

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN - LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID
UAM – ESPAÑA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA BIOLÓGICA Y DE LA SALUD**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER INTERNACIONAL EN PSICOLOGIA
CLINICA Y DE LA SALUD**

**“FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVAN A EJERCER LA
PROSTITUCION EN MUJERES ENTRE 18 Y 25 AÑOS DE EDAD DEL
AREA NORTE DE LA CIUDAD DE LEÓN – NICARAGUA”**

ELABORADO POR:
Lic. Mynor Alberto Gutiérrez Vilchez

TUTOR
MSc. Ever Miguel Téllez

LEON, NICARAGUA, SEPTIEMBRE DEL 2013

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a nuestro Altísimo Dios, por que es el único que me ha dado la Sabiduría, el entendimiento y la salud en todo el tiempo que le he dedicado a la maestría y que hoy es una realidad.

Con gran amor y dedicación les agradezco a mis padres que con mucho sacrificio me ayudaron con su apoyo, comprensión, inspiración y motivación, me alentaron a salir adelante.

A todos los maestros que nos impartieron clases desde el primer momento en que iniciamos el estudio profesional de este master y que lo hicieron con mucho esfuerzo sin importar las circunstancias.

También agradezco a mi tutor MSc. Ever Téllez que con su conocimiento, paciencia, disponibilidad y comprensión, me ayudó para poder llegar a mi meta propuesta.

De igual forma les agradezco a mis hermanos y amigos que de muchas formas me alentaron a salir adelante y me motivaron a culminar mis estudios profesionales.

Gracias y que DIOS les bendiga.

DEDICATORIA

Siendo las mujeres la fuente principal creadora de vida y el sostén de muchos hogares nicaragüenses, personas que a través de la historia han demostrado ser seres fuertes y sobresalientes, he dedicado este trabajo a ellas.

Tomando en cuenta que una sociedad instruida, busca alternativas para salir adelante en un mundo cambiante, donde cada día se hace necesaria una mejor enseñanza y convivencia acompañada de valores morales, espirituales, que las doten de una educación integral, amante de la paz y la justicia respetuosa de las leyes que rigen en el país, dedicando con empeño el amor a la familia, a nuestros semejantes y temerosos de DIOS.

RESUMEN

Se realizó un estudio de casos y controles en mujeres que ejercen la prostitución en el área Norte de la ciudad de León con el objetivo de conocer algunos factores de riesgo que conlleven a ejercer la prostitución en estas mujeres. Solamente se tomó en cuenta mujeres que estaban entre las edades de 18-25 años de edad y que desearán participar en el estudio. Se encontró que: El 65% de las mujeres que ejercen la prostitución tienen entre 21-25 años de edad y el 60% está soltera. El 70% de ellas tienen otra ocupación como son la de estudiante (10%), doméstica (10%) y comerciante (50%); el 80% tiene hijos y de estas el 81.3% tuvo su primer hijo antes de los 20 años de edad. Además el 55% de ellas viven en casas en donde pagan un alquiler mensual. Se encontró que tener dependientes a su cargo y pagar un alquiler mensual por sus viviendas aumentan 4.88 veces la probabilidad de caer en prostitución. Además las que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años tienen 8.66 veces más de caer en prostitución. Las mujeres que recibieron violencia física en el último año de su vida tienen 6.182 veces más probabilidad de llegar a ejercer la prostitución. Las que consumen alcohol tienen 16.7 veces más probabilidad y las que consumen drogas ilegales tienen 22.6 veces más probabilidad de caer en prostitución. La autoestima baja, la presencia en alto grado de depresión, ansiedad e insomnio, son factores de riesgo que pueden conllevar al ejercicio de la prostitución. Se recomienda realizar un estudio similar tomando en cuenta una muestra más amplia en donde se incluyan mujeres de todas las edades y de diferentes procedencias para considerar los diferentes patrones que las llevaron a tomar la decisión de iniciarse en el trabajo sexual.

Palabras claves: prostitución, trabajo sexual, factores de riesgo, estudio caso y control.

INDICE

1.-	INTRODUCCIÓN.....	5
2.-	ANTECEDENTES.....	7
3.-	JUSTIFICACION.....	10
4.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
5.-	OBJETIVOS.....	11
	5.1.- Objetivo General.....	11
	5.2.- Objetivos específicos.....	11
6.-	MARCO TEÓRICO.....	12
6.1.-	Generalidades.....	12
6.2.-	Terminología.....	13
6.3.-	Epidemiología.....	15
6.4.-	Aspectos psicológicos y socioeconómicos (causas y efectos de la prostitución).....	19
6.5.	Ambientes donde se desarrolla la prostitución.....	34
6.6.	Autoestima.....	36
6.7.	Trastornos de ansiedad.....	39
6.8.-	Trastornos del estado de ánimo.....	45
7.-	DISEÑO METODOLÓGICO.....	53
	7.1.- Tipo de estudio.....	53
	7.2.- Área de estudio.....	53
	7.3.- Universo.....	53
	7.4.- Población.....	53
	7.5.- Muestra.....	43
	7.6.- Criterios de Inclusión.....	54
	7.7.- Criterios de Exclusión.....	54
	7.8- Fuente de información.....	54
	7.9- Procedimiento de recolección de la información.....	54
	7.10.- Plan de Análisis.....	55
	7.11.- Plan de Tabulación.....	55
	7.12.- Operacionalización de variables.....	56
8.-	RESULTADOS.....	60
9.-	DISCUSION.....	66
10.-	CONCLUSIONES.....	70
11.-	RECOMENDACIONES.....	71
12.-	BIBLIOGRAFÍA.....	72
13.-	ANEXOS.....	73

1.- INTRODUCCIÓN

La práctica sexual o coito realizados con fines de lucro o mediante el pago de un precio, se ha descrito como "la profesión más antigua del mundo", y se ha observado en las más remotas culturas, con fases de prostitución religiosa, hospitalaria y combinaciones religioso-hospitalarias. A partir del cristianismo, se concibe como un mal necesario, criterio que sigue conservando la sociedad capitalista. Sus causas son complejas, confluyendo en ellas factores psicológicos, sociales y económicos.

La mayoría de las legislaciones no consideran un delito la prostitución, aunque algunas de sus actividades conexas reciban sanción penal como por ejemplo: la trata de blancas, tráfico de mujeres entre países para aprovisionar los prostíbulos, corrupción de menores, etc.

En la actualidad en Nicaragua la prostitución no se queda atrás, pues es un oficio muy abarcado por las mujeres. Se han observado mujeres prostitutas entre edades de 10 a 12 años hasta mujeres de 50 años de edad. La prostitución en nuestro país se ha atribuido al gran porcentaje de desempleo en que se vive, al poco deseo de superación y a la baja de autoestima que poseen estas mujeres, siendo para ellas la profesión que les ayuda a llevar un sustento a sus hogares.

Existen factores determinantes que hacen que una mujer se inicie en la prostitución. En el caso de las madres adolescentes o madres solteras, la falta de apoyo, posible rechazo familiar y de la sociedad en general combinados con el nivel bajo de escolarización hacen que cada factor refuerce el otro. En ocasiones una ruptura de parejas con cargas familiares determina la búsqueda de recursos económicos a través del comercio del sexo.

También la violencia sexual o familiar, la adicción a drogas ilegales o un ambiente familiar donde uno de los padres fue drogadicto, la madre fue la cabeza del hogar y recibió abuso por parte del padre, constituyen elementos importantes en el proceso de determinación de la prostitución y demás conductas no saludables como el consumo de alcohol, drogas, cigarrillos, exposición a infecciones de transmisión sexual, etc. (1)

En la ciudad de León no se han realizado estudios que determinen que conductas y comportamientos conllevan a las mujeres que trabajan en prostitución a tomar la decisión de

prostituirse, pero sin embargo se puede describir que factores presentaban las mujeres en el momento de tomar la decisión de prostituirse. Por esta razón este estudio propone *conocer los factores de riesgo que conllevan a ejercer la prostitución en las mujeres entre los 18 y 25 años de edad de la ciudad d León*

2.- ANTECEDENTES

La prostitución ha sido calificada eufemísticamente como la "profesión más antigua del mundo". Esta descripción, que alude a la antigüedad de la práctica, es discutible si se tienen en cuenta criterios socioeconómicos, ya que el intercambio de favores sexuales a cambio de bienes materiales requiere de un cierto tipo de acumulación capitalista o asimetría en el acceso a ciertos recursos, o bien una diferenciación social, que probablemente no se dieron entre los primeros grupos humanos hasta que la tecnología no rebasó cierto umbral.

En un estudio realizado en el año 1990 en España por Pilar Estébanez se encontró que el fracaso escolar es un factor predisponente para la determinación de la prostitución. Se encontró que solo 2.6% de las trabajadoras sexuales tenían estudios de escuela universitarios, el 48% no terminaron la escuela primaria y 6% se declararon analfabetas. Los padres de estas tampoco obtuvieron un estudio alto. Otro factor predisponente encontrado fue el ambiente de drogas puesto que el 41% usaba drogas diariamente, entre las cuales están la cocaína, heroína y el hachís. (1)

En un estudio realizado por Sandoval – Vera en el año 1990 en Chile, se detectaron niñas de 6 ó 7 años que trepaban en los automóviles para acompañar a sus hermanas, 2 ó 4 años mayores que ellas, mientras vendían caricias por las que recibían dinero. No siempre se producía un contacto sexual, pero hubo casos de violaciones. Aparentemente, los usuarios de menores, se cuidan de no dejar huellas de brutalidad y se esfuerzan por crear un clima de dependencia, de subordinación, de acostumbramiento. Es decir, plantea una situación de mercado en la que se enmaraña a sus víctimas. (2)

Otro estudio publicado por Patricia Uribe Zúñiga en México en el año 1995, en las mujeres que tenían trabajo sexual que acudieron al Centro de CONASIDA durante 1992 y 1993 se encontró que la edad promedio era de 27 años, el 54% tenía estudios de primaria y el 8% era analfabeta. La mayoría (70.7%) no tiene pareja, pero el 78% tiene hijos, siendo ellas el principal sostén de la familia. En esta muestra la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 17 años y en el 75% la edad de inicio en la prostitución fue entre 16 y 25 años. (3)

Guillen R. y Asport Susana (1995) realizaron un estudio en la ciudad de La Paz, en 40 niñas de la calle en horas de la noche y en lugares frecuentados por ellas, y encontraron que la mayoría tenía entre 15 a 20 años de edad (80%) y entre los 10 a 14 años (20%). Tenían entre a 2 a 4 años (43%) de permanecer en la calle y más 4 años (27%) de permanecer, algunas de ellas habían estado hasta 9 años en la calle, debido a violencia intrafamiliar y pobreza. El nivel educativo era bajo. La sexualidad fue iniciada por violencia intrafamiliar y callejera. El 100% consumía alcohol y drogas. Tenían muy baja autoestima e intentaron suicidarse varias de ellas. La mayoría (95%) tuvieron Infecciones de Transmisión Sexual. Procedían de familias numerosas, desintegradas, de bajo nivel socio-económico y padres consumidores de alcohol. Se dedicaban a la prostitución por la necesidad de alimentarse, por cama y ropa, es decir como una estrategia de sobrevivencia y no como un estilo de vida. (4)

En un estudio realizado en Colombia por Pabón Angela y col. (2007) en donde la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres entre los 19 y los 21 años (52,3%), el 63,6% pertenecían a un nivel económico medio. El 88,6% realizaba estudios superiores y el 39,4% compartían el ejercicio de la prostitución con un empleo. La mayoría de las mujeres eran solteras (86,4%), el 75,0% no tenían hijos ni personas a cargo y el 52,3% vivían con familiares. Por otra parte, el 70,5% consumían alcohol, el 56,8% lo hacía ocasionalmente y el 13,6% regularmente; el 29,5% consumía drogas, de las cuales el 27,3% lo hacía de forma ocasional. (5)

Otra investigación efectuada por la coordinadora de organismos no gubernamentales (ONG), en el 2001, reveló que en Nicaragua la explotación sexual de menores se da con mucha frecuencia en los mercados y algunos puestos fronterizos del país, donde muchos niños y niñas que se dedican a vender o trabajar como cargadores de bultos son explotados sexualmente.

Un estudio efectuado por Zelmira García (2002), directora de la organización Casa Alianza en Nicaragua, sobre explotación sexual, reveló que sólo en Managua circulan más de 1,200 prostitutas, de las cuales el 40 por ciento son menores de 18 años, mientras que otras son vendidas a prostíbulos extranjeros o abusadas en medio de una total impunidad. Esta situación es agravada por la extrema pobreza que el país vive. El 53.2% de los cinco millones de nicaragüenses son menores de 18 años, de los cuales 1.6 millones viven en "condiciones de pobreza extrema", expuestos al abandono familiar y estatal, al maltrato y a la explotación laboral

y sexual, según indica un informe del Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH). Esto ha propiciado que muchas jovencitas se prostituyan o sean utilizadas con fines de comercio sexual. (6)

3.- JUSTIFICACION

La prostitución es un problema que plantea la sociedad de cualquier país del mundo. Qué factores contribuyen en muchas mujeres a llegar a esta decisión, aún con certeza no se sabe y posiblemente nunca lo sabremos. Sin embargo podemos investigar factores que posiblemente puedan desencadenar esta conducta, aun cuando no se sepan individualmente por personas cuales son. En Nicaragua existen algunos estudios de tipo descriptivo que han servido como base para estudios como este; sin embargo no existen estudios analíticos que muestren algunos posibles factores de riesgo desencadenantes de la prostitución en el ambiente de nuestro país.

Por lo cual, este estudio desea aportar datos epidemiológicos relacionados a la prostitución en Nicaragua que sirvan de base para muchos otros estudios que se deseen realizar al respecto, en el futuro.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores de riesgo conllevan a ejercer la prostitución en las mujeres entre 18 y 25 años de edad del área norte de la ciudad de León?

5.- OBJETIVOS

5.1.- Objetivo General.

Conocer los factores de riesgo que conllevan al ejercicio de la prostitución en las mujeres entre 18 a 25 años de edad del área Norte de la ciudad de León – Nicaragua.

5.2.- Objetivos Específicos.

5.2.1.- Describir datos generales de las mujeres que ejercen prostitución, tales como: edad, estado civil, número de hijos, etc.

5.2.2.- Evaluar la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas como posibles factores de riesgo que conlleven a la prostitución.

5.2.3.- Analizar el estado emocional de estas mujeres como posible factor de riesgo que conlleve a la prostitución.

6.- MARCO TEORICO

6.1. GENERALIDADES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la prostitución como toda "actividad en la que una persona intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien" (OMS 1989, citada en CONAPO 1994: 761).

Para que exista prostitución se requiere las siguientes condiciones:

- 1) Que haya relaciones sexuales, normales o anormales (homosexuales).
- 2) que el acto se realice por una remuneración; no se debe tener en cuenta sólo el pago en dinero, sino también el que se hace por cualquier otro medio que implique una recompensa traducida en ventajas materiales.
- 3) Que los actos sexuales sean frecuentes;
- 4) que exista como elemento característico un cierto número de personas con las cuales el acto se realiza."

Pueden considerarse algunos factores que influyen o son de riesgo para que se ingrese a la Prostitución, como por ejemplo: Cuando la persona ha sido violada, necesidades económicas, maltrato, carencias afectivas, huérfanas, presión de otras personas, ausencia de uno de los padres, baja autoestima, cuando permanecen mucho tiempo solas(os), con familias muy numerosas, personas que consumen droga, el desempeño en trabajos informales, por decepciones amorosas, desempleo, permanecer mucho tiempo en la calle, conflictos familiares, la pertenencia a grupos de amigos (donde hay drogadictos, ladrones, prostitutas), padres adictivos, violencia psicológica, abandono, decepciones amorosas, crianzas a través de terceros, embarazos no aceptados, rechazo, falta de respeto, procedencia fuera de la capital, bajos ingresos, consumir lo que el mercado les ofrece como necesario(zapatillas X, la ropa de moda, etc.), abandono, expulsión.

6.2. TERMINOLOGÍA

El término prostitución proviene del latín *prostitutio*, que tiene el mismo significado que el actual y que a su vez proviene de otro término latino, *prostituere*, que significa literalmente "exhibir para la venta".

Otra versión ampliamente extendida, aunque incorrecta, afirma que el término "puta" viene del verbo latino *putare*, pensar; se argumenta que con la progresiva conquista romana de las antiguas zonas griegas aumentó la cantidad de esclavos y esclavas de dicho pueblo. Al ver los romanos que las mujeres (a las que al parecer usaban mayoritariamente como prostitutas) eran conocedoras de la ciencia y la política, las calificaron como pensadoras, o en latín putas. Aunque no deja de tener cierto encanto, esta versión contradice la propia historia de Roma, que no sometió a las ciudades-estado griegas a una conquista súbita, sino a una progresiva absorción. Por otra parte, aunque en la Grecia clásica las hetairas tenían gran preeminencia, en general el papel de la mujer en la cultura griega era muy secundario.

Además, *prostitutio* y *putare* no tienen raíces comunes. Puta como equivalente de prostituta se debe tan sólo a una contracción vulgar del término original. Curiosamente existía en el panteón romano una diosa menor de la agricultura llamada Puta, aunque es pura coincidencia. En este contexto, puta es un vulgarismo relativamente moderno, desconocido para los romanos.

A lo largo de la historia, la prostitución ha tenido una gran cantidad de términos tanto para referirse a la misma como a los practicantes, a los clientes, a los lugares y a las actividades relacionadas. Por ejemplo, las mujeres que ejercen la prostitución son (o han sido) conocidas con multitud de nombres: meretriz, loba...

El término loba como equivalencia de prostituta viene de los ritos producidos en febrero en honor al dios Fauno Luperco. Eran llamadas lobas u originalmente lupas las que ejercían la prostitución sagrada con los sacerdotes de este dios, los luperci, en el Ara Máxima. De aquí deriva también lupanar, que se emplea para referirse al prostíbulo o burdel o casa de citas.

Los distintos países de habla hispana usan distintos términos coloquiales como sinónimo de prostituta, con mayor o menor carga negativa. Por ejemplo, se las llama cuero en Canarias. (7)

6.2.1.- Otra Definición De Prostitución

Es cuando un hombre o una mujer tienen relaciones sexuales con otras personas a cambio de una remuneración de tipo económico. En la actualidad muchos jóvenes han ingresado a la prostitución, porque los han obligado o porque lo consideran como una opción.

Pueden considerarse algunos factores que influyen o son de riesgo para que se ingrese a la prostitución, como por ejemplo:

Cuando la persona ha sido violada, necesidades económicas, maltrato, carencias afectivas, huérfanas, presión de otras personas, ausencia de uno de los padres, baja autoestima, cuando permanecen mucho tiempo solas(os), con familias muy numerosas, personas que consumen droga, el desempeño en trabajos informales, por decepciones amorosas, desempleo, permanecer mucho tiempo en la calle, conflictos familiares, la pertenencia a grupos de amigos (donde hay drogadictos, ladrones, prostitutas), padres adictivos, violencia psicológica, abandono, decepciones amorosas, crianzas a través de terceros, embarazos no aceptados, rechazo, falta de respeto, procedencia fuera de la capital, bajos ingresos, consumir lo que el mercado les ofrece como necesario (La ropa de moda, etc.), abandono, y expulsión. (8)

En América Latina no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se presenta al interior de la familia (7).

El lugar más frecuente del abuso infantil es la familia, en donde la madre y el padre presentan el más alto nivel de violencia ejercida hacia con los niños, seguidos de padrastros, madrastras, y otros.

De las denuncias recibidas, solo en el 56% se comprueba el maltrato.

Ante la necesidad de crear mecanismos que prohíban todo tipo de abusos es que algunos países han realizado reformas basadas en la Convención de los Derechos del Niño y las recomendaciones hechas por el Comité (quien es el encargado de supervisar la aplicación de la Convención) a los gobiernos, para prohibir totalmente la violencia infantil, estos países son Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Austria y Chipre. Sin embargo este representa tan solo el 3% de los países que han ratificado la Convención. (9)

6.3. EPIDEMIOLOGIA

Según un informe del año 2003-2004 de la Guardia Civil sobre el tráfico de seres humanos que ha sido víctimas de prostitución y lo han denunciado durante el año 2004, se encontró que el 58.45% (10,905) de estas víctimas proceden de América, un 34% (6,343) de Europa, un 7.17% (1,339) de África y un 0.09 (18) de Asia y un 0.26% (50) de lugar desconocido. Entre los países de América están: Colombia (2,876), Ecuador (581), República Dominicana (1,157), Brasil (3,789), Perú (27), Bolivia (165), Costa Rica (9), Uruguay (160), Paraguay (1,391), Venezuela (378), Argentina (134), Panamá (18), Honduras (3), Chile (17), El Salvador (6), México (3) y Cuba (191).

En un estudio realizado por Guillen R. y Asport Susana (1995), en la ciudad de La Paz, en 40 niñas de la calle en horas de la noche y en lugares frecuentados por ellas, se encontró que la mayoría tenía entre 15 a 20 años de edad (80%) y entre los 10 a 14 años (20%). Tenían entre 2 a 4 años (43%) de permanecer en la calle y más 4 años (27%) de permanecer, algunas de ellas habían estado hasta 9 años en la calle, debido a violencia intrafamiliar y pobreza. El nivel educativo era bajo. La sexualidad fue iniciada por violencia intrafamiliar y callejera. El 100% consumía alcohol y drogas. Tenían muy baja autoestima e intentaron suicidarse varias de ellas. La mayoría (95%) tuvieron Infecciones de Transmisión Sexual. Procedían de familias numerosas, desintegradas, de bajo nivel socio-económico y padres consumidores de alcohol. Se dedicaban a la prostitución por la necesidad de alimentarse, por cama y ropa, es decir como una estrategia de sobrevivencia y no como un estilo de vida. (4)

Un estudio efectuado por Zelmira García (2002), directora de la organización Casa Alianza en Nicaragua, sobre explotación sexual, reveló que sólo en Managua circulan más de 1,200 prostitutas, de las cuales el 40 por ciento son menores de 18 años, mientras que otras son vendidas a prostíbulos extranjeros o abusadas en medio de una total impunidad. Esta situación es agravada por la extrema pobreza que el país vive. El 53.2% de los cinco millones de nicaragüenses son menores de 18 años, de los cuales 1.6 millones viven en "condiciones de pobreza extrema", expuestos al abandono familiar y estatal, al maltrato y a la explotación laboral y sexual, según indica un informe del Centro Nicaragüense de Derechos Humanos (CENIDH). Esto ha propiciado que muchas jovencitas se prostituyan o sean utilizadas con fines de comercio sexual.

Una investigación efectuada por la coordinadora de organismos no gubernamentales (ONG), en el 2001, reveló que en Nicaragua la explotación sexual de menores se da con mucha frecuencia en los mercados y algunos puestos fronterizos del país, donde muchos niños y niñas que se dedican a vender o trabajar como cargadores de bultos son explotados sexualmente.

Se estima que en Nicaragua hay más de 700,000 niños desamparados por sus familias y el Estado, de los cuales 3,500 son víctimas de maltrato y abandono, 1,100 viven en las calles, 300,000 realizan algún tipo de trabajo y 107,500 tienen otras formas de sobrevivencia. (6)

El sistema industrial nicaragüense no ofrece a una multitud de mujeres más opción que una prostitución impuesta. La inferioridad social y económica de la mujer es directamente responsable de su prostitución. Frente a esta realidad económica deplorable, no existe razón de espantarse ante el hecho de que la prostitución y la trata se hayan convertido en un factor predominante.

Un coadyuvante más de la prostitución es el déficit económico gubernamental (deuda interna y externa), producto del gasto inadecuado del erario público, que no satisface las obras en gasto público, abandonando así su responsabilidad benefactora, ya que los recursos no son utilizados hábil ni transparentemente; ante estas circunstancias es imposible legitimizar el gasto a fin de demandar aumento del presupuesto para el año subsiguiente.

Asimismo, debido a las circunstancias de conflictos militares vividos en las décadas del 70 al 90 del siglo pasado, como parte de los fenómenos sociales de la posguerra, salta a la vista un incremento de personas dedicadas a la prostitución, convertido éste en un déficit más afrontado por la población, que hasta la fecha no consigue ser resuelto de forma apropiada por la presente administración. (10)

En un estudio efectuado por la Procuradora Especial de la Niñez y de la Adolescencia de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, hecho en Nicaragua en 2007 con enfoque de género, reveló que las causas principales para que las niñas y adolescentes se inicien en la prostitución son las malas condiciones económicas y la imposibilidad de gozar de sus derechos sociales (empleo, salud, vivienda, seguridad alimentaria, entre otros), estas fueron las principales causas en las encuestas obtenidas de las adolescentes y jóvenes en la prostitución (36.89%), no es despreciable que el porcentaje restante, más del 50%, haya mencionado otras

causas, entre ellas las que están relacionadas a los preceptos moralistas, hasta aquellas aseveraciones perversas e ignorantes de considerar que se encuentran en ese medio porque les gusta llevar “una vida fácil”.

El que solamente un 12.62%, consideró la violencia intrafamiliar (física, psíquica y sexual), como causa incidente en la iniciación, evidencia el desconocimiento que la población tiene respecto a la historia de vida que cada una de las adolescentes y jóvenes en prostitución, que no únicamente han sido víctimas de una histórica violación a sus derechos económicos y sociales sino a su derecho a la libertad, integridad e indemnidad sexual. (11)

Por otro lado, la prostitución es la única parte de la industria de los servicios personales que funciona en Holanda. No se puede ir al manicurista en Ámsterdam sin concertar una cita con dos semanas de antelación, pero los hombres pueden comprar sexo en cualquier momento, y a un precio atractivo. La legalización de la prostitución en octubre de 2000 no hizo más que poner por escrito una larga tradición holandesa de tolerancia hacia la compra y venta de sexo. Sin embargo, incluso en Holanda, las mujeres y muchachas que venden sus cuerpos sufren regularmente amenazas, golpes, violaciones y amedrentamiento por parte de clientes. La mayoría estas mujeres proceden de familias marcadas por el incesto, el alcoholismo y el suicidio de los progenitores. O vienen de países del Este de Europa o del Sudeste asiático y han caído en las redes del tráfico de seres humanos, engañadas por la oferta de empleos decentes o simplemente vendidas por sus padres.

Estas mujeres son la principal atracción turística de Amsterdam (tras los “coffee shops” que venden marihuana), pero se estima que entre un 50 y un 90% de ellas son esclavas sexuales que son violadas todos los días mientras la policía hace la vista gorda. Es incomprensible que no se juzgue a sus clientes por violación, pero los políticos holandeses argumentan que no se puede determinar si una prostituta trabaja voluntariamente o no.

Según un estudio publicado por el American Journal of Epidemiology, la edad de fallecimiento promedio de las prostitutas es a los 34 años. En los Estados Unidos, el índice de asesinatos de las prostitutas en su lugar de trabajo es 51 veces el del siguiente empleo más peligroso para mujeres, trabajar en una tienda de venta de bebidas alcohólicas. Otros estudios muestran que nueve de

cada diez prostitutas anhelan vehementemente dejar su actividad. Casi la mitad ha intentado cometer suicidio al menos una vez.

En 1999, el gobierno sueco despenalizó la venta de sexo, pero convirtió en un delito el proxenetismo o la compra de sexo. Bajo la llamada “Ley de compra de sexo” sueca, pagar por sexo es penalizable con multas o hasta seis meses en prisión, además de la humillación de la exposición pública. Según las autoridades suecas, la cantidad de prostitutas ha disminuido como resultado en un 40%. Los círculos de tráfico humano tienden a evitar Suecia, porque el negocio allí se les ha echado a perder.

Noruega, país que desea cuidar su reputación de respeto a los derechos de las mujeres, comparó cuidadosamente los modelos sueco y holandés, y llegó a la conclusión de que era mejor seguir el sueco, y ha cambiado su legislación de manera acorde.

El éxito del enfoque sueco no es tan sorprendente. Según un estudio realizado en California, la mayoría de los hombres que compran sexo no lo harían ante la perspectiva de quedar expuestos públicamente. Por ejemplo, un 79% dijo que no lo haría si existiera el riesgo de que sus familias lo supieran. Y un notable 87% señaló que no lo harían si existiera la posibilidad de que la policía publicara sus fotografías o nombres en la prensa local.

La mayoría de estos hombres mostró conductas patológicas hacia las mujeres. Uno de cada cinco admitió haber violado alguna vez a una mujer, mientras que cuatro de cinco dijeron que usar los servicios sexuales de prostitutas era una adicción.

A menudo se llama a la prostitución “la profesión más antigua del mundo”, pero ésa no es más que una manera de justificar la explotación de mujeres generalmente vulnerables.

La práctica sueca de exponer los nombres y avergonzar así a quienes compran sexo es bastante poco holandesa. Sin embargo, para algunos hombres, parte del placer de hacerlo puede ser la humillación que sufren las mujeres involucradas. Para otros, la promesa de discreción y anonimato puede ser el aspecto más atractivo. En cualquier caso, poner en la picota a los clientes es un castigo justo y un elemento disuasivo eficaz. (12)

6.4. ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIOECONOMICOS (CAUSAS Y EFECTOS DE LA PROSTITUCION)

Muchas son las causas para que una persona se vea involucrada en el ejercicio de la prostitución. También los efectos de tal actividad son variados. Se puede ubicar las raíces de esta actividad en las condiciones materiales de existencia de quienes la ejercen, así como en factores de índole psicológica.

El proceso de ingreso en el denominado "mercado de la carne" es relativamente prolongado. Las trabajadoras del sexo habitualmente son inducidos de manera gradual a incursionar en esta actividad por muchos factores. Del pensamiento a la decisión y el acto en sí, el tiempo puede ser variable. No existe una medida estándar para ello. La persona a quien ronde la idea de vender sus servicios sexuales puede precisar de unos pocos días a varios meses, pero es presumible que quien resista o no piense demasiado en ello después del primer año desista de esta idea y dedique su vida por un rumbo distinto.

Sin embargo, cabe aclarar que no todas las personas que venden sus servicios sexuales lo hacen por voluntad propia y condicionada por varios factores. Existen casos en los que niños, niñas o adolescentes son forzados a prostituirse por presión física o coerción por parte de una persona adulta. Este proceso se ve frecuentemente ligado al secuestro.

Todo el proceso asociado a la prostitución se manifiesta como un conjunto de problemas de orden sociológico. Existen muchas respuestas para esto, pero la corriente a la que nos adscribimos es la del funcionalismo, ya que, como señala Ramiro Villarroel (1991: 208-9) "los funcionalistas jurídicos entienden la sociedad como un todo en el que los elementos conformantes cumplen determinadas funciones y donde los conflictos se resuelven por acción del propio sistema. El derecho es un sistema de normas impuestas a la sociedad por autoridad del Estado. El derecho como fenómeno social es relativamente autónomo, su función esencial es organizar normativamente a la sociedad en todas sus variadas manifestaciones estructurales: económicas, políticas antagónicas, por intereses de poder, de clases, etc."

De este modo, se puede afirmar que todo fenómeno social responde necesariamente a una interacción constante entre el individuo y la sociedad, pues la realidad de la sociedad precede a la

vida individual. Así, en el caso de la prostitución, muchos factores sociales como la marginalidad, discriminación, etc. -entendidos como una determinada realidad social- precederán necesariamente a la decisión que tome un individuo para dedicarse al ejercicio de la prostitución. Los factores sociales señalados han determinado de manera radical la transformación de una determinada realidad social.

6.4.1 CAUSAS

Desempleo y subempleo

Es necesario, para abordar la temática del desempleo considerar las siguientes categorías de empleo: empleo permanente, empleo eventual y desempleo. El subempleo se presenta como una estrategia marginal de supervivencia. El empleo permanente es la capacidad que tiene el trabajador para solventar sus gastos corrientes y los de su familia con un ingreso regular que le permita, eventualmente, tener un margen para el ahorro. El empleo eventual, en cambio, pone de manifiesto la incapacidad del sistema económico vigente para absorber toda la mano de obra existente. Quienes caen en el empleo eventual son en realidad desempleados que cuentan con alguna habilidad que les permita subsistir en un mercado caracterizado por un alto nivel de marginación.

El desempleo, finalmente, es la incapacidad del sistema económico vigente para procurar a todos los habitantes las condiciones mínimas de empleo y subsistencia permanentes. Como elemento causal el trabajo sexual está asociado con las limitaciones que debe afrontar una familia de escasos recursos, producto del paro forzoso al que se ven sometidos los proveedores clásicos (el padre). En tales circunstancias, es habitual que madre e hijos se incorporen al mercado laboral efectuando diversas tareas y por ingresos no siempre suficientes para mantener a la familia, con lo cual se subemplean. Frecuentemente la madre se ve obligada a vender productos al detalle (dulces, galletas y otros) o a ofrecer sus servicios como trabajadoras del hogar, mientras los hijos recurren a fuentes de trabajo mal remuneradas. En el caso de las hijas mujeres, la situación se torna más crítica. Escasamente calificadas y poco habilitadas para efectuar trabajos tradicionalmente asignados a los varones, se ven forzadas a aceptar trabajos como meseras,

auxiliares de oficina, y otros en los cuales las posibilidades de mejorar sus condiciones de vida son escasas.

Pobreza y condiciones de vida

"La pobreza está asociada a un estado de necesidad, carencia o privación de los bienes y servicios necesarios para el sustento de la vida; también está vinculada a la falta de participación activa en las decisiones colectivas, la marginación social, actitudes de desaliento y la adscripción a una escala de valores diferenciada de alguna manera del resto de la sociedad." (*IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995: 26*).

La pobreza, en gran parte de los casos, es el punto de partida para que una persona llegue a la condición de trabajador sexual: el mayor número de menores, adolescentes y jóvenes prostituidos proviene de los estratos bajos de la sociedad. Sin embargo, esto no es suficiente como explicación causal, pues no toda persona indigente se prostituye. A la situación de pobreza se suman otros factores predisponentes.

Puede verse, analizando el caso particular de la pobreza, que producto del acceso restringido al mercado laboral, la condición de vida de los miembros de las familias empobrecidas se ve seriamente afectada. Esto se traduce en las siguientes características: hábitos alimenticios precarios, vestimenta raída, vivienda precaria, carente muchas veces de los servicios básicos, educación inicial truncada, escaso acceso a los bienes de consumo, etc. Esto da como resultado una baja autoestima de las personas, una escasa y tergiversada visión de sus derechos y deberes sociales, etc.

De esta manera, las condiciones de vida se hallan condicionadas por el poder adquisitivo de los individuos. La pobreza implica un escaso poder adquisitivo, lo cual redundando negativamente en las condiciones materiales de existencia.

Violencia y desintegración familiar

La desintegración familiar es el proceso por el cual los miembros de una familia pierden el contacto entre sí, y es el resultado de las condiciones de extrema pobreza. Muchas veces es el

padre el primero en abandonar el hogar. En ocasiones, una mujer es abandonada por sucesivas parejas que, aprovechando la unión no formal, optan por dejar a la mujer con uno o más hijos. Este hecho está frecuentemente relacionado o condicionado por la violencia intrafamiliar, que se ejerce en contra de la mujer o de los hijos, sobre todo cuando éstos tienen una corta edad.

En la violencia intrafamiliar, los hijos están más expuestos, porque ellos son los testigos presenciales de los ataques entre los cónyuges. El niño desde temprana edad se ve en situaciones que atentan contra su seguridad y desarrollo integral, y, las más de las veces, hasta contra su propia vida, como son el abandono, la desnutrición y los golpes que van afectando su personalidad.

Así, la ausencia de uno de los padres y su eventual reemplazo por madrastra o padrastro, los conflictos internos, las presiones económicas y sociales, los desajustes emocionales, la sustitución de roles en los menores que deben asumir funciones impropias para su edad, todo esto afecta directamente al niño, quien crece carente de afecto y recibiendo toda la influencia negativa, lo que indudablemente conlleva traumas emocionales, inseguridad, baja autoestima, resentimiento, agresividad.

En realidad, son varios los factores que empujan a una persona a salir del entorno familiar (violencia intrafamiliar, abusos sexuales, etc.) para buscarse la vida, y en ocasiones a temprana edad. Las estrategias de supervivencia, que muchas veces sustituyen a un empleo fijo o temporal, van desde el hurto hasta el transporte de estupefacientes, y son los miembros de las familias más empobrecidas las que más fácilmente llegan a incurrir en estos tipos de actos. La prostitución, como se ve, no está al margen de esta realidad.

Sin embargo, también se conocen casos en los que la persona prostituida proviene de familia solvente económicamente; probablemente sus motivos de ingreso en la prostitución radican en su interés por desafiar la convencionalidad de la moral, o por la ambición de dinero, todo lo cual es justificable como un mecanismo o necesidad de demostrar externamente su frustrada personalidad. Así, la joven llega a la prostitución como llegaría a la toxicomanía, a la drogadicción, al alcoholismo o al suicidio: por soledad, tedio, desesperación. En resumen, la persona joven prostituida siempre ha partido de condiciones marginales de diferente orden, de

diferente índole para llegar a otra de mayor marginalización como es la prostitución. El libro *Trabajadoras del amor*, pág. 88-89, contiene el siguiente relato sobre el particular:

"Testimonio de Kasandra (Doble 2). Mis padres son empresarios en Santa Cruz, son de origen japonés, tienen una buena situación económica. Pero nunca he tenido comunicación con ellos, yo tenía necesidad de conversar, pero nunca me hacían caso, porque siempre estaban ocupados [...] Me escapé de mi casa, vine a Sucre y empecé a trabajar por influencia de otras amigas y me gustó esta vida [...] Mis padres se enteraron al mes, vinieron a buscarme y me llevaron en avión de regreso a mi casa. Solo entré a mi casa y me volví a escapar a Sucre. Mis padres nuevamente me buscaron y les dije: '¿qué quieren conmigo, yo no quiero nada con ustedes, aquí me siento feliz y tranquila, puedo decidir yo sola mi vida, no quiero vivir con ustedes y déjenme en paz. Ellos lloraron, hablaron con la consejera de ETS-SIDA, pero no me fui..."

Entonces, la prostitución no es una carrera planeada. La persona joven llega ahí obligada directa o indirectamente. En la mayoría de los casos, la mujer joven no actúa en forma voluntaria: es reclutada o es la única manera a través de la cual la sociedad le permite sobrevivir en un momento dado, después que todas las oportunidades para sostener una familia, para hacerse de un camino en la vida se le han cerrado o se le han esfumado; o porque se ha llegado a tal punto que es indispensable salir de una situación familiar violatoria de la propia vida siendo entonces, preferible continuar viviendo el drama sobre su propia vida en el mundo de la prostitución. (13)

Manifestaciones de violencia psicológica

a) Abuso verbal: Rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.

b) Intimidación: Asustar con miradas, gestos o gritos. Arrojar objetos o destrozar la propiedad.

c) Amenazas: De herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.

d) Abuso económico: Control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.

e) Abuso sexual: Imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza.

f) Aislamiento: Control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades, etc.

g) Desprecio: Tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro.
(14,15)

Abusos sexuales

La violación y otras formas de abuso sexual son una de las causas comunes para que las personas opten por el camino de la prostitución, y de ésta no están libres varones ni mujeres. Según diversas fuentes consultadas, uno de los lugares donde se comete este abuso contra las personas es el propio hogar, siendo víctimas frecuentes niños, niñas y adolescentes. El reportaje señala: "llama la atención que una gran parte de los casos de violación haya sido cometido en el seno de la familia por personas cercanas a los menores, sean éstos los padres, los hermanos, primos, tíos, etc.

Son frecuentes los casos en que los niños se ven sometidos además de las agresiones, a los abusos sexuales por parte de su padre, el padrastro, familiares cercanos o desconocidos. Lo anterior implica en muchos niños verse expuestos a una iniciación sexual precoz, a relaciones incestuosas, y a los riesgos de una maternidad temprana y a la incorporación a la prostitución, lo que ocasiona su discriminación social y marginación.

Madres solteras

Un embarazo en condiciones de dependencia de la familia por parte de la joven, puede conducir a su rechazo del propio núcleo familiar. El abandono del hogar es la salida inminente, y la prostitución, una secuela previsible. Esta situación se ve agravada cuando la joven carece de una formación o preparación que le permita enfrentar la vida.

Ser madre soltera puede ser, además de una causa, un efecto de esta situación. En este último caso, la vida de una mujer prostituida podría reproducirse en sus hijos o hijas. Sumado a lo anterior, sería necesario considerar otros aspectos de menor importancia, pero que también

contribuyen a agudizar el problema de la prostitución, como la influencia de los grupos secundarios (amigas) o la captación de mujeres ingenuas, que ante propuestas de popularidad y fama con buena paga caen en la explotación sexual. Los anteriores factores se constituyen en predisponentes y precipitantes.

Para las mujeres prostituidas, la maternidad supone una responsabilidad enorme y a la vez una razón de vivir. En este último caso, la situación puede sobrellevarse, aunque a costa de muchos sinsabores. La depresión, por ello, es una moneda corriente en aquellos casos en que una mujer debe mantener sola a sus hijos, y la desesperación es también frecuente al no hallar una solución a su situación.

Ninfomanía

"(De ninfa y el griego manía, locura). Exaltación del apetito sexual en la mujer. Característico de la ninfómana es su insaciabilidad sexual y su búsqueda constante de nuevas relaciones sexuales. Suele ser una mujer inestable. En ocasiones la ninfomanía lleva a la prostitución. Sus causas son muy diversas: falta de cariño paterno en la infancia, neurosis, trastornos hormonales, debilidad mental, etc. Es el equivalente femenino de la satiriasis. Sin. Furor uterino, andromanía, uteromanía, histeromanía, mesalinismo."

La ninfomanía no es cosa para tomar a broma, sino es un estado patológico, causado por trastornos físicos o mentales. La ninfomanía no es lo mismo que promiscuidad sexual, porque la mujer promiscua escoge a sus compañeros. Aun cuando es posible que ella también pueda ser emocionalmente inestable, sus necesidades sexuales no son excesivas en forma inevitable. Por otra parte, la ninfómana sufre estado de intensificada excitabilidad genital, que la compele a desechar inhibiciones sociales o ideológicas y buscar el alivio a cualquier precio. La ninfómana puede aceptar dinero, o puede pagar por el placer así como insistir en que su marido "cumpla su deber conyugal".

Otras causas

El texto *Hacia el rescate de la menor afectada por la prostitución* de Hugo Hidalgo de Colombia reconoce, además, las siguientes causas de origen psicosocial: la estructura familiar valorada en

la estabilidad o inestabilidad de la misma, la tensión que se genera al interior por diversos factores, la triangulación (relación padre-madre-hijo), la culpa (reproches y acusaciones recíprocas entre los padres ante determinada situación conflictiva), la dinámica familiar (relaciones entre los miembros y asunción de roles y patrones de conducta predeterminados o la relajación de normas).

Además, se reconocen entre estas causas las decepciones amorosas, el abandono del esposo, concubino o enamorado, el bajo nivel de instrucción, valores y normas (pérdida progresiva o afirmación con el grupo primario), y socialización de los roles sexuales. (13,16)

6.4.1.2- Dinámica de la Violencia Intrafamiliar (VIF)

Al principio de la mayoría de las relaciones es muy difícil que aparezca la violencia. Durante este período se muestra un comportamiento positivo. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

Fase I. Acumulación de tensión

La dinámica de la violencia Intrafamiliar existe como un ciclo, que pasa por tres fases.

- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.
- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc.

- El abuso físico y verbal continúa.
- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.)
- El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc.
- Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

Fase 2. Episodio agudo de violencia

Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas.

El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.

Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel.

Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.

En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.

Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.

A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo.

Luego de un tiempo se vuelva a la primera fase y todo comienza otra vez.

El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia. (14)

6.4.1.3- ¿Por qué se mantiene la mujer en esta relación?

La persona abusada se vuelve codependiente de su marido (el agresor), aún después de ser golpeada. Es frecuente escuchar esta frase: "Es que yo lo quiero tanto". Personas que llevan años soportando golpes dicen: "Yo no me separo porque lo quiero". Es imposible querer a una persona que te está tratando como si fueras un animal, eso es depender de esa persona.

Otro motivo por el cual algunas mujeres no se separan de este problema de codependencia, es que las anima la familia y lamentablemente la Iglesia, a permanecer con el abusador. Sobre todo la familia les aconseja que mantengan esa relación por "el bien de tus hijos". "¿Cómo vas a dejar a tus hijos sin padre?", les dicen.

¿Qué es mejor, tener un padre que golpea a su madre y que luego golpeará a sus hijos, o no tener padre? Se les hace mucho más daño a los hijos cuando ven que su padre golpea a su madre. Para los niños pequeños la madre es la base de toda su vida, la base de su afectividad, la base de su seguridad. Si una madre es golpeada, sus hijos se derrumban afectivamente. Es mucho mejor separarse. Yo no estoy a favor del divorcio, pero la separación es, a veces, menos dañina.

A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Esto sucede sobre todo en la mujer que no tiene educación.

Otras veces no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte, si intentan separarse. "Si le dices algo a la policía te mato".

Cuando se pregunta a algunas mujeres por qué aguantaron maltrato durante años, la respuesta más común es ésta: "Por mis hijos; no quería que se criaran sin un padre". Parece una respuesta válida, pero si la analizamos profundamente descubrimos su inconsistencia. Sucede que en una situación de violencia los hijos también sufren. El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y más tarde se manifestará en el abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos y en violencia y delincuencia.

En muchos casos influye el factor económico. Soportan cuanta vejación venga con tal de no perder la seguridad económica para sí y sus hijos. Se trata generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin el marido no podrían vivir cómodamente.

Lo peor es que la mujer repetidamente abusada se destruye psicológicamente. Su yo, su identidad individual. Eso la incapacita para tomar las decisiones correctas. Cae en la ambivalencia efectiva ("¡Qué bueno es él cuando no me golpea!"); su autoestima queda por los suelos hasta creer ella misma que merece tales insultos y golpes. (15).

6.4.1.3.- El Abuso Sexual a los Niños.

Se reportan más de 80,000 casos al año de abuso sexual a los niños/niñas, pero el número de casos que no se reporta es aún mayor, ya que los niños tienen miedo de decirle a alguien lo que les pasó y el proceso legal para validar un episodio es difícil. El problema debe de ser identificado, debe de ponerse fin al abuso y el niño debe de recibir ayuda profesional. El daño emocional y psicológico a largo plazo debido al abuso sexual puede ser devastador para el niño.

El abuso sexual a los niños puede ocurrir en la familia, a manos de un padre/madre, un padrastro, hermano u otro pariente; o fuera de la casa, por ejemplo, por un amigo, un vecino, la persona que lo cuida, un maestro o un desconocido. Cuando el abuso sexual ha ocurrido, el niño puede desarrollar una variedad de sentimientos, pensamientos y comportamientos angustiantes.

No hay niño preparado psicológicamente para hacerle frente al estímulo sexual repetitivo. Aun los niños de dos o tres años que no pueden saber que la actividad sexual es incorrecta, desarrollarán problemas como resultado de su inhabilidad para hacerle frente a la sobre-estimulación.

El niño de cinco años o más que conoce y aprecia al que lo abusa se siente atrapado entre el afecto y la lealtad que siente hacia esa persona y la sensación de que las actividades sexuales son terriblemente malas. Si el niño trata de romper con las relaciones sexuales, el que lo abusa puede amenazarlo mediante la violencia o negándole su afecto. Cuando los abusos sexuales ocurren en la familia, el niño puede tenerle miedo a la ira, los celos o la vergüenza de otros miembros de la familia, o quizás puede temer que la familia se desintegre si se descubre el secreto.

El niño que es víctima de abuso sexual prolongado, generalmente desarrolla una pérdida de autoestima, tiene la sensación de que no vale nada y adquiere una perspectiva anormal de la sexualidad. El niño puede volverse muy retraído, perder la confianza en todos los adultos y puede llegar a considerar el suicidio (17)

6.4.2 EFECTOS

Marginalidad y discriminación

Por marginal puede entenderse, siguiendo los lineamientos de Jean Cazeneuve y. o. (1975: 329) al individuo "que es miembro de dos o varios grupos cuyas definiciones sociales y normas culturales son diferentes". Esta definición permite percibir el grado de aislamiento del individuo con respecto a la sociedad. Natalio Kisnerman (1978:10) complementa al respecto, en la interpretación sociológica de la problemática, que "la ruptura del marco referencial tradicional, la modificación en las estructuras ocupacionales, la creciente urbanización e industrialización, la transformación y pase de los grupos primarios a secundarios, la inestabilidad económica y política, el incremento de las comunicaciones materiales en contraste con la disminución en la comunicación humana, son síntomas de esta época de transición, a la que el hombre se adapta con conductas divergentes entre sí. Merton determina [entre otros] la marginación, abandonando metas y normas, lo que hace que los individuos estén en la sociedad pero no participen en ella, retraídos por la apatía., la impotencia, el resentimiento, la envidia y el odio". Es decir, el individuo que se margina de la sociedad es impulsado por la exclusión que percibe en ésta. En ocasiones no se habla sólo de individuos, sino de grupos enteros que son marginados de la sociedad.

Para el o la Trabador sexual, la marginación es el producto de la discriminación (dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos socioeconómicos), ya que su actividad se halla estigmatizada y son considerados sujetos de ínfima categoría, siendo colocados en una situación predelictual. Los Trabajadores Sexuales sufren un trato discriminatorio, no sólo por parte de la Policía, por los abusos de autoridad, las extorsiones, los maltratos de algunos funcionarios públicos, según sus afirmaciones, sino también de los dueños de los locales, clientes que las humillan y maltratan, de médicos y la sociedad en general, que según ellos los desprecian y estigmatizan como a los principales portadores de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los trabajadores sexuales, por lo tanto, son compelidos a llevar una doble vida.

Alcoholismo y drogadicción

Ruth Maldonado (1988a: 21) señala: "La Organización mundial de la Salud afirma que existe farmacodependencia: 'cuando el consumo de alcohol por un individuo excede los límites aceptados por su medio cultural'." Podemos apreciar de este modo que la persona crea su adicción a partir del consumo excesivo de alcohol.

El alcoholismo es una problemática que no sólo afecta al sector de la prostitución, pero reviste especiales características por el hecho de que los Trabajadores sexuales desarrollan sus actividades en ambientes indisolublemente ligados al consumo de bebidas alcohólicas. Este consumo está aceptado en casi todas las culturas, y se las considera una droga social. Gregorio Iriarte (2000: 458) identifica las siguientes etapas del alcoholismo:

- 1. Bebida social cultural controlada.** Es la primera y más numerosa; este grupo lo constituyen las personas que no tienen ningún problema con el alcohol.
- 2. Escape ocasional de las tensiones.** Las personas que ya se encuentran en esta etapa no se dan cuenta que su forma de beber se ha apartado de lo social y ahora llena un propósito.
- 3. Beber frecuentemente para escapar de algo.** La persona se desliza a la tercera etapa de manera tan insensible como entró a la segunda; los bebedores descubren que pueden evadir algún problema y toman con mayor frecuencia.

4. Fase alcohólica temprana. Se presenta con la primera pérdida de la noción semejante a una amnesia temporal, el bebedor denota una preocupación constante sobre el alcohol.

5. Fase alcohólica verdadera. En ésta, las motivaciones del bebedor giran en torno al alcohol, se nota claramente el deterioro de sus relaciones familiares y laborales, así como el descuido de su presencia. La persona ya no puede detenerse luego del primer trago.

6. Dependencia alcohólica completa. Anunciada por la ingestión regular de alcohol por la mañana, por la presencia de botellas de alcohol por toda la casa: la persona se convierte totalmente adicta a la droga. Ya se requiere de ayuda médica y psicológica.

Todas estas etapas se repiten en el caso de los Trabajadores sexuales, pero, como se mencionó anteriormente, el alcoholismo reviste un comportamiento especial por las características en que este grupo debe desarrollar sus actividades. El negocio para los propietarios de locales, cuando albergan a Trabajadores sexuales mujeres, consiste no sólo en proporcionar a los clientes satisfacción sexual por medio de los servicios de las mujeres que allí atienden, sino también el consumo de bebidas alcohólicas, lo cual reporta ganancias nada despreciables. El mecanismo entonces se presenta de una manera simplificada: la mujer debe consumir y, principalmente, hacer consumir al cliente. Sin embargo, también adquieren el licor por su cuenta, con lo cual el proceso de alcoholismo se inicia en forma irreversible para muchas de ellas.

El ejercicio de la prostitución comporta profundas consecuencias desintegradoras del yo en cuanto compromete la totalidad de la persona con sus distintas capacidades, incluido su cuerpo. Tal vez por esto recurrir al alcohol y otras drogas es tan cercano a la vida cotidiana de esta población, como forma de lidiar con los altos niveles de angustia que genera este entorno. (13)

6.4.2.1.- Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la Prostitución.

La escasez de oportunidades que prevalece actualmente en la ciudad de México aunada a la desigualdad social que afecta a la mayoría de sus habitantes, ha generado la existencia de amplios sectores sociales que construyen estrategias de sobrevivencia a través de actividades que se desarrollan al margen de la economía informal. Dentro de esta economía informal se

encuentra la prostitución, uno de los fenómenos más importantes en cuanto a sus dimensiones y difusión y a la complejidad de sus implicaciones.

La prostitución se ha producido y mantenido por la demanda de mujeres que hay dentro de la población masculina y por las pocas posibilidades educativas y laborales que tienen dichas mujeres como consecuencia de la desigualdad entre los géneros. Estas circunstancias las hacen vulnerables a la explotación y a la violencia, tal como se ha documentado en otros país. Existen pocas investigaciones científicas publicadas que ayuden a ampliar el conocimiento sobre la prostitución femenina, situación del todo similar en el caso de la prostitución masculina.

Abordar el fenómeno de la prostitución no es nada fácil y se necesita superar varios obstáculos para enfrentar su naturaleza ilegal y parcialmente oculta. El consumo de drogas en las trabajadoras sexuales es un tema que pocas veces se ha explorado aunque se da por hecho que existe una relación entre éste y la prostitución. Este consumo, sin embargo, es un problema social y de salud que afecta a las mujeres involucradas de manera directa.

La poca importancia que se le da a las llamadas trabajadoras sexuales como personas, a sus derechos, a sus condiciones de vida en general y de salud en particular, refleja de algún modo la visión predominante en los discursos de corte moral, legal y médico. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de nuestra investigación sobre el consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución en la ciudad de México dentro de la zona de La Merced. Esta zona se caracteriza por presentar altos índices de violencia, marginalidad y pobreza, circunstancia que convierte a dichas mujeres en sujetos más vulnerables al abuso de las autoridades policíacas y a las agresiones tanto físicas como emocionales que ejercen sobre ellas los explotadores. Los métodos que aplicamos fueron la metodología cualitativa y una serie de entrevistas a profundidad realizadas en un grupo de 14 mujeres.

Dichas entrevistas se grabaron y tuvieron una duración aproximada de hora y media cada una. Resultados y conclusiones. Los resultados muestran que el medio que rodea a la prostitución en esta zona favorece el hecho de que las mujeres que la ejercen lleguen a consumir drogas. Casi todas las entrevistadas informaron que consumían alcohol alcohol y alguna otra droga. Los principales aspectos que influyen en este sentido, son los problemas a los que se enfrentan

cotidianamente que les generan estrés, y la explotación en general a la que se ven sometidas, que hace de ellas un grupo vulnerable, pues están más expuestas a la violencia, al rechazo social y a la indiferencia institucional. (18)

6.5. AMBIENTES DONDE SE DESARROLLA LA PROSTITUCIÓN

Tradicionalmente la prostitución se ha ejercido en sitios destinados exclusivamente a este fin, llamados burdeles. Éstos han sido habitualmente casas regentadas por una persona, en las que hay mujeres u hombres, según la orientación del lugar, y habitaciones privadas donde se atiende a los clientes. La oferta de servicios sexuales se hace también en la calle, así como en algunos bares y clubes nocturnos. En las últimas décadas, con el aumento y diversidad de medios de comunicación y publicidad, los métodos de oferta han llegado a las cabinas de teléfonos públicos (fotos con teléfonos), anuncios en prensa e Internet, y hasta anuncios en la TV (éstos generalmente sólo a altas horas de la noche). Finalmente, también se realizan servicios a domicilio y en algunos hoteles.

Prostitución callejera

Es frecuente encontrar casetas telefónicas con propaganda de servicios sexuales. En esta modalidad, la prostituta, generalmente vestida en forma provocadora con piezas de ropa ajustada o reveladora, busca clientes mientras se encuentra en un lugar público como una esquina o una plaza, o mientras camina por secciones determinadas de una gran avenida. Por lo general las ofertantes que usan este método esperan a que el cliente haga el esfuerzo de iniciar el contacto y la consecuente negociación. Usualmente una vez establecido contacto y los términos comerciales acordados, las actividades -de breve duración- se realizan en el vehículo del cliente en algún lugar apartado o en algún hotel de baja categoría cercano al sitio de encuentro. Esta prostitución es considerada una de las que conlleva más riesgos para la prostituta, pues se exponen a ser presa fácil de delincuentes y perversos violentos. Por otra parte, se considera también que es la que conlleva más riesgos de tipo sanitario para los que la practican, y tiende a ser en consecuencia la más despreciada por los clientes y la sociedad en general. No obstante, existen grupos que

consideran la prostitución como una herramienta al servicio social y de descontentación (desahogo) para quien consume el servicio.

Escorts

Se denominan así a aquellas personas que acompañan al cliente a un lugar o evento determinado (generalmente formal), como por ejemplo a un baile, a un cóctel o a una boda, para proporcionar compañía y favores sexuales (fingiendo la existencia de una relación personal). Se aprecia a una prostituta denominada escort. (16)

Establecimientos

Locales nocturnos. Otra modalidad involucra a prostitutas que solicitan clientes en negocios abiertos al público. En algunos casos en el establecimiento no hay ninguna relación formal entre la prostituta y el local. Por hábito y al correrse la voz, el sitio se convierte en una especie de bar de solteros, a donde los clientes van a sabiendas de la alta concentración de prostitutas, y viceversa. En otros casos, el local y la prostituta tienen una relación establecida entre ambos; a cambio de un salario mínimo o de una comisión en los tragos que le invitan, ella debe cumplir con un mínimo de normas de la casa, como por ejemplo ir a "trabajar" un mínimo de días a la semana y cumplir con un horario mínimo, o recibir un mínimo de tragos al mes invitados por los clientes. En ambos casos la prostituta termina su jornada en cuanto consigue un cliente dispuesto a contratar sus servicios. Con frecuencia en los bares en donde la relación local-prostituta equivale a la relación entre un patrón y su trabajador(a), el cliente debe pagar una "multa" para que la joven pueda excusarse del trabajo -la idea es que, al marcharse, ella deja de generar invitaciones a tragos de los clientes, y al haber menos chicas, el bar pierde atractivo a lo largo de la noche, por lo cual se reduce la clientela. En ambos casos -relación libre o formal entre el local y la prostituta- ella se beneficia de un entorno de trabajo más seguro, mientras que el bar se beneficia de la atracción que ejercen ellas haciendo que aumenten la clientela y el consumo de bebidas.

Burdeles

Salones de masaje. En esta modalidad, son los "masajistas", mujeres u hombres, los que además de los servicios de masajes se avienen a prácticas sexuales a cambio de dinero, ya sea como parte

de un trato particular o como parte de la oferta del local. Las relaciones sexuales generalmente se realizan en los mismos apartados en los que se practican los masajes, aunque es posible efectuar tratos para llevar el servicio fuera del local. En estos casos, al igual que en los bares, el local recibe una penalidad para que el masajista pueda retirarse o se considera como "comisión de servicio", por los que el local establece una tarifa mayor. (16)

6.6. AUTOESTIMA

En psicología, la autoestima o autoapreciación es la opinión emocional profunda que los individuos tienen de sí mismos, y que sobrepasa en sus causas la racionalización y la lógica de dicho individuo.

Otro uso coloquial

El término suele confundirse con el término coloquial ego, que referencia en realidad a la actitud ostensible que demuestra un individuo acerca de sí mismo ante y hacia los demás, y no la verdadera actitud u opinión emocional que éste tiene de sí.

Definición en psicoterapia

En la psicoterapia, es un sentimiento valorativo interno que impulsa a la persona a desarrollarse, a poner en práctica sus capacidades de manera que se vaya orientando hacia un equilibrio personal. Pero como la autoaceptación y la autoestima no son innatas, es importante que aprendamos a querernos a nosotros mismos.

Es la forma en que las personas se sienten con respecto a sí mismas y como se valoran. La autoestima se basa en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que tenemos a lo largo de nuestra vida. (19)

El sentimiento valorativo de la autoestima

La autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años

cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.

El mantenimiento de una buena autoestima es una tarea mayor de cualquier psicoterapia, pues suele ser un síntoma recurrente de los variados problemas conductuales humanos, la presencia de actitudes hipercríticas no-rationales hacia sí mismo. Renny Yagosesky, orientador y autor del libro "Autoestima en palabras sencillas", considera que la Autoestima es una función del organismo y un recurso integral y complejo de autoprotección y desarrollo personal. Es un constructo que trasciende la idea básica de autovaloración, y aunque la incluye, va más allá e incorpora aspectos biopsicosociales, pues las debilidades de autoestima afectan la salud, las relaciones y la productividad, mientras que su robustecimiento potencia en la persona global, es decir, su salud, su adaptabilidad social y sus capacidades productivas.

La definición correcta del término autoestima es materia de debate en las diferentes escuelas psicológicas y psiquiátricas, así como en áreas fuera del enfoque científico para el bienestar mental humano. Particularmente en el New Age, las definiciones suelen ir en el sentido de halagar al creyente. Otros psicólogos de la autoestima, como Nathaniel Branden, insisten en la necesidad de reformar las convicciones filosóficas dañinas programadas en el paciente para así poder lograr la curación. (20)

Autoconcepto y Autoestima

En el ámbito de la investigación en psicología, con frecuencia, se distinguen tres dimensiones del autoconcepto: la dimensión cognitiva, la dimensión afectiva y la dimensión conductual. La dimensión cognitiva la constituye los múltiples esquemas en los cuales la persona organiza toda la información que se refiere así misma, la dimensión afectiva o evaluativo corresponde a la autoestima y finalmente la dimensión conductual implica aquellas conductas dirigidas a la autoafirmación o a la búsqueda de reconocimiento por uno mismo o los demás.

Por tanto, el termino autoconcepto remite a las autodescripciones abstractas. Estas autodescripciones pueden además diferenciarse de la autoestima puesto que no implican necesariamente juicios de valor. Sin embargo, el termino de autoestima si incluye necesariamente una valoración y expresa el concepto que tiene uno de sí mismo, según unas cualidades subjetivables y valorativas. El sujeto se valora así mismo según unas cualidades que

proviene de su experiencia y que son consideradas como positivas o negativas. Así, el concepto de autoestima se presenta como la conclusión final de este proceso de autoevaluación y se define como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación. No obstante, aunque la distinción planteada entre ambos términos resulta bastante clara desde un punto de vista teórico, no lo es tanto en la práctica. En primer lugar, es frecuente encontrar el uso indistinto de los términos autoconcepto y autoestima y, en segundo lugar, para algunos autores no sería posible diferenciar entre las afirmaciones descriptivas y las evaluativas que una persona mantiene acerca de sí misma, puesto que empíricamente están relacionadas y una medición independiente de ambos aspectos del “yo” es prácticamente imposible. Por otra parte, se constata una predilección por uno u otro término en función del ámbito de estudio. Desde contextos educativos y en estudios relacionados con el bienestar psicosocial y la salud existe una preferencia por la utilización del término autoestima, mientras que desde contextos menos aplicados analizando, por ejemplo, su origen o su contenido resulta más habitual encontrar la utilización del término autoconcepto.

Finalmente, en relación con la estructura de la autoestima, si bien algunos autores han planteado que se trata de una dimensión única y global, en la actualidad predomina su consideración como una estructura multidimensional, es decir, conformada, a su vez, por múltiples dimensiones. Según este planteamiento, tenemos un concepto de nosotros mismo y, consecuentemente, una valoración del mismo, diferente en cada uno de los ámbitos o contextos relevantes de nuestra vida, como, por ejemplo, el ámbito familiar, el académico, físico o el intelectual. En este sentido, un niño puede tener un buen concepto de sí mismo en el ámbito familiar, pero no en el académico, o viceversa. Una consecuencia de esta consideración es la necesidad de potenciar las distintas dimensiones de la autoestima. (21)

6.7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

En esta sección se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a

enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al principio de esta sección.

La **crisis de angustia** (*panicattack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente.

Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El **trastorno de ansiedad no especificado** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria). (22)

Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia». La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina

trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual».

Según Eric Hollander Los trastornos de ansiedad conforman uno de los grupos más frecuentes dentro de las enfermedades psiquiátricas y ocasionan un deterioro funcional y malestar importantes. El avance en la investigación en los últimos años ha favorecido enormemente la comprensión de los mecanismos subyacentes a estos trastornos y de la respuesta a su tratamiento. El trabajo con los pacientes con trastornos de ansiedad puede ser altamente gratificante para un psiquiatra bien informado, ya que estos pacientes, cuyo sufrimiento es considerable, suelen responder positivamente a un tratamiento adecuado y recuperan un alto nivel de funcionamiento.

En este capítulo se han dividido los trastornos de ansiedad en cuatro amplias categorías: trastornos de angustia y de ansiedad (trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada); trastornos fóbicos (agorafobia, fobia social y fobia específica); trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático. En la figura 14-1 se presenta un árbol de decisión diagnóstica.

6.7.1- TRASTORNOS DE ANGUSTIA Y DE ANSIEDAD.

La segunda edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*(DSM-II, American Psychiatric Association, 1968) describía un estado patológico denominado «neurosis de ansiedad», término acuñado por primera vez por Sigmund Freud en 1895 (Breuer y Freud, 1893-1895/1955) y que se caracterizaba por tensión crónica, preocupación excesiva, cefaleas frecuentes o crisis de ansiedad recurrentes. Sin embargo, estudios posteriores confirmaron que las crisis de ansiedad espontáneas y limitadas eran cualitativamente distintas de los estados de ansiedad crónica. Por ejemplo, los pacientes con crisis de angustia se distinguían de los demás en que respondían con una crisis de pánico a la infusión de lactato sódico, en la agregación familiar, en el desarrollo de agorafobia y en la respuesta a antidepresivos tricíclicos. Por ello, el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) y el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), han dividido la categoría de las neurosis de ansiedad en *trastorno de angustia* y *trastorno de ansiedad generalizada*.

Las crisis de angustia no se presentan solamente en el trastorno de angustia, sino que aparecen también en otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobia específica, fobia social y trastorno por estrés postraumático). En éstos, las crisis de angustia están limitadas a determinadas situaciones, es decir, se producen exclusivamente en el contexto de una situación que se teme. En el DSM-IV aparece una definición explícita de la crisis de angustia independiente a la del trastorno de angustia (tabla 14-1); asimismo, se especifica que una crisis de angustia puede ser inesperada, ligada claramente a una situación, o aparecer ante una situación que la favorece.

El diagnóstico diferencial puede complicarse cuando la persona afectada ha presentado inicialmente una o varias crisis de angustia espontáneas, pero coincidiendo con una situación concreta. Hasta ese momento el diagnóstico sería de trastorno de angustia, pero si posteriormente el trastorno se cronifica y las crisis se desencadenan sólo ante esa situación, o bien si se desarrolla un comportamiento de evitación de dicha situación por el temor a una nueva crisis, ¿cuál sería el diagnóstico?, ¿trastorno de angustia con agorafobia o fobia social/fobia específica? El DSM-IV mantiene los diagnósticos de trastorno de angustia con agorafobia, fobia social y fobia específica, señalando que las crisis de angustia pueden constituir un síntoma de cualquiera de los tres. Por tanto, en tales casos, al efectuar el diagnóstico diferencial se impone el criterio del médico.

El DSM-IV también ha perfilado la distinción entre el trastorno de ansiedad generalizada y la ansiedad «normal», indicando que en el primero la preocupación debe ser claramente excesiva, persistente, difícil de controlar y asociada a un malestar o un deterioro funcional importantes. El DSM-IV también especifica que se excluye el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada en presencia de otros trastornos mayores del Eje I, y se simplifica la engorrosa lista de síntomas somáticos del DSM-III-R.

6.7.2. Trastorno de angustia

Forma de inicio. En un caso típico de trastorno de angustia, el sujeto está ocupado en cualquier aspecto de su vida cotidiana y, de repente, su corazón empieza a palpar, experimenta sensación de ahogo y mareo, la cabeza «se le va», le parece que se va a desmayar y está convencido de que se va a morir. Habitualmente, los pacientes con un trastorno de angustia son adultos jóvenes,

muy probablemente en la tercera década de su vida. No obstante, existen casos en los que el trastorno se ha iniciado en la sexta década.

A pesar de que la primera crisis suele ocurrir durante una actividad rutinaria, a menudo se asocian determinados sucesos con las primeras presentaciones del trastorno de angustia. Con cierta frecuencia, las crisis de angustia acontecen en el contexto de una enfermedad que amenaza la vida o de un accidente, de la pérdida de una relación interpersonal estrecha o al separarse de la familia (p. ej., al iniciar los estudios universitarios o aceptar un empleo en otra ciudad). Algunos pacientes que sufren hipotiroidismo o hipertiroidismo pueden experimentar las primeras crisis de angustia en el inicio de su enfermedad médica.

Las crisis pueden empezar también en el período inmediato al posparto. Por último, muchos pacientes han referido el inicio de sus crisis de angustia coincidiendo con el consumo de determinadas sustancias psicoactivas, en especial marihuana, LSD, sedantes, cocaína y anfetaminas. En cualquier caso, aunque estas circunstancias concomitantes se resuelvan, las crisis suelen continuar. Esta situación sugiere que algunos factores estresantes pueden actuar como desencadenantes del inicio de las crisis de angustia en aquellos pacientes predispuestos.

Durante su primera crisis, muchos pacientes creen estar sufriendo un infarto de miocardio o creen estar volviéndose locos. Suelen correr hacia el centro médico más cercano, donde se les practica un análisis rutinario, un electrocardiograma y una exploración física, donde como máximo algunas veces puede observarse una taquicardia sinusal; se tranquiliza a los pacientes y éstos vuelven a sus casas.

Hasta este momento es posible que los pacientes se sientan tranquilos y el diagnóstico del trastorno de angustia sería prematuro. Sin embargo, tal vez unos días o unas semanas más tarde sufran de nuevo la aparición repentina de otra crisis de angustia, con todos los síntomas físicos asociados. Nuevamente buscarán ayuda médica urgente. A estas alturas es probable que su problema sea calificado de «psicológico» y puede que reciban la prescripción de una benzodiacepina o sean remitidos a un centro hospitalario para una revisión médica más exhaustiva.

Síntomas. Cuando se presenta una crisis de angustia los pacientes suelen estar ocupados en una actividad rutinaria –tal vez leyendo un libro, comiendo en un restaurante, conduciendo un coche

o asistiendo a un concierto– y repentinamente les invade un miedo sobrecogedor, terror, aprensión y la sensación de que algo terrible les va a ocurrir de forma inminente. Experimentan varios síntomas asociados, mayoritariamente físicos, como disnea, palpitaciones, dolor o molestias precordiales, sensación de asfixia, sensación de mareo o inestabilidad, sensación de irrealidad (vivencias de desrealización y/o despersonalización), parestesias, oleadas de frío y calor, sudoración, sensación de desmayo, temblor y espasmos, y miedo a morir, a volverse loco o a perder el control. La mayor parte de las sensaciones físicas de una crisis de angustia son la manifestación de una hiperestimulación del sistema nervioso autónomo.

Las crisis duran 5-20 min, raramente 1 hora. Los pacientes que se quejan de crisis que duran todo el día pueden pertenecer a alguna de las cuatro categorías siguientes. Algunos pacientes continúan agitados y cansados durante algunas horas después de que haya cesado la parte más intensa de la crisis. Otras veces las crisis aparecen y desaparecen a oleadas. Otra posibilidad es que el paciente, que sufre las denominadas crisis de angustia prolongadas, experimente otra forma de patología ansiosa, como un trastorno de ansiedad generalizada grave, una depresión agitada o estados tensionales obsesivos. En algunos casos se desarrolla un estado de ansiedad anticipatoria tan grave, a la espera de futuras crisis de angustia, que en la descripción de los pacientes se solapan ambas entidades y son difíciles de distinguir. (23)

Aunque mucha gente puede experimentar una crisis espontánea de forma ocasional, sólo puede establecerse el diagnóstico de trastorno de angustia cuando las crisis se repiten con cierta regularidad y frecuencia. No obstante, es probable que los pacientes con crisis ocasionales e inesperadas sean genéticamente similares a los pacientes con un trastorno de angustia. En un estudio realizado con gemelos, los resultados en cuanto al ligamento genético fueron mejores cuando se agruparon los pacientes con crisis de angustia regulares y aquellos que sólo tenían crisis ocasionales (Torgersen, 1983). En algunos pacientes la enfermedad se mantiene en forma de crisis espontáneas. La mayoría de los pacientes desarrollan algún grado de ansiedad anticipatoria tras la experiencia de crisis repetidas. Temen que vuelvan las crisis y empiezan a preocuparse por ellas en los intervalos intercrisis.

Esta situación se agrava hasta que el temor y la hiperactividad autónoma alcanzan un nivel parecido al de una crisis propiamente dicha. Este tipo de pacientes pueden confundirse con los que sufren un trastorno de ansiedad generalizada. Es necesario prestar mayor atención a lo que

parece ser el síntoma cardinal de las crisis de angustia. Numerosas líneas de investigación indican que la *hiperventilación* es una característica fundamental en la fisiopatología de las crisis de angustia y del trastorno de angustia. Se ha observado que los pacientes con trastorno de angustia son hiperventiladores crónicos y reaccionan con una hiperventilación aguda durante una crisis de angustia, ya sea espontánea o inducida (más adelante se comentan las posibles etiologías de este fenómeno).

La hiperventilación provoca hipocapnia y alcalosis, dando lugar a una disminución del flujo sanguíneo cerebral y a la aparición de los síntomas de mareo, confusión y desrealización característicos de las crisis de angustia. Los signos y síntomas de hiperventilación parece que remiten cuando un paciente con trastorno de angustia ha sido tratado con éxito con medicación contra el pánico. Los tratamientos conductuales de entrenamiento en la respiración, dirigidos a que el paciente aprenda a no hiperventilar, son eficaces para disminuir la frecuencia de las crisis (Clark y cols., 1985; Lum, 1981), probablemente porque atenúan la reacción ventilatoria exagerada que constituye el problema nuclear de las crisis de angustia. (23)

6.8.- TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de

ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos

en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

Las especificaciones que se describen en la tercera parte de esta sección tienen la finalidad de mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual (o el más reciente) (p. ej., **grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto**).

6.8.1.- Episodio Depresivo Mayor.

Características del Episodio.

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la

existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» (Criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse «pasotas», sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p. ej., un ávido jugador de golf que lo ha dejado, un niño al que le gustaba el fútbol encuentra excusas para no practicarlo). En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas

comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado (Criterio A3).

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (Criterio A4). Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnias) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo) (Criterio A5). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados (Criterio A7). Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo, un vendedor puede preocuparse y autorreprocharse por fracasar en las ventas, incluso

aunque el mercado en general esté colapsado y otros vendedores sean también incapaces de lograr ventas. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (p. ej., un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo). Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluíble dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (Criterio A8). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración (p. ej., un programador de ordenadores que ya no es capaz de realizar tareas complicadas que antes sí podía llevar a cabo). En los niños, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia («seudodemencia»). Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min.) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el

suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (Criterio B). Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos 1 semana.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro amnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos.

Puesto que los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (p. ej., pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer). Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica. Por ejemplo, la pérdida de peso en una persona con colitis ulcerosa que tiene mucho peristaltismo y una ingesta

alimentaria escasa no debe atribuirse a un episodio depresivo mayor. Por otro lado, cuando la tristeza, la culpabilidad, el insomnio o la pérdida de peso aparecen en una persona con un infarto de miocardio reciente, cada uno de estos síntomas se atribuye a un episodio depresivo mayor, porque no son clara y completamente atribuibles a los efectos fisiológicos de un infarto de miocardio. Asimismo, cuando los síntomas son claramente debidos a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo (p. ej., una pérdida de 30 kg de peso relacionada con no comer por la idea delirante de que la comida está envenenada), estos síntomas no se atribuyen a un episodio depresivo mayor.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (Criterio D). Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se consideran resultado de un duelo (v. pág. 700), a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Criterio E). (22)

7.- DISEÑO METODOLÓGICO

7.1.- Tipo de estudio.

Se realizó un estudio de tipo analítico de casos y controles, con el fin de conocer la relación existente entre la prostitución y algunos de los factores de riesgo relacionados a éste.

7.2.- Área de estudio.

Este estudio se realizó en los diferentes lugares donde se ofrece el trabajo sexual libremente en la ciudad de León como por ejemplo: Gasolinera ESSO-OnTheRun y StarMart (ubicadas en la parte norte de la ciudad), La Proquinsa y El Venus. Todos estos lugares están ubicados en el área norte de la ciudad de León.

7.3.- Universo

Mujeres que trabajan en la prostitución sexual en el Municipio de León – Nicaragua.

7.4.- Población.

Trabajadoras sexuales que asisten a los sitios en donde se ofrece prostitución del área Norte de la ciudad de León (StarMart, OnThe Run, Proquinsa y El Venus).

7.5.- Muestra.

Grupo caso: se tomó por conveniencia 20 mujeres de bajos recursos económicos entre las edades de 18 a 25 años que ejercen la prostitución en el área norte de la ciudad de León.

Grupo control: se tomó al azar 20 mujeres entre las edades entre 18 y 25 años de edad y que también fueran de bajos recursos económicos, pero que no ejercían la prostitución.

7.6.- Criterios de Inclusión.

- Mujeres adultas jóvenes entre las edades de 18 a 25 años de edad.
- Mujeres que asisten a los puntos laborales de OntheRum, StarMart, Proquinsa y El Venus en donde se ofrece libremente el trabajo sexual.
- Mujeres que desearon colaborar en este estudio de investigación.

7.7.- Criterios de Exclusión.

- Todas aquellas mujeres que no estaban entre las edades de 18 a 25 años de edad.
- Mujeres que no asistían a los puntos de trabajo sexual antes mencionados.
- Que no desearon colaborar en este estudio de investigación.

7.8- Fuente de información

Primaria, a través del llenado de una entrevista que contiene las variables que cumplieron con los objetivos del estudio. Esta entrevista fue semi-estructurada con preguntas abiertas y cerradas. Se aplicó el Test de Depresión GHQ-28 (versión en español) y se utilizó la escala de Autoestima de Rosemberg.

7.9- Procedimiento de recolección de la información:

Se les explicó a las mujeres el objetivo del estudio y se les preguntó si deseaban participar en el estudio. Una vez obtenida la autorización de estas, se procedió con la entrevista. Se utilizó dos días por cada trabajadora sexual con el fin de llenar correctamente la información, así como las pruebas de depresión y autoestima. De igual forma se recolectó la información para el grupo control.

7.10.- Plan de Análisis

Los resultados de las variables se analizaron por medio de la distribución porcentual, frecuencias y análisis del OR y su Intervalo de Confianza. Además se determinó el valor de P a través de la prueba de chi cuadrado de Pearson. Los datos se agruparon en tablas para una mejor visión de los datos.

La interpretación de OR se hizo de la siguiente manera:

Valor Odd Ratio	Intervalo de confianza		Tipo de asociación
	inferior	superior	
Igual a 1			No evidencia de asociación
Mayor de 1	>1	>1	Riesgo significativo
Mayor de 1	< 1	> 1	No significativa
Menor de 1	1 < de	1 < de	Protección significativa
Menor de 1	< de 1	> de 1	No significativa

Interpretación del valor de P: menor de 0.05 es estadísticamente significativo. Lo que indica en este caso que una variable depende de la otra.

7.11.- Plan de Tabulación:

Se trabajó por medio de una base de datos hecha en el programa estadístico “SPSS versión 13.0”.

7.12.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la fecha del estudio	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • 18-20 años • 21-25 años
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Juntada • Divorciada • Viuda
Dependientes a cargo	Número de personas que dependen económicamente de las mujeres en estudio	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 • 3-4 • 5-6
Edad a la que tuvo el primer hijo	Tiempo transcurrido desde que la persona nació hasta el momento en que tuvo su primer hijo.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de los 20 años • Después de los 20 años
Violencia Intrafamiliar	Maltrato físico, verbal y psicológico dentro del núcleo familiar	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • En qué momento de su vida?
Uso de drogas.	Ingestión de drogas como alcohol, cigarrillos o drogas ilegales que causen dependencia psíquica y física.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • ¿Cuáles?
Autoestima	Acción de querer a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que eres valioso(a), digno(a), que vales la pena, que eres capaz, y afirmarlo. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo	Escala De Autoestima De Rosenberg	<ul style="list-style-type: none"> • Alta • Media • Baja

7.12.- Operacionalización de Variables (continuación)

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Síntomas somáticos	Conjunto de signos y síntomas negativos padecidos por el cuerpo y provocado por un proceso psíquico o psicológico.	GHQ-28 (versión en español)	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo
Síndrome de Depresión	Es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por abatimiento, infelicidad y falta de energía. Puede ser permanente o transitorio	GHQ-28 (versión en español)	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo
Ansiedad/insomnio	Estado emocional desagradable que se manifiesta como sensaciones de amenaza y preocupación patológica por el futuro, tensión o aprensión. Crisis o ataques de pánico. Esto a su vez provoca insomnio.	GHQ-28 (versión en español)	<ul style="list-style-type: none"> • Alta • Media • Baja
Disfunción social	Incapacidad para establecer relaciones sociales. Se manifiesta por un rechazo social ya sea a amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc.	GHQ-28 (versión en español)	<ul style="list-style-type: none"> • Alta • Media • Baja

8. RESULTADOS

Se realizó un estudio de casos y controles en mujeres que ejercen la prostitución en el área norte de la ciudad de León con el objetivo de analizar algunos factores de riesgo que pudieron influenciar en la decisión, de estas mujeres, de ejercer la prostitución como una forma de sustentarse económicamente. Las 20 mujeres que ejercen la prostitución son parte del grupo “casos” y las 20 mujeres “controles” fueron escogidas al azar. Ambos grupos se encuentran entre las edades de 18 a 25 años y son de escasos recursos económicos.

Todas las mujeres del grupo caso llevan más de un año ejerciendo la prostitución y hasta la fecha del estudio no se han planteado la idea de renunciar a esta como una fuente de ingreso económico. El 65% de ellas tienen entre 21-25 años de edad y el 60% está soltera. El 70% de estas mujeres tienen otra ocupación como son la de estudiante (10%), doméstica (10%) y comerciante (50%); el 80% tiene hijos y de estas el 81.3% tuvo su primer hijo antes de los 20 años de edad. Además el 55% de ellas viven en casas en donde pagan un alquiler mensual.

Por otro lado, en las mujeres del grupo control el 90% tienen entre 21-25 años de edad y el 95% son solteras. El 75% tiene una ocupación regular como son la de estudiante (25%), doméstica (25%) y comerciante (25%); un 45% tiene hijos y de estas el 33.3% tuvo su primer hijo antes de los 20 años de edad. El 80% de estas aún habita en la casa de sus padres.

Al asociar los datos generales de ambos grupos se encontraron algunas variables de riesgo. Las mujeres que pagan mensual un alquiler de vivienda, el hecho de tener hijos o dependientes a cargo aumenta un 4.8 veces más la probabilidad de caer en prostitución a diferencia de las que viven con sus familias o no tienen hijos. Además las que tuvieron su primer hijo antes de los 20 años de edad tienen 8.6 veces más de llegar a ejercer la prostitución a diferencia de las que lo tuvieron después de los 20 años. Esto se muestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 1: Datos generales del grupo Caso y Control

Datos generales	CASO	CONTROL	OR (IC 95%)	P*	Tipo de asociación
Edad					
18-20 años	7	2	4.8	0.058	NS
21-25 años	13	18	(0.863 - 27,221)		
Estado civil					
Soltera	12	19	0.079	0.008	PS
Juntada	8	1	(0.009 -0.713)		
Vivienda					
Alquilada	11	4	4.889	0.022	RS
Familiares	9	16	(1.199 -19.942)		
Tener dependientes a cargo	16	9	4.889	0.022	RS
			(1.199 -19.942)		
Tener hijos	16	9	4.889	0.022	RS
			(1.199 -19.942)		
Edad a la que tuvo el primer hijo					
Antes de los 20	13	3	8.667	0.017	RS
Después de los 20	3	6	(1.336 – 56.229)		

Fuente: Entrevista *Chi cuadrado de Pearson, RS: Riesgo significativo, NS: No significativo, PS: Protección significativa

Por otra parte se investigó si las participantes de ambos grupos habían estado expuestas a episodios evidentes de violencia intrafamiliar. Se encontró que el 95% de las mujeres del grupo caso habían recibido violencia física y de estas el 89.5% la recibió con bastante frecuencia, pero durante el último año solo un 42.1% había recibido violencia física y un 10% violencia sexual.

En las mujeres del grupo control se encontró que el 95% de ellas había recibido violencia física, todas ellas con bastante frecuencia. Pero, durante el último año solo un 10.5% recibió violencia y un 5% violencia sexual.

Al asociar estas variables se encontró que las mujeres que han recibido violencia física durante el último año de su vida tienen 6.182 veces más riesgo de llegar a ejercer la prostitución, a diferencia de las que no recibieron violencia. Esto se observa en la siguiente tabla:

Tabla No.2. Análisis estadístico de la violencia intrafamiliar como un posible factor de riesgo que conlleve al ejercicio de la prostitución.

Factores de riesgo	CASO n (%)	CONTROL n (%)	OR (IC 95%)	P*	Tipo de asociación
Recibió violencia física familiar en su vida	19 (95%)	19 (95%)	1.0 (0.058 - 17,181)	1.0	NS
Recibió violencia física familiar en el último año	8 (42.1%)	2 (10.5%)	6.182 (1.101 – 34.700)	0.027	RS
Recibió violencia sexual en el último año	2 (10)	1 (5%)	2.1 (0.176 – 25.349)	0.548	NS

Fuente: Entrevista *Chi cuadrado de Pearson, RS: Riesgo significativo, NS: No significativo

Otra variable estudiada fue el consumo de drogas y el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual. El 90% de las mujeres del grupo caso consumen alcohol al menos una vez por semana, el 75% fuma, un 80% consume drogas ilegales y un 95% conoce sobre los mecanismos de transmisión de las ITS.

En el grupo control, el 35% fuma y consume alcohol al menos una vez por semana y un 15% usa drogas ilegales. Además el 80% conoce los mecanismos de transmisión de las ITS.

Al asociar esta variable para encontrar el riesgo se observó que las mujeres que consumen alcohol y drogas tienen 16.7 y 22.6 veces más probabilidad, respectivamente de caer en la

prostitución, a diferencia de las que no lo consumen. Sin embargo el conocimiento que ellas tengan sobre las ITS no es un factor relevante. Esto se demuestra en la siguiente tabla:

Tabla No. 3. Consumo de sustancias psicoactivas como factor de riesgo que conlleve al ejercicio de la prostitución

Factores de riesgo	CASO n (%)	CONTROL n (%)	OR (IC 95%)	P*	Tipo de asociación
Consume alcohol	18 (90%)	7 (35%)	16.7 (2.976 – 93.885)	< 0.001	RS
Fuma	15 (75%)	7 (35%)	5.6 (1.420 – 21.860)	0.011	RS
Consumo de drogas ilegales	16 (80%)	3 (15%)	22.6 (4.374 – 117.468)	< 0.001	RS
Conocimiento sobre ITS	19 (95%)	16 (80%)	0.211 (0.021 – 2.079)	0.151	NS

Fuente: Entrevista *Chi cuadrado de Pearson, RS: Riesgo significativo, NS: No significativo

Por último se investigó el estado emocional de las mujeres de ambos grupos mediante el test de autoestima de Rosenberg y el test GHQ-28 en la búsqueda de un posible factor de riesgo y se encontró que el 75% de las mujeres del grupo caso tenían autoestima baja, el 70% presentaba un nivel medio de síntomas somáticos, el 75% tenía altos niveles de ansiedad e insomnio, el 35% presentaba alto nivel de disfunción social y el 65% presentaba depresión grave en alto grado.

Por otro lado el 25% de las mujeres del grupo control tenían baja autoestima, solo un 5% presentó grado alto de síntomas somáticos, un 35% tenían alto grado de ansiedad e insomnio, un 10% presentó disfunción social alta y un 25% de ellas tenían alto grado de depresión grave. (ver anexos, Tablas No. 5-9)

Al asociar las variables se observó que las mujeres que tienen baja autoestima, alto grado de ansiedad e insomnio y de depresión, presentan mayor probabilidad de llegar a ejercer la prostitución. Sin embargo, el tener una alta autoestima y bajo nivel de síntomas somáticos y depresión son factores de protección que evitan llegar a caer en prostitución. Esto se detalla bien en la siguiente tabla:

Tabla No. 4. Análisis del estado emocional como factor de riesgo que conlleve al ejercicio de la prostitución

Factores de riesgo	CASO		CONTROL		OR (IC)	P*	Tipo de asociación
	F	%	F	%			
Nivel de Autoestima							
Baja	15	75	5	25	9 (2.151 - 37.659)	0.002	RS
Media	4	20	6	30	0.583 (0.136 - 2.498)	0.465	NS
Alta	1	5	9	45	0.064 (0.007 - 0.578)	0.003	PS
Test GHQ-28 (Síntomas somáticos)							
Bajo	2	10	11	55	0.091 (0.017 - 0.501)	0.002	PS
Medio	14	70	8	40	3.5 (0.945 - 12.966)	0.057	NS
Alto	4	20	1	5	4.75 (0.481 - 46.906)	0.151	NS
Test GHQ-28 (Nivel de ansiedad/insomnio)							
Baja	2	10	7	35	0.206 (0.037 - 1.159)	0.058	NS
Media	3	15	6	30	0.412 (0.087 - 1.952)	0.256	NS
Alta	15	75	7	35	5.571 (1.420 - 21.860)	0.011	RS
Test GHQ-28 (Disfunción social)							
Baja	7	35	13	65	0.290 (0.079 - 1.063)	0.058	NS
Media	7	35	5	25	1.615 (0.412 - 6.338)	0.490	NS
Alta	6	30	2	10	3.857 (0.6732 - 2.109)	0.114	NS
Test GHQ-28 (Depresión)							
Baja	1	5	9	45	0.064 (0.007 - 0.578)	0.003	PS
Media	6	30	6	30	1.000 (0.259 - 3.867)	1.0	NS
Alta	13	65	5	25	5.571 (1.4202 - 1.860)	0.011	RS

Fuente: test *Chi cuadrado de Pearson, RS: Riesgo significativo, NS: No significativo, PS: Protección significativa

Por último es importante mencionar que todas las mujeres del grupo caso utilizan condón como medio de protección, además se realizan chequeos médicos continuamente incluyendo pruebas de laboratorio para la detección de las ITS.

9.- DISCUSION

Se sabe que existen varios factores que conllevan a la prostitución en mujeres jóvenes adultas entre 18 y 25 años, sin embargo, se debe tomar en cuenta que también existen niños y adolescentes que se encuentran realizando trabajo sexual, a como menciona Moreno Norma (2006) en su investigación violencia sexual y prostitución infantil en Nicaragua. (11)

Se encontró que la mayoría (60%) de las mujeres que ejercen la prostitución son solteras lo cual puede deberse a que el derecho de tener una pareja está prácticamente eliminado de sus proyectos de vida por el miedo, la desconfianza y la estigmatización y desvalorización que la sociedad y particularmente los hombres tienen respecto a ella. Este resultado es semejante a los publicados por Moreno Norma y Uribe Zúñiga P y Col. (1993) quienes encontraron un 81.8% y un 70.7% de mujeres solteras en prostitución respectivamente (4,11).

Como menciona el estudio de Uribe Zúñiga P.(4), en términos generales las prostitutas que trabajan en la calle son las que tienen el más bajo nivel económico, siguiéndoles las de bares y club nocturno. En este estudio se encontró que el 70% del grupo caso tenían otra ocupación, lo que se explica por el bajo nivel socioeconómico en que viven y a tener familias con más de un dependiente y a que la mayoría de ellas tiene que pagar alquiler por sus casas. Sin embargo los trabajos que realizan no son de los que proporcionan un ingreso económico diario, ni siquiera tienen la capacidad de cubrir todos los productos de la canasta básica que según información del ministerio del trabajo tiene un costo de C\$ 9,851⁰⁰ córdobas mensuales.

Se encontró que las mujeres que tienen que pagar un alquiler por sus casas tienen 4.889 veces más probabilidad de caer en prostitución que las que no pagan alquiler. Estas mujeres con su bajo nivel económico difícilmente lograrán tener una vivienda digna y propia, más aún cuando la mayoría de ellas tiene hijos y lo han tenido antes de los 20 años de edad. Esto se compara al estudio de Moreno Norma sobre las prostitutas en Managua – Nicaragua, donde menciona que tener los hijos antes de los 20 años de edad disminuye las posibilidades económicas de estas mujeres y en este estudio se encontró que las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 20 tienen 8.667 veces más de caer en prostitución que las que lo tienen después de esta edad.

Verdaderamente alarmante es que casi todas las mujeres del grupo caso (95%) han sido víctimas de violencia física, lo cual a influido en la baja autoestima que ellas tienen sobre sus cuerpos y sus

vidas. Se encontró que las mujeres que habían recibido violencia física en el último año de su vida tienen 6.182 veces más probabilidad de llegar a ejercer la prostitución que las que lo han recibido en otro periodo de su vida o nunca han tenido un episodio de violencia. Tal como refiere Graciela Ferreira autora del libro “La mujer maltratada”; una mujer maltratada, es una mujer desgastada, debilitada, desvalorizada, “son mujeres que no se conciben ni valiosas, ni inteligentes” (24). Esto, por supuesto las vuelve vulnerables para la iniciación de la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual comercial. Según este estudio se encontró que los principales autores de la violencia física en estas mujeres han sido sus familiares. Estos resultados pueden compararse con el estudio hecho por Moreno Norma donde menciona que la violencia hacia las mujeres prostitutas viene principalmente de sus familiares. (11)

En cuanto a la violencia sexual, se encontró que las mujeres que han recibido este tipo de violencia en el último año de su vida tienen 2 veces más de probabilidad de llegar a ejercer la prostitución que las que no. Sin embargo en este estudio solo se encontró un 10% de mujeres que habían recibido este tipo de violencia en el último año y había sido por parte de sus clientes y parejas. Esto es semejante a los hechos encontrados por Moreno Norma en su encuesta a las prostitutas de Managua y Granada – Nicaragua, donde menciona que la violencia física y sexual eran los tipos de violencia más comunes que estas recibían; y esto debido al contexto vulnerable en que estas mujeres se encuentran. Así mismo en un estudio realizado por Salinas Urquieta M (2005) en las prostitutas de la frontera de México – Belice se observó un alto grado de violencia física y sexual, incluso de homicidios hacia estas mujeres. (25)

Por otro lado el hecho de consumir alcohol eleva 16.7 veces más la probabilidad de caer en prostitución, pero este riesgo es bajo al compararlo con el consumo de drogas ilegales (cocaína, éxtasis, etc), en donde se encontró que las mujeres que consumen este tipo de drogas tienen 22.6 veces más probabilidades de llegar a ejercer la prostitución. Estebanez Pilar (1990) autora del libro Medicina Humanitaria (1), afirma que un gran porcentaje de mujeres en prostitución usan drogas diariamente, lo cual es un factor determinante para el inicio de la prostitución, principalmente cuando existe mucha pobreza en la familia donde crece la joven. En este estudio el 100% de las mujeres procedían de familias con recursos económicos bajos y sin ninguna cualificación profesional lo cual disminuye las oportunidades para su mercado laboral, dando

lugar a un ambiente que favorece al inicio de la drogadicción que luego conlleva a la prostitución.

Al analizar su autoestima se encontró que el 75% de las mujeres del grupo caso tienen baja autoestima y calculando el riesgo se encontró 9 veces más probabilidad de que las mujeres con baja autoestima lleguen a ejercer la prostitución. Esto es de esperarse por el contexto social en que viven y puede compararse con muchos estudios y literaturas en donde está comprobado que la mayoría de las mujeres que realizan trabajo sexual tienen baja autoestima. Esto se debe a la violencia física, sexual y psicológica que reciben, la desvalorización por parte de la sociedad, el uso de drogas y demás factores que rodeen su situación de vulnerabilidad. La baja autoestima también puede explicar el hecho de que la mayoría no se ha planteado dejar la prostitución, seguramente por no sentirse capaces de desempeñarse con éxito en otros ámbitos de su vida. Por otro lado tener una autoestima alta es en este caso un factor de protección.

El test GHQ-28 nos informa que los niveles altos de depresión y de ansiedad e insomnio es una variable significativa estadísticamente. Las que presentan ansiedad e insomnio así como depresión en grado alto presentan un riesgo de 5.571 veces más probabilidad de llegar a ejercer la prostitución; todo el estrés, ansiedad y depresión que viven a diario se relacionan entre si y forman un insano estado emocional, lo cual a su vez produce una disminución en las defensas del cuerpo, lo que a su vez produce síntomas de enfermedad (síntomas somáticos). La mayoría de estas mujeres viven en constante temor debido a la violencia de la que han sido objeto y a la vulnerabilidad de su situación. Esto concuerda con un estudio realizado por Fernández Ollero (2006) en trabajadoras del sexo en Asturias, en donde encuentra síntomas somáticos en el sistema inmunológico, sistema reproductor femenino, genitourinario y gastrointestinal, afirmando deberse a la ansiedad y depresión que esas mujeres tienen. Por otro lado este estudio encontró que el tener un nivel bajo de síntomas somáticos se comporta como una variable de protección. (26)

En el estudio realizado por Salomone Silvia y cols (1994) en trabajadoras del sexo en Argentina se encontró que las relaciones interpersonales de estas son inestables, así mismo menciona la inadaptación social que poseen estas mujeres. Esto concuerda cualitativamente con este estudio, pero no se encontró relación estadísticamente significativa entre la disfunción social alta y el ejercer la prostitución. Sin embargo si lo vemos desde el punto de vista cualitativo la disfunción

social como parte de su estado emocional se relaciona con la baja autoestima de estas mujeres, la desvalorización por parte de la sociedad, la violencia y demás factores que no les permiten sentir estima interior y entablar buenas relaciones sociales. Es un hecho en si que las mujeres de este estudio no están entablando relaciones emocionalmente sanas. (27)

Por último el hecho de que estas mujeres se realicen chequeos médicos mensuales, usen siempre un condón de protección y conozcan sobre los mecanismos de transmisión sexual se debe a que reciben constantemente capacitaciones sobre ITS, VIH-SIDA, el uso de condones y la importancia de hacerse chequeos médicos con regularidad. Estas capacitaciones son brindadas por el organismo PASMO (Organización Panamericana de mercadeo Social), quien es la parte social de los condones Vives en Nicaragua.

10.- CONCLUSIONES

1. El 85% de las mujeres que ejercen la prostitución tienen entre 21-25 años de edad y el 60% está soltera. El 70% de ellas tienen otra ocupación y el 80% tiene hijos. Se encontró como factores de riesgo el hecho de pagar mensual un alquiler de vivienda, tener dependientes a cargo y haber tenido su primer hijo antes de los 20 años de edad.
2. Las mujeres que recibieron violencia física en el último año de su vida tienen 6.182 veces más probabilidad de caer en prostitución que las que no han recibido. Así mismo, las mujeres que consumen alcohol y drogas ilegales tienen 16.7 y 22.6 veces más, respectivamente, probabilidad de caer en prostitución que las que no consumen.
3. La autoestima baja, la presencia en alto niveles de depresión, ansiedad e insomnio, son factores de riesgo estadísticamente significativos que pueden conllevar al ejercicio de la prostitución.

11.- RECOMENDACIONES

1.- Realizar un estudio similar tomando en cuenta una muestra más amplia en donde se incluyan mujeres de todas las edades y de diferentes procedencias para considerar los diferentes patrones que las llevaron a tomar la decisión de iniciarse en el trabajo sexual.

2.- A nivel educativo, se debe hacer énfasis en los valores morales y la unidad familiar, y no en la remuneración monetaria como premio de sus habilidades. Así mismo proporcionarles información de cómo resolver conflictos en el núcleo familiar para que existan menos separaciones de los hijos en los hogares a temprana edad.

12.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Pilar Estébanez. Medicina humanitaria. Ediciones Díaz de santos. Año 1990. Pag. 749 – 752.
- 2.- Vera Sandoval y col. Prostitución infantil. Inhalación y miedo. NUEVA SOCIEDAD No.109 SEPTIEMBRE- OCTUBRE 1990, PP. 135-140
- 3.- Uribe Zúñiga Patricia y Hernández Griselda, Prostitución y Sida En La Ciudad De México. Salud Pública México 1995; 37:592-601.
- 4.- Guillen R. y Asport Susana. Adolescentes de la calle y prostitucion. Bolivia, La Paz. Artículo. Año 1995. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp95340202.pdf>
- 5.- Pabón Ángela Bermúdez y col. Estilos Psicológicos de Personalidad en un Grupo de Mujeres Adultas Jóvenes Dedicadas a la Prostitución "Prepago" en la Ciudad de Medellín. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. 2007
- 6.- Agence France Presse. La prostitución acecha a las niñas nicaragienses. Febrero 2002. Managua Nicaragua. Publicado en El Nuevo Herald. Disponible en: <http://www.latinamericanstudies.org/nicaragua/prostitucion.htm>
- 7.- La Prostitución. Enciclopèdia Wikipedia. Mayo 2009. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Prostituci3n>
- 8.- Oliver Paredes. La Prostituci3n. México 2008. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/prosti/prosti.shtml?monosearch>
- 9.- El abuso infantil: Una Práctica Permanente. Andréa Marques. México 2007. Disponible en: http://www.derechosinfancia.org.mx/Temas/temas_abuso1.htm

10.- Francis Bustos Ortez, Msc. **Nicaragua: Prostitución impuesta.** Agosto del 2008.
Disponible en:

<http://www.villacrespomibarrío.com.ar/2008/agosto/internacionales/america%20latina/nicaragua%20prostitucion%20impuesta.doc>.

11.- Moreno Norma Silva. Investigación sobre Violencia Sexual y Prostitución Infanto Juvenil. Un análisis desde el género. Edición Patricia Orozco Andrade. 2007. p. 46

12.- ¿Funciona legalizar la prostitución?. AMSTERDAM, Artículo del Periódico Nuevo Diario. Managua, Nicaragua - Domingo 01 de **Febrero** de 2009 - Edición 10. Disponible en:
<http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2009/02/01/deportes/94636>

13.- AMATLLER, Patricia. Trabajadoras del amor. Ed. Centro Juana Azurduy. Sucre – Bolivia. 1999

14.- Paola Silva F. Violencia intrafamiliar - Manifestaciones de violencia psicológica. 2006.
Disponible en:
http://www.wikilearning.com/monografia/violencia_intrafamiliar-manifestaciones_de_violencia_psicologica/10753-5

15.- Paola Silva F Violencia intrafamiliar - Dinámica de la VIF. 2006. Disponible en:
http://www.wikilearning.com/monografia/violencia_intrafamiliar-dinamica_de_la_vif/10753-3

16.- ALARCO VON PERFALL, Claudio (1987) Diccionario de la sexualidad. Ediciones 29. Barcelona – España.

17.- El abuso infantil: ¿Qué es el abuso y la negligencia de menores. Child Welfare Information Gateway. 2008. Disponible en: <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/ques.cfm>

18- Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de La Merced. Eva María Rodríguez, R. Gutiérrez, Leticia Vega. Vol. 26, pags. 73-81. 2003. Se puede encontrar en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=766759>

19.- Bonet, J. V., Sé amigo de ti mismo. Manual de autoestima, Santander, Sal Térrea, 1994.

20.- Cava, M.J., “Evaluación de un programa de intervención para la potenciación de la autoestima”, Intervención Psicosocial, págs. 369-383, 1999.

21.- Cava M. J., Musitu G., “La potenciación de la autoestima en la escuela”. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona. Págs. 17-18, 2007

22.- Asociación Americana de Psiquiatría (2000).”*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales texto revisado*” (DSM IV-TR).Ed. Masson. [España](#). Barcelona

23.- Asociación Americana de Psiquiatría (2000).”*TRATADO DE PSIQUIATRIA*”.Ed.Masson. [España](#). Barcelona

24.- Graciela B. Ferreira. La mujer maltratada. 1era edición. Editorial sudamericana.1994

25.- María Eugenia Salinas Urquieta. Sexo servicio, migración, esperanza, violencia y muerte de mujeres en la frontera México-Belice.2008. Disponible en:

<http://ningunamujermas.files.wordpress.com/2008/10/6-5.pdf>

26.- María Jesús Fernández Ollero. Prostitución, inmigración y salud: estrés psicosocial de las mujeres que ejercen la prostitución en Aviles (Asturias). Tesis. 2006.

27.- Mónica Salomone. Situación de niños, niñas y adolescentes privados de libertad en la provincia de Buenos Aires Argentina. 1994. Disponible en:

http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_PESituacionninosprivadoslibertad.pdf

28.- Vidal Alicia. Pirámide para medir el Nivel Socioeconómico. 2 de Abril de 2009. Se puede consultar en la siguiente pagina: <http://www.36461-Lanzan-la-nueva-piramide-para-medir-el-nivel-socioeconomico.html>

29.- Violencia intrafamiliar - ¿Por qué se mantiene la mujer en esta relación?. Paola Silva F. 2006. Disponible en: http://www.wikilearning.com/monografia/violencia_intrafamiliar-por_que_se_mantiene_la_mujer_en_esta_relacion/10753-6

30.- Juliano, Dolores. “La prostitución: el espejo oscuro”. Icaria Editorial, Barcelona España, 2003.

ANEXO

ENTREVISTA

Soy Licenciado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN – León). Estoy realizando unas preguntas con el motivo de hacer mi trabajo de tesis de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud. Mi tema es: **CONDUCTAS Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO ASOCIADOS AL TRABAJO SEXUAL**. Las siguientes preguntas están basadas en su vida personal. Le pido por favor conteste con toda sinceridad, todo se hará con la debida confidencialidad y responsabilidad.

De antemano, GRACIAS POR SU INFORMACION!

CUESTIONARIO GUIA

1.- Datos Generales:

1.1 Nombres y Apellidos: _____

1.2. Edad: _____ 1.3. Estado civil: Casada () Soltera () Juntada () Divorciada ()

1.4. A parte de este trabajo ¿Tiene alguna otra ocupación? Si () No ()Cuál _____

1.5. ¿Cuántas personas viven en su casa?: _____

1.6. ¿En qué trabajan sus padres?: _____ ¿Cuánto gana cada uno?

1.7. La casa en que vives actualmente ¿De quién es?

() Padres () Alquilada () Tíos () Otra _____

1.8. Numero de dependientes de usted: _____

1.9. ¿Tiene hijos? Si () No () ¿Cuántos? _____

1.10. ¿A qué edad tuvo su primer hijo? _____

1.11. Nivel de escolaridad. () Analfabeta () Primaria () Secundaria () Técnico () Universidad

2.- Contestar todo lo referente a Violencia Intrafamiliar.

2.1.- ¿Alguna vez en su vida ha recibido usted golpes, bofetadas, patadas o fue lastimada físicamente por alguien?

Si () No ()

Si la respuesta es Sí, ¿Por quién?

¿Con qué frecuencia?

() nunca () una o dos veces () algunas veces () frecuentemente () siempre

2.2.- ¿Durante el último año a recibido usted golpes, bofetadas, patadas o fue lastimada físicamente por alguien?

Si () No ()

Si la respuesta es Sí, ¿Por quién?

¿Con qué frecuencia?

() nunca () una o dos veces () algunas veces () frecuentemente () siempre

2.3.- ¿Durante el último año alguien la obligo a tener relaciones sexuales?

Si () No ()

Si la respuesta es Sí, ¿Por quién?

¿Con qué frecuencia?

() nunca () una o dos veces () algunas veces () frecuentemente () siempre

2.4.- ¿Le tiene miedo a su marido o compañero?

Sí () No ()

3.- Conteste todo lo referente a consumo de sustancias psicoactivas.

3.1. ¿Consume usted alcohol? Sí____ No____ ¿Cuántas veces a la semana?_____

3.2. ¿Usted fuma? Si () No () ¿Cuántos Cigarrillos al día? _____

3.3. ¿Ha consumido alguna vez algún tipo de droga? Si () No ()

3.4.- ¿Usted conoce a alguien en su entorno cercano que uso algún tipo de droga? Si () No ()

3.5. Marque con una X la siguiente pregunta. ¿Cuál de estas drogas a probado alguna vez en su vida?

3.5.1.- Marihuana _____

3.5.6.- Éxtasis_____

3.5.2.- Cocaína _____

3.5.7.- LSD_____

3.5.3.- Crack _____

3.5.8.- Otros_____

3.5.4.- Anfetaminas _____

3.5.9.- Ninguna_____

3.5.5.- Heroína _____

3.6. ¿Cuál de las drogas mencionadas anteriormente conoce?

3.6.1.- Marihuana _____

3.6.6.- Éxtasis_____

3.6.2.- Cocaína _____

3.6.7.- LSD_____

3.6.3.- Crack _____

3.6.8.- Otros_____

3.6.4.- Anfetaminas _____

3.6.9.- Ninguna_____

3.6.5.- Heroína _____

4.- Hábitos de comportamiento en el trabajo sexual.

4.1.- ¿Cuántos años tiene ejerciendo la prostitución? _____

4.2.- ¿Cuántas horas a la semana dedicas a la prostitución? _____

4.3.- ¿En algún momento se ha planteado dejar de ejercer la prostitución? Si () No ()

4.4.- ¿Utiliza algún tipo de protección contra enfermedades de transmisión sexual con sus clientes? Si () No ()

4.5.- ¿Qué tipo de protección utiliza?

4.6.- ¿Con qué frecuencia la utiliza? () Nunca () A veces () Siempre

4.7.- ¿En su última relación sexual has utilizado algún tipo de protección (condón/preservativo)? Si () No ()

4.8.- ¿Tiene usted una pareja regular o estable? Si () No ()

4.9.- ¿Tiene sexo con protección con su pareja? Si () No ()

¿Con qué frecuencia lo utiliza?

() nunca () una o dos veces () algunas () frecuentemente () siempre
veces

4.10.- ¿Con qué frecuencia se hace usted un chequeo?

() Una vez al mes () Cada 6 meses () Al año () Sólo voy al médico cuando estoy enferma

4.11.- ¿Has oído hablar del VIH/SIDA? Si () No ()

4.12.- ¿Alguna vez te has hecha la prueba para saber si tienes VIH? Si () No ()

4.13.- ¿Conoce a alguien que tenga la infección del VIH o SIDA? Si () No ()

4.14.- ¿Conoces las vías de transmisión del VIH/SIDA? Si () NO ()

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

INSTRUCCIONES:

Por favor, señale hasta qué punto **está de acuerdo o en desacuerdo** con el contenido de las frases siguientes para describirse a sí mismo. No deje sin contestar a ninguna de las frases.

Gracias.

	<i>ITEMS</i>	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Siento que soy una persona con méritos, al menos tantos como los demás.	[]	[]	[]	[]
2	Creo que tengo buenas cualidades.	[]	[]	[]	[]
3	Tengo tendencia a sentir que soy un fracaso en todo.	[]	[]	[]	[]
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	[]	[]	[]	[]
5	No me siento orgulloso de lo que hago.	[]	[]	[]	[]
6	Tengo actitudes positivas hacia mí mismo.	[]	[]	[]	[]
7	En conjunto, estoy satisfecho conmigo mismo.	[]	[]	[]	[]
8	Desearía tener más respeto por mí mismo.	[]	[]	[]	[]
9	A veces me siento un inútil.	[]	[]	[]	[]
10	A veces pienso que no soy gran cosa.	[]	[]	[]	[]

GHQ-28 (versión en español)

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

ÚLTIMAMENTE:

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar constantemente”?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual Igual que lo habitual Bastante menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido que lo habitual Igual que lo habitual Más tiempo que lo habitual Mucho más tiempo que lo habitual

3. ¿Ha tenido la impresión en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual Aproximadamente lo mismo Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual
que lo habitual

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual Aproximadamente lo mismo Menos satisfecho que lo habitual Mucho menos satisfecho
que lo habitual habitual

5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual Igual que lo habitual Menos útil que lo habitual Mucho menos útil que
lo habitual

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

D. 1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

TABLAS DE CONTINGENCIAS No. 1

DATOS GENERALES

Edades de las mujeres encuestadas				
Edad	Caso	Porcentaje	Comparativo	Porcentaje
18	1	5	1	5
19	2	10	1	5
20	3	15	3	15
21	3	15	4	20
22	2	10	3	15
23	1	5	4	20
24	4	20	3	15
25	4	20	1	5
Total	20	100	20	100
¿Cuál es su estado civil?				
Soltera	12	60	20	20
Juntada	8	40	0	0
Total	20	100	20	100
¿Tiene usted otra ocupación?				
Si	14	70	12	60
No	6	30	8	40
Total	20	100	20	100
De las que respondieron que SI tenían otra ocupación				
Comerciante	10	50	4	33.3

Estudiante	2	10	4	33.3
Domestica	2	10	4	33.3
Total	14	100	12	100
¿Cuántas personas habitan en su casa?				
1 a 3	0	0	1	5
4 a 6	9	45	9	45
Más de 6	11	55	10	50
Total	20	100	20	100
¿En qué Trabajan sus padres?				
Comerciante	10	50	7	35
Profesional	0	0	1	5
Otro	0	0	12	60
No Trabaja	10	50	0	0
Total	20	100	20	100
¿De quién es la casa que habitas?				
Padre	9	45	20	100
Pareja	8	40	0	0
Amiga	3	15	0	0
Total	20	100	20	100
¿Cuál es el número de dependientes de usted?				
1 a 3	11	55	6	30
Más de 3	4	20	0	0
Ninguno	5	25	14	70
Tota	20	100	20	100

Grafico No 1



Gráfico No 2

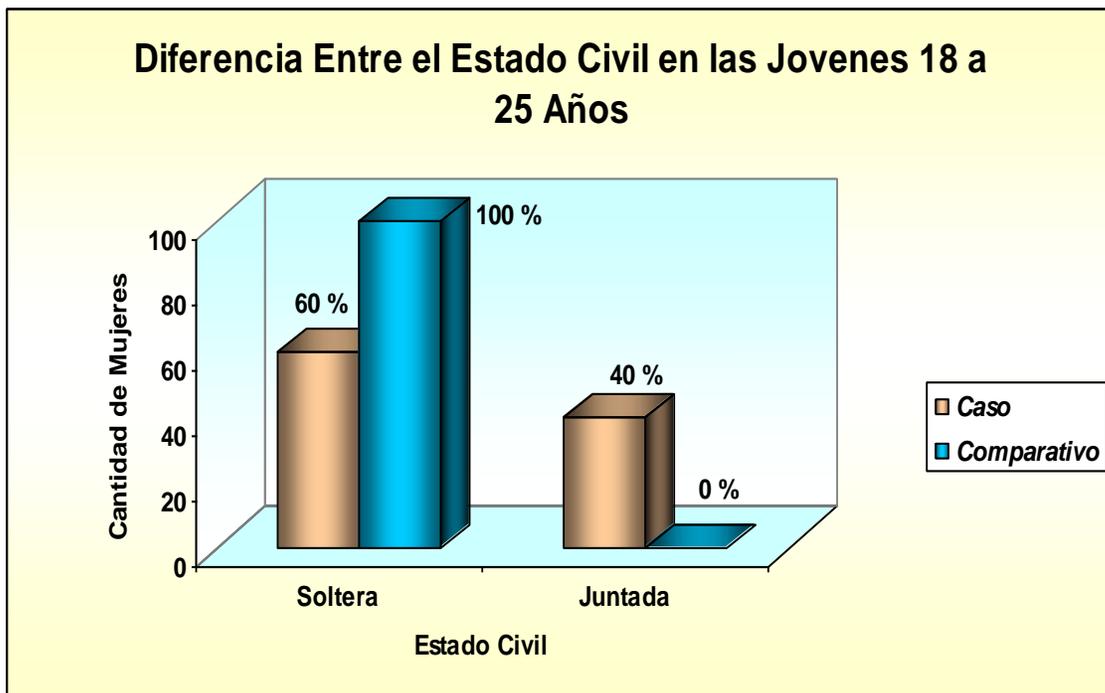


Gráfico No. 3

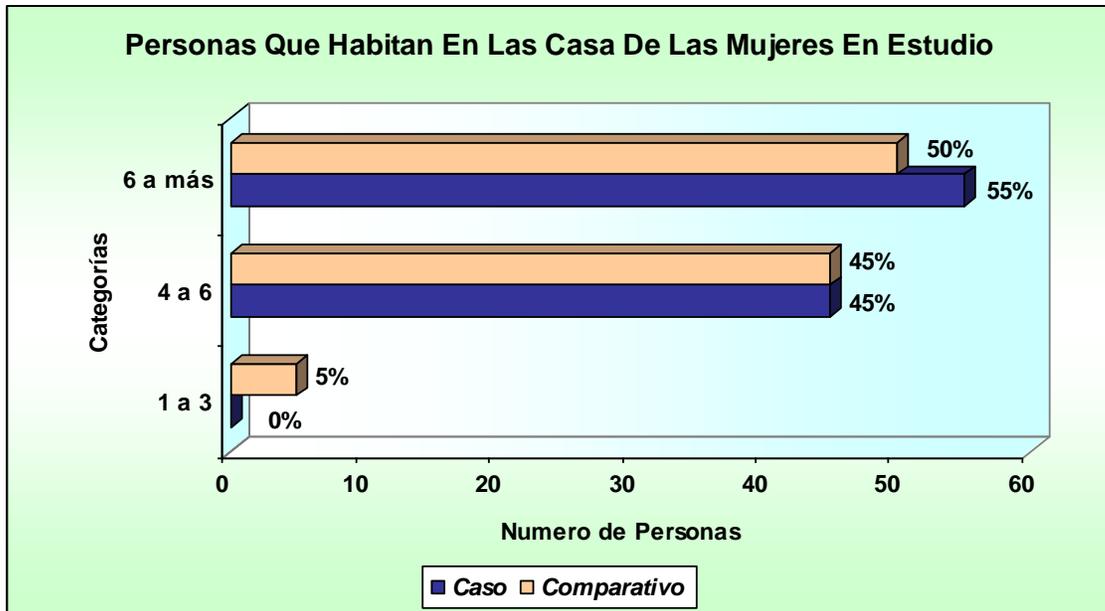


Gráfico No. 4

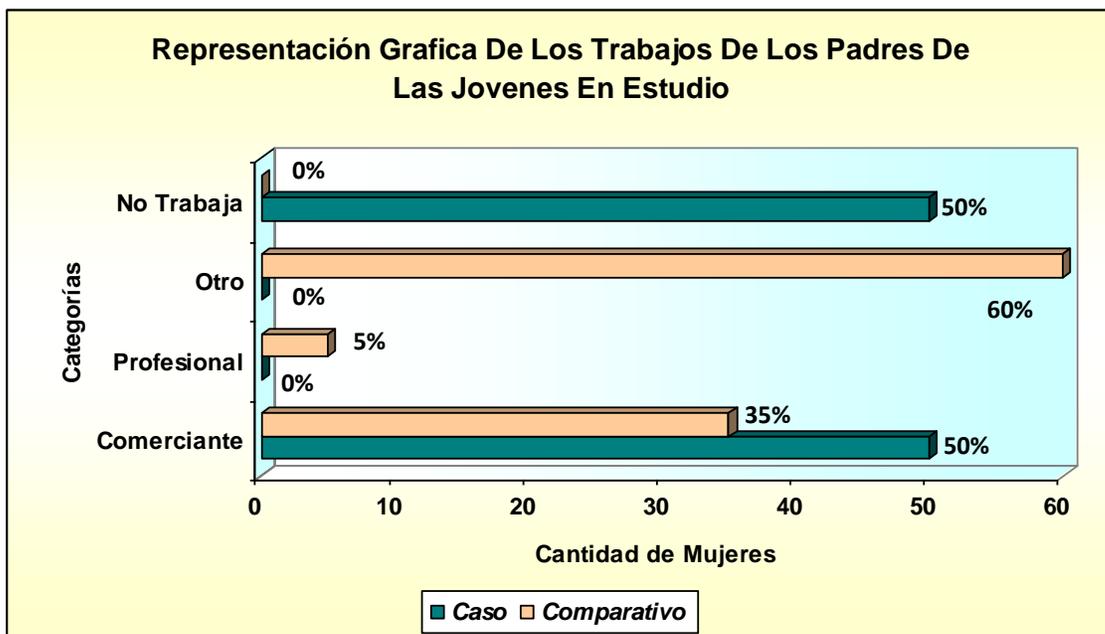


Gráfico No. 5

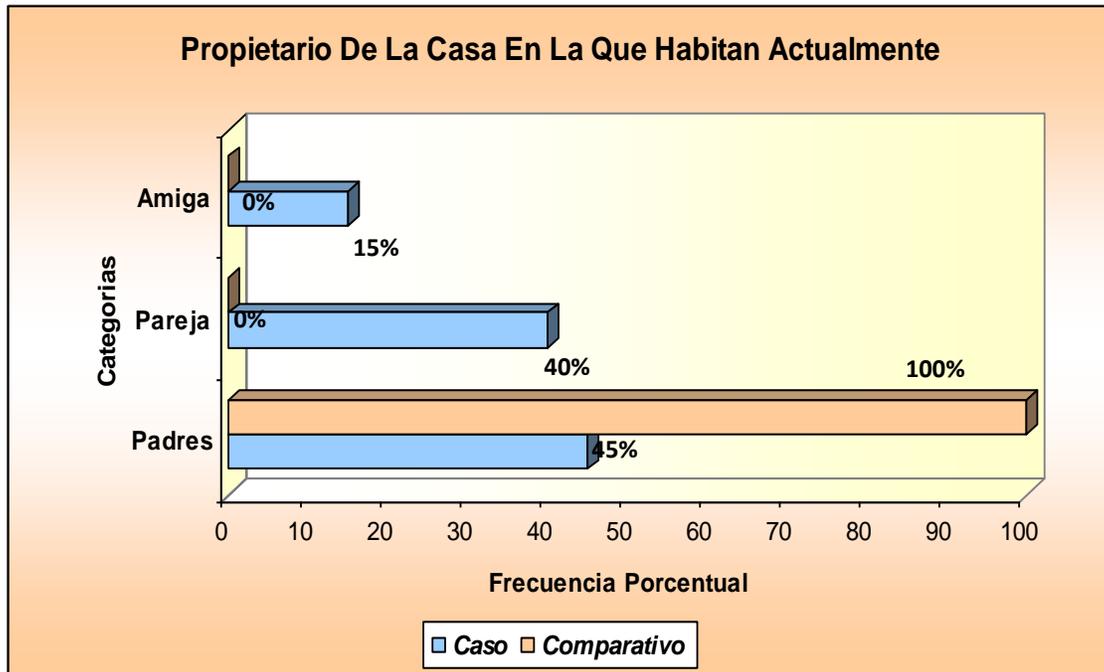


Gráfico No. 6

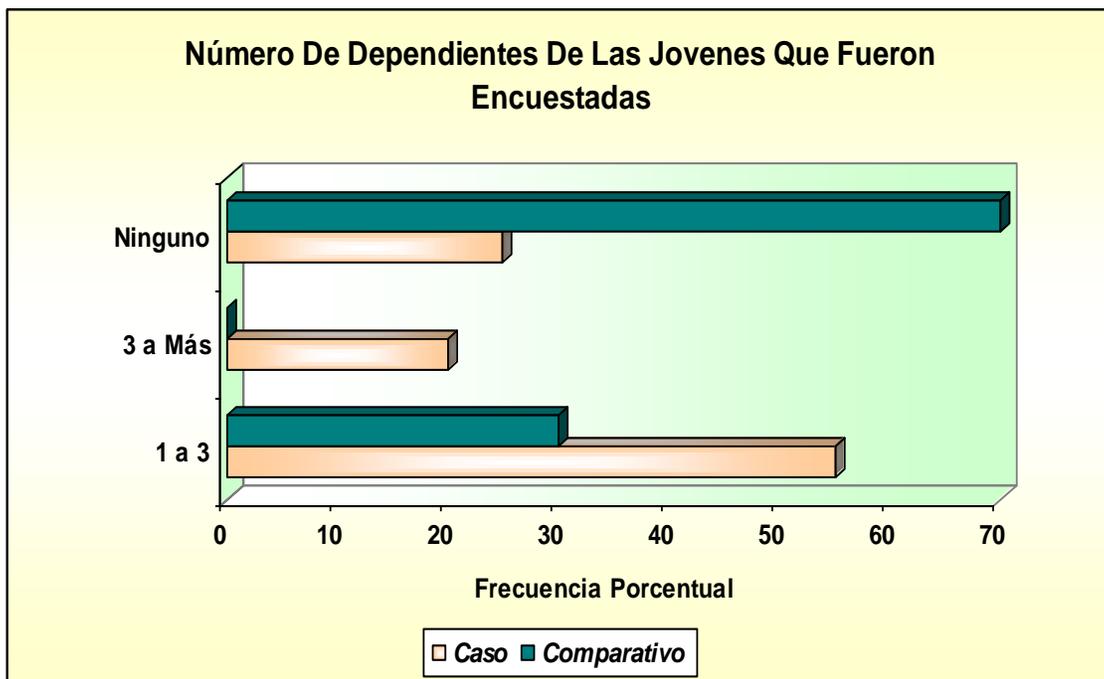


Gráfico No. 7

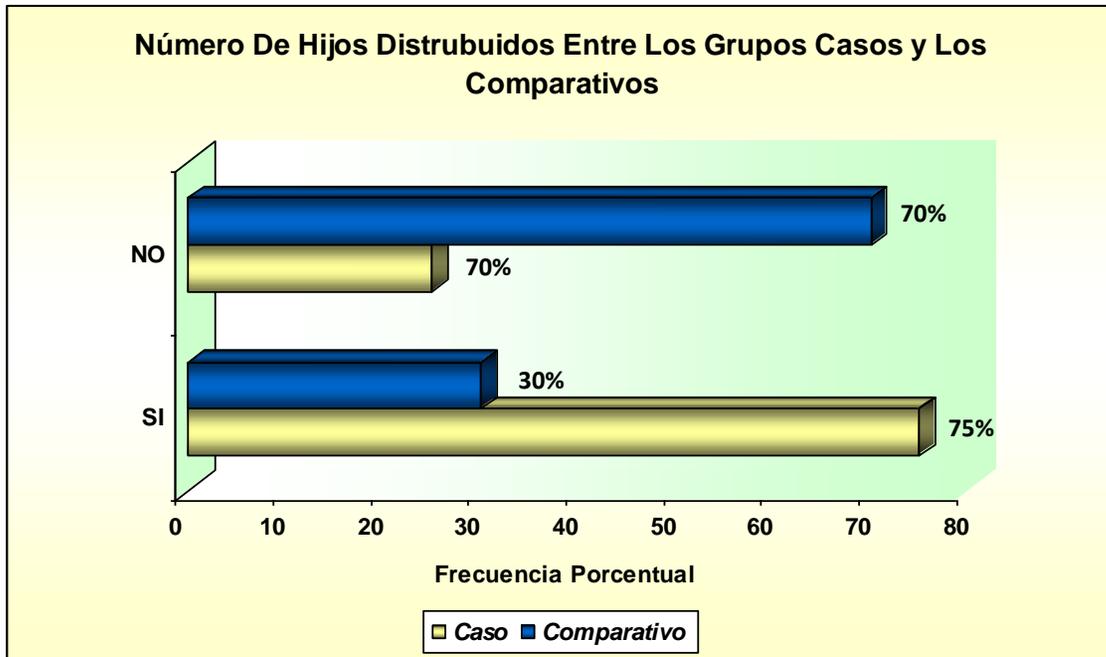


Gráfico No. 8

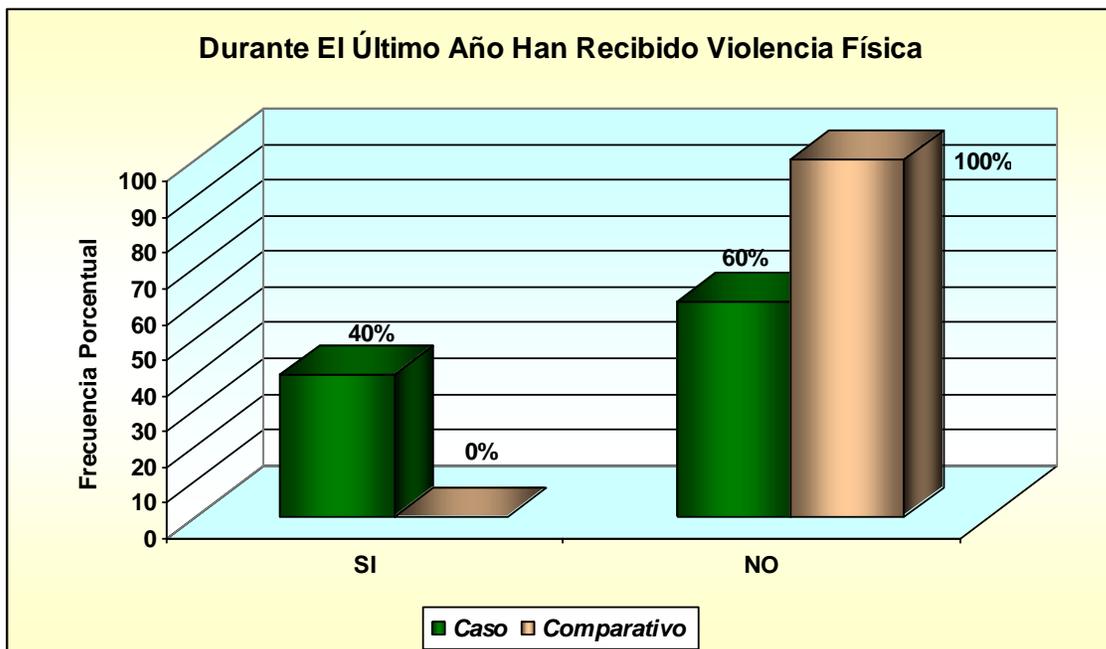
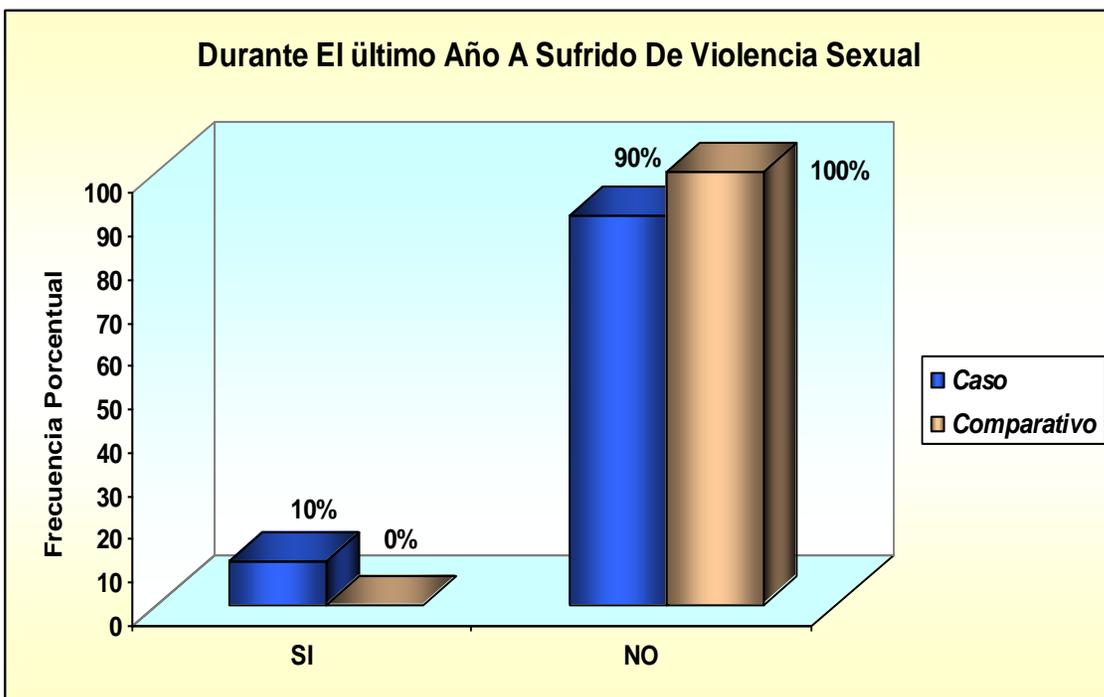


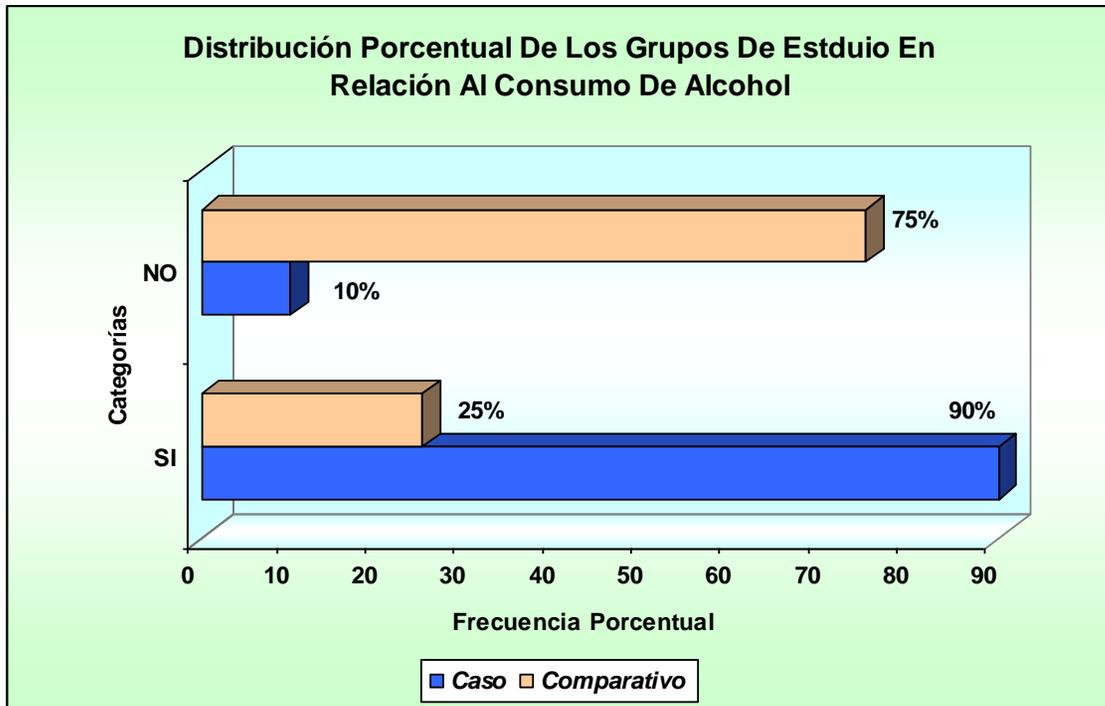
Gráfico No. 9



Gráficos No. 10



Gráficos No. 11



Gráficos No. 12

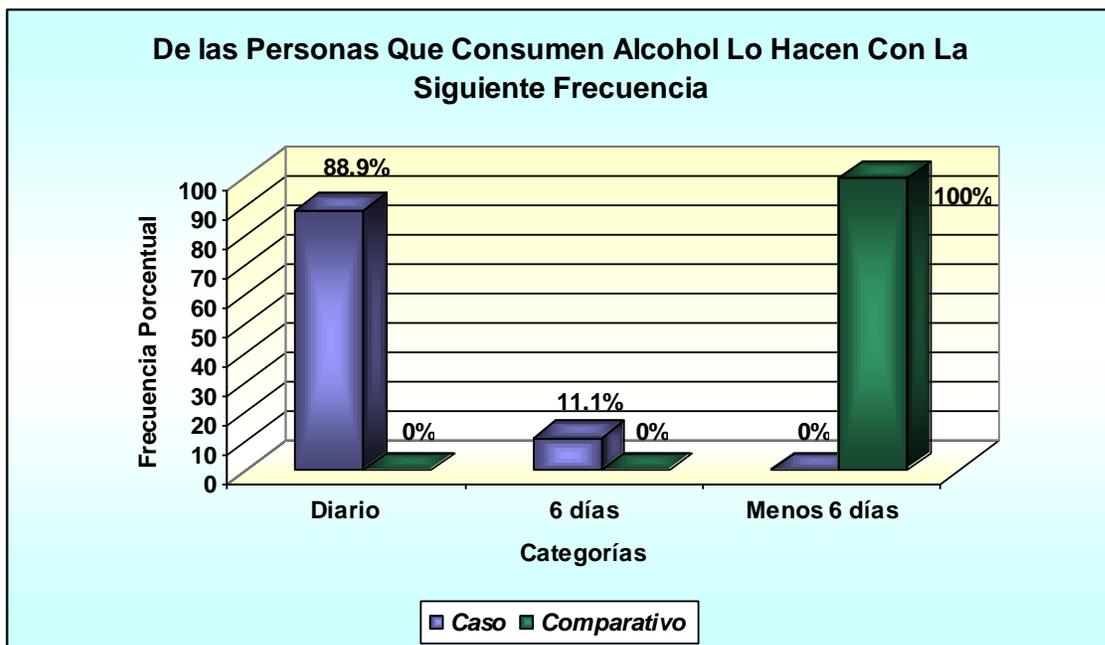


Gráfico No. 13

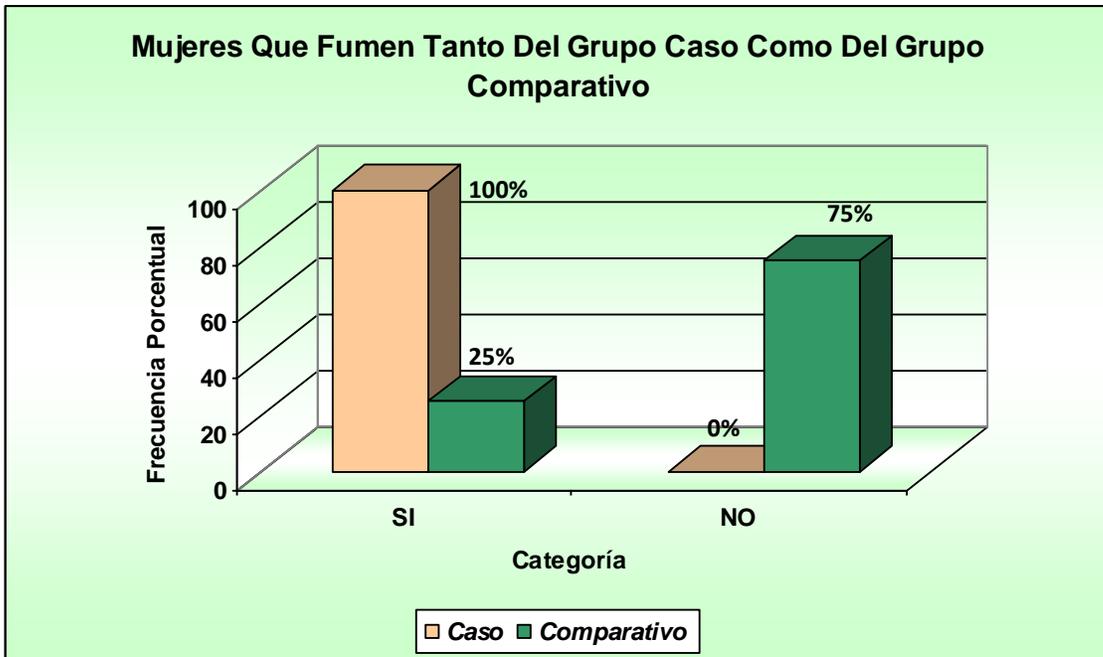


Gráfico No. 14

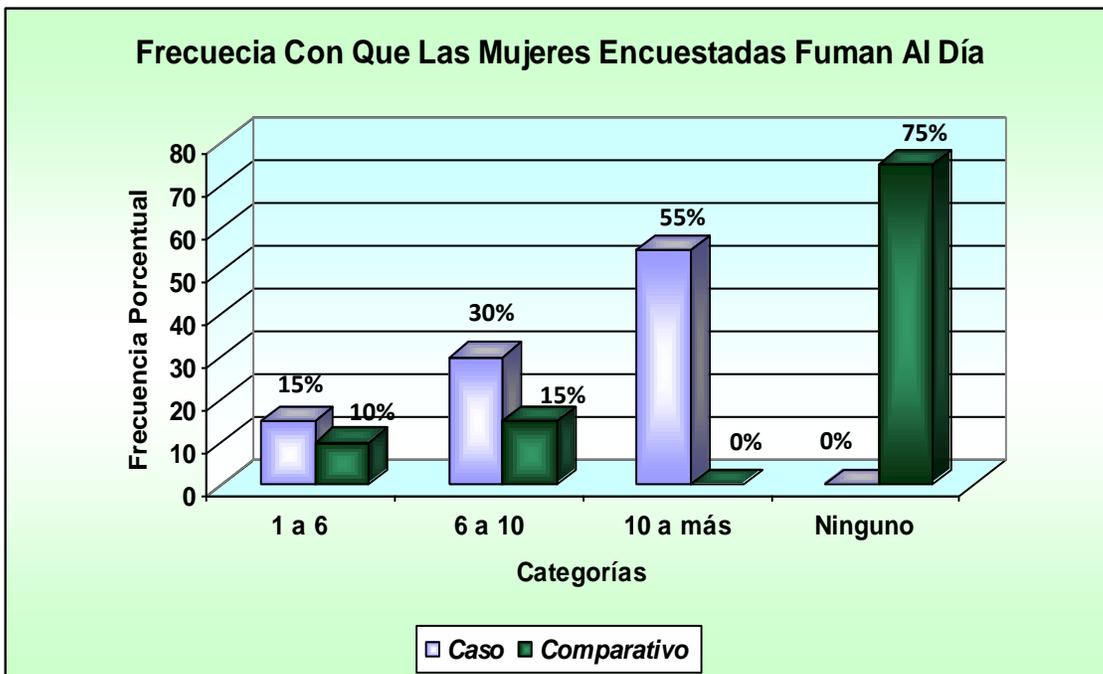


Gráfico No. 15

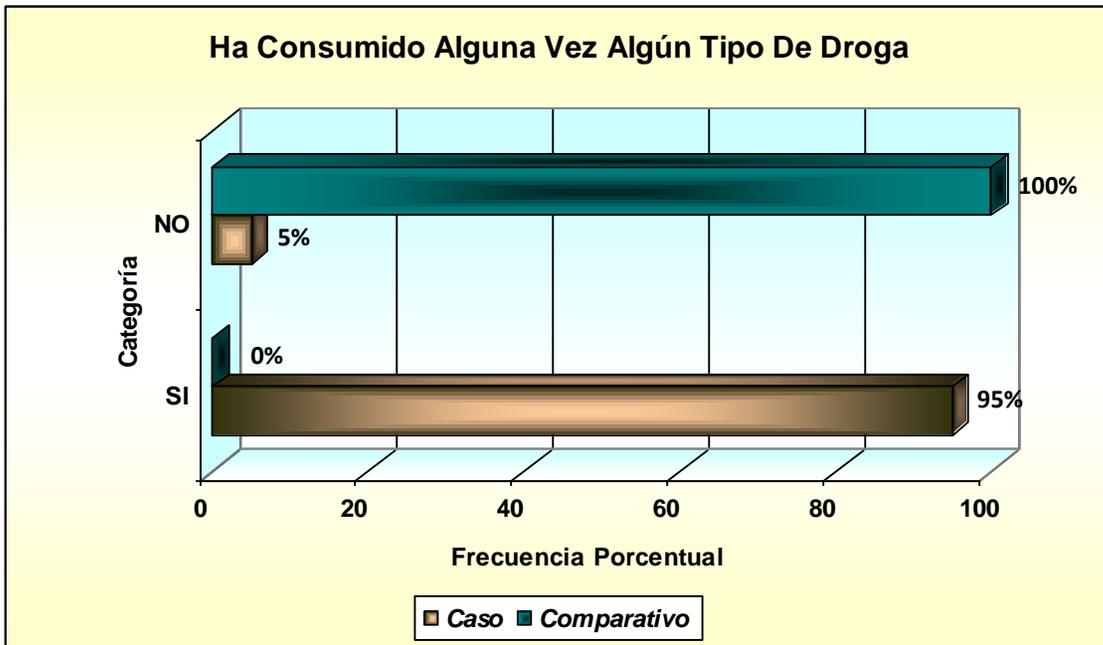


Gráfico No. 16



Gráfico No. 17

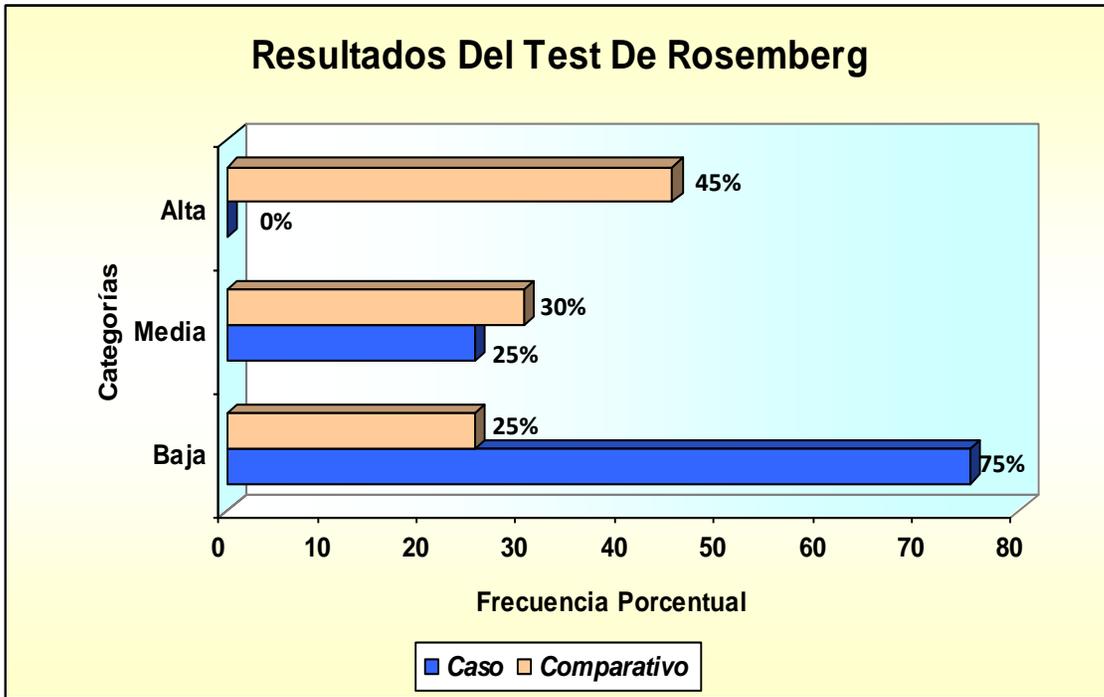


Gráfico No. 18

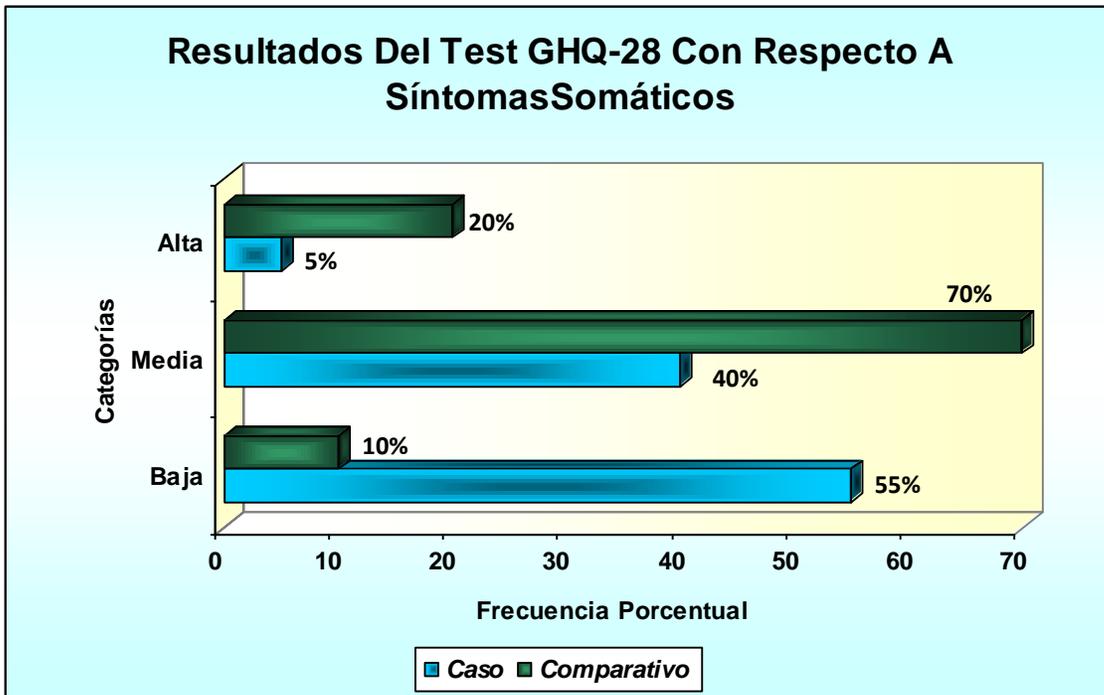


Gráfico No. 19

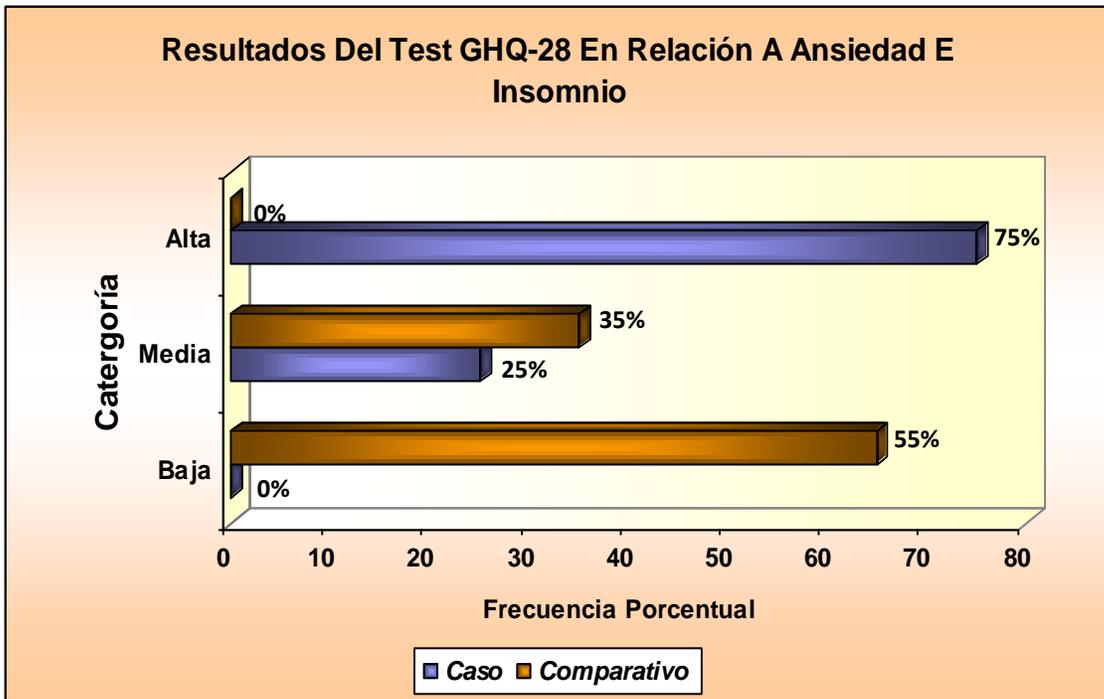


Gráfico No. 20

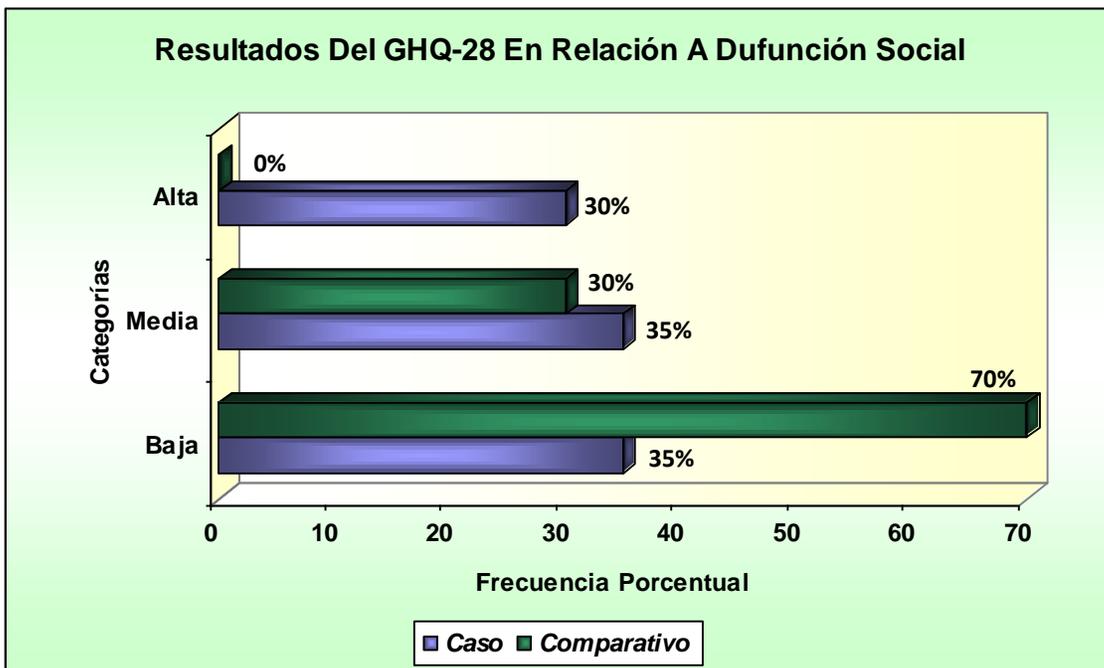


Gráfico No. 21

