



Gaceta Médica Boliviana  
ISSN: 1012-2966  
ISSN: 2227-3662  
gacetamedicaboliviana@gmail.com  
Universidad Mayor de San Simón  
Bolivia

## Depresión y Riesgo de Suicidio en Trabajadoras Sexuales

---

**Andressa Bevilacqua, Patriccia**

Depresión y Riesgo de Suicidio en Trabajadoras Sexuales

Gaceta Médica Boliviana, vol. 44, núm. 2, 2021

Universidad Mayor de San Simón, Bolivia

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445674707002>


**DOI:** <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i2.354>

## Depresión y Riesgo de Suicidio en Trabajadoras Sexuales

Depression and Suicide Risk in Sex Workers

Patricia Andressa Bevilacqua patibevi@gmail.com

Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios, Cochabamba, Bolivia, Bolivia

 <https://orcid.org/0000-0003-1607-8817>

**Resumen:** La depresión es un problema de salud pública a nivel mundial y una de las principales causas para el suicidio. La etiología de la depresión es multifactorial, ya que se solapan factores biológicos y psicosociales; es más prevalente en personas adultas jóvenes, de sexo femenino y en quienes tienen antecedentes de vivencias adversas, condición muy frecuente en la historia de vida de las trabajadoras sexuales.

**Objetivos:** identificar la prevalencia de depresión y riesgo de suicidio en las trabajadoras sexuales de Cochabamba en el periodo de junio a diciembre de 2019 y relacionar con factores psicosociales.

**Materiales y métodos:** estudio con enfoque cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional; con la participación de 433 trabajadoras sexuales seleccionadas por muestreo no probabilístico y accidental, realizado en el centro de salud de referencia para esta población. Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario para datos sociodemográficos, el Inventario de depresión de Zung y la Escala de desesperanza de Beck, autoaplicados. El estudio tiene 95% de confianza, con margen de error de 4,6% y varianza de 50%. Se cumplió con los principios de la Declaración de Helsinki y se utilizó el consentimiento informado por escrito, firmado por cada participante.

**Resultados:** el 40% de las personas que participaron en el estudio presentaron depresión clínica, con una relación positiva con los factores: sociodemográficos consumo regular de alcohol y motivos económicos para el trabajo sexual. Se identificó el riesgo de suicidio en el 30% de las encuestadas, con relación positiva con los factores sociodemográficos ausencia de religión y nivel alto de escolaridad. La depresión asociada al riesgo de suicidio fue de 1,6 veces más que en los casos de ausencia de depresión.

**Conclusión:** las trabajadoras sexuales presentan una alta prevalencia de depresión clínica y mayor riesgo de suicidio, asociados con factores sociodemográficos que pueden ser intervenidos con programas de promoción de una vida saludable y prevención del suicidio, la implementación de servicios en salud mental que estén al alcance de esta población, además de la invitación a las autoridades, instituciones y organizaciones para un análisis más profundo de alternativas laborales para la mujer en la sociedad actual. El estudio presenta limitaciones porque no refleja la situación de toda la población femenina dedicada al trabajo sexual siendo necesario profundizarlo, pero su mayor aporte es dar relevancia a la situación de un sector invisible socialmente.

**Palabras clave:** depresión, riesgo de suicidio, trabajo sexual.

**Abstract:** Depression is a public health problem worldwide and one of the principal causes of suicide. The etiology of depression is multifactorial since both biological and psychosocial factors overlap; it is more prevalent in young female adults and in people with a history of adverse life experiences, a very frequent condition in the lives of sex workers.

**Objectives:** to identify the prevalence of depression and suicide risk in sex workers in Cochabamba at the Surveillance, Information and Reference Regional Center (CDVIR, abbreviation in Spanish), from June through December 2019 and to relate such prevalence to psychosocial factors.

Gaceta Médica Boliviana, vol. 44, núm. 2, 2021

Universidad Mayor de San Simón, Bolivia

Recepción: 14 Febrero 2021  
Aprobación: 20 Abril 2021

DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i2.354>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=445674707002>

**Materials and methods:** a study with a quantitative, non-experimental, transversal, and correlational approach, with the participation of 433 sex workers selected by non-probabilistic and accidental sampling, was performed at the health center referred for this population. The instruments used were a questionnaire for sociodemographic data, the Zung Depression Inventory, and the Beck Hopelessness Scale, all self-administered. The study has 95% confidence, with a margin of error of 4.6% and a variance of 50%. The principles of the Declaration of Helsinki were complied with and the written informed consent, signed by each participant, was used.

**Results:** 40% of the people participating in the study presented clinical depression, related positively to these sociodemographic factors: regular alcohol consumption and economic reasons for sex work. Suicide risk was identified in 30% of the respondents, positively related to the sociodemographic factors: lack of religion and high level of education. Depression associated with suicide risk was 1.6 times more than cases related to lack of depression.

**Conclusion:** sex workers present a high prevalence of clinical depression and a higher risk of suicide, which are associated to sociodemographic factors that can be treated with programs promoting a healthy life and preventing suicide, as well as implementing mental health services that should be available to this sector. Furthermore, authorities, institutions and organizations should be invited for a more in-depth analysis of employment alternatives for women in today's society. The study presents certain limitations since it does not reflect the situation of the entire female population dedicated to sex work, which makes it necessary to look into it in depth. However, its greatest contribution has been to give relevance to the particular situation of a socially invisible sector.

**Keywords:** depression, suicide risk, sex work.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, afecta a 4,4 % de la población, lo que representa 300 millones de personas <sup>1</sup>. Se caracteriza por una tristeza patológica, pérdida de interés o placer en actividades de las que antes se disfrutaba, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y/o falta de concentración <sup>2</sup>, síntomas que deben ser diferenciados de las variaciones rutinarias del estado de ánimo desencadenadas por situaciones estresantes de la vida diaria y común a todos en general. Se considera la segunda causa de discapacidad y el principal factor de riesgo para el suicidio, siendo en la actualidad un problema de salud mundial por la creciente prevalencia, por los costos asociados al tratamiento, la refractariedad y la discapacidad que genera <sup>3,4</sup>.

Las causas de depresión son resultantes de una interacción compleja entre factores genéticos, biológicos, psicológicos y/o sociales, que pueden afectar a cualquier persona, independientemente del sexo, religión, escolaridad o nivel socioeconómico, pero se observa mayor prevalencia en mujeres, ancianos y en la población con bajos ingresos económicos, circunstancia que da lugar a carencias múltiples y limitaciones en el acceso a un servicio de salud de calidad; estos sectores empobrecidos no solo pueden padecer este trastorno sino también mantenerse en un ciclo de perpetuación del mismo <sup>5</sup>.

El suicidio es una consecuencia frecuente en las personas con depresión, cerca de cuatro veces más que en la población en general y se considera esta patología su principal factor de riesgo. En la actualidad, en Europa,

los decesos por suicidio son más frecuentes que los provocados por accidentes de tránsito y su incremento es progresivo; en el año 2015 se calculaba que 788 000 personas se suicidaron, ubicándose entre las 20 causas más frecuentes de muerte a nivel mundial <sup>1</sup>; en Latinoamérica la situación no es diferente, el número de suicidios se incrementa cada año. Afecta a la población de todas las edades, desde la adolescencia hasta la ancianidad, con mayor prevalencia en la edad productiva <sup>6</sup>. Los intentos de suicidio ocurren entre 10 a 20 veces más por cada suicidio consumado, pero la prevalencia del riesgo de suicidio es desconocida porque se refiere a la presencia de cualquier conducta que va desde la ideación de muerte, ideación de suicidio, planificación del suicidio e intento de suicidio <sup>2,4,17</sup>. Los grupos de mayor riesgo están compuestos por mujeres, solteras, con enfermedad física o mental previa, que consumen alcohol u otras sustancias, con antecedentes familiares de depresión, bajo nivel socioeconómico y educacional y ser migrantes <sup>7,8</sup>.

Estas características mencionadas, de forma independiente o en conjunto, son comunes en las mujeres que ejercen el trabajo sexual, cuyo oficio es considerado por la sociedad actual estigmatizante y humillante.

Las personas dedicadas al trabajo sexual son invisibles en la sociedad, ignoradas por las autoridades, no se las toma en cuenta en las leyes vigentes y son hostigadas por aquellos que deberían protegerlas, debiendo lidiar con estas adversidades, además del trabajo sexual en sí y las dificultades propias de una persona que no tuvo posibilidad de elegir otra actividad. Pese a que según la definición de Trabajo Sexual se trata de una actividad remunerada ¿voluntaria?, muchos investigadores afirman que el desempeño de este oficio ocurre por falta de oportunidades siendo una cuestión de supervivencia; viven en un ambiente con restricciones elementales, sufren una serie de agresiones físicas y psicológicas, lo que hace de este grupo de personas una población extremadamente vulnerable a los trastornos mentales, en especial a la depresión que tiene una relación directa con factores estresantes continuos, y ante a la carencia de una red de apoyo social o familiar efectiva, expeditamente pueden incurrir en el suicidio.

## **Materiales y métodos**

La investigación tuvo como objetivo general identificar la prevalencia de depresión y riesgo de suicidio en las trabajadoras sexuales de Cochabamba en el periodo de junio a diciembre de 2019 y relacionar con factores psicosociales, para lo cual se estableció un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal y analítico ya que no se intervino en las participantes; se recolectaron datos en un solo momento y se correlacionaron variables. El universo de estudio fueron 12 620 trabajadoras sexuales registradas en el Centro Departamental de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR), centro de salud para esta población en Cochabamba. El muestreo fue no probabilístico accidental y los criterios de inclusión fueron: ser mujer, ser trabajadora sexual,

tener entre 18 y 65 años, ser alfabetizada, estar registrada en el CDVIR-Cochabamba y acudir a este durante el periodo de aplicación de los cuestionarios. El único criterio de exclusión fue la negativa a participar del estudio.

El instrumento para la recolección de datos constaba de tres partes, todas autoaplicables: un cuestionario para obtener datos sociodemográficos, elaborado por la investigadora atendiendo a las necesidades del estudio; el Inventario de depresión de Zung, que evalúa síntomas somáticos, cognitivos, estado de ánimo y síntomas psicomotores, con una sensibilidad de 85 % y especificidad de 75 % [57]; y la Escala de desesperanza de Beck, utilizada para identificar riesgo de suicidio en población con depresión <sup>9</sup>, con una confiabilidad que fluctúa de 0,60 a 0,69 <sup>10</sup>. Estos dos últimos instrumentos fueron validados por otros investigadores en la población hispanohablante.

En todas las etapas de la investigación fueron cumplidos los principios de la Declaración de Helsinki. Se presentó el Consentimiento Informado a todas las participantes, en el que se explicaba en forma escrita la investigación y se recabó su firma antes del llenado de los cuestionarios.

## Resultados

Los datos sociodemográficos se presentan en la Tabla 1, en la que se puede observar el resumen de las frecuencias por cada elemento encuestado dentro de las categorías propuestas.

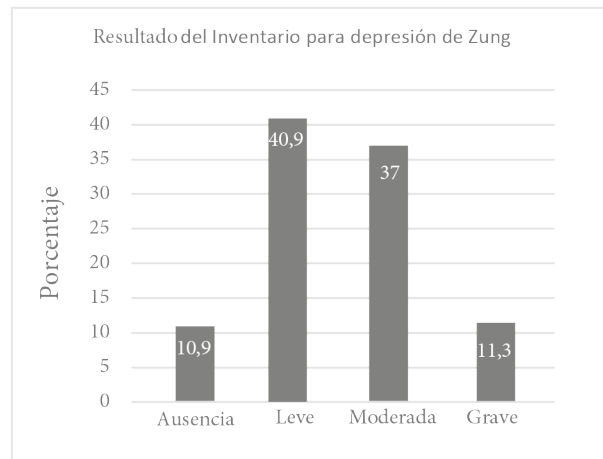
**Tabla 1**  
Frecuencia absoluta y relativa de los datos sociodemográficos

Variable	Especificación de la variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	No respondió	3	0.7
	<20 años	27	6.2
	20 a 25 años	163	37.6
	26 a 30 años	119	27.5
	31 a 35 años	71	16.4
	36 a 40 años	29	6.7
	41 a 50 años	18	4.2
	>50 años	3	0.7
	Total	433	100.0
Lugar de nacimiento	No respondió	2	0.5
	Cochabamba	147	33.9
	Santa Cruz	114	26.3
	Beni	41	9.5
	La Paz	40	9.2
	Oruro	16	3.7
	Potosí	21	4.8
	Tarija	13	3.0
	Sucre	15	3.5
	Pando	2	0.5
Otro país	22	5.1	
	Total	433	100.0
Región de nacimiento	No respondió	40	9.2
	Provincia	173	40.0
	Ciudad	220	50.8
	Total	433	100.0
Grado de escolaridad	No respondió	2	0.5
	Primaria	42	9.7
	Secundaria	140	32.3
	Bachiller	173	40.0
	Universidad	75	17.3
	No estudió	1	0.2
	Total	433	100.0
Estado civil	Soltera	287	66.3
	Casada	17	3.9
	Concubina	42	9.7
	Separada	47	10.9
	Divorciada	35	8.1
	Viuda	5	1.2
	Total	433	100.0
Tenencia de hijos	No respondió	3	0.7
	1 hijo	149	34.4
	2 hijos	105	24.2
	3 hijos	46	10.6
	4 hijos	15	3.5
	No tiene hijos	115	26.6
	Total	433	100.0
Responsable principal de los hijos	No respondió	7	1.6
	Sólo entrevistada	220	50.8
	Sólo familiares (Excluye entrevistada)	53	12.2
	Sólo padre	24	5.5
	Diferentes cuidadores (excluye entrevistada)	7	1.6
	Otro	18	4.2
	No tiene hijos	104	24.0
	Total	433	100.0
Personas con quien vive	No respondió	3	0.7
	Sola	117	27.0
	Sola con hijos	151	34.9
	Familiares (excluye hijos)	64	14.8
	Hijos y familia	35	8.1
	Hijos y pareja	26	6.0
	Solo pareja	15	3.5
	Amigas	19	4.4
Otros	3	0.7	
	Total	433	100.0

Variable	Especificación de la variable	Frecuencia	Porcentaje
Religión	No respondió	39	9.0
	Ninguna	278	64.2
	Cristiana católica	92	21.2
	Cristiana evangélica	21	4.8
	Otro	433	100.0
Consumo regular de alcohol y otras sustancias psicoactivas	No respondió	12	2.8
	Ninguna	152	35.1
	Alcohol	239	55.2
	Marihuana	5	1.2
	Otro	5	1.2
	Más de una sustancia	20	4.6
	Total	433	100.0
Categoría edad a la primera actividad labora	No respondió	20	4.6
	<10 años	26	6.0
	10 a 15 años	178	41.1
	16 a 20 años	183	42.3
	>20 años	26	6.0
	Total	433	100.0
Categoría de edad al primer trabajo sexual	No respondió	25	5.8
	<15 años	1	0.2
	15 a 20 años	144	33.3
	21 a 25 años	156	36.0
	>25 años	107	24.7
	Total	433	100.0
Categoría tiempo en años de ejercicio del trabajo sexual	No respondió	37	8.5
	<1 años	60	13.9
	1 a 5 años	221	51.0
	6 a 10 años	64	14.8
	11 a 15 años	33	7.6
	>15 años	18	4.2
	Total	433	100.0
Familiares que conocen del trabajo sexual	No respondió	45	10.4
	Nadie conoce	249	57.5
	Solo madre	43	9.9
	Solo padre	2	0.5
	Primo(a) o hermano (a)	28	6.5
Varios miembros de la familia	22	5.1	
Solo pareja	33	7.6	
Hijos	4	0.9	
Otro	7	1.6	
	Total	433	100.0
Ocupación actual (diferente del trabajo sexual)	No respondió	77	17.8
	Ninguna otra ocupación (trabajo sexual exclusivamente)	196	45.3
	Otro trabajo	99	22.9
	Estudios	61	14.1
	Total	433	100.0
Deseos de dejar el trabajo sexual	No respondió	48	11.1
	Sí	358	82.7
	No	27	6.2
	Total	433	100.0
Motivos para permanecer en el trabajo sexual	No respondió	120	27.7
	Económico	293	67.7
	Sexo	4	0.9
	Enfermedad	2	0.5
	Otro	14	3.2
	Total	433	100.0

Los resultados de la aplicación del Inventario de depresión de Zung se presentan en la Figura 1, que muestra cerca del 90% de las trabajadoras sexuales presentaron síntomas de depresión, desde leve a grave, con una mayor concentración de frecuencia entre leve y moderada; sólo un 11% de las participantes puntuaron para grave e igual porcentaje tuvieron aquellas que no presentaron síntomas depresivos.



**Figura 1**

Distribución porcentual del resultado del Inventario para depresión de Zung aplicado a las trabajadoras sexuales.

Al realizar la prueba de interdependencia de  $\chi^2$  para cada una de las variables sociodemográficas propuestas en el estudio y relacionarlas con el Inventario de depresión de Zung se evidenció una relación significativa ( $p < 0,05$ ) con las variables Motivos para continuar en el trabajo sexual y Consumo de sustancias psicoactivas (Tabla 2).

**Tabla 2.**

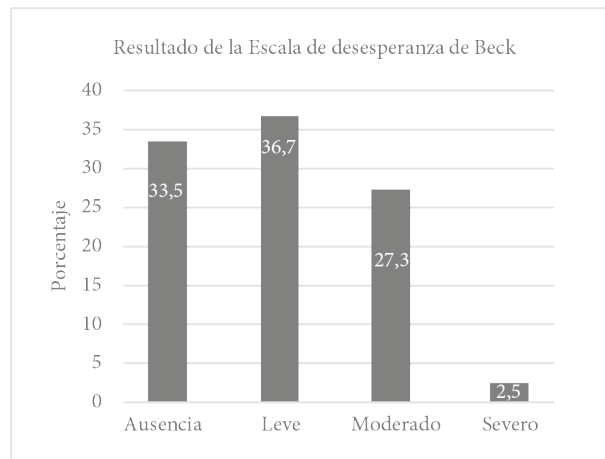
Resultado de la prueba de dependencia de  $\chi^2$  entre las variables sociodemográficas y el Inventario para depresión de Zung

Variable	Chi-2	gl	p	Relación
Categoría de edad	17,6	21	0,674	No
Lugar de nacimiento	26,929	30	0,627	No
Zona de nacimiento	9,362	9	0,405	No
Grado de escolaridad	22,299	15	0,100	No
Estado civil	16,47	15	0,352	No
Número de hijos	17,844	15	0,271	No
Custodio de hijos	24,206	18	0,148	No
Persona con quien vive	24,4	24	0,439	No
Religión	20,659	12	0,056	No
Categoría de edad al primer trabajo	13,788	12	0,314	No
Categoría de edad al primer trabajo sexual	14,229	12	0,286	No
Categoría de tiempo en trabajo sexual	20,046	15	0,170	No
Familia que conoce de ocupación	32727	24	0,000	Sí
Otra actividad aparte del trabajo sexual	6,94	9	0,643	No
Deseo de dejar el trabajo sexual	11,138	6	0,084	No
Motivos para continuar en el trabajo sexual	31,506	12	0,002	Sí
Consumo de sustancia psicoactiva	38,614	15	0,001	Sí

Fuente: elaboración propia, 2020.

De acuerdo a las respuestas obtenidas en el cuestionario sociodemográfico, el motivo predominante para continuar con el trabajo sexual fue de tipo económico (67,7%) y sobre el consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol fue el más prevalente (55,2%). Inicialmente la variable Familiar que conoce la ocupación presentó una relación significativa, pero al rehacer la prueba excluyendo la categoría de "no respuesta" la relación no fue significativa.

En la Escala de desesperanza de Beck, representada en la Figura 2, se aprecia que existe un riesgo de suicidio de 66%, sumando los resultados leve, moderado y grave. Considerando el punto de corte de la escala que está representada por los valores a partir de moderado, como un predictor de riesgo de suicidio, se obtuvo una cifra cercana al 30 % de las encuestadas, siendo 2,5 % el riesgo severo de cometer un acto suicida. Cabe resaltar que una tercera parte no presentó riesgo de suicidio.



**Figura 2**  
Distribución porcentual del resultado de la Escala de desesperanza de Beck aplicado a las trabajadoras sexuales

La prueba de  $\chi^2$  para la Escala de desesperanza de Beck mostró evidencia significativa ( $p < 0,05$ ) con las variables sociodemográficas Grado de escolaridad y Religión (Tabla 3).

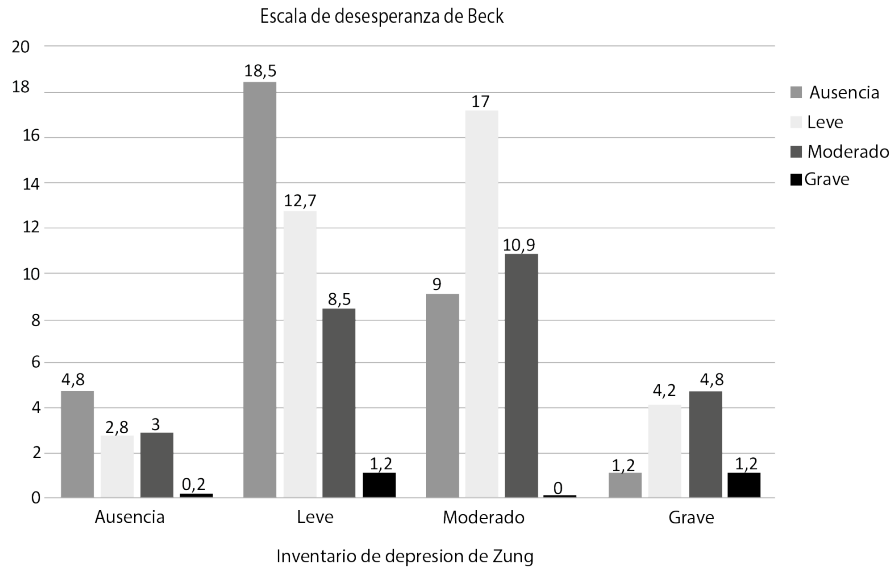
**Tabla 3**  
 Resultado de la prueba de dependencia de  $\chi^2$  entre las variables sociodemográficas y el Inventario para depresión de Zung

Variable	Chi-2	g.l.	p	Relación
Categoría de edad	32,48	21	,052	No
Lugar de nacimiento	32,189	30	,359	No
Zona de nacimiento	7,756	9	,559	No
Grado de escolaridad	44,604	15	,000	Sí
Estado civil	15,102	15	,444	No
Número de hijos	10,036	15	,817	No
Custodio de hijos	19,274	18	,375	No
Persona con quien vive	33,104	24	,102	No
Religión	27,274	12	,007	Sí
Categoría de edad al primer trabajo	14,234	12	,286	No
Categoría de edad al inicio del trabajo sexual	24,379	12	,018	Sí
Categoría de tiempo en el trabajo sexual	21,465	15	,123	No
Familia que conoce de ocupación	36,372	24	,050	No
Actividad actual	15,73	9	,073	No
Deseo de dejar el trabajo sexual	18,864	6	,004	Sí
Motivos para continuar en el trabajo sexual	21,941	12	,038	Sí
Consumo de sustancia psicoactiva	23,359	15	,077	No

Fuente: elaboración propia, 2020,

Los resultados de frecuencia de las respuestas relacionadas a estas variables, 57,3% tenían un buen nivel de escolaridad, de bachiller o universitario y 64,2 % no practicaba ninguna religión. Inicialmente las variables Categoría de edad al inicio del trabajo sexual y Deseos de dejar el trabajo sexual presentaron una relación significativa, pero al rehacer la prueba excluyendo la categoría de "no respuesta" la relación no fue significativa.

Al relacionar el Inventario de depresión de Zung y la Escala de desesperanza de Beck se observó que existe una elevada concentración de frecuencias entre las categorías leve y moderada en ambos instrumentos. Las participantes cuyo resultado en el Inventario de depresión de Zung fue clasificado como grave fueron pocas, especialmente al relacionar este resultado con el riesgo de suicidio moderado o severo; pero esta relación fue significativa ( $p < 0,05$ ) de acuerdo con la prueba de  $\chi^2$ , teniendo evidencia para rechazar la nula independencia. Por su parte, el test de relación nominal de Cramer, demostró una baja pero significativa relación entre ambas variables ( $\Phi = 0,342$ ,  $p < 0,05$ ) (Figura 3).



**Figura 3**  
Relación entre los resultados del Inventario de depresión de Zung y la Escala de desesperanza de Beck.

Para identificar el riesgo de suicidio a partir de la depresión se realizó una tabla de contingencia con una reclasificación de los resultados, los cuales se dividieron en dos, de acuerdo al punto de corte para depresión clínica y para el riesgo de suicidio y, en el estudio de riesgo, se espera que Ausencia de depresión vs. Ausencia de riesgo de suicidio y Depresión vs. Riesgo de suicidio sean mayores comparadas con la otra diagonal. Eso puede apreciarse en el cuadro presentado en la Tabla 4.

**Tabla 4**  
Tabla de contingencia para los valores reclasificados del inventario de depresión de Zung y la escala de desesperanza de Beck.

Tabla de contingencia Zung_riesgo * Beck_risk			
Recuento	Beck_risk		Total
	Ausencia	Riesgo de Suicidio	
Zung_riesgo			
Ausencia	168	56	224
Depresión	136	73	209
<b>Total</b>	<b>304</b>	<b>129</b>	<b>433</b>

Fuente: elaboración propia, 2020.

Si bien la prueba de  $\chi^2$ , demuestra una relación significativa ( $p < 0,05$ ), el estadístico de Cramer ( $\Phi = 0,11$ ) es bajo, sin embargo, la estimación del riesgo de suicidio relativo es de 1.610 (IC95%: 1,06 - 2,44) veces más para las trabajadoras sexuales con resultados del Inventario de Depresión de Zung de moderado o grave, respecto el nivel leve o ausente.

## Discusión

Los resultados obtenidos con la investigación apuntan a que la mayoría de las mujeres que ejercen el trabajo sexual (90 %) tenían síntomas depresivos; conclusión muy semejante a la del estudio realizado con el mismo instrumento para depresión, aplicado a trabajadoras sexuales de una región colombiana, aunque la población era significativamente menor, 30 mujeres y difirió en la magnitud de los síntomas, siendo más frecuentes los síntomas moderados <sup>11</sup>; en cambio en la presente investigación los síntomas fueron mayormente leves, lo que denota una gran capacidad de resiliencia de las encuestadas en Cochabamba, ya que las adversidades que deben afrontar son similares en ambos países que se encuentran en vías de desarrollo.

En otros estudios realizados en países del Sur y Centro América, con la participación de diferente número de personas ejerciendo el trabajo sexual, los resultados son distintos. Es así que, en el Perú, estudio con 117 trabajadoras sexuales apuntaban a 56% de depresión <sup>12</sup>; en Ecuador, en investigación con 35 trabajadoras sexuales indicaba que 46% padecía de algún nivel de depresión <sup>13</sup>; en México, estudio con 103 trabajadoras sexuales, la depresión era de casi 40 % <sup>14</sup>; en Puerto Rico, la investigación con 127 trabajadoras sexuales reportaba la prevalencia de 58% <sup>15</sup>; y en Brasil, el 67% de 97 encuestadas presentaban síntomas depresivos <sup>16</sup>. Estos resultados presentan cifras significativamente inferiores y muy variables, lo que puede deberse a la diferencia en los instrumentos utilizados para la recolección de datos ya que muchos estudios no indicaban una demarcación de gravedad, lo que dificultó la comparación de las cifras; además de la gran diferencia en relación al número de personas estudiadas, que en todos los estudios fue significativamente menor.

De acuerdo a Campo-Arias et al <sup>17</sup>, en su publicación para la validación del Inventario para depresión de Zung en población colombiana, a partir del resultado Moderado en la escala de gravedad es más probable que una persona presente sintomatología clínica para depresión, lo que en este estudio representó cerca de 48 % de las trabajadoras sexuales. De acuerdo a este grupo de investigadores, un tercio de las personas con depresión clínica podrían estar cursando con Depresión Mayor, es decir alrededor de 16 % de las mujeres encuestadas en este estudio; las demás podrían tener otros trastornos cuya presentación clínica se matiza con síntomas depresivos, como los trastornos de adaptación, de personalidad e incluso trastornos psicóticos como la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo <sup>17</sup>.

En el análisis que relaciona los resultados del Inventario de depresión de Zung y las variables, solo se evidenció relación significativa con las variables Motivos de tipo económico para continuar en el trabajo sexual y Alcohol como sustancia psicoactiva de consumo regular. Estudios realizados en otros países con trabajadoras sexuales y el consumo de alcohol, mostraron resultados diferentes y variados, con asociación

positiva con la depresión en Brasil <sup>16</sup> y negativa en Colombia <sup>11</sup>; estos datos pueden estar influenciados por los hábitos locales y por la forma de ejercicio del trabajo sexual, pero se necesita de más estudios para conclusiones fiables. Sin embargo, hay que resaltar la relación bidireccional entre alcohol y depresión, ampliamente estudiado por una nueva vertiente en psiquiatría, la Patología Dual, en que muchas personas con trastornos mentales (como la depresión) consumen sustancias psicoactivas para sobrellevar los síntomas depresivos y lo contrario, algunas personas con trastornos por dependencia a sustancias psicoactivas (incluyendo el alcohol) desarrollan patologías mentales <sup>18</sup>, entre ellas la depresión; posiblemente debido a las alteraciones funcionales y morfológicas en múltiples estructuras cerebrales, incluso con consumo de alcohol a dosis moderadas <sup>19</sup>. Por otro lado, hay estudios que comprueban la disminución de la transcripción del transportador de serotonina y su expresión <sup>20</sup>, una de las primeras monoaminas relacionadas con la fisiopatología de la depresión, además de la afectación de otros neurotransmisores.

El motivo de orden económico fue la principal causa indicada por las encuestadas para el trabajo sexual al igual que en muchas otras investigaciones <sup>16, 21</sup>, pero hay que ahondar el conocimiento para responder el porqué de esta necesidad. Según la Organización de las Naciones Unidas, el gatillo para decidir por la prostitución son las carencias económicas debido a la pobreza, menores oportunidades y condiciones laborales precarias, asociados a una mayor carga familiar <sup>22</sup>. Si observamos, las mujeres estudiadas en su mayoría estaban solas, tenían hijos, debían mantener la familia y tenían menores oportunidades para competir con el hombre en el mercado laboral formal, por lo que les resultaba difícil cumplir con todas estas responsabilidades y fueron llevadas a incursionar en el trabajo sexual para sobrevivir. Estas condiciones, más que la motivación económica en sí de forma aislada, posiblemente influyeron en el desarrollo de la depresión tal y como demuestran artículos publicados en los que se menciona el estrés crónico, nivel socioeconómico precario, cambios de rutina por la migración, circunstancias laborales negativas, etc., como factores de riesgo para la depresión <sup>7, 8</sup>.

No se encontraron publicaciones nacionales que hagan referencia a la depresión en la población femenina en general para comparar los resultados e identificar si la prevalencia en trabajadoras sexuales difiere de las mujeres que trabajan en otros ámbitos. En un estudio realizado con estudiantes universitarios de La Paz, con el mismo instrumento de tamizaje, se observaron síntomas depresivos en 47% de los encuestados <sup>23</sup>; si bien el resultado fue significativamente inferior al obtenido en el presente estudio, reflejaba la situación de ambos sexos. En la búsqueda de datos sobre depresión a nivel nacional se encontró en la página web del Ministerio de Salud de Bolivia una publicación del año 2016, en la que se mencionaba que el Departamento de Cochabamba tenía las mayores cifras de depresión del país, sin precisar números y tampoco diferenciar

por sexo <sup>24</sup>. Según otra publicación, esta vez de la Organización Panamericana de Salud, en 2017 la cifra de depresión en Bolivia era de 4,4% <sup>2</sup>, sin señalar el sexo, pero es sabido que la prevalencia de dicho trastorno es superior en el sexo femenino <sup>1</sup>, llegando casi al doble, así que no se pueden hacer aseveraciones con base en esta información por no ser específica.

Sobre el riesgo de suicidio, se observó que dos tercios de las encuestadas presentaban algún grado de riesgo. Considerando que a partir del nivel moderado de depresión el riesgo se torna significativo para el suicidio <sup>25</sup> y tomando en cuenta los resultados obtenidos, casi el 30 % de las encuestadas estarían en riesgo de suicidio, dato muy cercano a la cifra obtenida por estudio realizado en México, con 103 trabajadoras sexuales, que presentó 39% <sup>14</sup>. No hay mención en la literatura revisada sobre estudios de riesgo de suicidio en trabajadoras sexuales de otros países latinoamericanos.

Hay publicaciones que contienen información obtenida con la Escala de desesperanza de Beck, aplicada a población universitaria de una región de Colombia, en las que se identificó que el 16,7 % personas presentaban riesgo de suicidio <sup>26</sup> pero no se mencionaba la cifra absoluta para la población de sexo femenino; los valores son significativamente inferiores a los obtenidos en el presente estudio, pero la población tenía un perfil distinto. Un estudio mexicano mencionaba la cifra de 8,79 % de la población con ideación suicida en el año 2008 (siendo superior para el sexo femenino), con una relación positiva para los migrantes de regreso (desde Estados Unidos), no católicos (profesaban otras religiones), con antecedentes de abuso o dependencia del alcohol, relaciones violentas de pareja o experiencias de abuso sexual, con sintomatología depresiva, que estaban asentados fuera de las grandes zonas metropolitanas <sup>27</sup>, siendo que algunos de los factores mencionados son coincidentes con los datos sociodemográficos encontrados en este estudio.

Hay que mencionar que el suicidio guarda una relación positiva con el consumo de alcohol y si bien en este estudio no se observó esta relación en las encuestadas, porque se evaluó la desesperanza y la ideación suicida en el momento de la encuesta, la decisión de autoeliminarse puede surgir de forma impensada e intempestiva durante una intoxicación alcohólica o en los días siguientes a la ingesta excesiva de alcohol por los efectos depresivos asociados al aislamiento y retardo psicomotor <sup>28</sup>. En la investigación se observó que hay una prevalencia importante de trabajadoras sexuales cuyo consumo de alcohol era por lo menos semanal (55,2 %) y si bien no fue evaluado el patrón de este consumo, constituye un riesgo adicional para el suicidio.

Al relacionar los resultados sobre el riesgo de suicidio y las variables sociodemográficas, solamente hubo una relación significativa con las variables Nivel alto de escolaridad y Ausencia de religión, lo que difiere del estudio realizado con trabajadoras sexuales mexicanas en las que el riesgo de suicidio estaba relacionado con las consecuencias físicas, personales o familiares del consumo de alcohol y el conglomerado violencia familiar y

de pareja <sup>14</sup>; el estudio mencionado no presentaba diferencias en el riesgo de suicidio si se tomaba en cuenta el grado de escolaridad o la religión profesada.

No se encontraron otras publicaciones sobre riesgo de suicidio en trabajadoras sexuales para comparar resultados, pero en otros estudios con jóvenes latinoamericanos se observó una mayor prevalencia del riesgo de suicidio en los que tenían el nivel medio superior o preuniversitarios, cifras que van disminuyendo de acuerdo al aumento de la educación <sup>29</sup>. Otro factor que se relaciona con esta etapa de la vida son los cambios vitales hasta alcanzar la adultez (25 años). Como se observó en la presente investigación, la mayoría de las participantes tenía entre 20 y 30 años pero con una concentración de cerca de 44 % de menores de 25 años, o sea que, estas jóvenes que ejercen el trabajo sexual vivencian el proceso final de maduración, de autoafirmación y emancipación con muchas inseguridades, tensiones y contradicciones <sup>29</sup>, lo que las vuelve vulnerables a una conducta suicida que surge ante la incapacidad o dificultad de alejarse o cambiar un contexto que no lo pueden manejar <sup>30</sup>. Si a estas circunstancias se añade la impulsividad, característica tan propia de esta etapa del desarrollo <sup>29</sup>, se da un mayor riesgo de suicidio.

Sobre la religión, hay controversia si es o no un factor que permite evitar el suicidio; algunos estudios indican que la protección frente al suicidio depende del grado de participación del individuo en prácticas religiosas y la importancia que la religión tiene en su vida. Cuando el individuo se implica en la religión se reduce el riesgo de autolesiones y de involucrarse con el consumo de sustancias psicoactivas, lo que lleva a menores índices de suicidio <sup>31, 26</sup>. Como se vio en los resultados, muy pocas mujeres practicaban alguna religión y las que lo hacían preferían los credos más laxos como el catolicismo.

Los casos graves de depresión fueron escasos y al relacionarlos con la Escala de desesperanza de Beck para evaluar el riesgo de suicidio, éstos presentaban un riesgo leve o moderado en su mayoría; la estimación del riesgo de suicidio relativo para las trabajadoras sexuales encuestadas es de 1,6 veces para las que tuvieron un nivel moderado o grave de depresión, o sea 40 % de las trabajadoras sexuales del estudio. La relación entre depresión y riesgo de suicidio es ampliamente conocida, siendo la depresión su principal factor de riesgo <sup>32</sup>. Estos resultados obtenidos, probablemente se deban a las altas cifras de casos de depresión encontradas en este estudio y la relación positiva con factores de riesgo para el suicidio como el consumo de alcohol, ausencia de prácticas religiosas, mayores expectativas de trabajos formales por los niveles de estudio, la mayor carga familiar, estar en la franja de edad en que se cometen más suicidios <sup>33</sup>, vivir en un país en vías desarrollo que no proporciona dispositivos efectivos para el tratamiento de trastornos psiquiátricos y contención del riesgo de suicidio, además de carecer de estrategias para cambiar las condiciones socioeconómicas de la mujer.

Las trabajadoras sexuales de Cochabamba, al igual que en otros países latinoamericanos, constituyen una población vulnerable a desarrollar

trastornos mentales, en especial la depresión ? el trastorno mental de mayor prevalencia en la actualidad y de igual forma, presentan mayor riesgo de suicidio. Los resultados del estudio demuestran una alta prevalencia de depresión y de riesgo de suicidio con una relación positiva considerable entre ambos.

Es importante conocer estos datos para implementar políticas de atención en salud mental a esta población con dispositivos más inclusivos y menos segregacionistas; además, hay que romper el ciclo, creando oportunidades laborales dignas a las mujeres y así, evitar su migración a actividad sexual remunerada y a todo el contexto que lo rodea.

Como limitaciones del estudio, se indica que los resultados no reflejan la situación de las trabajadoras sexuales de todo el Departamento de Cochabamba, solo de una parcela, aquellas que acuden al centro de salud de referencia; hay un gran contingente de trabajadoras sexuales clandestinas cuyas características son totalmente ignoradas. Como recomendación, es necesario profundizar estudios en salud mental en esta población para generar estrategias ajustadas a sus necesidades

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales Washington, D.C. 2017 . Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Temas sobre salud: depresión. 2017. [consultado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
3. Grupo de desarrollo de guía clínica sobre depresión. Guía clínica de depresión. Fundación Aequus para el desarrollo de la medicina familiar en América Latina. 2016. Disponible en: [https://www.fundacionaequus.com.ar/wp-content/uploads/2016/11/GuiaClinica\\_Depresion\\_2016.pdf](https://www.fundacionaequus.com.ar/wp-content/uploads/2016/11/GuiaClinica_Depresion_2016.pdf)
4. Vilapriño JJ, Duprat MV, Motuca ME. Depresión de difícil manejo. Buenos Aires: Editora Polemos; 2018.
5. Esparza Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Rev Fac Med. 2017; 60(5): 7-16. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es)
6. José Botega N. Comportamiento suicida: epidemiología. Psicol USP. 2014; 25(3):231-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305133436003>
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). 2014;. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf) [consultado 13 de abril de 2019]

8. Martina M, et al. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según ENDES 2014-2015. *An Fac Med.* 2017; 78 (4). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000400004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400004)
9. Mikulic. IM, Casullo GL, Crespi MC, Marconi A. Escala de desesperanza BHS (a. Beck, 1974): Estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la adaptación argentina Fac de psic ? UBA. *Rev Anuario de invest.* 2009; 16: 365-373. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945034.pdf>
10. Rueda-Jaimes GE, Castro-Rueda VA, Rangel-Martínez AM, Moreno-Quijano C, Martínez Salazar GA, Camacho PA. Validación de la escala de desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Rev psiq y salud mental.* 2016; 11(2). Disponible en: <https://medes.com/publication/136529>
11. Ceballos OG, Arévalo HC, Hernández BG, Suárez CY. Autoestima, depresión, consumo de alcohol y cigarrillo en mujeres que ejercen la prostitución en las ciudades de Santa Marta y Riohacha Colombia. *Encuentros.* 2013; 11 (1): 41-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476655655003> ISSN 1692-5858. [Consultado 18 de febrero de 2019]
12. Bohórquez M, et al. Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales. *An de la Fac de Med.* 2010; 71 (4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37919982012>
13. Cedeño HA, Delgado PL, Morales IJ, Ormaza MA. Depresión como consecuencia de la prostitución femenina: casos burdeles de Rocafuerte, Ecuador. *Journal of Education and Human Development.* 2017; 6 (1): 82-88. Disponible en: [http://jehdnet.com/journals/jehd/Vol\\_6\\_No\\_1\\_March\\_2017/8.pdf](http://jehdnet.com/journals/jehd/Vol_6_No_1_March_2017/8.pdf)
14. González-Forteza C, Rodríguez EM, Fuentes P, Vega L, Jiménez A. Correlatos psicosociales de depresión y riesgo de suicidio en trabajadoras sexuales del Estado de Hidalgo, México. *Rev. Salud Mental.* 2014; 37 (4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231853009>
15. Alegria M, Vera M, Freeman DH, Robles R, Santos MC, Rivera CL. HIV infection, risk behaviors, and depressive symptoms among Puerto Rican sex workers. *Am J Public Health;* 84(12). . 1994 [consultado en 12 de enero de 2019] Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615399/>
16. Schreiner L, et al. Prevalência de Sintomas Depressivos em uma Amostra de Prostitutas de Porto Alegre. *Rev Psiq;* 26 (1). 2004 [consultado 15 de enero de 2019] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20472.pdf>
17. Campo-Arias A, Díaz-Martínez L, Rueda-Jaimes GE, Barros-Bermúdez J. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Rev colombiana de Psiq.* 2005; 34 (1). [Consultado 5 de febrero de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403005> ISSN 0034-7450
18. González M G. Patología dual. Definición, historia y recursos. *Rev d? Intervenció Socioeducativa.* 2020; 75: 81-96. [Consultado 11 de junio de 2021] Disponible en: <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/368875>

19. Cristóbal-Calado JM, Broche-Pérez Y, Rodríguez-Mendez L. Efectos nocivos del consumo prolongado de alcohol sobre el sistema nervioso central. *Arch Neurocién Mex.* 2015; 20 (1) 79-85. [Consultado en: 5 de febrero de 2019] Disponible en: <http://valoragregado.org/neurociencias/index.php/ADN/article/view/74/94>
20. Becerril-Villanueva, E et al. Estudio preliminar de la expresión del mensaje genético del transportador de serotonina en células mononucleares de sangre periférica en pacientes con dependencia al alcohol con y sin depresión mayor comórbida. *Salud Ment.* 2011; 34 (2): 139-147. [consultado en 12 de enero de 2019]; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S018533252011000200007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S018533252011000200007&lng=es&nrm=iso)
21. Zavala GL, Zacarías RS, Zambrano LL, Chevez MO, Martínez B, Ordoñez MD. Perfil de las Mujeres Trabajadores del Sexo en la Ciudad de la Ceiba, Atlántida. Diciembre de 2007 . 2009; *Rev Cienc Med.* 2007. [consultado en 12 de enero de 2019]. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2009/pdf/RFCMVol6-2-2009-4.pdf>
22. González RP. Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución. *Fac de Psic.* 2008. [tesis doctoral] [consultado en 12 de enero de 2019]. Disponible en: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/22536/DPEE\\_Caracteristicas%20psicosociales%20calidad%20de%20vida.pdf;jsessionid=C548E1CB3668886E4A57DB5C0CD59011?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/22536/DPEE_Caracteristicas%20psicosociales%20calidad%20de%20vida.pdf;jsessionid=C548E1CB3668886E4A57DB5C0CD59011?sequence=1)
23. Hartmann RL. Prevalencia de depresión y correlación de dos cuestionarios para la depresión entre estudiantes de la UMSA. *Rev de Invest en Psic.* 2014; 11:93-105. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322014000100007&lang=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322014000100007&lang=es)
24. Ministerio de Salud de Estado Plurinacional de Bolivia. Página oficial en la web del Ministerio de Salud de Bolivia. 2016. [consultado 10 de febrero de 2020] Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/1711-ministerio-de-salud-identifica-seis-sintomas-para-reconocer-la-depresion>
25. Aliaga Tovar J, Rodríguez RL, Ponce DC, Frisancho LA, Enríquez VJ. Escala de desesperanza de Beck (BHS) adaptación y características psicométricas. *Rev IIPSI Facultad de Psicología ? UNMSM.* 2006; 9 (1):60 ? 70. [consultado en 12 de enero de 2019] Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4029/3209>
26. Cañón SC, Castaño CJ, Atehortúa BE, Botero PM, García RL, Rodríguez VL, Tovar AC, Rincón UE. Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales. *Psic Caribe.* 2011; 29(3):632-664. [Consultado 22 de enero de 2019] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2012000300005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2012000300005&lng=en&tlng=es).
27. Borges G, Orozco R, Medina MM. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud pública Méx.* 2012; 54 (6): 595-606. [Consultado en 12 de junio de 2021] Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342012000600008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342012000600008&lng=es&nrm=iso)
28. Teraoba-Garza G, Saltijeral MT, Del Corral R. El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Rev Salud Mental Mex.* 1987; 10 (4). Disponible en: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/322](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/322)

29. Restrepo-Ochoa DA. La juventud como categoría analítica y condición social en el campo de la salud pública. CES Psicología. 2016; 9 (2). [Consultado 12 de junio de 2021] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00001.pdf>
30. Nizama VM. Suicidio. Rev peruana de Epidemiol. 2011; 15 (2). [Consultado en: 10 de junio de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
31. Peralta GF, Baena A, Vega D, Guija J, Giner L. Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, Interpsiquis. Suicidio y religión. 2018. [Consultado 12 de julio de 2020] Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/suicidio-y-religion/>
32. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría; Ciencias de la conducta/psiquiatría clínica. 11º ed. España: Editora Wolters Kluwer; 2015.
33. OMS y OPS. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington DC. 2018. [Consultado en: 12 abril d 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org>
34. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud 2004. Disponible en [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf) [Consultado 12 agosto 2019]

## Notas de autor

patibevi@gmail.com

## Información adicional

*Conflicto de intereses:* la autora declara que no existe conflicto de intereses.