7 86
TABLA 8 86
TABLA 9 87
TABLA 10 88
TABLA 11 88
TABLA 12 89
TABLA 13 90
TABLA 14 90
TABLA 15 91

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 69
FIGURA 2 70
FIGURA 3 71
FIGURA 4 72
FIGURA 5 72
FIGURA 6 73

FIGURA 7 74
FIGURA 8 75
FIGURA 9 75
FIGURA 10 76
FIGURA 11 77
FIGURA 12 78
FIGURA 13 78
FIGURA 14 79
FIGURA 15 80
FIGURA 16 81
FIGURA 17 81
FIGURA 18 82
FIGURA 19 65
FIGURA 20 66
FIGURA 21 67
FIGURA 22 68

Resumen

Introducción: La salud mental es imprescindible para el bienestar integral de las personas. Desafortunadamente, ha sido un tema insuficientemente abordado en la población y especialmente en las trabajadoras sexuales en quienes las investigaciones se han enfocado principalmente en enfermedades de transmisión sexual. La mayor exposición a situaciones de violencia, la ausencia de garantías laborales, la presión de proveer económicamente en sus hogares y la doble vida que a veces llevan para evitar ser estigmatizadas, les confiere un mayor riesgo de padecer depresión que la población general.

Objetivo: Determinar la prevalencia, grado de severidad y factores de riesgo relacionados a la depresión en las trabajadoras sexuales que pertenecen a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU) en la ciudad de Quito.

Metodología: Se efectuó un estudio descriptivo transversal con carácter cuantitativo, mediante la administración del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y un cuestionario sobre variables sociodemográficas, condiciones laborales y características de salud aplicado en las trabajadoras sexuales pertenecientes a la ASOPRODEMU de la ciudad de Quito en el periodo octubre a diciembre del 2021.

Resultados: Participaron un total de 180 trabajadoras sexuales con una edad promedio de 31 años (rango de edad:18 a 53 años). La prevalencia de depresión fue de 48%. De todas las mujeres que presentaron algún grado de depresión, el 50% exhibió un grado leve de depresión, seguido de 23% con grado moderado, 16% con grado moderadamente severo y el 11% con grado severo de depresión. Se encontró una relación significativa ($P<0.05$) entre el rechazo de la familia o amigos al conocer que es trabajadora sexual y la presencia de algún grado de depresión.

Conclusiones:

El presente estudio logró demostrar que existe una elevada prevalencia de depresión en las trabajadoras sexuales de la ASOPRODEMU. Se concluye que debido a las complejas situaciones a las que están expuestas las trabajadoras sexuales es necesario realizar evaluaciones frecuentes de salud mental e intervenciones accesibles y efectivas que mejoren su calidad de vida.

Palabras clave: Depresión, trabajo sexual, cuestionario de salud del paciente, salud mental

Abstract

Background: Mental health is essential for the overall well-being. Unfortunately, it has been a subject insufficiently addressed in the general population and especially in sex workers in whom research has focused mainly on sexually transmitted diseases. The greater exposure to violent situations, the absence of employee benefits, the pressure to financially support their family and the double life lived to avoid being stigmatized, grant sex workers a greater risk of suffering from depression than the general population.

Objective: This study aims to determine the prevalence, degree of severity and risk factors related to depression in sex workers of the organization Asociación Pro Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU) in the city of Quito.

Methods: A cross-sectional descriptive quantitative study was conducted through the administration of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and a questionnaire on sociodemographic variables, working conditions and health characteristics on sex workers of the ASOPRODEMU from October through December 2021.

Results: A total of 180 sex workers participated in this study. The average age of participants was 31 (age range: 18 to 53 years). The prevalence of depression in ASOPRODEMU was 48%. Among all the depressed participants, 50% presented mild depression, followed by 23% with moderate depression, 16% with moderately severe depression and 11% with severe depression. A significant association ($p < 0.05$) was found between the rejection from family or friends upon finding out their sex worker identity and depression.

Conclusions: This study found that depression is highly prevalent among sex workers from ASOPRODEMU. Due to the complex situations to which sex workers are commonly exposed, frequent mental health evaluations should be conducted, alongside accessible and effective interventions to improve their mental health and quality of life.

Keywords: depression, sex work, patient health questionnaire, mental health

1 CAPÍTULO I

1.1 Introducción

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que genera persistentes sentimientos de tristeza y pérdida de interés o placer. Las características comunes en todos los desórdenes depresivos incluyen tristeza o irritabilidad acompañada de alteraciones somáticas y cognitivas que afectan significativamente el funcionamiento del individuo. (Chand y Arif, 2020). Según la Organización Mundial de la Salud (2020), existen 300 millones de personas con depresión a nivel mundial. Aproximadamente 60% de personas con depresión no buscan atención médica debido al estigma de la enfermedad mental y el temor de que este diagnóstico interfiera sobre su vida personal y/o profesional. La etiología de la depresión es multifactorial, incluye variables tanto genéticas, como psico-sociales y ambientales. Si bien los familiares de primer grado de personas con depresión tienen 3 veces más probabilidades de desarrollar la patología, esta puede presentarse en personas sin antecedentes familiares. La prevalencia en personas entre 18-29 años es tres veces mayor que en individuos de 60 años. Las mujeres padecen tasas 3 veces más altas de depresión que los hombres. (Chand y Arif, 2020).

En Ecuador, según registros de las atenciones ambulatorias del Ministerio de Salud Pública, en el año 2015 hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo de depresión, de las cuales 72,7% corresponden a mujeres. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021).

Según datos recolectados, en la provincia de Pichincha existen más de 3600 personas dedicadas al trabajo sexual (El Comercio, 2020). Estas personas, que en su mayoría son mujeres, se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido a las circunstancias sociales, económicas, culturales y de estigma a las que están expuestas, las que habitualmente determinan su condición

de salud y bienestar. En su mayoría este grupo humano enfrentan contextos de pobreza, vulneración de derechos, discriminación, inequidad de género, revictimización, femicidios, chantajes, alta movilidad, baja escolaridad, jornadas laborales extensas, ausencia de garantías laborales, exposición crónica al ruido, malnutrición, consumo de drogas legales e ilegales, deficiente información sobre salud y sus derechos, y mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Además, la violencia en esta población es normalizada debido a la percepción errónea de que existe un consentimiento implícito al mismo, el cual empeora su condición de vida. (MSP, 2017)

Los problemas relacionados a salud mental que enfrentan las trabajadoras sexuales comprenden altos niveles de estrés, baja autoestima, angustia, culpabilidad, alteraciones del sueño, estrés postraumático, depresión, ansiedad y tendencias suicidas. Evidencia de múltiples estudios realizados alrededor del mundo indican que las trabajadoras sexuales padecen tasas más altas de morbilidad psiquiátrica que la población general, especialmente desórdenes del estado de ánimo, ideación suicida y estrés postraumático (Puri, Shannon, Nguyen y Shira, 2017). Sin embargo, son escasos los estudios sobre salud mental en trabajadoras sexuales en el Ecuador.

La Red de Trabajadoras Sexuales de Ecuador manifiesta que la atención a sus agremiadas se da con una orientación enfocada en la epidemiología de infecciones de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana, omitiendo áreas como salud sexual, reproductiva y mental (MSP 2017). El Ministerio de Salud Pública reportó que en el año 2015 se atendieron a 118.254 trabajadoras sexuales. Sin embargo, el frecuente estigma y discriminación en los establecimientos de salud, los horarios de atención que no se acomodan a las actividades laborales de las usuarias y la genitalización de la atención médica no permiten ofrecer un control de salud integral, sobre todo dentro de la esfera psicológica. Todos estos factores, sumados a la

tenue ejecución de marcos jurídicos que protejan los derechos de esta población, agravan su condición de vida y repercuten sobre la salud mental de este sector.

El presente estudio busca determinar la prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales que realizan sus labores en la ciudad de Quito mediante el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) para conocer el estado de salud mental de las trabajadoras sexuales y aportar datos de referencia que fomenten intervenciones enfocadas en salud mental dentro de la atención médica para el beneficio de esta población.

1.2 Justificación

El trabajo sexual es generalmente visto desde el prejuicio, estigma y discriminación, abordándolo frecuentemente desde la actividad y no desde la persona que lo ejerce, menos aún sobre las situaciones a la que están expuestas y las potenciales secuelas sobre su salud física y mental. El estigma hacia esta población históricamente marginada y el enfoque principalmente biológico y epidemiológico que ofrece el área de atención de salud descuida u omite el aspecto de la salud mental. La percepción de la trabajadora sexual como fuente de transmisión de enfermedades sigue teniendo un rol protagonista en la atención médica. Además, no es inusual que se omita evaluar el estado anímico de los pacientes en la consulta, sobre todo cuando estos no muestran signos evidentes de una alteración. Esto, sumado al contexto social y cultural de nuestra región en donde poco interés y hasta exclusión se le da a la salud mental, genera barreras complejas pero necesarias de superar.

La presente investigación surge de la necesidad de conocer el estado de salud mental de las trabajadoras sexuales y con esto concientizar en el personal de salud las complejas circunstancias del trabajo sexual para canalizar una atención integral en la cual se implementen intervenciones

que atiendan las necesidades de salud mental de esta población mediante pruebas de tamizaje en la evaluación clínica de rutina. Para lograr este objetivo se entrevistó a mujeres trabajadoras sexuales que pertenecen a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU), misma que según sus registros agrupa a la totalidad de mujeres trabajadoras sexuales del distrito metropolitano de Quito.

2 CAPITULO II

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Definición de depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que genera persistentes sentimientos de tristeza y pérdida de interés o placer. Las características comunes en todos los desórdenes depresivos incluyen tristeza o irritabilidad acompañada de alteraciones somáticas y cognitivas que afectan significativamente el funcionamiento del individuo y su calidad de vida (Chand y Arif, 2020).

La depresión puede transformarse en un grave problema de salud, especialmente si esta es recurrente y de grado moderado a severo ya que puede conllevar al suicidio, el cual cobra la vida de más de 700 000 personas al año y conforma la cuarta causa de muerte en personas entre 15 a 29 años (OMS, 2021). En la práctica, la detección, diagnóstico y manejo de la depresión genera un reto para el personal de salud debido a su diversa presentación clínica, evolución y pronóstico impredecible y respuesta variable al tratamiento (Malhi & Mann, 2018).

2.1.2 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), se estima que aproximadamente 280 millones de personas en el mundo tienen depresión, afectando a un 3,8% de la población, en

donde se incluye a un 5% de adultos y 5,7% de adultos mayores a 60 años. Desafortunadamente, más del 75% de los individuos que padecen depresión en los países de bajos y medianos ingresos no reciben ningún tratamiento debido a insuficientes recursos, déficit de personal de salud capacitado y el estigma social relacionado a los trastornos mentales.

La prevalencia anual de depresión es de aproximadamente 6%, mientras que el riesgo de por vida es del 15-18%, lo cual indica que casi una de cada 5 personas tendrá un episodio de depresión en algún momento de sus vidas. Aunque los factores sociales, culturales y económicos, además de los factores biológicos y genéticos, juegan un rol en la depresión, la prevalencia anual de esta patología entre países con altos recursos (5.5%) y países con bajos y medianos recursos (5,9%) es similar, lo cual muestra que la depresión no es un simple resultado del estilo de vida moderno o la pobreza (Malhi & Mann, 2018).

Según el Instituto de Evaluación en Medidas en Salud (IHME), la depresión en el Ecuador es la segunda causa de años vividos con discapacidad la cual ha aumentado en 11% desde 1993 hasta el 2013 (MSP, 2017). Los registros de las atenciones ambulatorias del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2015 indican que hubo 50.379 individuos catalogados con un diagnóstico presuntivo y definitivo de depresión, de las cuales 72,7% corresponden a mujeres (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud estimó que en el año 2015 hubo un total de 721.971 personas con trastornos depresivos en el Ecuador, representando una prevalencia de 4.6%.

2.1.3 Factores de riesgo

La etiología de la depresión es multifactorial, incluye variables genéticas, biológicas, psicológicas, sociales y ambientales.

Según Krishnan (2021), algunos factores de riesgo incluyen:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Enfermedades crónicas
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Estrés crónico
- Antecedentes de trauma o violencia
- Rasgos neuróticos de personalidad
- Antecedentes familiares de depresión
- Enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas, diabetes, dolor crónico)
- Polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina
- Obesidad mórbida
- Bajos ingresos económicos
- Bajo nivel de educación

Sexo

En las mujeres la depresión es dos veces más común que en los hombres. Esta disparidad puede ser atribuida a diferencias en la susceptibilidad biológica y psicológica, y los factores ambientales que interfieren en menor o gran escala (Malhi & Mann, 2018).

Edad

El primer episodio de depresión generalmente ocurre entre la adolescencia y la quinta década de vida. Sin embargo, alrededor de 40% de ellos tienen su primer episodio antes de los 20 años, con

una mediana de 25 años. Tanto en hombres como mujeres, existen dos picos de prevalencia de depresión; el primero en la segunda y tercera década de vida, y el segundo en la quinta y sexta década (Malhi & Mann, 2018).

La depresión es más común en adultos jóvenes que en adultos mayores. La prevalencia anual de depresión en adultos jóvenes es de 13% mientras que en adultos mayores es de 5%. Si bien la prevalencia de depresión en adultos mayores disminuye a medida que envejecen, aquellos con enfermedades agudas y crónicas o residentes de asilo de ancianos presentan tasas más altas de depresión (Krishnan, 2021).

Ingreso económico

Existe mayor prevalencia de depresión en individuos con menor ingreso económico. La prevalencia anual de depresión es del 14% en hogares con ingresos económicos bajos comparado con 8% en hogares con ingresos económicos altos. Sin embargo, es poca la diferencia entre la prevalencia a lo largo de la vida entre hogares con bajos y altos recursos económicos, siendo 20% y 23% respectivamente (Krishnan, 2021).

2.1.4 Fisiopatología

A pesar de que con el tiempo se ha logrado un mejor entendimiento de la fisiopatología del trastorno depresivo mayor, no existe un único modelo o mecanismo que explique todos los aspectos de esta enfermedad. Las causas y fisiopatología pueden ser diferentes en los episodios de diferentes pacientes, o incluso en diferentes episodios de un mismo paciente. Los estresores psicológicos o biológicos (ej. el periodo postparto) pueden tener una diferente patogenia y por lo tanto responder de distinta manera al tratamiento (Malhi & Mann, 2018).

Hipótesis de las monoaminas

A mediados del siglo XX, se observó que el antihipertensivo reserpina podría desencadenar depresión y reducir la cantidad de monoaminas. Es por esto que surgió un interés en el potencial rol que tienen los neurotransmisores monoamina (serotonina, noradrenalina y dopamina) en la fisiopatología del trastorno depresivo mayor. La teoría de las monoaminas se sustentó en hallazgos de que los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa aumentan la neurotransmisión de monoaminas mediante diversos mecanismos. Esta teoría ha perdurado en el tiempo gracias a estudios que han examinado los neurotransmisores y sus metabolitos, y la efectividad de los medicamentos selectivos como los antagonistas adrenérgicos y agonistas de serotonina que actúan como antidepresivos. Sin embargo, esta teoría no explica la variabilidad de la presentación clínica de los episodios depresivos, incluso en un mismo paciente, ni la razón por la cual algunos pacientes responden a unos tipos de antidepresivos y a otros no. Además, la teoría no explica por qué tardan semanas en funcionar los antidepresivos (Malhi & Mann, 2018).

Cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal

Por muchas décadas se ha enfocado el estudio de la depresión sobre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS). Uno de los hallazgos más consistentes en los casos de depresión severa con características melancólicas y con cambios asociados del eje HHS, es el aumento de cortisol plasmático. Esto se debe a la liberación excesiva de cortisol relacionada al estrés y la ineficaz inhibición por retroalimentación de los receptores de glucocorticoides. Además, los cambios en el eje HHS también se asocian con una función cognitiva alterada, y el fracaso del tratamiento para normalizar este eje se asocia con una escasa mejoría clínica y altas recaídas. A pesar de estos hallazgos, no se han encontrado tratamientos efectivos que modifiquen la función del eje HSS (Malhi & Mann, 2018).

Inflamación

La concentración periférica de citoquinas ha sido vinculada a la función cerebral, cognición y bienestar. Las citoquinas periféricas pueden actuar directamente en las neuronas, astrocitos y microglía o mediante señales mediadas por las vías aferentes como la del nervio vago. Estos mecanismos pueden explicar el motivo por el cual las personas con enfermedades autoinmunes o infecciones severas tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión, y la razón por la cual se puede desencadenar depresión con la administración terapéutica de citoquinas como el interferón gamma o interleucina 2. El papel de la inflamación como causa y exacerbación de la depresión se sustenta también por el hallazgo de que el aumento de interleucina 6 en la niñez incrementa el riesgo de desarrollar depresión en la vida adulta, y la demostración de neuroinflamación y activación de la microglía en cerebros post-mortem de pacientes con depresión (Malhi & Mann, 2018).

Neuroplasticidad y neurogénesis

La neurogénesis es el proceso mediante el cual las células madre pluripotentes generan nuevas neuronas. Estas células madre se han encontrado en el cerebro adulto y han constituido uno de los descubrimientos más importantes de este siglo. La neuroplasticidad se refiere al crecimiento y adaptabilidad a nivel neuronal. El estrés generado por el medioambiente puede alterar la neuroplasticidad mediante inflamación y disfunción del eje HSS (Malhi & Mann, 2018).

Los pacientes con depresión tienen niveles disminuidos del factor neurotrófico derivado del cerebro (FNDC), el cual es una de las proteínas reguladoras que controla el proceso de neurogénesis. Además, se ha establecido que el tratamiento antidepresivo, tanto farmacológico como psicológico, puede restaurar la cantidad de FNDC en pacientes con depresión. Estudios en

animales han demostrado que al limitar la neurogénesis se evita la acción de los antidepresivos, por lo cual se ha sugerido que la neurogénesis facilita la resiliencia frente al estrés y esta puede ser la base de los efectos terapéuticos de los antidepresivos. Esto se corrobora con los hallazgos de estudios post-mortem de pacientes con depresión que indican que los cerebros de pacientes que tuvieron tratamiento para la depresión tienen notablemente más células madre neuronales que aquellos cerebros de personas sin tratamiento para depresión o incluso personas sin depresión (Malhi & Mann, 2018).

Cambios cerebrales estructurales y funcionales

Los estudios de neuroimagen estructural han encontrado de forma consistente que el volumen del hipocampo es menor en individuos con depresión en comparación con individuos sin depresión y algunos estudios han relacionado el grado de pérdida de este volumen con la duración del tiempo sin tratamiento de la depresión. Estudios post-mortem demuestran que el volumen del giro dentado de pacientes sin tratamiento para la depresión es 50% menor en comparación con pacientes sin depresión o pacientes con depresión que recibieron tratamiento. Aún no se conoce si el tratamiento puede restablecer el tamaño del hipocampo, o si es necesaria la restitución del tamaño del hipocampo para que exista un efecto antidepresivo (Malhi & Mann, 2018).

Los estudios de neuroimagen funcional permiten obtener información sobre las redes cerebrales que intervienen varios procesos como la regulación de emociones, rumiación de pensamientos, alteración de las vías de recompensa relacionadas a la anhedonia y la conciencia de sí mismo. Los estudios sobre estas redes en pacientes con trastornos depresivos han encontrado que generalmente la amígdala tiene una mayor actividad y conectividad, la corteza cingulada anterior subgenual es hiperactiva, pero la ínsula y la corteza prefrontal dorsolateral es hipoactiva. Sin

embargo, estos hallazgos se han relacionado a una presentación clínica bastante heterogénea por lo cual es complicado replicar los resultados de un estudio a otro (Malhi & Mann, 2018).

Genes

Las personas con un familiar de primer grado que padezca depresión mayor tienen tres veces más riesgo de desarrollar depresión que aquellos sin antecedentes familiares (Malhi & Mann, 2018).

Medioambiente

Es ampliamente reconocido el potencial rol que tienen los acontecimientos de la vida en precipitar el trastorno depresivo mayor. Algunos estudios han evaluado que acontecimientos estresantes pueden anteceder hasta por un año el inicio de la depresión. Los acontecimientos estresantes pueden incluir enfermedades crónicas o que amenazan la vida, dificultades económicas, pérdida de empleo, separación, duelo o violencia. Aunque existe una fuerte asociación entre los acontecimientos estresantes y la depresión, no todos los pacientes responden de la misma manera, encontrando pacientes más vulnerables y otros relativamente más resilientes ante eventos estresantes. Esta variabilidad posiblemente refleja la predisposición biológica de cada individuo. Estudios clínicos han vinculado la presencia de trauma en la niñez con depresión en la adultez mediante cambios que se producen en el eje HHS, especialmente la hipofunción del receptor de glucocorticoide. La exposición temprana de circunstancias adversas durante la niñez ocasiona la metilación de ADN en sitios clave del gen del receptor de glucocorticoide, lo cual reduce su expresión. Por lo tanto, la exposición a la negligencia emocional y el abuso físico o sexual tiene un impacto sobre la probabilidad, severidad y cronicidad de la depresión (Malhi & Mann, 2018).

Temperamento

Un factor de riesgo conocido por desencadenar un trastorno depresivo mayor es el neuroticismo (afectividad negativa). El neuroticismo es un rasgo de la personalidad que predispone a la persona a experimentar ira, ansiedad, irritabilidad, inestabilidad emocional y depresión. Los altos niveles de neuroticismo generan una mala respuesta al estrés del medio ambiente, ocasionan la interpretación de situaciones cotidianas como amenazantes y leves inconvenientes como desesperanzadores y abrumantes (Widiger & Oltmanns, 2017).

2.1.5 Clínica

El curso de la depresión a lo largo de la vida varía considerablemente. Generalmente tiene un inicio gradual, aunque en ciertos casos suele ser abrupto. La mayoría de los pacientes tienen episodios agudos de depresión con periodos de bienestar entre cada episodio. Sin embargo, al ser una enfermedad impredecible, la duración de cada episodio, cantidad de episodios a lo largo de la vida y el patrón en el cual ocurren los episodios es variable (Malhi & Mann, 2018).

Lyness (2021) describe los síntomas de depresión como:

Ánimo deprimido – Es una característica fundamental del trastorno depresivo mayor. Las personas pueden presentarse tristes, sin esperanza o desanimados. Inicialmente pueden sentirse ansiosos, emocionalmente entumecidos o apáticos, y hasta un 50% de pacientes se muestran persistentemente molestos, enojados, irritados, hostiles o exageradamente frustrados ante asuntos menores.

Pérdida de interés o placer (anhedonia) – Es otro síntoma fundamental del trastorno depresivo mayor. Los pacientes refieren que actividades, pasatiempos o eventos que antes eran placenteros

ahora son menos interesantes o divertidos. Algunas personas se alejan de amigos, familiares, y pierden su libido o disminuye su interés por la actividad sexual.

Cambio en apetito o peso – Este puede disminuir o aumentar. Mientras unos pacientes deben exigirse a comer, otros comen en exceso o tienen un mayor apetito por ciertos tipos de alimentos (p. ej. carbohidratos o grasas). Esta característica se puede encontrar tanto en la depresión mayor, trastorno depresivo persistente o trastorno disfórico premenstrual.

Alteración del sueño – Se manifiesta como insomnio o hipersomnia. Cuando existe insomnio, generalmente se manifiesta como insomnio de mantenimiento (despertarse en la noche con dificultad de volver a conciliar el sueño) o insomnio terminal (despertarse más temprano de lo usual y permanecer despierto). El insomnio de conciliación (dificultad en iniciar el sueño) también podría estar presente. Otros individuos presentan hipersomnia (sueño nocturno prolongado o sueño diurno). Muchos pacientes refieren tener un sueño no reparador o mucha dificultad para levantarse por las mañanas, razón por la cual algunos pacientes inicialmente buscan atención médica por esta alteración del sueño.

Fatiga o pérdida de energía – Se manifiesta como cansancio, apatía o fatiga. Los pacientes refieren tener la necesidad de descansar durante el día, sensación de pesantez en las extremidades o sentir mayor dificultad al tener que empezar o concluir actividades. Algunas personas con depresión leve aparentan tener un funcionamiento normal en la ejecución de sus actividades, pero esto requiere un gran esfuerzo. La eficiencia para ejecutar ciertas actividades puede estar reducida. Por ejemplo, las personas se pueden quejar que simples actividades como asearse o vestirse por las mañanas toman el doble de lo normal y les dejan agotados.

Disfunción neurocognitiva – Puede manifestarse como disminución en la habilidad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y distracción o problemas de memoria. La disfunción neurocognitiva suele ser leve y subjetiva al paciente. Sin embargo, en los adultos mayores, personas con menor nivel de educación o con síntomas severos de depresión, la disfunción neurocognitiva suele ser mayor. Las personas dedicadas a actividades de alta demanda cognitiva a menudo no pueden funcionar adecuadamente. En los niños se puede notar una disminución de sus calificaciones y en adultos mayores la pérdida de memoria suele ser la queja principal.

Agitación o retraso psicomotor – Las alteraciones psicomotoras son menos comunes que otros síntomas, pero su presencia indica mayor gravedad de la enfermedad. La agitación puede manifestarse como actividad motora excesiva que no suele ser productiva, es repetitiva y acompañada de sentimientos de tensión (p. ej. retorcerse las manos, pasear de un lado a otro, permanecer inquieto). El retraso psicomotor presenta enlentecimiento generalizado de movimientos corporales, pensamientos o del habla. El tiempo de latencia para responder preguntas puede estar aumentado. Esta agitación o retraso psicomotor debe ser lo suficientemente severo para que sea evidente a otras personas y que no sean únicamente sentimientos subjetivos del paciente.

Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva – Se caracteriza por sentimientos de inferioridad, fracaso, inutilidad y culpa. Frecuentemente la persona malinterpreta situaciones o adversidades leves como indicativo de un fracaso personal.

Ideación y comportamiento suicida – Los pacientes pueden presentar pensamientos sobre muerte o suicidio, o incluso tener intentos suicidas. Este tipo de pensamientos pueden ir desde el deseo de no despertarse con vida o creer que los demás estarían mejor sin su existencia hasta pensamientos recurrentes sobre suicidarse o crear un plan definido para ejecutar el suicidio.

Las motivaciones para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse frente a obstáculos percibidos como imposibles de sobrellevar, pensamientos de que la vida no merece ser vivida, la incapacidad de encontrar el disfrute de la vida o el deseo de no ser una carga o estorbo para los demás. Las tendencias suicidas son mayores cuando el paciente presenta perspectivas negativas sobre el futuro y concluyen que el suicidio es la única forma de escapar del sufrimiento. La depresión con características psicóticas puede incluir alucinaciones auditivas que instruyen a los pacientes a cometer suicidio. Los individuos con autolesiones no suicidas (p. ej. cortes o quemaduras superficiales en la piel) suelen encontrarse severamente deprimidos y tienen mayor riesgo de intentos suicidas en el futuro.

La ansiedad es común dentro del contexto de la depresión ya que cerca de dos tercios de personas con trastorno depresivo mayor la tienen. Los síntomas de ansiedad suelen manifestarse uno o dos años después del inicio de la depresión, y con la edad pueden convertirse en una característica importante de los episodios depresivos (Malhi & Mann, 2018). Algunos estudios sugieren que la presentación clínica puede variar entre hombres y mujeres. Puede ser que las mujeres reporten más problemas con el sueño, energía y apetito, cefalea, mialgia, síntomas gastrointestinales, estrés y llanto fácil. En los hombres se cree que pueden presentar síntomas como ataques de enojo o agresión y comportamientos riesgosos que no están incluidos formalmente en los criterios diagnósticos de la depresión (Lyness, 2021).

Especificadores de la depresión

Los especificadores describen las características clínicas adicionales que ocurren durante un episodio depresivo. El DSM-5 plantea los siguientes especificadores:

- Ansioso

- Atípico
- Catatónico
- Melancólico
- Mixto
- Periparto
- Psicótico
- Estacional

Con ansiedad

Depresión mayor caracterizada por altos niveles de ansiedad que se manifiesta como nerviosismo, inquietud, rumiación del pensamiento, dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones, ataques de pánico y agitación psicomotora. Alrededor de 50% de episodios de depresión contienen el componente ansioso. La ansiedad puede ser una característica prodrómica o residual de un episodio depresivo. Por ejemplo, la depresión postparto generalmente inicia con síntomas de ansiedad (Lyness, 2021). Según el DSM-5 (2014), la utilidad clínica de diagnosticar depresión con ansiedad se debe a que los altos grados de ansiedad han sido asociados a una mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento, mayor riesgo de suicidio y duración más extensa de la enfermedad. En estos casos el uso de ansiolíticos como adyuvantes en el tratamiento de depresión con ansiedad puede ser de gran utilidad.

Con características atípicas

La depresión con características atípicas se determina por la presencia de reactividad ante estímulos positivos (aumento del estado de ánimo en respuesta a acontecimientos positivos), aumento del apetito o peso, hipersomnia con duración de mínimo 10 horas diarias, sensación de

pesadez en las extremidades y sensibilidad ante el rechazo interpersonal. La característica más importante de la depresión atípica es la reactividad del estado de ánimo. Históricamente, los síntomas típicos de la depresión eran el insomnio y la anorexia, por lo cual los síntomas como hipersomnia e hiperfagia se los catalogó como síntomas atípicos. Sin embargo, esta no es una presentación clínica poco común como su término podría expresar ya que de todos los episodios depresivos la depresión atípica representa el 15 a 50%. En comparación con otros tipos de depresión, esta podría estar asociada con hipocortisolemia, antecedentes de trauma, sexo femenino, edad de inicio más temprana, altas tasas de comorbilidad (p. ej. trastornos de ansiedad, trastorno de uso de sustancias, trastornos de personalidad y obesidad) y más intentos suicidas (Lyness, 2021).

Con catatonia

Se aplica para las características catatónicas presentes durante la mayor parte del episodio depresivo. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) que utiliza el DSM-V, en la depresión con catatonia se presentan tres o más de los siguientes:

1. Estupor (ausencia de actividad psicomotora, no interactúa conscientemente con el entorno)
2. Catalepsia (inducción pasiva de una postura rígida)
3. Flexibilidad cérea (resistencia leve y constante ante la manipulación corporal dirigida por el examinador)
4. Mutismo (respuesta verbal escasa o ausente que no se explica por afasia)
5. Negativismo (oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos)
6. Adopción de una postura (mantenimiento espontáneo y activo de una postura en contra de la gravedad)

7. Manierismo (expresiones o gestos exagerados o repetitivos)
8. Estereotipia (movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes y sin un objetivo obvio)
9. Agitación no influida por estímulos externos
10. Muecas
11. Ecolalia (imitación del habla de otra persona)
12. Ecopraxia (imitación de los movimientos de otra persona)

Con características melancólicas

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), se caracteriza por la pérdida de placer por todas o casi todas las actividades, ausencia de reactividad a estímulos positivos, anhedonia, agitación o retraso psicomotor, alteración, anorexia y pérdida de peso, sueño interrumpido (despertar al menos dos horas antes de lo habitual) y variación diurna (el ánimo es peor por la mañana). La depresión con características melancólicas se encuentra frecuentemente en pacientes hospitalizados, severamente enfermos y psicóticos. Las implicaciones terapéuticas de especificar este tipo de depresión es que la melancolía generalmente responde mejor a los fármacos y terapia electroconvulsiva, mientras que tiene una escasa respuesta a la psicoterapia. Incluso se sugiere que puede responder de mejor manera con los antidepresivos tricíclicos y terapia electroconvulsiva que con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Con características mixtas

Según el DSM-5 (2013), la depresión con características mixtas se define como un episodio que cumple todos los criterios de depresión mayor y que incluye al menos tres de los siguientes síntomas maníacos/hipomaníacos:

1. Estado de ánimo elevado o expansivo

2. Aumento de la autoestima o sentimientos de grandeza
3. Habla más de lo habitual
4. Fuga de ideas o siente que los pensamientos van a gran velocidad
5. Aumento de la energía dirigida hacia un objetivo (social, trabajo o sexual)
6. Involucramiento excesivo en actividades placenteras que tienen alta probabilidad de consecuencias dolorosas
7. Disminución de la necesidad del sueño

Con inicio en el periparto

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), la depresión con inicio en el periparto es un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente que inicia durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. La mitad de los episodios de depresión mayor "posparto" inician antes del parto, por lo cual estos episodios se conocen como episodios del periparto. Por otro lado, entre 3% y 6% de las mujeres inician un episodio depresivo durante el embarazo o en las semanas o meses después del parto. En la depresión periparto frecuentemente existen síntomas de grave ansiedad, ataques de pánico y pueden o no presentar características psicóticas. Los episodios psicóticos postparto se caracterizan por alucinaciones que piden a la madre matar al niño por lo cual la mayoría de los casos de infanticidio se asocian a esta patología.

La depresión periparto con características psicóticas ocurre en 1 de cada 500 a 1000 partos y puede ser más frecuente en primíparas. El riesgo es mayor en mujeres con antecedentes personales de depresión posparto, trastorno depresivo o bipolar (especialmente el trastorno bipolar I) o antecedentes familiares de trastornos bipolares. El riesgo de recurrencia de un episodio posparto con características psicóticas es del 30 al 50% con cada parto posterior.

Con características psicóticas

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), esta depresión incluye la presencia de delirios y/o alucinaciones. En la población general ocurre en un 0.5%, mientras que en personas con depresión mayor el 28% tiene características psicóticas. Las características psicóticas se pueden clasificar en congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Aquellas que son congruentes con el estado de ánimo son consistentes con temas relacionados a la depresión como sentimientos de culpa, inutilidad, falta de esperanza, muerte o castigo merecido.

Con patrón estacional

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), la depresión con patrón estacional se asigna al trastorno de depresión mayor recurrente. Generalmente los episodios depresivos inician en el otoño o invierno y remiten en la primavera, afectando con más frecuencia a las personas más jóvenes. Los casos de depresión estacional durante el verano son mucho menos frecuentes. Los síntomas presentan características atípicas como aumento del apetito (especialmente por carbohidratos), aumento de peso e hipersomnia. Según el DSM-5 (2014), los criterios diagnósticos son los siguientes:

A. Contiene una relación temporal regular entre el inicio de la depresión con un periodo particular del año (p. ej. otoño o invierno) sin incluir situaciones donde existe un factor de estrés psicosocial relacionado con la estación del año (p. ej. desempleo regularmente cada invierno).
B. La remisión del episodio en ausencia de su tratamiento también ocurre en un periodo específico del año (p. ej. primavera o verano)

C. En cada uno de los dos años previos, el inicio y fin del episodio depresivo ha ocurrido en relación con una estación del año y no ha habido otros episodios no relacionados a la estación.

D. El número de episodios de depresión estacional supera el número de episodios de depresión no estacionales a lo largo de la vida del individuo.

2.1.6 Tipos de depresión

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), en el DSM-V los trastornos depresivos se clasifican como:

- Trastorno de desregulación disruptiva del ánimo
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

Trastorno de desregulación disruptiva del ánimo

El trastorno de desregulación disruptiva del ánimo se presenta en personas de 7 a 18 años y se caracteriza por irritabilidad persistente, crónica y severa que se manifiesta como agresión física o verbal, ocurre al menos 3 veces a la semana y está presente la mayor parte del día. Estos accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo y el estado de ánimo es persistentemente irritable o irascible casi todo el día (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno depresivo persistente (distimia)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), el trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia o depresión mayor crónica, es un estado de ánimo deprimido que ocurre la mayor parte del día casi todos los días durante al menos 2 años o 1 año en el caso de niños y adolescentes. Este trastorno es una fusión del trastorno depresivo mayor crónico y el trastorno distímico que se menciona en el DSM-IV. Durante el período de tiempo del ánimo deprimido se presentan al menos 2 de 6 síntomas que pueden ser pérdida de apetito o comer en exceso, insomnio o hipersomnia, fatiga o baja energía, baja autoestima, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Es importante recalcar que durante el periodo de 2 años o un 1 en el caso de niños y adolescentes, la persona no debe haber vivido más de 2 meses sin síntomas.

Trastorno disfórico premenstrual

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), este trastorno se caracteriza por presentar un estado de ánimo lábil, irritabilidad, disforia y ansiedad qué ocurre de forma repetitiva en la fase premenstrual, mejora después de pocos días del inicio de la menstruación o poco después de esta, y es mínima o ausente en la semana posterior a la menstruación. Puede estar acompañado de síntomas físicos o del comportamiento. Los síntomas deben haber estado presentes en la mayoría de los ciclos menstruales del último año y afectar de forma adversa en el funcionamiento de la persona. Los síntomas generalmente llegan a su máximo cerca del inicio de la menstruación, aunque también puede prolongarse hasta los primeros días de esta. Sin embargo, los síntomas deben estar ausentes en la fase folicular después de la menstruación.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), este trastorno manifiesta los síntomas de un trastorno depresivo pero su sintomatología está asociada a la ingesta, inyección o inhalación de una sustancia (p. ej. drogas, toxinas, medicamentos psicotrópicos u otros medicamentos). Algunos medicamentos que pueden inducir estados de ánimo depresivos incluyen estimulantes, esteroides, L-dopa, antibióticos, drogas que actúan sobre el sistema nervioso central, medicamentos dermatológicos, quimioterapia y agentes inmunológicos El trastorno debe haber empezado durante o dentro del primer mes después del uso de la sustancia o medicamento capaz de producir un trastorno depresivo y los síntomas no deben ocurrir exclusivamente durante un episodio de delirium.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), este trastorno se caracteriza por un prominente y persistente período de ánimo deprimido que se relaciona directamente con otra condición médica mediante un mecanismo fisiológico y etiológico. Algunas consideraciones para establecer la relación entre el trastorno depresivo y la condición médica es la presencia de una asociación transitoria entre el comienzo, exacerbación, o remisión de la condición médica y el inicio de la alteración del estado de ánimo. Este trastorno no ocurre exclusivamente durante un episodio de delirium y tampoco puede ser explicado de mejor manera por otro trastorno mental.

Trastorno depresivo mayor

La depresión se define por manifestaciones sindrómicas por lo cual su diagnóstico requiere una historia clínica detallada. Según Lyness (2021), la mayoría de los adultos con depresión acuden a un médico de atención primaria antes que un médico psiquiatra y la mitad de estos pacientes no

son evaluados para detectar o evaluar la depresión. No obstante, hay que reconocer la complejidad de su diagnóstico en el contexto de enfermedades crónicas, las barreras culturales y sociales y el hecho de que los pacientes que asisten a la atención primaria de salud pueden tener un nivel de gravedad menor que aquellos que acuden al psiquiatra.

Ninguno de los síntomas de depresión mencionados en el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) o CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) son patognomónicos ya que también se encuentran presentes en otras patologías psiquiátricas y médicas. La evaluación de la depresión es más complicada cuando el paciente tiene otras comorbilidades como cáncer, infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, diabetes o embarazo debido a la similitud que tienen algunos signos y síntomas de la depresión, como la pérdida de apetito o peso, insomnio y fatiga, con otras patologías médicas. Debido a esto se requiere una evaluación detallada para determinar si los síntomas se atribuyen a la depresión, las comorbilidades del paciente u otra patología médica. Por otro lado, la anhedonia, sentimientos de culpa y variación diurna de los síntomas son más específicos para el trastorno depresivo (Malhi & Mann, 2018).

2.1.7 Criterios diagnósticos según el dsm-5

Según la Asociación Americana de psiquiatría (2014), que utiliza el DSM-V para establecer los criterios diagnósticos de varias patologías psiquiátricas, el trastorno depresivo mayor se define por:

“A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. **Nota**: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota**: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota**: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. **Nota**: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. **Nota**: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. **Nota**: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica."

Cuando la cantidad o severidad de los síntomas depresivos no son suficientes para ser considerados como un síndrome, se los suele referir como subumbral de síntomas depresivos, y estos son importantes ya que pueden servir como indicadores tempranos de un episodio depresivo mayor (Malhi & Mann, 2018).

2.1.8 Diagnóstico diferencial

Parte de la evaluación de la depresión mayor incluye descartar otros trastornos que pueden estar generando síntomas depresivos. Según Bains & Abdijadid (2021), el diagnóstico diferencial de la depresión incluye las siguientes causas:

- Neurológicas: Enfermedad cerebrovascular, esclerosis múltiple, hematoma subdural, epilepsia, enfermedad de Parkinson, Alzheimer
- Mentales: Trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos adaptativos, esquizofrenia, trastornos de personalidad, duelo complicado, trastorno disfórico premenstrual, distimia
- Endocrinas: Diabetes, patologías tiroideas (hipotiroidismo, hipertiroidismo), enfermedades suprarrenales (Enfermedad de Cushing y Addison)
- Alteraciones metabólicas: Hipercalcemia, hiponatremia
- Medicamentos o sustancias: Corticoides, antihipertensivos, interferón, isotretinoína, anticonvulsivantes, antibióticos, anticonceptivos orales, sedantes, hipnóticos, alcohol, cocaína, anfetaminas, marihuana
- Deficiencias nutricionales: Deficiencia de vitamina D, vitamina B12, vitamina B6, hierro y folatos
- Enfermedades infecciosas: Sífilis terciaria, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Virus del Epstein Barr
- Cáncer

2.1.9 Tamizaje

Según Williams & Nieuwsma (2022), existe evidencia a favor de que la depresión es una enfermedad común y que no se detecta frecuentemente sin el uso del tamizaje en la atención

primaria de salud. Existen instrumentos de tamizaje que son de fácil administración y han sido validados para su uso en la atención primaria de salud. Revisiones sistemáticas han encontrado que la sensibilidad de un cuestionario de tamizaje es muy baja (32%) cuando sólo se realiza una pregunta sobre depresión. Sin embargo, los cuestionarios que contienen entre 2 a 10 preguntas funcionan mejor. Algunos instrumentos de tamizaje que son cortos que pueden ser empleados por el mismo paciente incluyen el Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9), Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2), inventario de depresión de Beck para la salud primaria (BDI-PC) y el Índice de bienestar-5 (OMS-5).

PHQ-9

Este cuestionario tiene una sensibilidad del 88% y especificidad del 85%, y es útil para el seguimiento de la respuesta al tratamiento antidepresivo. Tiene un puntaje del cero al 27, con un puntaje ≥10 que indica un posible trastorno depresivo. Además, la última pregunta del cuestionario evalúa la afectación que han tenido los síntomas en la funcionalidad del paciente, el cual es uno de los criterios importantes que establece el diagnóstico del DSM-5. El puntaje menor a 10 tiene un valor predictivo negativo del 99%. Si bien esta herramienta puede detectar y valorar la severidad de la depresión, es necesario evaluar el contexto y estado general de cada paciente y no confiar únicamente en los cuestionarios (Williams & Nieuwsma, 2022).

PHQ-2

El PHQ-2 también es conocido como el “tamizaje de 2 preguntas” ya que se compone de las 2 primeras preguntas del PHQ-9:

1. Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza?
2. Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

Este cuestionario tiene la ventaja de ser corto y fácil de administrar verbalmente ya que sus respuestas son dicotómicas (si/no) o calificadas con puntaje (0-3). Una única respuesta de "si" o un puntaje ≥3 indica una posible depresión. La sensibilidad es del 76% y especificidad del 87%. Generalmente se usa este cuestionario como un primer tamizaje, y si este resulta positivo se puede aplicar un tamizaje más detallado como el PHQ-9 (Williams & Nieuwsma, 2022).

Inventario de depresión de Beck para la salud primaria

Esta escala tiene 7 preguntas que fueron tomadas del inventario de depresión de Beck de 21 ítems. Se utiliza en la salud primaria con un punto de corte de cuatro puntos el cual tiene 97% de sensibilidad y 99% de especificidad para identificar depresión. Es útil para el seguimiento de la respuesta al tratamiento de la depresión. Sin embargo, solamente se encuentra disponible al adquirir una licencia que requiere una tarifa por lo cual su uso es limitado ya que existen otros instrumentos de libre acceso al público (Williams & Nieuwsma, 2022).

2.1.10 Tratamiento

Cuando se habla sobre el tratamiento de la depresión frecuentemente se usan los términos "respuesta" y "remisión" para establecer la cantidad de mejoría que ha tenido el paciente frente al tratamiento. La respuesta se refiere a una mejoría mayor o igual al 50% pero menor que el umbral para la remisión. Por otro lado, la remisión es la resolución de los síntomas depresivos que pueden ser evaluados mediante una escala de depresión que establece un puntaje específico para definir un rango normal. Por ejemplo, los estudios que utilizan la Escala de Hamilton generalmente definen la remisión como un puntaje menor o igual a 7, mientras que los estudios que utilizan el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) generalmente definen remisión como un puntaje menor a 5 (Rush, 2021).

El objetivo del tratamiento inicial de un episodio depresivo es lograr la remisión de síntomas depresivos mediante el uso de terapia psicológica, farmacológica o ambas. La combinación de terapia psicológica y farmacológica es más efectiva que cada una de estas terapias por separado. Antes de decidir el abordaje del tratamiento es importante suprimir el uso de medicación que podría reducir el estado de ánimo, abordar el posible uso o abuso de sustancias y promover medidas generales como higiene del sueño, actividad física regular y dieta saludable. En casos de depresión leve, el tratamiento con terapia psicológica puede ser suficiente. La terapia cognitivo conductual es la primera opción como psicoterapia para la depresión. En casos de depresión moderada, generalmente se requiere el uso de fármacos, preferiblemente acompañada de terapia cognitivo conductual. En la depresión severa, el tratamiento de primera línea es el uso de medicación, y en caso de pacientes que no respondan favorablemente se puede considerar la terapia electroconvulsiva (Malhi & Mann, 2018).

Según Rush (2021), algunas de las indicaciones para referir hacia un psiquiatra a los pacientes que acuden a la atención primaria de salud para el manejo inicial de la depresión incluyen:

- Sospecha de trastorno bipolar (antecedentes de manía o hipomanía)
- Tratamiento de depresión mayor con características mixtas
- Depresión severa, paciente con un plan suicida o con presencia de características psicóticas
- Presencia de comorbilidades psiquiátricas como trastornos de la personalidad o abuso de sustancias
- Compromiso del estado general (inanición, deshidratación, desnutrición)
- Preferencia del paciente por elegir la psicoterapia como su tratamiento principal o en combinación con los medicamentos de antidepresivos

Tratamiento psicológico

Existen múltiples opciones disponibles para el tratamiento psicológico de la depresión. Las terapias más comunes y efectivas incluyen la terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia de aceptación y compromiso, y la terapia cognitiva basada en Mindfulness (Malhi & Mann, 2018).

La terapia cognitivo conductual instruye a los pacientes a identificar patrones de pensamientos negativos que contribuyen a los sentimientos de depresión y ofrece técnicas para enfrentar estos pensamientos o reemplazarlos por unos más positivos. Por otro lado, la terapia interpersonal se enfoca en las dificultades de las relaciones interpersonales o de interacciones sociales. En general, la psicoterapia es efectiva para tratar la depresión, sobre todo en la depresión leve y moderada donde su efectividad parece ser igual al de la farmacoterapia. Sin embargo, esta no es efectiva en casos de depresión severa ya que los pacientes están muy enfermos para interactuar con la psicoterapia. La psicoterapia disminuye el riesgo de recaída o recurrencia de la depresión debido a que enseña a los pacientes a resolver patrones de pensamientos negativos, responder de mejor manera a acontecimientos estresantes y disminuir sus comportamientos problemáticos. Ya que los efectos de la terapia cognitivo conductual persisten por un año o más después del tratamiento mientras que los antidepresivos cumplen su efecto terapéutico durante el tiempo que se los tome, la combinación de terapia psicológica y farmacológica es la mejor estrategia para el tratamiento de la depresión. (Malhi & Mann, 2018).

Ideación y comportamiento suicida y homicida

Es sumamente importante valorar la ideación y comportamiento suicida y homicida en todos los pacientes con depresión debido a que el riesgo de suicidio en individuos con depresión es 20

veces mayor en relación con la población general. Algunos de los factores de riesgo de suicidio y homicidio incluyen:

- Ideación, plan e intento suicida u homicida
- Acceso a recursos para ejecutar un suicidio y homicidio y la letalidad de estos recursos
- Síntomas psicóticos como alucinaciones
- Ansiedad severa
- Uso de sustancias o drogas
- Antecedentes de intentos suicidas y homicidas
- Antecedentes familiares o exposición reciente a suicidio y homicidio

Los pacientes identificados con un riesgo inminente de suicidio generalmente deben ser hospitalizados para resguardar su seguridad hasta lograr su estabilización (Rush, 2021).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se fundamenta en el enriquecimiento de la transmisión monoaminérgica, aunque algunos antidepresivos modernos actúan sobre receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), melatonina o ácido gamma-aminobutírico (GABA). El mecanismo exacto mediante el cual los antidepresivos mejoran el estado de ánimo sigue siendo incierto, lo que se conoce es que actúan sobre la neurotransmisión monoaminérgica interviniendo inicialmente en la sinapsis neuronal y culminando en cambios sobre la expresión de genes, neurogénesis y plasticidad sináptica que genera los efectos terapéuticos (Malhi & Mann, 2018). Después de iniciar los antidepresivos, la mejoría de los síntomas generalmente se presenta después de dos semanas. Sin embargo, se recomienda usar los antidepresivos durante 6 a 12 semanas para evaluar la efectividad del fármaco y considerar su mantenimiento o cambio de fármaco.

Opciones de tratamiento

Antidepresivos de segunda generación

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN)
- Antidepresivos atípicos
- Moduladores de serotonina

Antidepresivos de primera generación

- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)

Tabla 1

Dosis de fármacos antidepresivos

Fármaco	Dosis inicial diaria	Dosis de mantenimiento diaria
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)		
Fluoxetina	20 mg	20-60 mg
Citalopram	20 mg	20-40 mg
Escitalopram	10 mg	10-20 mg
Paroxetina	20 mg	20-40 mg
Sertralina	50 mg	50-200 mg
Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN)		
Venlafaxina	37,5-75 mg	75-375 mg
Desvenlafaxina	25-50 mg	50-100 mg
Duloxetina	30-60 mg	60 mg
Atípicos		
Bupropión	150 mg	300 mg

Mirtazapina	15 mg	15-45 mg
Tricíclicos		
Amitriptilina	25 mg	150-300 mg
Inhibidores de monoaminooxidasa (IMAO)		
Fenelzina	15 mg	15-90 mg
Isocarboxazida	10 mg	10-40 mg
Tranilcipromina	10 mg	30-60 mg

Nota. Adaptado de Dosis de Antidepresivos, de John Rush, 2020, UpToDate.

Algunos de los primeros antidepresivos que se utilizaron, y que continúan siendo los más eficaces, fueron los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Sin embargo, en la actualidad estos han sido reemplazados por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que se utilizan como primera línea de tratamiento farmacológico en la depresión, debido a su eficacia y tolerabilidad gracias a que su actividad selectiva genera menos efectos adversos (Malhi & Mann, 2018). Otras alternativas a los ISRS incluyen los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), antidepresivos atípicos y moduladores de serotonina. Los antidepresivos de primera generación no se suelen usar como tratamiento inicial de la depresión debido a preocupaciones sobre su seguridad (particularmente con las sobredosis) y sus efectos adversos.

Según Rush (2020), cuando se plantea utilizar antidepresivos para el manejo inicial de la depresión, se sugiere el uso de ISRS. Múltiples ensayos aleatorizados no han encontrado que un antidepresivo específico sea más efectivo que otro, por lo cual la elección del antidepresivo debe ser individualizada y basada en varios factores como:

- Seguridad
- Efectos adversos

- Síntomas depresivos específicos
- Comorbilidades
- Interacciones farmacológicas con otros medicamentos
- Facilidad de uso (frecuencia de administración)
- Preferencia y expectativa del paciente
- Costo
- Respuesta del paciente a los antidepresivos usados durante previos episodios depresivos

Por ejemplo, el bupropión es útil para los pacientes que quieren evitar la disfunción sexual o adicionalmente desean tratar la dependencia al tabaco, pero podría ser menos efectivo para tratar pacientes que también presentan ansiedad. El citalopram y escitalopram suele tener menos interacciones con otros fármacos y la mirtazapina generalmente se evita en pacientes que no desean aumentar de peso. Para los pacientes con depresión severa generalmente se recomienda iniciar el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) ya que responden de mejor manera a estos que a los ISRS. Sin embargo, una alternativa a estos incluye los antidepresivos tricíclicos que son más eficaces que otros antidepresivos para tratar la depresión severa pero generalmente son evitados debido a sus efectos adversos y problemas de seguridad como la cardiotoxicidad y potencial muerte con su sobredosis.

Efectos adversos

Según Rush (2020), es importante elegir medicamentos que los pacientes puedan tolerar a una dosis lo suficientemente alta para lograr la remisión de la depresión. Aunque algunos efectos adversos son comunes en el grupo de los antidepresivos de segunda generación, la incidencia de ciertos efectos adversos puede variar entre fármacos:

- Diarrea: es más frecuente con sertralina que con bupropión, citalopram, mirtazapina, paroxetina, venlafaxina y fluvoxamina
- Náusea y vómito: es más frecuente con venlafaxina que con el resto de ISRS
- Disfunción sexual: es menos frecuente con bupropión que con escitalopram, fluoxetina, paroxetina y sertralina. La paroxetina es la más problemática.
- Somnolencia: es más frecuente con trazodona que bupropion, fluoxetina, mirtazapina, paroxetina y venlafaxina
- Aumento de peso: es mayor con mirtazapina (0.8 a 3 kg después de 6 a 8 semanas de tratamiento) que con fluoxetina, paroxetina, trazodona y venlafaxina
- Hipertensión arterial: especialmente con dosis altas de venlafaxina
- Insomnio
- Xerostomía
- Sangrado gastrointestinal

Para disminuir los efectos adversos y mejorar la adherencia al tratamiento se sugiere iniciar los antidepresivos con dosis bajas. Sin embargo, algunos pacientes como los adultos mayores y aquellos sensibles a efectos adversos se pueden beneficiar de usar una dosis menor a la dosis inicial recomendada. Por ejemplo, los pacientes con depresión y trastornos de ansiedad podrían tolerar de mejor manera la mitad de la dosis inicial cuando se inicia con un ISRS.

Algunos factores genéticos pueden interferir en la farmacocinética y metabolismo de los antidepresivos lo cual afecta la dosis necesaria para lograr una concentración plasmática que sea terapéutica. Algunos pacientes pueden necesitar dosis más altas debido a que metabolizan rápidamente el fármaco como resultado de polimorfismos genéticos en sus enzimas hepáticas.

Por otro lado, los pacientes con variantes genéticas de isoenzimas hepáticas pueden enlentecer el metabolismo de los antidepresivos por lo cual van a necesitar dosis menores (Rush, 2020).

Continuación y mantenimiento del tratamiento

Debido a que la depresión es una enfermedad altamente recurrente se recomienda emplear un tratamiento de continuación y mantenimiento. El tratamiento de continuación se aplica después de la resolución de un episodio depresivo para conservar la remisión (período de tiempo con mínimos o inexistentes síntomas durante 2 meses consecutivos) y prevenir la recaída del episodio inicial. El tratamiento de mantenimiento se da posterior al tratamiento de continuación y su objetivo es prevenir la recurrencia de un nuevo episodio depresivo.

El tratamiento de continuación, que puede durar desde 4 hasta 12 meses (en promedio 6 meses), generalmente se prescribe a los pacientes que responden adecuadamente al tratamiento agudo de la depresión. Sin embargo, si el paciente responde favorablemente al tratamiento agudo con terapia cognitivo conductual, no tiene un riesgo elevado de recaída o recurrencia y se mantiene estable en la fase aguda de las remisión, no ameritan el tratamiento de continuación. El tratamiento de mantenimiento puede durar de 1 a 3 años y usualmente está indicado para pacientes que tienen factores asociados a un riesgo elevado de recurrencia de depresión. Estos factores incluyen:

- Antecedentes de maltrato infantil
- Edad temprana de inicio de la depresión (<18 a 21 años)
- Antecedentes de al menos 2 o 3 episodios depresivos
- Síntomas depresivos persistentes o residuales, especialmente alteraciones del sueño y/o ideación suicida

- Comorbilidad de trastornos de ansiedad
- Cognición depresiva prominente, como falta de esperanza o rumiación del pensamiento
- Estresores o discapacidades psicosociales (p. ej. conflictos en el matrimonio o incapacidad de trabajar)

Los pacientes que se recuperaron del primer episodio en su vida de depresión mayor con farmacoterapia como tratamiento agudo y de continuación pueden no necesitar tratamiento de mantenimiento siempre y cuando el episodio no haya sido crónico (>2 años) o severo, la remisión haya sido estable y sin presencia síntomas subsindrómicos (presencia de síntomas depresivos que no cumplen los suficientes criterios para depresión mayor), los síntomas no hayan aparecido durante la discontinuación del tratamiento y que el paciente no se encuentre en riesgo elevado de recaída o recurrencia.

Para el tratamiento de continuación o mantenimiento generalmente se prescribe el mismo fármaco y dosis que fue eficaz para tratar el episodio agudo de depresión, junto con psicoterapia. (Jarrett & Vittengl, 2021).

Manejo de una respuesta subóptima

La respuesta subóptima al tratamiento antidepresivo se suele describir como depresión resistente al tratamiento. Muchos factores contribuyen a esto, especialmente la forma y el contexto en el que se ofrece el tratamiento. La presencia de comorbilidades psiquiátricas o médicas, adherencia al tratamiento, tipo de personalidad y la edad son factores que pueden complicar el manejo de la depresión. Se estima que dos tercios de los pacientes no responden al tratamiento antidepresivo inicial, por lo cual es importante tomar en cuenta los factores que pueden interferir con el

tratamiento y excluir otras opciones como trastorno bipolar o trastornos de personalidad (Malhi & Mann, 2018).

En estos casos, una de las estrategias del manejo consiste en aumentar la dosis del antidepresivo para superar barreras de farmacocinética debido a que ciertos medicamentos tienen un metabolismo rápido y pueden necesitar una dosis mayor para alcanzar concentraciones plasmáticas adecuadas. Esta estrategia generalmente se implementa si a la tercera semana después de haber iniciado el antidepresivo el paciente no ha percibido mejoría en sus síntomas depresivos. Otra estrategia consiste en agregar un fármaco adicional que potencie los efectos del antidepresivo prescrito. El litio es efectivo en aumentar la acción de casi todos los antidepresivos y sus efectos generalmente son evidentes a partir de 7 a 10 días. Aunque el litio es una de las estrategias más usadas, algunos antipsicóticos atípicos como la quetiapina y olanzapina han ganado popularidad gracias a los efectos sedantes y ansiolíticos que se logran con dosis pequeñas y que además ayudan a contrarrestar los efectos adversos agudos de los antidepresivos como el insomnio y la ansiedad. Sin embargo, debido a sus potenciales efectos adversos se lo debe considerar como una estrategia a corto plazo (Malhi & Mann, 2018).

Cuando no existe una respuesta favorable al aumento de la dosis, adición de un nuevo fármaco o la combinación de ambas estrategias, se puede administrar dos antidepresivos que actúen de forma sinérgica entre ellos (p. ej. venlafaxina con mirtazapina). Otra alternativa consiste en cambiar a un nuevo antidepresivo, generalmente que tenga un diferente mecanismo de acción. Sin embargo, al realizar este cambio se corre el riesgo de desperdiciar los beneficios que se pudieron haber logrado con el tratamiento ya establecido. Además, esta estrategia toma más tiempo en surgir efecto terapéutico que aumentar la dosis del antidepresivo o potenciar su acción. La terapia electroconvulsiva puede ser una alternativa útil especialmente si la depresión tiene

características melancólicas o psicóticas. Finalmente, es importante tener en cuenta que la ausencia de respuesta al tratamiento a veces sugiere que el diagnóstico o las estrategias de tratamiento son incorrectas y necesitan ser reevaluadas antes de probar un tratamiento más sofisticado (Malhi & Mann, 2018).

Discontinuación del tratamiento

Después de la discontinuación del tratamiento, se aconseja monitorear a los pacientes por alrededor de 3 a 8 meses debido al alto riesgo de recaída o recurrencia qué ocurre en los primeros meses después de finalizar el tratamiento. En aquellos pacientes que sufren una recaída o recurrencia se sugiere reiniciar del mismo tratamiento utilizado previamente.

Los síntomas más comunes que surgen después de descontinuar el tratamiento con ISRS de forma abrupta son mareo, fatiga, cefalea y náusea. Otros síntomas incluyen agitación, ansiedad, escalofrío, diaforesis, disforia, insomnio, irritabilidad, mialgia, parestesias, rinorrea y temblores. El inicio de estos síntomas generalmente ocurre entre 1 a 4 días después de haber suspendido abruptamente los antidepresivos, y aunque los síntomas suelen ser leves y desaparecen sin tratamiento en 1 a 2 semanas, éstos pueden ser angustiantes e interferir con el funcionamiento habitual del individuo.

Los síntomas de discontinuación pueden ocurrir con cualquier ISRS. Sin embargo, la frecuencia y severidad de los síntomas depende de la vida media de eliminación del fármaco. El menor riesgo de síntomas ocurre con la fluoxetina debido a su larga vida media de eliminación (1-3 días), el riesgo intermedio lo tiene citalopram, escitalopram y sertralina, y el riesgo más alto lo tiene la paroxetina.

Para disminuir los síntomas de discontinuación se recomienda reducir progresivamente la dosis del antidepresivo durante al menos 2 a 4 semanas en pacientes que han sido tratados con antidepresivos por varias semanas (p. ej. 3 a 5 semanas), 1 a 2 semanas en pacientes tratados por corto tiempo (p. ej. 1 a 3 semanas) y se puede suspender abruptamente los antidepresivos en el caso de que el paciente haya sido tratado por menos de 7 días.

En los pacientes que tienen problemas al disminuir gradualmente la paroxetina u otro ISRS, puede ser conveniente cambiar inmediatamente a 10-20 mg/día de fluoxetina, con lo cual pueden continuar esta la dosis por 1 a 2 semanas después de que han desaparecido los síntomas de discontinuación y luego disminuir la dosis por una a 2 semanas antes de suspender el antidepresivo (Hirsch & Birnbaum, 2020).

2.1.11 Pronóstico

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad recurrente. Con el tratamiento de la patología, los episodios duran aproximadamente tres a seis meses, y la mayoría se recuperan a los 12 meses. Alrededor de 80% de pacientes padecen al menos otro episodio depresivo más a lo largo de su vida. El riesgo de recurrencia aumenta con cada episodio depresivo, mayor severidad del episodio previo, menor edad y en aquellos que ya han tenido múltiples episodios. Un importante predictor de recurrencia es la persistencia de síntomas depresivos (incluso síntomas leves) durante el periodo de remisión. Por otro lado, mientras más tiempo dure el periodo de remisión (periodo de 2 o más meses sin síntomas, o con solo 1 o 2 síntomas y no más de un leve grado de depresión), menor es el riesgo de recurrencia.

Si bien más de la mitad de los pacientes se recuperan del episodio depresivo dentro de 6 meses, cerca del 27% de pacientes no se recuperan y pueden desarrollar depresión crónica. La duración

del episodio actual, la presencia de características psicóticas, los altos niveles de ansiedad, los trastornos de la personalidad y la severidad de los síntomas depresivos son características asociadas a menores tasas de recuperación.

2.1.12 Trabajo sexual en el ecuador

El trabajo sexual se define como el intercambio de servicios sexuales por dinero o bienes, practicado por una persona mayor a 18 años que accede de forma libre y voluntaria a esta actividad, ya sea de manera ocasional o regularmente (León, 2019). Este trabajo es ejercido por personas de distinta edad, sexo, género u orientación sexual. Sin embargo, las mujeres constituyen alrededor del 70-80% de esta población.

El trabajo sexual en el Ecuador no está penalizado ni considerado como delito. Sin embargo, al no ser legalmente aceptado como una actividad laboral carece de una normativa que la regule por lo cual las trabajadoras sexuales no gozan de los mismo beneficios, garantías y derechos laborales que tiene cualquier trabajador como seguridad social, jubilación, seguro por invalidez, acceso a créditos hipotecarios y condiciones dignas de empleo.

El trabajo sexual se ha descrito históricamente como “la profesión más antigua del mundo”, practicándose en todas las culturas que conserven registros escritos. Antiguamente, el centro histórico de Quito era un espacio habitado por la élite, pero a partir de los años 50 comenzó a saturarse de migración interna y actividades no reguladas que culminó por expulsar a estos sectores pudientes. Frente a la ausencia de un territorio establecido para el trabajo sexual en la ciudad, la avenida 24 de mayo fue paulatinamente transformándose en el principal lugar de oferta de servicios sexuales de la ciudad, con aproximadamente 500 trabajadoras sexuales y 148 establecimientos en el año 2002. El crecimiento del trabajo sexual en la segunda mitad del siglo

XX fomentó la organización de las trabajadoras sexuales en el Ecuador. En el año 1982 se creó en Machala la organización pionera del país denominada Asociación Femenina de Trabajadoras Autónomas ’22 de junio’. Esto motivó a la creación de más organizaciones de trabajadoras sexuales a lo largo del país y gracias a esto en el año 1991 se fundó la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU) que constituye la primera organización que defiende el trabajo sexual en Quito, liderada en la actualidad por Lourdes Torres (Panchi, 2020).

Al igual que en muchos países, los registros o censos sobre las trabajadoras sexuales no son actuales ni certeros debido a que su población es cambiante e intermitente. Según datos recolectados, en la provincia de Pichincha existen más de 3600 personas dedicadas al trabajo sexual (El Comercio, 2020). Estas personas, que en su mayoría son mujeres, pertenecen a una población vulnerable debido a las circunstancias sociales, económicas, culturales y de estigma a las que están expuestas, las que habitualmente determinan su condición de salud y bienestar. En su mayoría enfrentan contextos de pobreza, vulneración de derechos, discriminación, inequidad de género, revictimización, femicidios, chantajes, alta movilidad, baja escolaridad, jornadas laborales extensas, ausencia de garantías laborales, exposición crónica al ruido, malnutrición, consumo de drogas legales e ilegales, deficiente información sobre salud y sus derechos y mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual. Desafortunadamente, la violencia en el trabajo sexual está normalizada debido a la percepción errónea de que existe un consentimiento implícito al mismo, el cual empeora su condición de vida. (MSP, 2017)

El Ministerio de Salud Pública reportó que en el año 2015 se atendieron a 118.254 trabajadoras sexuales. Sin embargo, el frecuente estigma y discriminación presente en los establecimientos de salud, los horarios de atención que no se acomodan a las actividades laborales de las usuarias, los

discursos moralistas, los discursos moralistas y la genitalización de la atención médica no permiten ofrecer un control de salud integral, sobre todo dentro de la esfera psicológica.

La Red de Trabajadoras Sexuales de Ecuador manifiesta que la atención a las trabajadoras sexuales se da con una orientación enfocada en epidemiología de infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana, omitiendo áreas como salud sexual, reproductiva y mental (MSP 2017). Debido a esto mencionan que son discriminadas al ser tratadas como "objetos de estudio en lugar de sujetas de derechos". La RedTrabSex realizó el "*Estudio sobre Estigma y Discriminación en los Servicios de Salud a las Trabajadoras Sexuales en América Latina y el Caribe*" en el año 2013 y encontró que en muchas ocasiones las mujeres prefieren ocultar su ocupación y pagar por atención de salud particular para evitar la hostilidad y estigma por parte del personal de salud. Las experiencias de discriminación comprenden las miradas hostiles, respuestas de mal tono, ser atendidas al final, vincular el trabajo sexual con la delincuencia, emitir juicios de valor acerca del trabajo sexual y uso de términos de ofensivos o degradantes. Estas vivencias generan en las trabajadoras sexuales el deseo de cambiar de hospital o acudir a un centro de salud lejos de su domicilio o lugar de trabajo para evitar que conozcan de su ocupación, y pagar por un servicio de salud privado donde puedan ocultar su identidad y no ser discriminadas.

En cuanto a los autores de la violencia, mencionan que estos no suelen ser con frecuencia los clientes como generalmente se piensa, sino que las autoridades policiales y de seguridad son quienes las persiguen resguardándose en la falta de regulación sobre el trabajo sexual (Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe, 2015). No es poco común enterarse mediante testimonios de las propias trabajadoras sexuales que han sido intimidadas a tener relaciones sexuales con agentes policiales para evitar ser detenidas, golpearlas y

abandonarlas en las afueras de la ciudad o violaciones masivas por escuadrones policiales. Estas situaciones son traumáticas debido a los sentimientos de miedo, desprotección y desconfianza que se generan hacia las instituciones encargadas de velar por la seguridad de la sociedad.

En Quito en el año 1921 se decretó el Reglamento de Profilaxis Venéreas que funcionó como una herramienta para registrar a las trabajadoras sexuales y disminuir las transmisiones sexuales que estaban en aumento en esa época. Las trabajadoras sexuales acudían semanalmente a chequeos médicos gratuitos y aquellas que no lo hacían eran detenidas y hospitalizadas en caso de estar contagiadas o sancionadas con multas y prisión. Este instrumento denominado "carné profiláctico" mantenía una orientación salubrista para proteger a los clientes. Sin embargo, gracias a RedTrabSex Ecuador se logra implementar la "Tarjeta de Salud Integral" en el año 2007 que ofrece una visión de salud integral para las trabajadoras sexuales y no solamente sexual. Además de asegurar el acceso mensual a servicios de salud, se establece una normativa para profesionales de la salud denominada "Guía Nacional de Normas y Procedimientos de Atención Integral para las Trabajadoras Sexuales" que implementa un modelo de atención para las trabajadoras sexuales en cualquier unidad de salud pública (Portero, 2015).

El Manual de Atención en Salud a Personas que Ejercen el Trabajo Sexual (2017) establece que la "Tarjeta de Salud Integral" es anulada por la "Libreta Personal de Promoción de la Salud Integral" la cual es gratuita y se entrega por el personal de salud del Ministerio de Salud Pública. Esta libreta posee una vigencia de un año calendario y se renueva al finalizar del mismo. En esta herramienta se emplea el número de cédula de identidad o pasaporte como único dato personal. La libreta puede ser consultada por el/la propietaria o el personal de salud encargado de su seguimiento en cada consulta y en ninguna circunstancia será retenida por intendentes, policía,

fuerzas armadas, migración, dirigentes de organizaciones o propietarios de establecimientos en donde se prestan servicios sexuales.

Los establecimientos donde se lleva a cabo el trabajo sexual se denominan centros de tolerancia y según un estudio realizado por el Taller de Comunicación Mujer en el 2002, pueden dividirse en categorías como:

- Estructurado: poseen instalaciones físicas donde se oferta el trabajo sexual, es legal, cuenta con una organización administrativa y sistema de seguridad, y es controlada por instituciones gubernamentales en temas de salubridad y funcionamiento. Algunos establecimientos cuentan con botones de auxilio que protegen a la trabajadora sexual al momento de relacionarse con el cliente. A esta categoría pertenecen los prostíbulos y cabaret.
- Semiestructurado: consiste en bares donde mujeres llamadas "impulsadoras" trabajan como meseras, promueven el consumo de bebidas alcohólicas y permiten ser tocadas por los clientes. Existen instalaciones físicas para el trabajo sexual, organización administrativa y de seguridad, pero se diferencia por ser un establecimiento que camufla la actividad sexual. Está conformada por centros nocturnos y clubes privados.
- Informal: consiste en ofrecer los servicios sexuales en las calles, carreteras o sitios donde sus clientes frecuentan. Estos incluyen zonas rosas o cerca de mercados. En esta categoría las mujeres son autónomas y establecen sus propios horarios de trabajo. Generalmente son mujeres que viven en condiciones de pobreza, baja escolaridad y mayor edad.
- Clandestina: ofrece los servicios sexuales en parques o estaciones de transporte en donde se evade el control de las autoridades.

La categoría informal y clandestina expone a un mayor riesgo de violencia y estrés postraumático debido a que no existe un sistema de seguridad y el tipo de acuerdo ocurre únicamente entre la trabajadora sexual y el cliente (Villacrés, 2009).

El trabajo sexual en los establecimientos estructurados y semiestructurados generalmente se vincula al consumo de alcohol debido a que una parte significativa de las ganancias del negocio se atribuye a la venta de licor. Además, el primer acercamiento del cliente con la trabajadora sexual frecuentemente se da a través de la adquisición de una bebida, y en algunas ocasiones la trabajadora sexual gana una comisión por cada bebida expendida.

Rojas y Ruiz (2012) realizaron un estudio sobre las trabajadoras sexuales que acudieron al Centro de Atención Integral en Salud Sexual de Quito y encontraron que, del total de 135 trabajadoras sexuales, 43% eran solteras, 35.6% en unión libre, 9.6% casadas, 5.9% divorciadas y 3% viudas. El 33.3% estudió secundaria incompleta, seguido de secundaria completa (23.7%), primaria completa (16.3%), superior incompleta (11.1%), primaria incompleta (5.9%), superior completa (3%) y ninguna instrucción (2.2%). El 63% de mujeres tuvieron hijos con los que convivían y el 83% refiere que la falta de recursos económicos fue la razón por la cual decidieron optar por el trabajo sexual. El 40.1% consumió alcohol y 3% drogas ilegales.

En la primera mitad del siglo XX se formó un prototipo de trabajadoras sexuales que de varias formas se ha mantenido hasta la actualidad. El enfoque médico defendido por hombres que generalmente eran médicos e intelectuales, declaraban a través de conferencias e informes institucionales que las trabajadoras sexuales eran portadoras por excelencia de enfermedades venéreas. Difundieron afirmaciones como “la prostitución es la fuente inagotable de contagio” y “como consecuencia de este espantoso vicio, la sociedad ha recibido el golpe degenerativo por excelencia de las enfermedades venéreas”, de los doctores Enrique Garcés y Pedro Zambrano,

respectivamente. Esta perspectiva médica que las catalogó como vectores de enfermedades venéreas se unió a la tradicional y conservadora visión religiosa que calificaba a la trabajadora sexual como pecadora, para estigmatizarlas y convertirlas en un sector social históricamente discriminado (Checa, 2016). Con el paso del tiempo, la representación del trabajo sexual ha cambiado. Ahora muchas mujeres se sienten empoderadas gracias a las asociaciones y gremios que las protegen y representan frente al Estado, y al reconocimiento propio de poder sustentar económicamente a nivel personal y/o familiar gracias a esta labor.

A diferencia de los países desarrollados en donde el trabajo sexual muchas veces está motivado por el placer y la recompensa económica, en los países en vías de desarrollo la principal motivación suele ser económica.

2.1.13 Salud mental en las trabajadoras sexuales

Los problemas relacionados a salud mental que enfrentan algunas trabajadoras sexuales comprenden altos niveles de estrés, baja autoestima, angustia, culpabilidad, alteraciones del sueño, estrés postraumático, depresión, ansiedad y tendencias suicidas. Evidencia de múltiples estudios realizados alrededor del mundo indican que las trabajadoras sexuales enfrentan tasas más altas de morbilidad psiquiátrica que la población general, especialmente trastornos del estado de ánimo, ideación suicida y estrés postraumático. Los resultados de estudios realizados en países desarrollados y en vías de desarrollo sugieren que las experiencias traumáticas durante la infancia temprana y en la adultez mientras ejercen el trabajo sexual contribuyen a trastornos mentales en esta población (Puri, Shannon, Nguyen y Shira, 2017).

Estudios realizados en lugares como Reino Unido y la India confirman que las mujeres que trabajan en lugares informales como las calles o lugares públicos tienen más probabilidad de

depresión que aquellas que trabajan en establecimientos estructurados debido a la violencia e inseguridad relacionada con el trabajo bajo condiciones informales.

Varias trabajadoras sexuales se ven obligadas a vivir una doble vida al tener que esconder a todo su entorno la actividad que practican por miedo al rechazo y discriminación por parte de familia y amigos. Esto concuerda con el estudio realizado por Rojas y Ruiz (2012) que indica que el 76,6% de 135 trabajadoras sexuales refieren que su familia no conoce que laboran como trabajadoras sexuales y únicamente el 21,4% tiene el apoyo de su familia. Además, encontraron que el 75,6% sufrió algún tipo de maltrato ocasionado por clientes (24.4%), policía (16.3%), pareja (15.5%), jefes (14.4%), compañeras de trabajo (9.6%), familiares (8.1%), sociedad (5.9%) y el sistema de salud (2.2%). El 71.9% sufrió algún tipo de violencia siendo la más común la violencia física (32.6%), seguida de la violencia sexual (13.3%) y emocional (28.1%).

El panorama es bastante similar en otros lugares del mundo. Beattie et al (2020) realizaron un metaanálisis sobre problemas de salud mental en países de bajos y medianos ingresos, y encontraron que la prevalencia de depresión fue del 41.8%, ansiedad 21%, trastorno de estrés postraumático 19.7%, estrés psicológico 40.8%, ideación suicida reciente 22.8% y reciente intento suicida 6.3%. Además, hallaron una asociación significativa entre las experiencias violentas, uso de drogas ilícitas, uso inconsistente del condón con clientes y la depresión.

Según la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (2013), el 27% de las mujeres encuestadas en Ecuador manifiestan haber tenido la necesidad de acudir a atención psicológica. Sin embargo, únicamente la mitad de ellas asistió a un profesional o servicio de atención psicológica.

3 CAPÍTULO III

3.1 Metodología

3.1.1 Hipótesis

Las trabajadoras sexuales que laboran en la ciudad de Quito presentan una alta prevalencia de depresión.

3.1.2 Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión en las trabajadoras sexuales que laboran en la ciudad de Quito en el periodo de octubre a diciembre del 2021.

Objetivos específicos

- Identificar factores de riesgo relacionados a la depresión en las trabajadoras sexuales que laboran en la ciudad de Quito y pertenecen a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU)
- Categorizar el grado de severidad de depresión en las trabajadoras sexuales que laboran en la ciudad de Quito y pertenecen a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU)

3.1.3 Tipo y diseño de estudio

Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo para determinar la prevalencia y grado de depresión en trabajadoras sexuales que laboran en el distrito metropolitano de la ciudad de Quito y pertenecen a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU), mediante la aplicación del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Además, se aplicó un cuestionario

complementario para identificar características personales, laborales y de salud que constituyen factores de riesgo de depresión.

3.1.4 Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 180 mujeres que pertenecen a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU) del Distrito Metropolitano de Quito que corresponden al universo de trabajadoras sexuales de la ciudad asociadas a una institución que las representa como gremio.

3.1.5 Criterios de inclusión

- Trabajadoras sexuales que laboran en la ciudad de Quito y pertenecientes a la ASOPRODEMU
- Saber leer y escribir

3.1.6 Criterios de exclusión

- Trabajadoras sexuales analfabetas
- Trabajadoras sexuales que no deseen participar en la investigación

3.1.7 Operacionalización de variables

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variable	**Definición**	**Dimensión**	**Indicador**	**Tipo de variable**
Sexo	Distinción biológica entre hombre y mujer en relación con los órganos y funciones reproductivas	Sexo	Hombre, mujer	Cualitativa nominal dicotómica

Género	Diferencia socialmente construida entre hombres y mujeres con relación a comportamientos y roles que pueden o no corresponder al sexo designado al nacer	Género	Femenino, masculino, transgénero	Cualitativa nominal politómica
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Número de años cumplidos	Años	Cuantitativa discreta
Depresión	Trastorno del estado de ánimo que genera persistentes sentimientos de tristeza y pérdida de interés o placer y que interfieren significativamente en el funcionamiento del individuo	Presencia de depresión	Presencia: puntaje >10 en el cuestionario PHQ-9 Ausencia: puntaje <10 en el cuestionario PHQ-9	Cualitativa nominal dicotómica
		Grado de severidad de depresión	5-9: depresión leve 10-14: depresión moderada 15-19: depresión moderadamente severa >20: depresión severa	Cualitativa ordinal politómica
Condiciones laborales	Características del trabajo que influyan sobre el bienestar y la salud del individuo.	Condición del trabajo sexual como fuente de ingreso	Única fuente, fuente principal, fuente secundaria	Cualitativa nominal politómica
		Lugar de trabajo actual	Establecimientos fijos, informal, ambos	Cualitativa nominal politómica
		Jornada laboral	Menos de 8 horas, 8 a 12 horas, >12 horas	Cuantitativa discreta politómica
		Tiempo de permanencia en el trabajo sexual	Menos de 1 año, 1 a 5 años, más de 5 años	Cuantitativa discreta politómica
Características de salud	Interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y sociales	Uso de preservativo con clientes	Siempre, frecuentemente, a veces, nunca	Cualitativa ordinal politómica

	que influyen sobre la salud	Controles anuales de salud	1 a 6 veces, 6 a 12 veces, más de 12 veces, rara vez, nunca	Cuantitativa discreta politómica
		Promoción de salud mental en la consulta médica	Si, no	Cualitativa nominal dicotómica
Factores de riesgo de depresión	Situaciones que aumentan las probabilidades de desarrollar depresión	Antecedente personal de violencia	Física, psicológica, sexual, ninguna	Cualitativa nominal
		Autor de antecedente de violencia	Cliente, jefe, compañera de trabajo, policía, personal de salud, pareja, familia, amigos, ninguno	Cualitativa nominal politómica
		Conocimiento de familia o amigos sobre condición laboral	Si, no	Cualitativa nominal dicotómica
		Rechazo de familia o amigos por condición laboral	Si, no	Cualitativa nominal dicotómica
		Consumo de alcohol y/o drogas	Durante el trabajo, por diversión, durante el trabajo y por diversión, no consume	Cualitativa nominal politómica
		Presencia de hijos económicamente dependientes	Si, no	Cualitativa nominal dicotómica
		Edad de inicio en el trabajo sexual	Menor de 18 años, 18 a 25 años, 26 a 35 años, mayor de 35 años	Cuantitativa discreta politómica
		Nivel de instrucción	Ninguno, primaria, secundaria, superior	Cualitativa ordinal politómica
		Estado civil	Soltera, casada, divorciada, unión libre, viuda	Cualitativa nominal politómica

3.1.8 Recolección de datos

Se planificó junto a la presidenta de la ASOPRODEMU las visitas a los principales centros de tolerancia de la ciudad de Quito, que concentran el mayor número de población en actividad, durante los meses noviembre y diciembre del 2021. Se solicitó el consentimiento informado de las participantes previo a la aplicación de los cuestionarios. Las herramientas usadas fueron el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y un cuestionario socio demográfico para identificar los factores de riesgo asociados a la depresión, mismo que fue validado por el subcomité de bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

3.1.9 Plan de análisis de datos

Los datos recolectados en las entrevistas fueron procesados en el programa SPSS para Windows versión 26.0. Las variables fueron sujetas a un análisis de estadística descriptiva univarial y bivarial y se expresaron los resultados mediante tablas de frecuencias.

El PHQ-9 es un cuestionario que incorpora criterios de depresión y es útil para el tamizaje y evaluación de la severidad de síntomas depresivos en la atención primaria de salud (Sun et al, 2020). Consta de nueve ítems que averiguan la frecuencia en la que el paciente ha experimentado síntomas de depresión en las últimas dos semanas. Cada pregunta tiene respuestas politómicas asignadas con el siguiente valor: “ningún día” equivale a 0, “varios días” equivale a 1, “más de la mitad de los días” equivale a 2 y “casi todos los días” equivale a 3. La sumatoria de los puntajes de cada pregunta genera un rango desde 0 hasta 27. Además, se incluye una pregunta sin puntuación al final del cuestionario que evalúa la dificultad que han generado los síntomas de depresión sobre las actividades cotidianas del paciente. Las opciones de respuesta incluyen “nada

difícil", "un poco difícil", "muy difícil" y "extremadamente difícil" (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001).

El punto de corte validado para el tamizaje de depresión es de 10 o más (Levis, Benedetti y Thombs, 2019). La evaluación de la severidad de depresión se realiza con los rangos de 0 a 4 como "no depresión", 5 a 9 como "depresión leve", 10 a 14 como "depresión moderada", 15 a 19 como "depresión moderadamente severa" y de 20 a 27 como "depresión severa".

Además, para identificar los factores de riesgo de depresión se realizó un cuestionario sobre características sociodemográficas que fue sometido a una prueba piloto en 29 personas y modificado en base a las recomendaciones de los participantes para mejorar el planteamiento de este. Posteriormente, el cuestionario fue validado para su uso en el presente estudio por el subcomité de bioética mediante el oficio número SB-CEISH-PRE-476. Las variables utilizadas se fundamentaron en los factores de riesgo comunes de depresión como se establece en la guía de práctica clínica de depresión del Ministerio de Salud Pública y un metaanálisis sobre problemas de salud mental en trabajadoras sexuales de países de bajos y medianos recursos realizado por Beattie, Smilenova, Krishnaratne y Mazzuca en el año 2020. El cuestionario consta de variables demográficas, condiciones laborales y características de salud como: estado civil, nivel de instrucción, presencia de hijos económicamente dependientes, edad de inicio en el trabajo sexual, horas diarias de trabajo sexual, tiempo de permanencia en el trabajo sexual, lugar de trabajo, representación económica personal del trabajo sexual, antecedentes personales de violencia (física, psicológica, sexual), autor de la violencia, conocimiento de su familia o amigos sobre su labor en el trabajo sexual, rechazo de familia o amigos, consumo de alcohol o drogas, uso de condón con clientes, frecuencia de controles de salud e indagación sobre la salud mental en la consulta médica.

3.1.10 Aspectos bioéticos

La presente investigación garantizó la confidencialidad de la información recolectada de sus participantes. Posterior a la entrega del consentimiento informado, cada participante aceptó voluntariamente contribuir al presente estudio.

4 CAPÍTULO IV

4.1 Resultados

El estudio incluyó a un total de 180 trabajadoras sexuales pertenecientes a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU) en la ciudad de Quito en el mes de diciembre del 2021. Cada participante respondió el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y un cuestionario socio demográfico que incluye factores de riesgo asociados a la depresión.

4.1.1 Prevalencia de Depresión

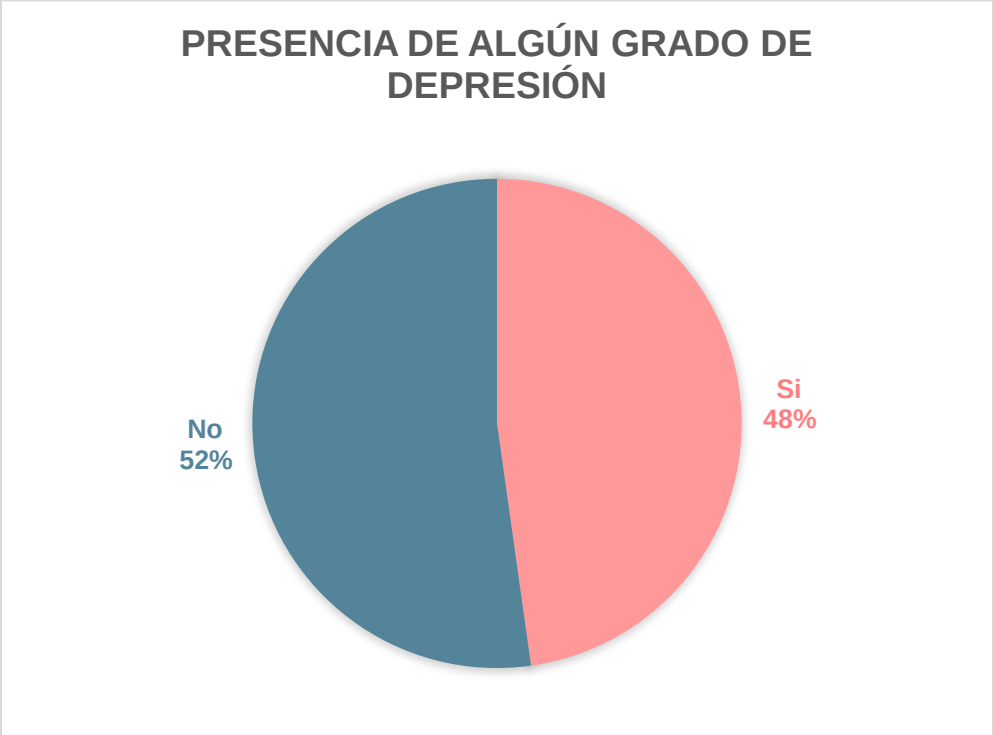
La prevalencia de depresión en las 180 trabajadoras sexuales pertenecientes a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer es de 48%. Sin embargo, al utilizar el PHQ-9 como herramienta de tamizaje con un punto de corte de 10, la prevalencia de depresión es de 24%. Este menor porcentaje de depresión se debe a que el tamizaje con el PHQ-9 no cataloga a la “depresión leve” como depresión.

Resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

El 48% (n=86) de las 180 trabajadoras sexuales presentó algún grado de depresión según el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), mientras que el 52% (n=94) no presentó síntomas depresivos.

Figura 1

Presencia de Algún Grado de Depresión

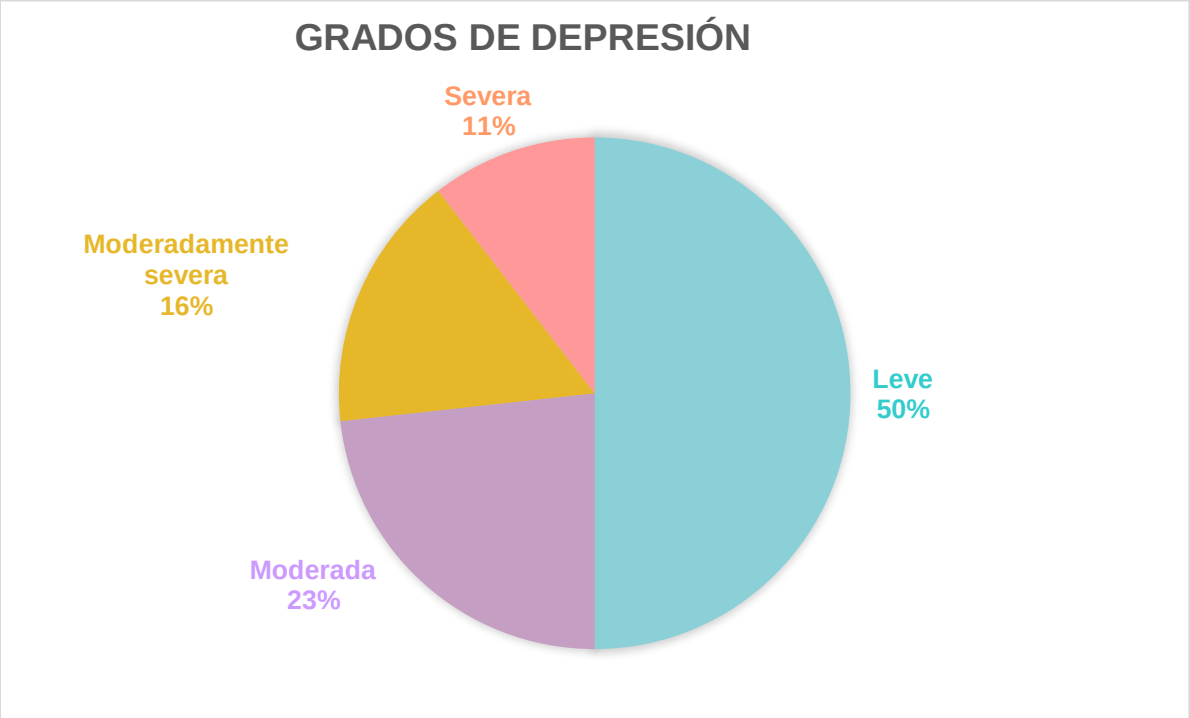


Grados de depresión

De todas las participantes que tuvieron algún grado de depresión (n=86), el 50% (n=43) presentó depresión leve, el 23% (n=20) depresión moderada, el 16% (n=14) depresión moderadamente severa y el 11% (n=9) depresión severa.

Figura 2

Grados de Depresión

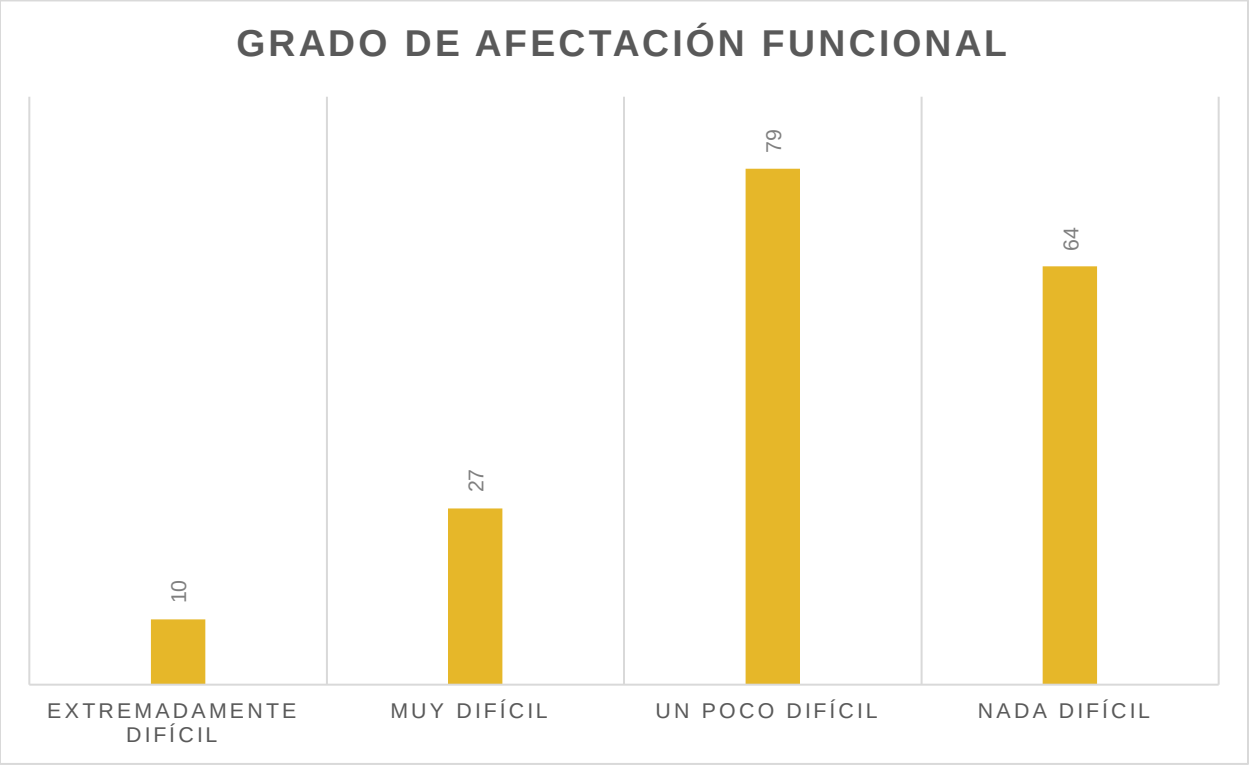


Grado de afectación funcional

La pregunta complementaria del PHQ-9 indaga sobre la afectación funcional que han tenido los síntomas depresivos sobre las actividades diarias del paciente. El 44% (n=79) de mujeres mencionó que fue “un poco difícil” enfrentar los síntomas, el 36% (n=64) “nada difícil”, el 15% (n=27) “muy difícil” y el 5% (n=10) “extremadamente difícil”.

Figura 3

Grado de Afectación Funcional

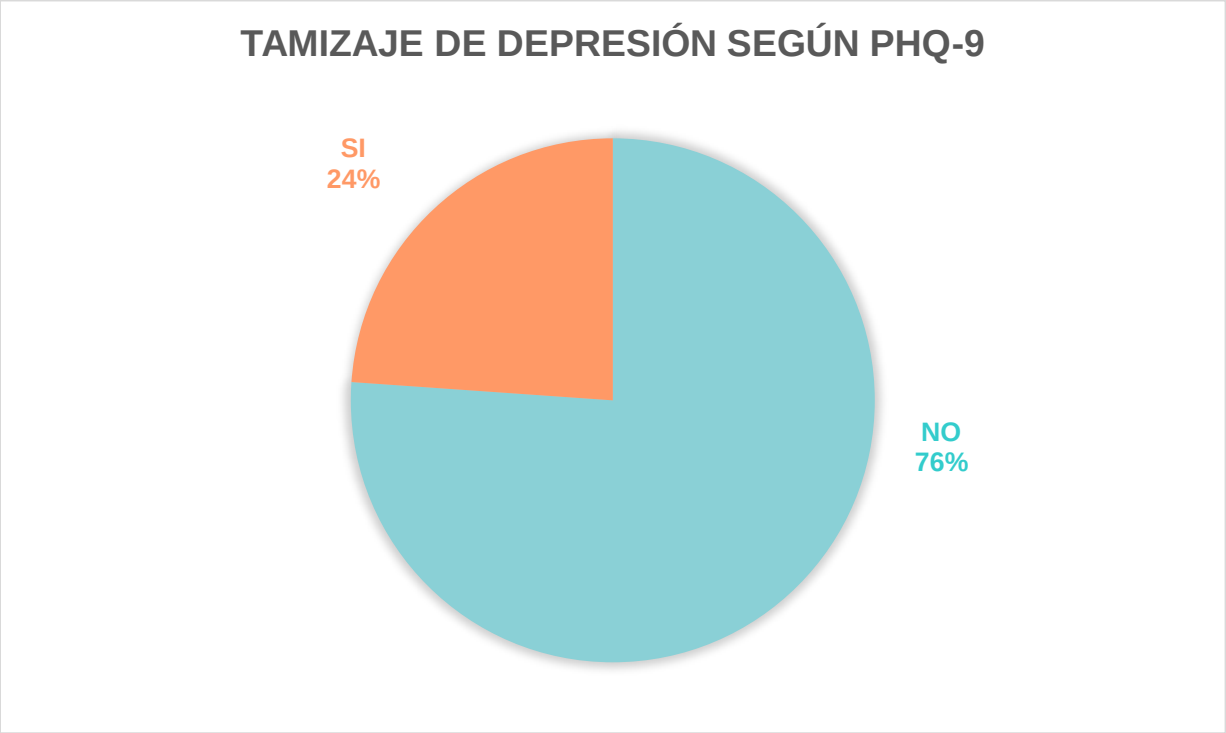


Tamizaje de depresión según el PHQ-9

Para utilizar el PHQ-9 como un instrumento de tamizaje de depresión, se emplea un punto de corte de 10 puntos. Según este tamizaje, el 24% (n=43) de las 180 trabajadoras sexuales presentó depresión, mientras que el 76% (n=137) no lo tuvo.

Figura 4

Tamizaje de depresión según el PHQ-9

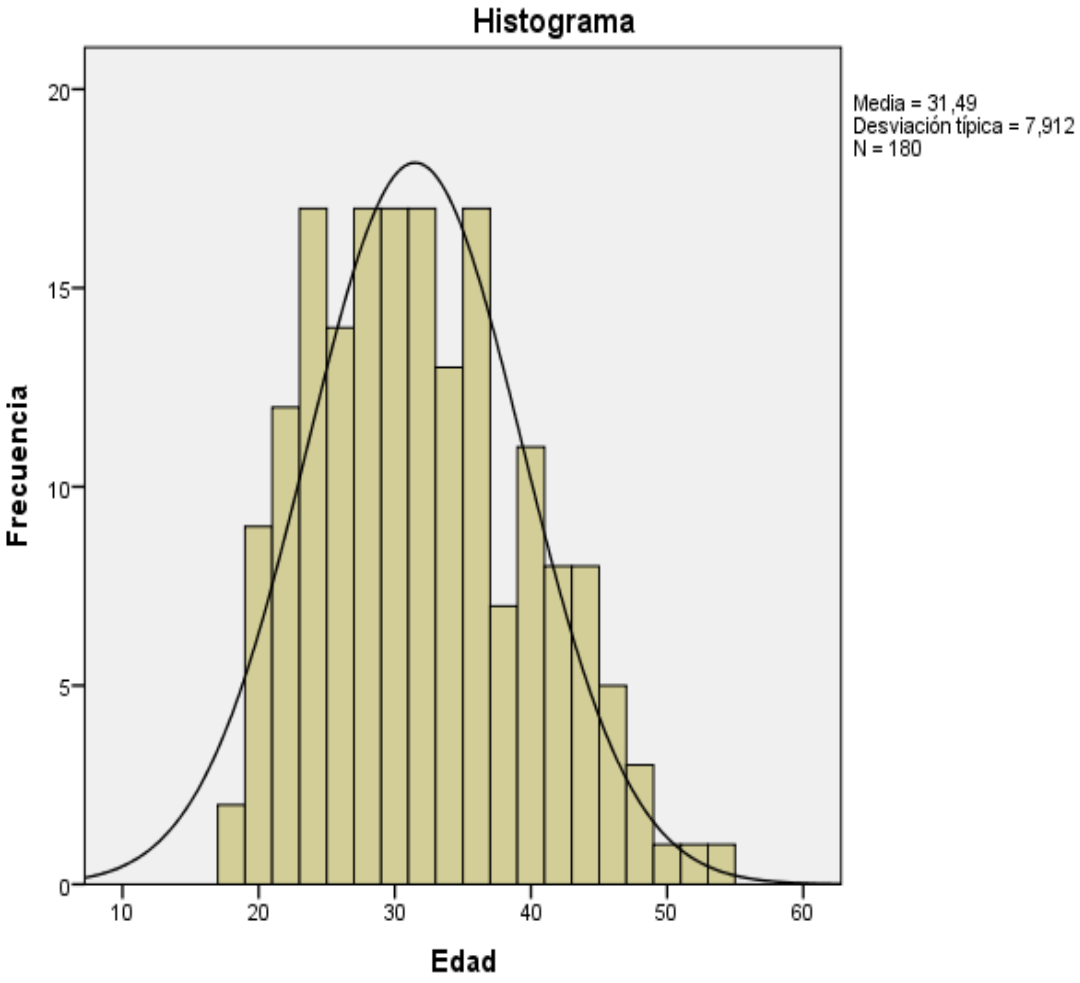


4.1.2 Características sociodemográficas de la población de estudio

El 100% (n=180) de la población de estudio fueron mujeres, autoidentificadas con el género femenino y dentro del rango de edad de 18 a 53 años, con una edad media de 31 años. El 62% (n=112) de ellas en el rango 23 a 36 años.

Figura 5

Edad

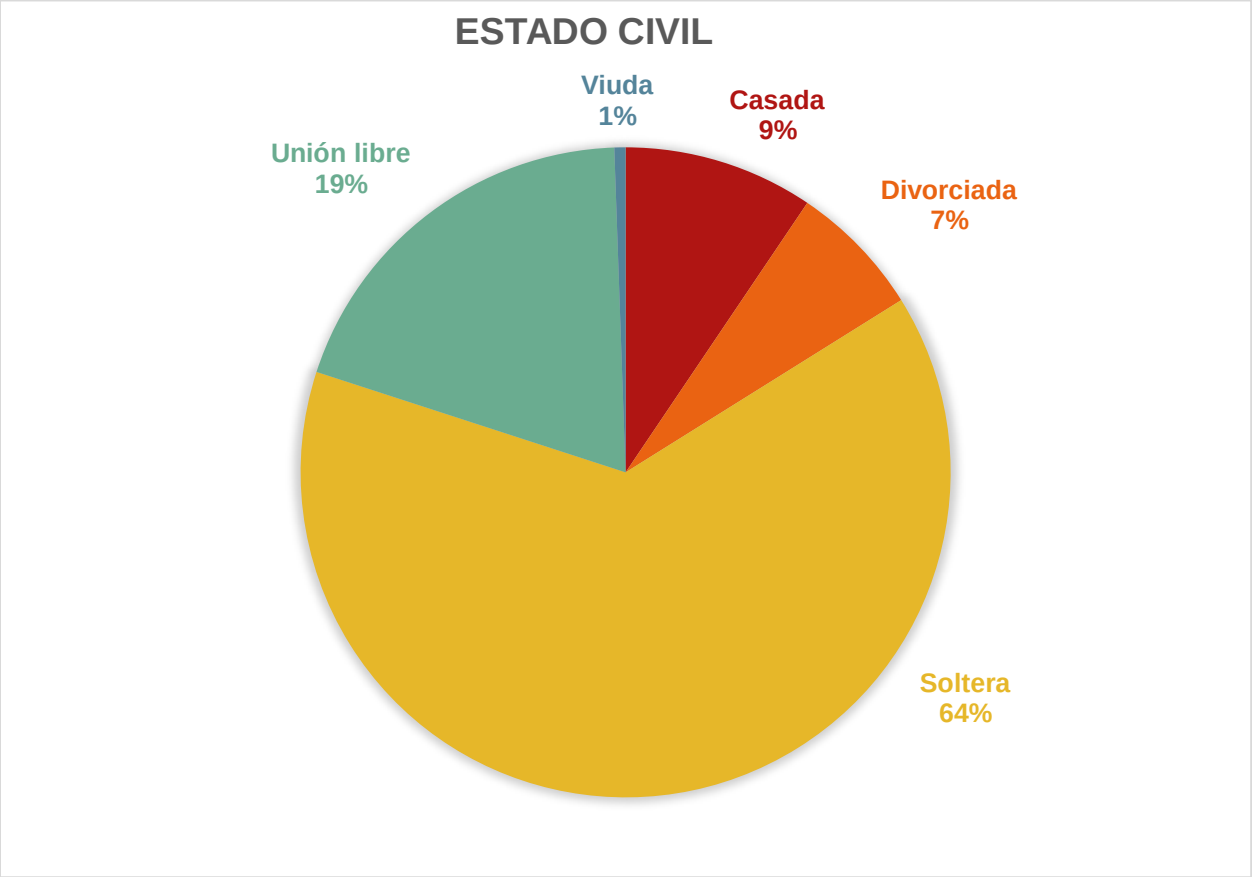


Estado civil

El 64% (n=115) fueron solteras, 19% (n=35) unión libre, 9% (n=17) casadas, 7% (n=12) divorciadas y el 1% (n=1) viuda.

Figura 6

Estado Civil

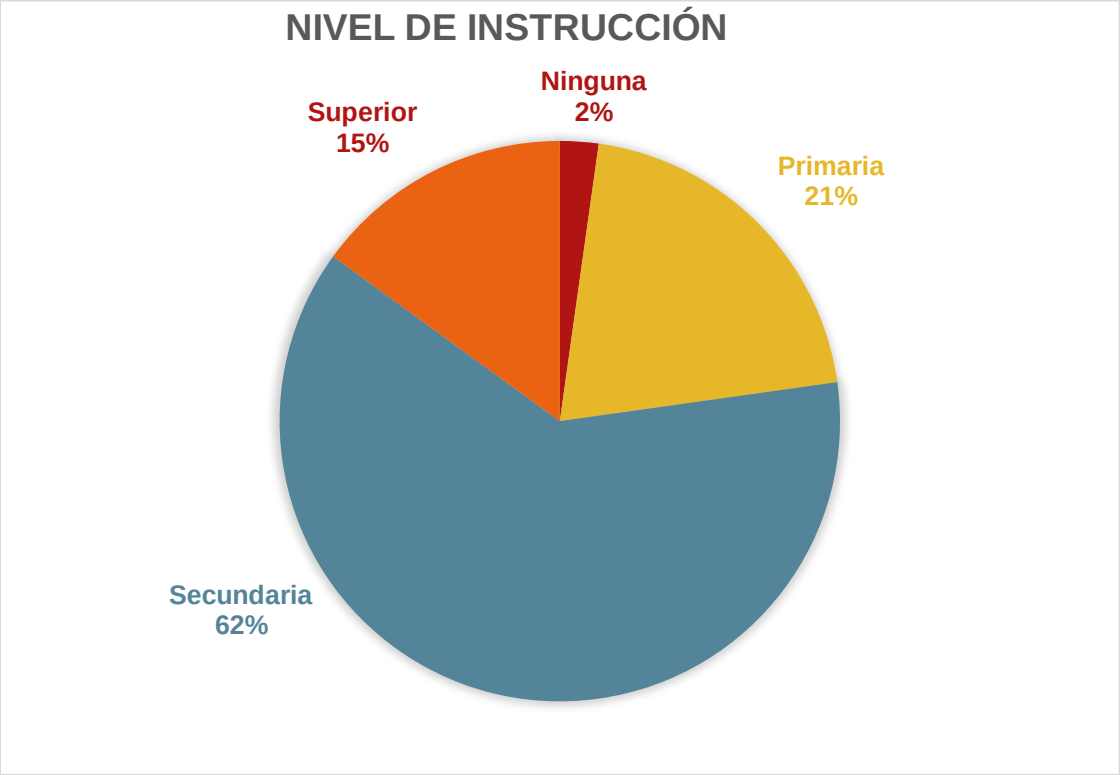


Nivel de instrucción

El 62% (n=112) estudiaron la secundaria, 21% (n=37) la primaria, 15% (n=27) educación superior y 2% (n=4) no tuvo ningún nivel de instrucción.

Figura 7

Nivel de Instrucción

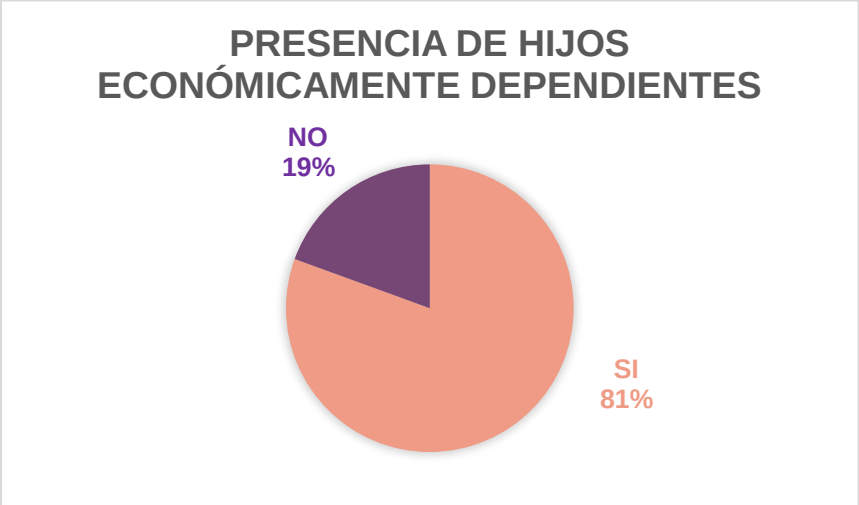


Hijos económicamente dependientes

El 81% (n=145) de mujeres tuvieron hijos que dependen económicamente de ellas, mientras que el 19% (n=35) respondieron que no.

Figura 8

Presencia de Hijos Económicamente Dependientes

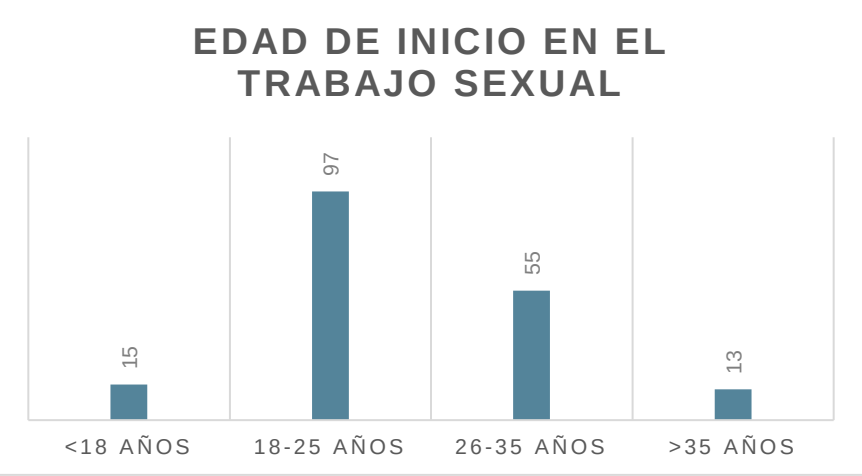


Edad de inicio en el trabajo sexual

El 8% (n=15) de mujeres iniciaron a laborar en el trabajo sexual antes de cumplir los 18 años, el 54% (n=97) iniciaron entre los 18 y 25 años, 31% (n=55) entre los 26 y 35 años y 7% (n=13) inició posterior a sus 35 años.

Figura 9

Edad de Inicio en el Trabajo Sexual

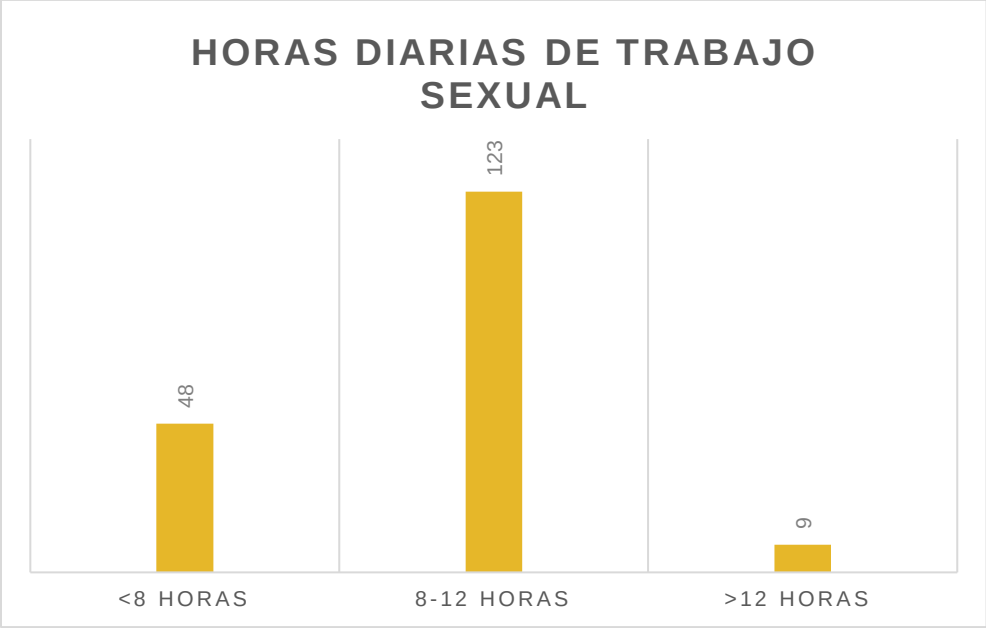


Horas diarias dedicadas al trabajo sexual

El 68% (n=123) de mujeres trabajaron entre 8 y 12 horas diarias, 27% (n=48) trabajaron menos de 8 horas diarias y 5% (n=9) más de 12 horas al día.

Figura 10

Horas Diarias de Trabajo Sexual

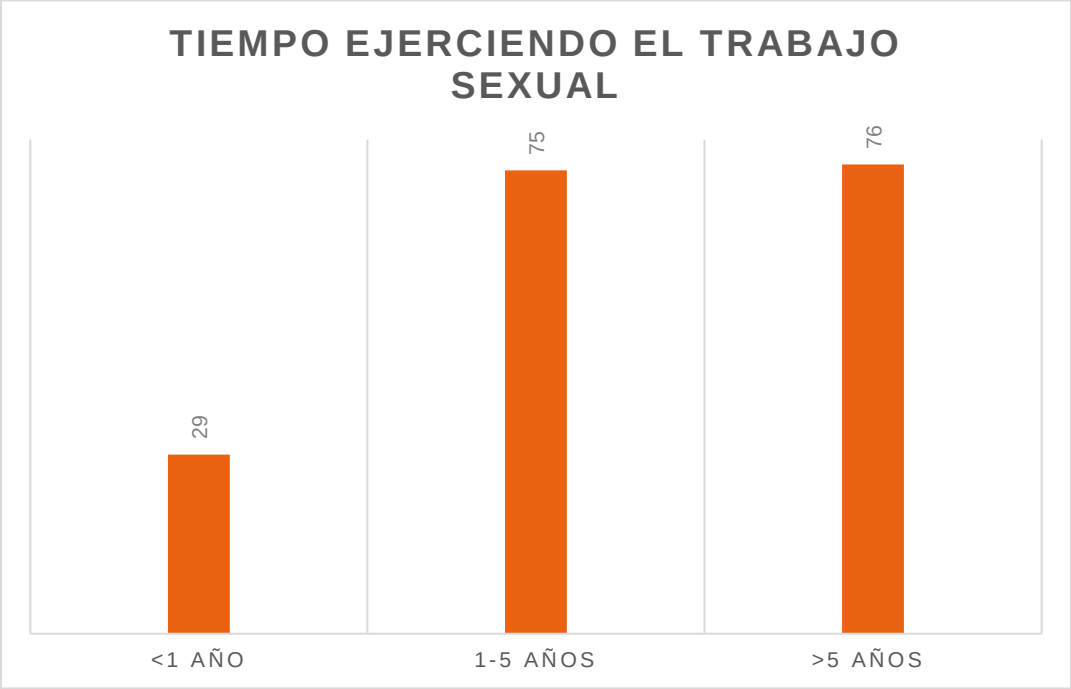


Tiempo ejerciendo el trabajo sexual

El 42% (n=76) de mujeres ha trabajado más de 5 años, el 42% (n=75) entre 1 y 5 años, y el 16% (n=29) ha trabajado menos de un año.

Figura 11

Tiempo Ejerciendo el Trabajo Sexual

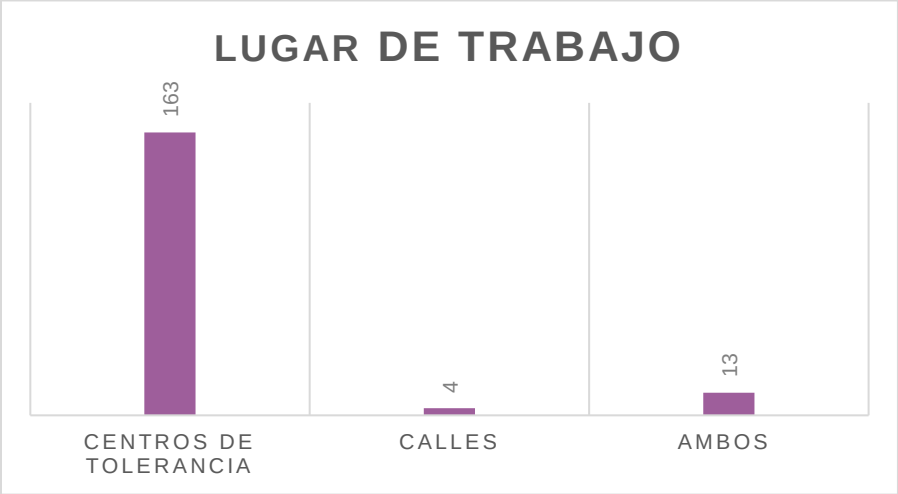


Lugar de trabajo

El 91% (n=163) trabajaba en un establecimiento estructurado (centros de tolerancia), el 2% (n=4) en un sitio informal (calles) y el 7% (n=13) en ambos lugares.

Figura 12

Lugar de Trabajo

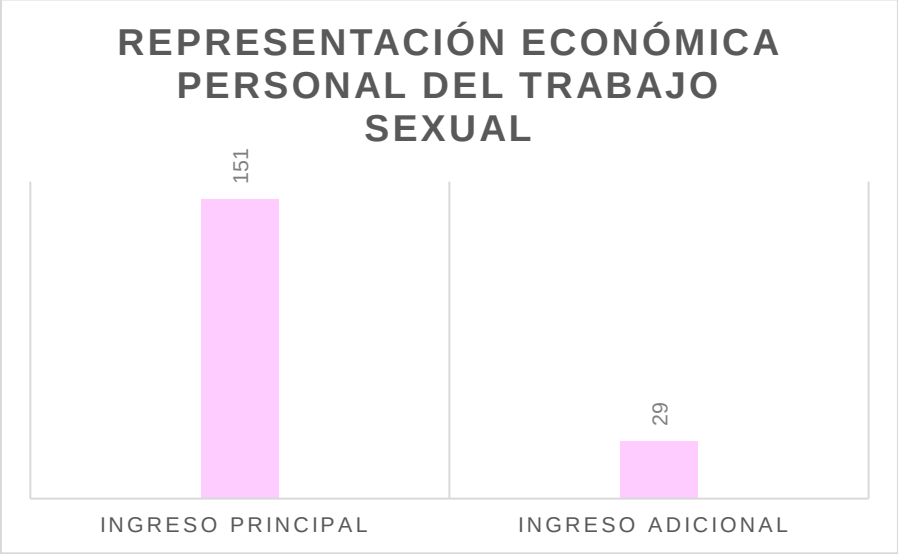


Representación económica personal del trabajo sexual

El 84% (n=151) indicó que el trabajo sexual es su principal fuente de ingreso económico y el 16% (n=29) mencionó que este representa una fuente adicional de ingreso económico.

Figura 13

Representación Económica Personal del Trabajo Sexual

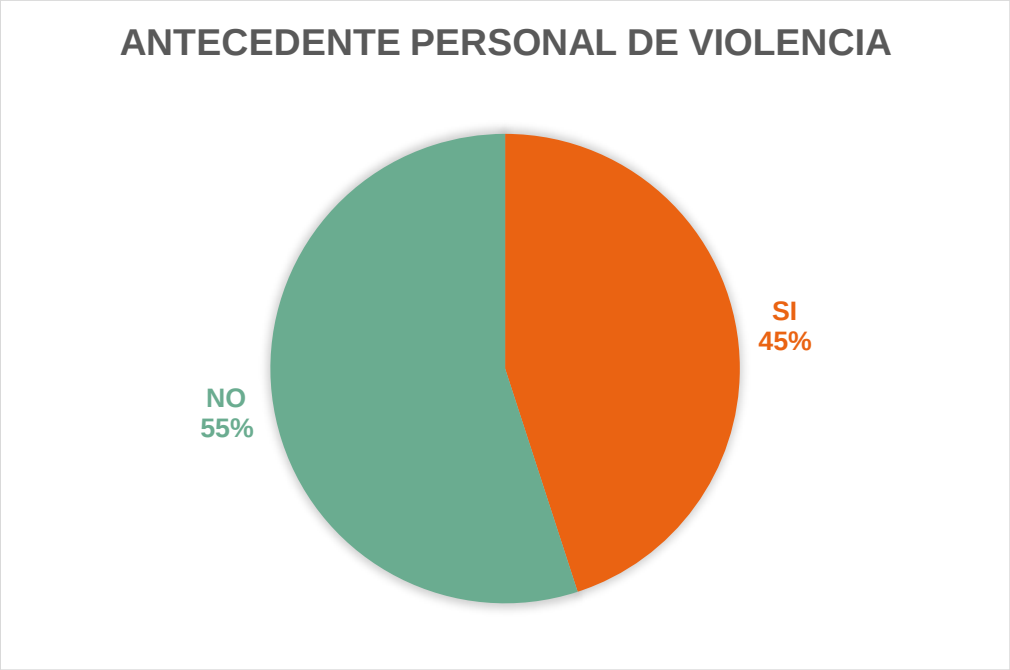


Antecedente de violencia

El 45% (n=81) de mujeres indicó que alguna vez en su vida experimentó algún tipo de violencia (física, psicológica o sexual) mientras que el 55% (n=99) mencionó nunca haberlo vivido.

Figura 14

Antecedentes de Violencia

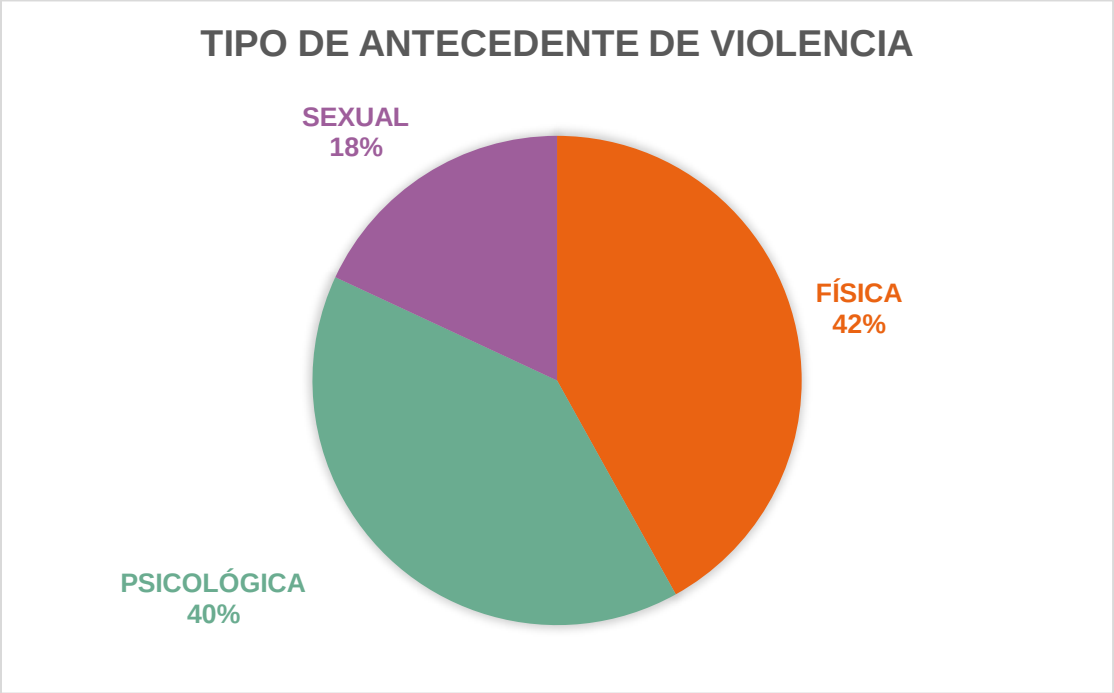


Tipo de antecedente de violencia

De las mujeres que alguna vez en su vida experimentaron algún tipo de violencia, el 18% (n=28) indicó que fue carácter sexual, el 40% (n=62) psicológico y el 42% (n=65) físico.

Figura 15

Tipo de Antecedente de Violencia

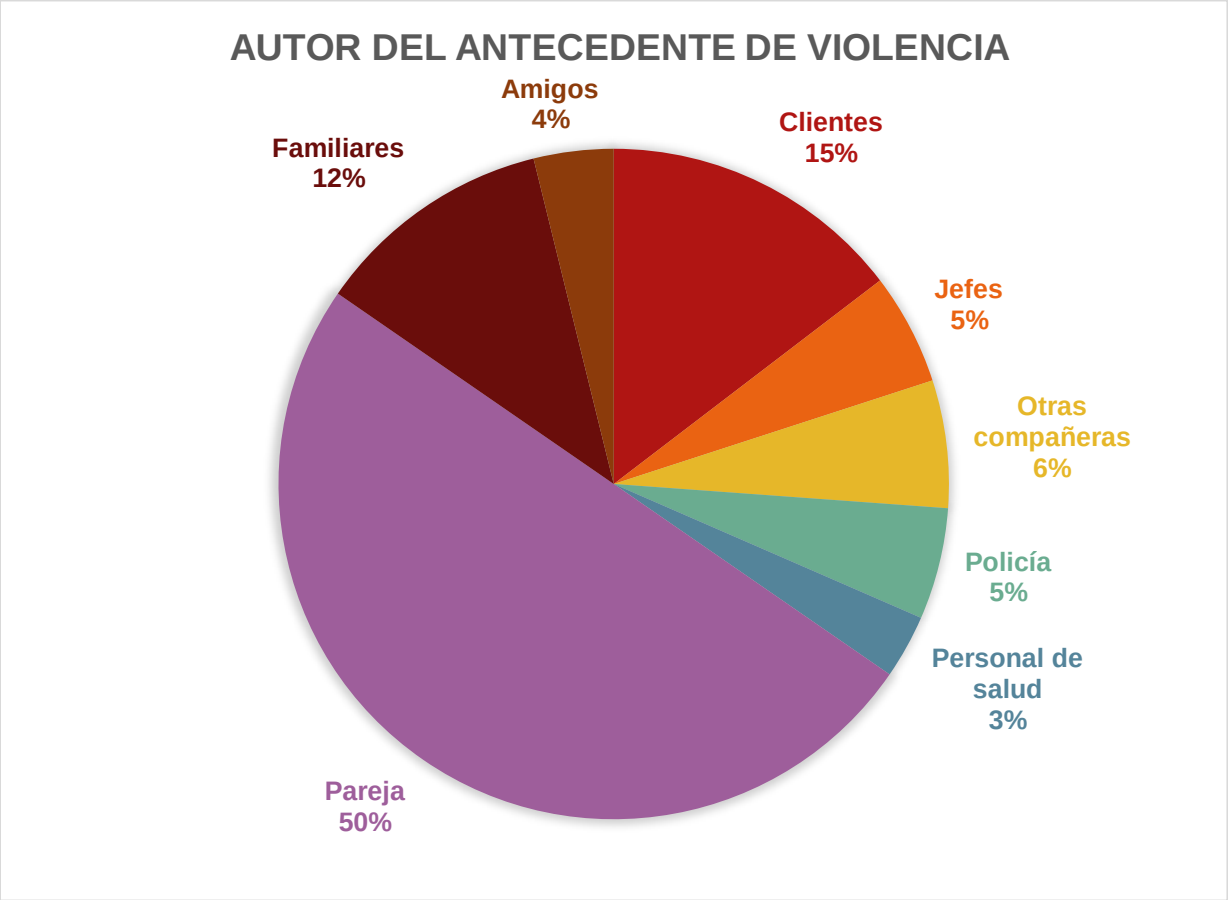


Autor del antecedente de violencia

El 50% (n=65) de mujeres ha sufrido algún tipo de violencia por su pareja, el 15% (n=19) por clientes, el 12% (n=15) por familiares, el 6% (n=8) por otras compañeras, el 5% (n=7) por sus jefes, el 4% (n=5) por amigos y el 3% (n=4) por el personal de salud.

Figura 16

Autor del Antecedente de Violencia

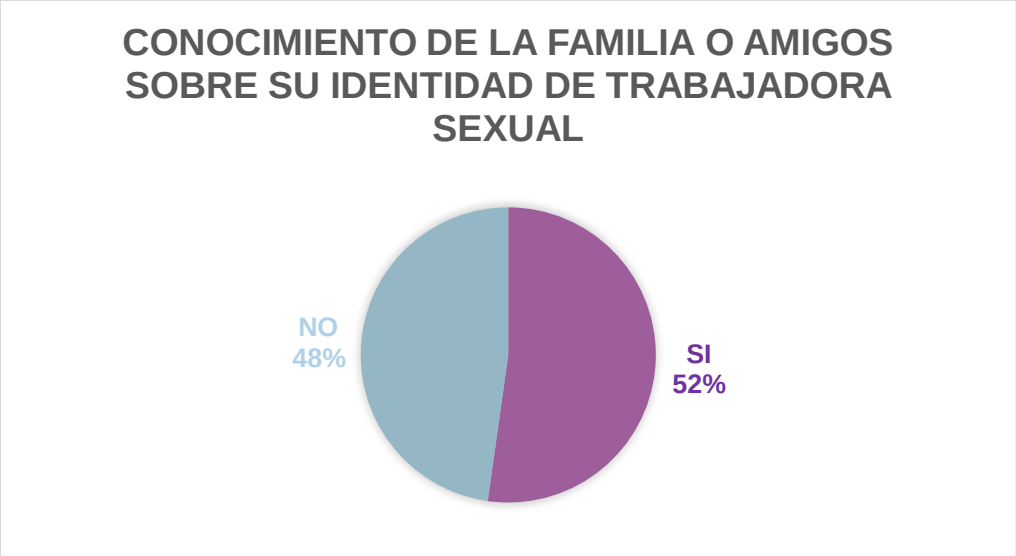


Conocimiento de la familia o amigos sobre su identidad de trabajadora sexual

El 52% (n=94) de mujeres indicó que su familia o amigos conocen sobre su identidad de trabajadora sexual mientras que el 48% (n=86) no lo han dado a conocer a su familia o amigos.

Figura 17

Conocimiento de la Familia o Amigos Sobre su Identidad de Trabajadora Sexual

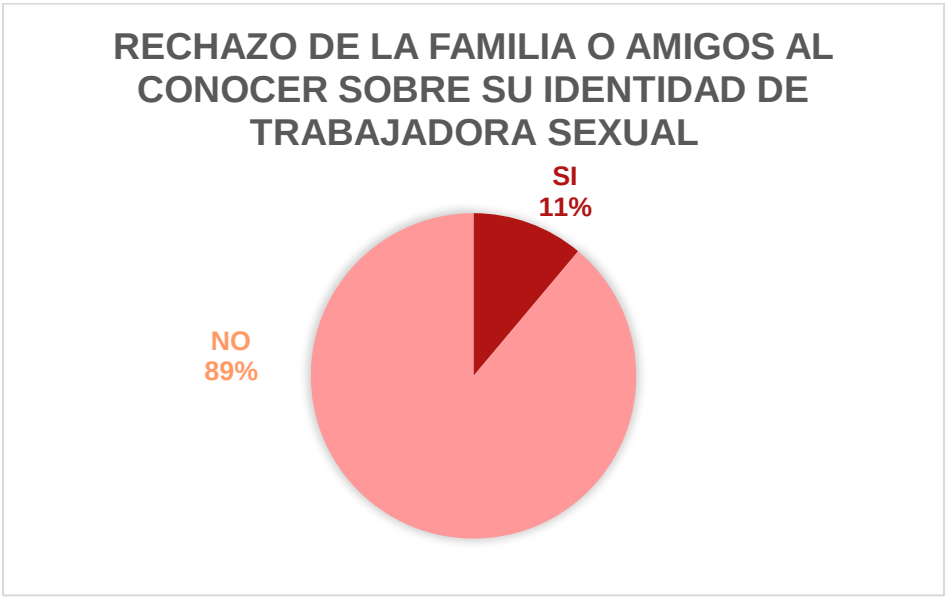


Rechazo de la familia o amigos

De las mujeres que respondieron que sus familiares o amigos sí conocen que son trabajadoras sexuales, el 89% (n=160) no han sido rechazadas mientras que el 11% (n=20) restante refiere haber sido rechazada por ellos.

Figura 18

Rechazo de la Familia o Amigos al Conocer Sobre su Identidad de Trabajadora Sexual

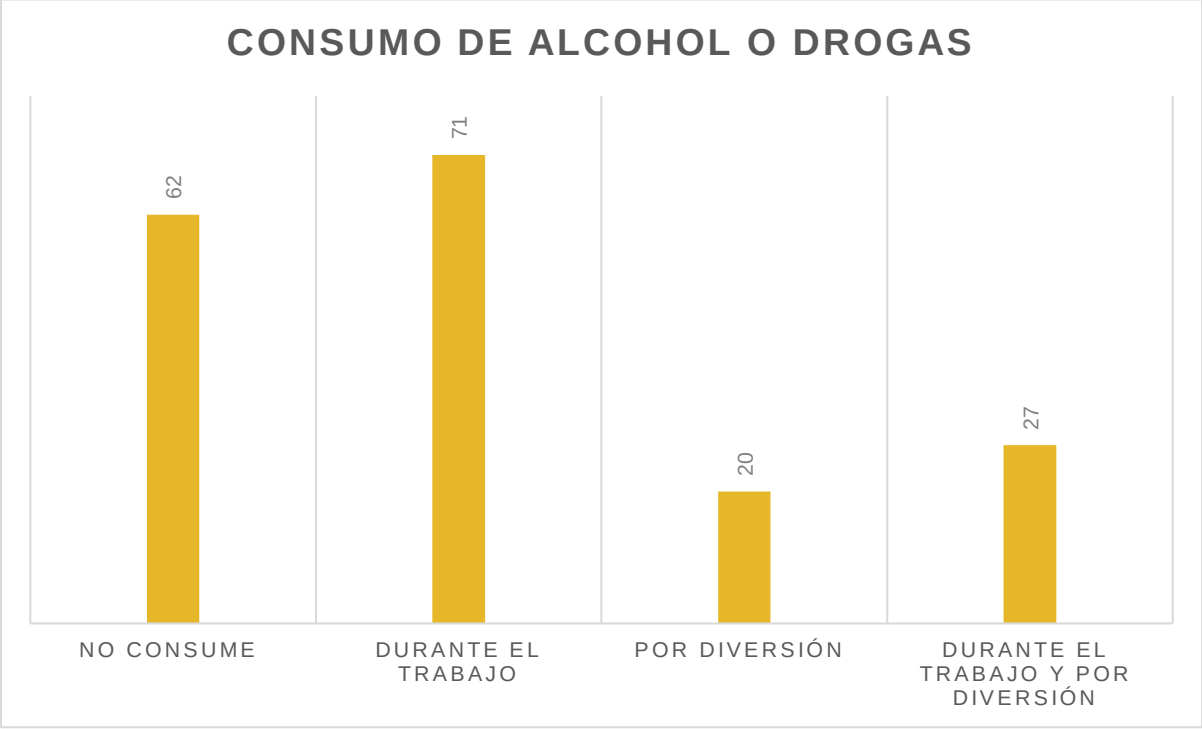


Consumo de alcohol o drogas

El 39% (n=71) de mujeres indicó que consume alcohol o drogas durante el trabajo, el 11% (n=20) consume por diversión, el 15% (n=27) consume en el trabajo y por diversión, y el 35% (n=62) no consume ninguna de las dos.

Figura 19

Consumo de Alcohol o Drogas



Uso de preservativo con los clientes

El 96% (n=173) de mujeres indicó que siempre utiliza preservativo con sus clientes, el 3% (n=6) lo utilizó frecuentemente y el 1% (n=1) lo utilizó a veces. Ninguna participante señaló que nunca usa preservativo con sus clientes.

Figura 20

Uso de Preservativo con los Clientes

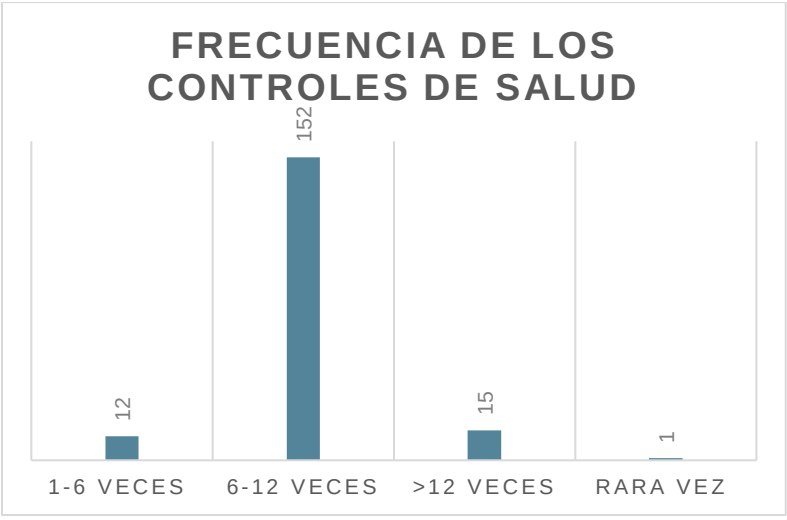


Frecuencia de los controles de salud

El 84% (n=162) de mujeres indicó acudir a los controles de salud entre 6 a 12 veces al año, el 8% (n=15) acude más de 12 veces al año, el 7% (n=12) entre 1 a 6 veces al año y el 1% (n=1) rara vez acude.

Figura 21

Frecuencia de los Controles de Salud

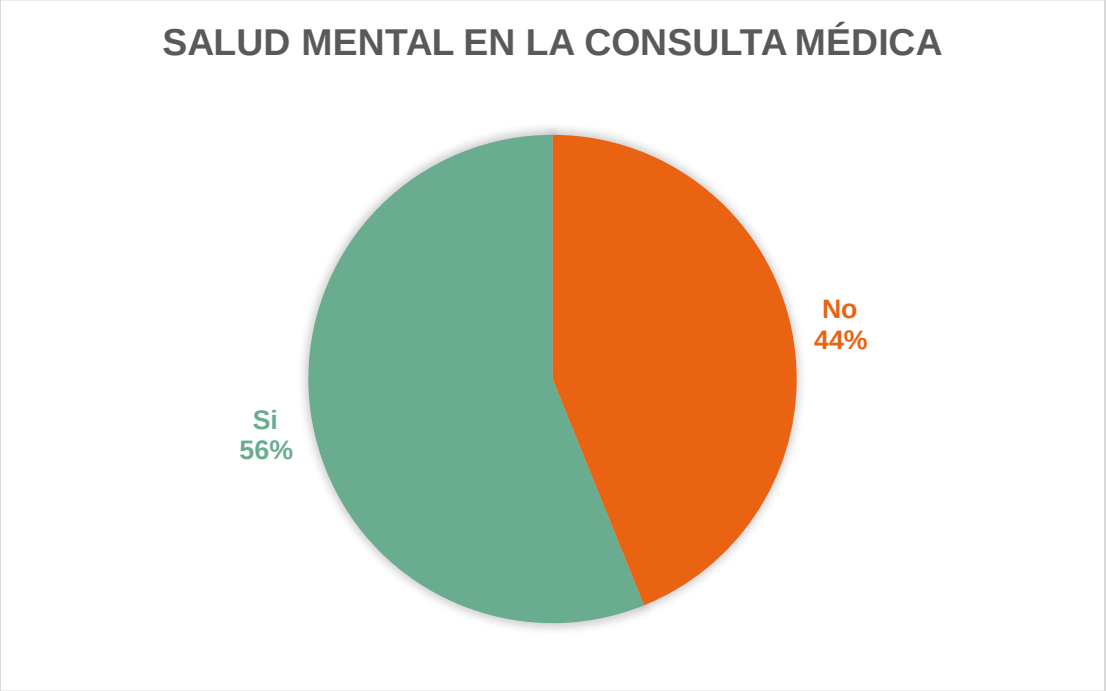


Salud mental en la consulta médica

El 56% (n=101) de mujeres indicó que en la consulta médica sí le han preguntado sobre su salud mental o estado emocional, mientras que el 44% (n=79) niega que se le hayan realizado estas preguntas.

Figura 22

Salud Mental en la Consulta Médica



4.1.3 Relación entre la depresión y las variables sociodemográficas

Se analizó la relación entre la presencia o ausencia de depresión y las variables sociodemográficas de la población de estudio utilizando la prueba de Chi cuadrado. La prueba del Chi cuadrado establece si dos variables categóricas (nominales u ordinales) están asociadas entre sí, lo cual indica que la variación de una de ellas puede ser explicada por la otra. Esta prueba confronta dos variables cualitativas y genera un valor de p. Comúnmente se utiliza un

nivel de significancia de 0.05, también conocido como valor alfa. Este nivel de significancia de 0.05 señala que existe un riesgo de 5% de concluir que hay una asociación entre las variables cuando no existe una asociación real. Es decir, cuando el valor de p es menor o igual a 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas (Vásquez, 2020).

Estado civil y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre el estado civil (P=0,369) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 3

Frecuencia de Depresión y Estado Civil

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estado civil						
Soltera	49	27,2	66	36,7	115	63,9
Casada	10	5,6	7	3,9	17	9,4
Unión libre	19	10,6	16	8,9	35	19,4
Divorciada	7	3,9	5	2,8	12	6,7
Viuda	1	0,6	0	0	1	0,6

Nivel de instrucción y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre el nivel de instrucción (P=0,86) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 4

Frecuencia de Depresión y el Nivel de Instrucción

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Instrucción						
Ninguna	0	0	4	2,2	4	2,2
Primaria	15	8,3	22	12,2	37	20,6
Secundaria	57	31,7	55	30,6	112	62,2
Superior	14	7,8	13	7,2	27	15

Presencia de hijos económicamente dependientes y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre la presencia de hijos económicamente dependientes (P=0,516) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 5

Frecuencia de Depresión y la Presencia de Hijos Económicamente Dependientes

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Presencia de hijos económicamente dependientes						
Si	71	39,4	74	41,1	145	80,6
No	15	8,3	20	11,1	35	19,4

Edad de inicio en el trabajo sexual y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre la edad de inicio en el trabajo sexual (P=0,209) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 6

Frecuencia de Depresión y la Edad de Inicio en el Trabajo Sexual

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Edad de inicio en el trabajo sexual (años)						
Menor de 18	10	5,6	5	2,8	15	8,3
18 - 25	40	22,2	57	31,7	97	53,9
26 - 35	29	16,1	26	14,4	55	30,6
Mayor a 35	7	3,9	6	3,3	13	7,2

Horas diarias de trabajo sexual y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre las horas diarias de trabajo sexual (P=0,301) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 7

Frecuencia de Depresión y las Horas Diarias de Trabajo Sexual

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Horas diarias de trabajo sexual						
Menos de 8	27	15	21	11,7	48	26,7
8 - 12	56	31,1	67	37,2	123	68,3
Más de 12	3	1,7	6	3,3	9	5

Tiempo ejerciendo el trabajo sexual y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre el tiempo ejerciendo el trabajo sexual (P=0,751) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 8

Frecuencia de Depresión y el Tiempo Ejerciendo el Trabajo Sexual

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tiempo ejerciendo el trabajo sexual						
Menos de 1 año	12	6,7	17	9,4	29	16,1
1 - 5 años	37	20,6	38	21,1	75	41,7
Más de 5 años	37	20,6	39	21,7	76	42,2

Lugar de trabajo y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre el lugar de trabajo (P=0,531) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 9

Frecuencia de Depresión y el Lugar de Trabajo

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Lugar de trabajo						
Centros de tolerancia	77	42,8	86	47,8	163	90,6
Calles	3	1,7	1	0,6	4	2,2
Ambos	6	3,3	7	3,9	13	7,2

Representación económica personal del trabajo sexual y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre la representación económica personal del trabajo sexual (P=0,202) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 10

Frecuencia de Depresión y la Representación Económica Personal del Trabajo Sexual

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Representación económica personal del trabajo sexual						
Principal fuente de ingreso económico	69	38,3	82	45,6	151	83,9
Fuente adicional de ingreso económico	17	9,4	12	6,7	29	16,1

Antecedentes personales de violencia y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre el antecedente personal de violencia (P=0,197) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 11

Frecuencia de Depresión y los Antecedentes Personales de Violencia

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Antecedente personal de violencia*						
Si	43	23,9	38	21,1	81	45
No	43	23,9	56	31,1	99	55

Nota. *Incluye violencia física, psicológica, sexual o todas las anteriores.

Conocimiento de la familia o amigos y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre el conocimiento de la familia o amigos sobre su identidad de trabajadora sexual (P=0,128) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 12

Frecuencia de Depresión y el Conocimiento de la familia

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Conocimiento de la familia o amigos*						
Si	50	27,8	44	24,4	94	52,2
No	36	20	50	27,8	86	47,8

Nota. *La familia o amigos conoce que es trabajadora sexual

Rechazo de la familia o amigos y algún grado de depresión

Se encontró una relación significativa entre el rechazo de la familia o amigos al conocer que es trabajadora sexual (P=0,035) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 13

Frecuencia de Depresión y el Rechazo de la Familia o Amigos al Conocer que es Trabajadora Sexual

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Rechazo de la familia o amigos*						
Si	14	7,8	6	3,3	20	11,1
No	72	40	88	48,9	160	88,9

Nota. *Rechazo de la familia o amigos al conocer que es trabajadora sexual

Consumo de alcohol o drogas y algún grado de depresión

No se encontró una relación significativa entre el consumo de alcohol o drogas (P=0,628) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 14

Frecuencia de Depresión y el Consumo de Alcohol o Drogas

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Consumo de alcohol o drogas						
No consume	32	17,8	36	20	71	39,4
Durante el trabajo	35	19,4	11	6,1	20	11,1
Por diversión	9	5	17	9,4	27	15
Ambas	10	5,6	30	16,7	62	34,4

Uso de preservativo con los clientes y presencia de depresión

No se encontró una relación significativa entre el uso de preservativo con los clientes (P=0,518) y la presencia de algún grado de depresión.

Tabla 15

Frecuencia de Depresión y el Uso de Preservativo con los Clientes

	Algún grado de depresión					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Uso de preservativo con los clientes						
Siempre	83	46,1	90	50	173	96,1
Frecuentemente	3	1,7	3	1,7	6	3,3
A veces	0	0	1	0,6	1	0,6

5 CAPÍTULO V

5.1 Discusión

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de depresión y los factores asociados al grado de depresión en trabajadoras sexuales en la ciudad de Quito en el periodo octubre a diciembre 2021.

Los resultados de esta investigación indicaron que la prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales pertenecientes a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer en Quito es de 48%. De este grupo, el 50% presenta un grado leve de depresión, seguido de 23% con grado moderado, 16%

con grado moderadamente severo y el 11% con grado severo de depresión. Estos hallazgos se asemejan al metaanálisis sobre problemas de salud mental en trabajadoras sexuales de países de bajos y medianos recursos en donde se encontró una prevalencia de depresión de 41,8% (Beattie et al, 2020). Además, un estudio realizado en 35 trabajadoras sexuales de Manabí indicó que, según el Inventario de Depresión de Beck, el 46% de ellas padece algún nivel de depresión (Cedeño et al, 2017). Este porcentaje es similar al encontrado en este estudio, donde 48% de mujeres presenta algún grado de depresión.

El metaanálisis de Beattie et al, 2020; encontró una asociación significativa entre la depresión y la experiencia de violencia, generalmente propinada por la pareja o cliente. En el presente estudio no se halló una relación significativa (P=0,197) entre el antecedente de violencia (física, psicológica o sexual) y la presencia de depresión. Esto puede ser el resultado de que el 91% de la población de estudio trabaja exclusivamente dentro de un establecimiento, lo cual según Church, S. et al, 2001; le concede un menor riesgo de violencia que aquellas que trabajan en las calles o lugares públicos.

El 81% de mujeres mencionaron ser económicamente responsables de sus hijos. Esta cifra coincide con el informe de la RedTrabSex en Quito en el 2013 en donde se encontró que 81% de trabajadoras sexuales está a cargo de sus hijos. El 42% de mujeres ha trabajado más de 5 años mientras que el 16% lleva menos de un año en el trabajo sexual. Hallazgos que son similares a los del estudio mencionado anteriormente en donde el 47% de mujeres tuvo más de 9 años en el trabajo sexual y 17% entre uno a dos años de trayectoria laboral. RedTrabSex 2013 también menciona que en el 84% de mujeres, el trabajo sexual representa su principal fuente de ingreso económico mientras que el 16% afirmó representa una fuente adicional. Esto se asemeja al

informe de la misma entidad en donde se reportó que el 20% de trabajadoras sexuales tenían otro empleo fuera del trabajo sexual.

Según datos del informe de la red de trabajadoras sexuales de América Latina y el Caribe quienes en el 2013 reportaron acerca de la condición de dicha población en el Ecuador, el 27% de trabajadoras sexuales manifestaron haber tenido la necesidad de acudir a asistencia psicológica y el 70% afirmó que en la última consulta de salud se le ofreció apoyo emocional. Estos datos se contrastan con el presente estudio en donde el 44% de trabajadoras sexuales negaron que en la consulta médica se haya preguntado sobre su salud mental o estado emocional, reflejando el insuficiente interés que se le da al área psicológica, sobre todo en un grupo vulnerable como este en donde la salud mental debería ser asesorada frecuentemente.

El 45% de mujeres afirmó haber vivido algún tipo de violencia (física, psicológica y/o sexual) en su vida. La pareja fue el principal responsable (50%) de la violencia, seguido de clientes (15%) y familiares (12%). Miembros de la policía nacional fueron responsables de 5% de los eventos violentos, lo cual se contrasta con los hallazgos del estudio de Álvarez & Sandoval, 2013; sobre el trabajo sexual en el Centro Histórico de Quito en donde la policía fue el mayor responsable de maltrato físico, psicológicos y sexual.

En cuanto al nivel de instrucción, encontraron que el 4.2% de las 289 trabajadoras sexuales encuestadas tuvieron instrucción superior (Álvarez & Sandoval, 2013). En el presente estudio el 15% accedieron a la educación superior.

El 52% de las trabajadoras sexuales afirmaron que su familia o amigos conocen de su labor, y de estas mujeres el 89% indicó que no han sido rechazadas por ello. Estos datos se distinguen de los encontrados en el estudio de Rojas & Ruiz, 2012; en donde tan solo el 21.4% de mujeres

tuvieron el apoyo y conocimiento de sus familiares. En el presente estudio se encontró una relación significativa (P=0.035) entre el rechazo de la familia o amigos al conocer que es trabajadora sexual y la presencia de depresión.

5.2 Conclusiones

- La prevalencia de depresión en las trabajadoras sexuales pertenecientes a la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU) es de 48%
- De todas las mujeres que presentaron algún grado de depresión, la mitad de ellas corresponde a depresión leve y el restante a depresión moderada, moderadamente severa y severa.
- La población de estudio fueron mujeres entre 18 a 53 años, la mayoría tuvieron hijos que dependen económicamente de ellas y la mayoría llevan ejerciendo el trabajo sexual por al menos un año.
- La mayoría de las mujeres ejercieron el trabajo sexual en centros de tolerancia y refieren que este constituye su principal fuente de ingreso económico.
- Cerca de la mitad de las mujeres indicó haber sufrido algún tipo de violencia, siendo la violencia física y psicológica las más frecuentes, ocasionadas principalmente por la pareja, seguido de los clientes y familiares.
- Más de la mitad de las trabajadoras sexuales afirmó que su familia o amigos conocen sobre su labor, de este grupo el 11% refirió haber sido rechazada por esto. Se encontró una relación significativa entre el rechazo de la familia o amigos y la presencia de algún grado de depresión.
- Más de la mitad de las mujeres indicó que en la consulta médica le han evaluado su salud mental o interrogado sobre su estado emocional.

5.3 Recomendaciones

- Se recomienda utilizar el PHQ-9 de la forma convencional y no como prueba de tamizaje. Esto se debe a que, al usarlo como prueba de tamizaje con un punto de corte de 10, no se cataloga a la “depresión leve” como tamizaje positivo para depresión, por lo cual se excluiría a una amplia población que ya manifiesta una alteración del estado de ánimo.
- Para futuros estudios se recomienda evaluar la cobertura y efectividad de los servicios de salud mental como manejo integral del trabajo sexual
- Debido a las complejas circunstancias que rodean al trabajo sexual, se recomienda al personal de salud a evaluar frecuentemente la salud mental de las trabajadoras sexuales como parte de sus controles habituales y promover los servicios de asistencia psicológica para su acompañamiento en caso de ser necesario.

5.4 Limitaciones

- Por la mayor facilidad de acceso que se tuvo a recolectar la información en los centros de tolerancia, la población de estudio presenta características y factores de riesgo diferentes de aquellas trabajadoras sexuales que laboran en las calles.

6 CAPÍTULO VI

6.1 Referencias

Álvarez, S. & Sandoval, M. (2013). *El trabajo sexual en el centro histórico de Quito*. Consenso Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). http://biblioteca.clacso.edu.ar/Ecuador/icq/20170621051714/pdf_901.pdf

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a ed.). http://repository.poltekkeskaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf

Avery, D. (2020). *Seasonal affective disorder: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/seasonal-affective-disorder-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?topicRef=91774&source=see_link#H1154753689

Bains, N. & Abdijadid, S. (2021). *Major Depressive Disorder*. PubMed. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/#:~:text=Differential%20Diagnosis&text=Depressive%20symptoms%20can%20be%20secondary,diabetes%2C%20thyroid%20disorders%2C%20adrenal%20disorders

Beattie, T. S., Smilenova, B., Krishnaratne, S., & Mazzuca, A. (2020). *Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis*. PLoS medicine. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003297

Bohórquez, I., Caballero, S., Carrera, L., Chávez, R., Espinoza, R., Flores, L., Llanos, M., Luna, E., Vega, J., Vera, J., Salvatierra, H., Pereyra, H. (2010). *Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú. https://www.redalyc.org/pdf/379/37919982012.pdf

Cedeño, H., Delgado, L., Morales, J. & Ormaza, M. (2017). *Depresión Como Consecuencia de la Prostitución Femenina: caso Burdeles de Rocafuerte, Ecuador.* ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/319639564_Depresion_Como_Consecuencia_de_la_Prostitucion_Femenina_caso_Burdeles_de_Rocafuerte_Ecuador

Chand SP, Arif H. *Depression*. (2021). StatPearls. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/

Checa, S. (2016). *Prostitución femenina en Quito: actores, perspectiva moral y enfoque médico (primera mitad del siglo XX)*. Universidad Andina Simón Bolívar. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5231/1/06-DE-Checa.pdf

Church, S., Henderson, M., Barnard, M., & Hart, G. (2001). *Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey*. The BMJ. https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.524

Coetzee, J., Buckley, J., Otwombe, K., Milovanovic, M., Gray, G., & Jewkes, R. (2018). *Depression and Post Traumatic Stress amongst female sex workers in Soweto, South Africa: A cross sectional, respondent driven sample*. PloS one. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196759

Hirsch, M. & Birnbaum, R. (2020). *Discontinuing antidepressant medications in adults.* UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/discontinuing-antidepressant-medications-in-adults?search=discontinuation%20depression&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H207921

Jarrett, R. & Vittengl, J. (2021). *Unipolar depression in adults: Continuation and maintenance treatment*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-continuation-and-maintenance-treatment?search=continuation%20depression%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H7164921

Krishnan, R. (2021). *Unipolar depression in adults: Epidemiology*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology?search=depression%20adults&source=search_result&selectedTitle=20~150&usage_type=default&display_rank=20

Krishnan, R. (2021). *Unipolar depression: Pathogenesis*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-pathogenesis?search=depression%20risk%20factors&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2715836317

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. Journal of general internal medicine. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Krumrei, E. (2015). *Sex work and mental health: A study of women in the Netherlands.* Archives of Sexual Behavior. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0785-4

León, M. (2019). *El trabajo sexual como actividad laboral en Ecuador*. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8003/1/SM260-Leon-El%20trabajo.pdf

Levis, B., Benedetti, A. & Thombs, B. (2019). *Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis*. The BMJ. https://doi.org/10.1136/bmj.l1476

Lyness, J. (2021). *Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=differential%20diagnosis%20of%20clinically%20significant%20depression&sectionRank=1&usage_type=default&anchor=H16&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H105621628

Lyness, J. (2021). *Unipolar depression in adults: Clinical features*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical-features?search=depression&topicRef=1721&source=see_link

Malhi, G., y Mann, J. (2018). Depression. The Lancet. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2

Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). *Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis*. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. https://doi.org/10.1503/cmaj.110829

Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Guía clínica Depresión en personas de 15 años y más.* https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Atención integral en salud a personas que ejercen el trabajo sexual*. https://www.zonacontable.net/uploads/documento/9.40%20MANUAL%20DE%20ATENCION%20EN%20SALUD%20A%20PERSONAS%20QUE%20EJERCEN%20TRABAJO%20SEXUAL.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica.* https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Guía de práctica clínica del diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos.* https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Manual de Atención en Salud a Personas que Ejercen Trabajo Sexual.* https://audifirm.com/uploads/documento/9.40%20MANUAL%20DE%20ATENCION%20EN%20SALUD%20A%20PERSONAS%20QUE%20EJERCEN%20TRABAJO%20SEXUAL.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2021). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema "Depresión: Hablemos"*. https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/

Montalvo, K. (2015). *Descripción actual del contexto biopsicosocial de las mujeres trabajadoras sexuales del centro histórico de Quito*. Trabajo de Titulación de Psicología Clínica. Universidad Central del Ecuador. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7054/1/T-UCE-0007-222c.pdf

Organización Mundial de la Salud (2020). *Depresión*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.* https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf

Panchi, M. (2020). *La 'Revolución de octubre': subjetivación política, escisión y trabajo sexual en Quito*. [Tesis de doctorado, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Ecuador]. https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/16858/TFLACSO-2020MGPJ.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Patel, S. K., Saggurti, N., Pachauri, S., & Prabhakar, P. (2015). *Correlates of Mental Depression Among Female Sex Workers in Southern India*. Asia Pacific Journal of Public Health. https://doi.org/10.1177/1010539515601480

Pérez, N., Mercado, M., Contreras, M. & Herrera, M. (2020). *Condiciones sociolaborales de las trabajadoras sexuales de Quito, Ecuador (2017-2019).* Revista de Ciencias Sociales Universidad Central del Ecuador. https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CSOCIALES/article/view/2775#:~:text=En%20los%20hallazgos%20del%20mundo,ellas%20y%20de%20sus%20fam%C3%ADlias.

Puri, N., Shannon, K., Nguyen, P., & Goldenberg, S. M. (2017). *Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting*. BMC Women's Health. https://doi.org/10.1186/s12905-017-0491-y

Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. (2015). *5 razones por las cuales el trabajo sexual debe ser regulado.* http://www.redtrasex.org/IMG/pdf/ts_debe_ser_regulado.pdf

Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. (2013). *Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. Informe de país subregión andina Ecuador.* https://www.redtrasex.org/IMG/pdf/ecuador_-_estudio_de_ss.pdf

Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. (2015). *Guía de buenas prácticas para el personal del sistema de salud.* https://www.redtrasex.org/IMG/pdf/buenas_practicas_04_final.pdf

Rojas Gallegos, M. & Ruiz Bermeo, D. (2012). *Estilos de personalidad de trabajadoras sexuales que acuden al centro de atención integral en salud sexual del centro de salud no. 1 en Quito, durante el mes de noviembre del 2011*. Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del

Ecuador. http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5407/T-PUCE-5634.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rössler, W., Koch, U., Lauber, C., Hass, A.-K., Altwegg, M., Ajdacic-Gross, V. & Landolt, K. (2010). *The mental health of female sex workers*. Acta Psychiatrica Scandinavica. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01533.x

Rothschild, A. (2021). *Unipolar major depression with psychotic features: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-with-psychotic-features-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?topicRef=91774&source=see_link#H175106406

Rush, J. (2020). *Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=depression%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Rush, J. (2021). *Unipolar depression in adults and initial treatment: General principles and prognosis*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-and-initial-treatment-general-principles-and-prognosis?search=depression%20treatment&topicRef=1725&source=see_link

Sun, Y., Fu, Z., Bo, Q., Mao, Z., Ma, X., & Wang, C. (2020). *The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital*. The BMC Psychiatry. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02885-6

Vásquez, I. (2020). *Prueba Chi Cuadrada*. https://www.gestiopolis.com/prueba-chi-cuadrada/

Villacrés, G. (2009). *La industria del sexo de la ciudad de Quito y las representaciones sobre las trabajadoras sexuales colombianas*. Facultad Latinoamericana De Ciencias Sociales. https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/1176/TFLACSO-2009GPVM.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Vinueza, A. (2018). *Segmentación del trabajo sexual en países periféricos: Condiciones laborales del trabajo sexual en el mercado para el estrato medio en la ciudad de Quito*. Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15578

Widiger, T. & Oltmanns, J. (2017). *Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications*. World Psychiatry. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5428182/

6.2 Anexos

Anexo 1 - Autorización de la Asociación Pro-Defensa de la Mujer (ASOPRODEMU)

ASOCIACIÓN PRO DEFENSA DE LA MUJER

Acuerdo Ministerial #000605 del 24/03/1994
Reforma estatutaria Resolución MIES-0214 de 26/09/2014

Quito, 22 de septiembre del 2021

Dr. Francisco Pérez Pazmiño

Decano de la Facultad de Medicina

De mi consideración:

Yo, Lourdes Torres con cédula de ciudadanía 0911157030, le extiendo un saludo cordial de parte de todas las integrantes de la ASOCIACIÓN PRO DEFENSA DE LA MUJER, quien agrupa a todas las trabajadoras del Distrito Metropolitano de Quito. En esta ocasión, en mi calidad de presidenta, informo que autorizo la realización del trabajo de investigación "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN TRABAJADORAS SEXUALES DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2021" propuesto por Diana Sofia Calero Costa con cédula de identidad 1715521561. Además, solicito que todos los datos que se obtengan en la investigación sean socializados dentro de la organización, y que toda la información que se recabe sea manejada con total confidencialidad.

Le agradezco por haber tomado en cuenta a ASOCIACIÓN PRO DEFENSA DE LA MUJER para motivos académicos.

Atentamente,

Lourdes Torres

Presidenta de la ASOCIACIÓN PRO DEFENSA DE LA MUJER

ASOPRODEMU
Acuerdo No. 000605

asoprodemu.ec@gmail.com / Telf: 098 732 2625
Rocafuerte OE 10-295 y Pedro Pecador / Quito - Ecuador

Anexo 2 - Consentimiento informado

Documento de consentimiento informado

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a trabajadoras sexuales de la Asociación Pro-Defensa de la Mujer a quienes se invita a participar en la investigación "Prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales de la ciudad de Quito en el periodo octubre a diciembre del 2021"

Investigador: Diana Sofía Calero Costa

Nombre de la universidad: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Propuesta de investigación: "Prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales de la ciudad de Quito en el periodo octubre a diciembre del 2021"

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

1. Información

2. Formulario de Consentimiento

Parte I: Información

Introducción

Mi nombre es Sofia Calero, estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y estoy realizando un estudio sobre depresión en trabajadoras sexuales debido a que es un problema frecuente en esta población del cual no existen muchas investigaciones en nuestro país. Le invito a participar voluntariamente en esta investigación. Si tiene inquietudes o necesita más información no dude en preguntarme.

Propósito

La salud mental es una parte importante del estado integral de la salud. Sin embargo, ha sido un tema descuidado especialmente en las trabajadoras sexuales en donde el enfoque de varios estudios ha sido orientado principalmente hacia enfermedades de transmisión sexual. La depresión es un trastorno del ánimo que causa constantes sentimientos de tristeza, irritabilidad y pérdida de interés o placer que afecta el desarrollo de las actividades cotidianas de la persona. Esta investigación se realiza con el objetivo de conocer la frecuencia de la depresión en esta población y con eso mejorar la atención de salud hacia las trabajadoras sexuales.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá un cuestionario sobre depresión y otro cuestionario sobre su condición de vida.

Selección de participantes

Invitamos a todas las trabajadoras sexuales de la Asociación Pro-Defensa de la Mujer a participar en esta investigación sobre depresión.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede elegir si participar o no. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún si es que inicialmente aceptó.

Procedimientos y protocolo

Le pediremos responder un cuestionario de 9 preguntas y otro cuestionario de 18 preguntas de opción múltiple

Duración

Realizar la encuesta durará entre 5 a 10 minutos.

Beneficios

La realización de las encuestas no tendrá compensación personal o económica. Pese a ello, su participación será importante para obtener información sobre la salud mental en trabajadoras sexuales para poder buscar estrategias para su manejo y prevención en la atención médica.

Confidencialidad

La identidad de todos los participantes será confidencial, se asignará un código a cada persona para mantener su privacidad durante la presentación de los resultados del estudio.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que se obtenga de esta investigación será compartido con la Asociación Pro-Defensa de la Mujer manteniendo confidencial la identidad de las participantes.

A quien contactar

Si usted tiene alguna pregunta puede hacerla este momento o en cualquier momento de la investigación. Para esto se puede contactar con Sofia Calero al número de teléfono 0997717470 o al correo electrónico sofia.calero.13@hotmail.com

Parte II: Formulario de consentimiento

He sido invitado a participar en el estudio "Prevalencia de depresión en trabajadoras sexuales de la ciudad de Quito en el periodo octubre a diciembre del 2021".

He leído o me han leído la información sobre la presente investigación, he comprendido los objetivos de la investigación, la importancia de mi participación y la confidencialidad de mi identidad al participar en la misma. Me han proporcionado el contacto de la persona responsable del estudio para comunicarme en caso de requerir más información.

Por tal razón, accedo de forma voluntaria a la participación de la presente investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento durante el desarrollo de la misma.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha (Día/mes/año): _____

Anexo 3 - Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Por favor, marque con una "X" una sola respuesta a cada pregunta.

Durante las **últimas 2 semanas**, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	¿Ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?				
2	¿Se ha sentido decaída, deprimida o sin esperanza?				
3	¿Ha tenido dificultad para dormir o permanecer dormida, o ha dormido demasiado?				
4	¿Se ha sentido cansada o con poca energía?				
5	¿Ha perdido el apetito o ha comido en exceso?				
6	¿Se ha sentido mal con usted misma o sentido que es un fracaso o que ha decepcionado a su familia?				
7	¿Ha tenido dificultad para concentrarse en sus actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión?				
8	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas lo notan? o lo contrario – ha estado muy inquieta o agitada que ha estado moviéndose más de lo normal?				
9	¿Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerta o ha pensado en lastimarse de alguna manera?				

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

	Nada difícil
	Un poco difícil
	Muy difícil
	Extremadamente difícil

Anexo 4 - Cuestionario para identificar los factores de riesgo asociados a la depresión

Cuestionario para identificar factores de riesgo de depresión en trabajadoras sexuales de Quito

Este cuestionario tiene el objetivo de conocer factores asociados a depresión. La información de esta encuesta es anónima y confidencial, se usará solo con fines académicos.
Instrucciones: Por favor, **marque su respuesta con una "X".** Todas las preguntas tienen una sola respuesta excepto en las preguntas que se indique opción múltiple. Muchas gracias por su colaboración y sinceridad.

Fecha: Dia _____ Mes _____Año _____
Edad: _____años

	Sexo
	Mujer
	Hombre

	Género
	Femenino
	Masculino
	Transgénero

	Estado civil
	Soltera
	Casada
	Unión libre
	Divorciada
	Viuda

	Instrucción
	Ninguna
	Primaria
	Secundaria
	Superior

	¿Tiene hijos que dependan económicamente de usted?
	Si
	No

¿A qué edad empezó a laborar en el trabajo sexual?

	Menor de 18 años de edad
	18 a 25 años de edad
	26 a 35 años de edad
	Mayor de 35 años de edad

¿Cuántas horas al día se dedica al trabajo sexual?

	Menos de 8 horas diarias
	8 a 12 horas diarias
	Mas de 12 horas diarias

¿Cuánto tiempo lleva en el trabajo sexual?

	Menos de 1 año
	Entre 1 a 5 años
	Más de 5 años

¿En dónde trabaja actualmente?

	Establecimiento fijo (casas de tolerancia, night clubs, hostales)
	Informal (calles)
	Ambos

El trabajo sexual representa su:

	Principal fuente de ingreso económico
	Fuente adicional de ingreso económico

¿Alguna vez en su vida ha experimentado algún tipo de violencia? Seleccione una o varias opciones

	Violencia física
	Violencia psicológica
	Violencia sexual
	Nunca he sufrido violencia

¿Alguna vez ha sido maltratada por alguna de estas personas? Seleccione una o varias opciones

	Clientes
	Jefes
	Otras compañeras de trabajo
	Policía
	Personal de salud
	Pareja
	Familiares
	Amigos
	No he sufrido maltratos o agresiones

¿Su familia o amigos conocen que usted es trabajadora sexual?

	Si conocen
	No conocen

¿Ha sentido rechazo de su familia o amigos por ser trabajadora sexual? Si su familia o amigos no conocen que usted es trabajadora sexual, no conteste y pase a la siguiente pregunta por favor

	Si me han rechazado
	No me han rechazado

¿Consume alcohol o drogas?

	Consumo durante el trabajo
	Consumo por diversión
	Consumo durante el trabajo y por diversión
	No consumo alcohol o drogas

¿Usa condón con sus clientes?

	Siempre
	Frecuentemente
	A veces
	Nunca

¿Con qué frecuencia acude a controles de salud?

	1 a 6 veces al año
	6 a 12 veces al año
	Mas de 12 veces al año
	Rara vez
	Nunca

¿Alguna vez en la consulta médica le han preguntado sobre su salud mental o estado emocional?

	Si
	No

Cuestionario elaborado por: Diana Sofia Calero Costa, 2021